

Linfitis y adenitis blenorragicas

1.^a La red linfática del balano y del prepucio suele ser el punto de partida de una inflamacion—*linfitis*—que viene á complicar la blenorragia, en su período de agudez, causando molesto escozor y considerable tumefaccion, brillante y como erisipelatosa, en estas partes, y frecuentemente acompañándose de cordones nudosos, que corren, á lo largo del pene, hácia las ingles; los cuales no son más que los vasos linfáticos dorsales del pene, que terminan en los ganglios de las ingles, á su vez más ó ménos inflamados, constituyendo la *adenitis blenorragica*; tanto esta como la linfitis, terminan raras veces por supuracion.

2.^a Siendo muy rara la *flebitis* de la vena dorsal del pene, no se confundirá con la *linfitis* teniendo en consideracion que en aquella se toca un solo cordón recto, mientras que en esta hay, por lo comun, más de uno y éste es nudoso y con hiperemia en forma de chapas, que corresponden á los nudos.

3.^a La *adenitis blenorragica* nada tiene de específico, y si no existe *linfitis nudosa*, no supura, sino que, despues de un tiempo más ó ménos largo de estacionamiento, se resuelve; no obstante, si recae en sujetos linfáticos ó tuberculosos puede dar origen á una *ademitis estramosa*.

4.^a La medicacion antiflogistica—fomentos y baños emolientes y aun aplicaciones de sanguijuelas—seguida de tópicos resolutivos, cuando predomina el edema, suele triunfar de la linfitis y adenitis blenorragicas; si una ú otra terminan por supuracion, es preciso abrir el absceso.

SEÑORES: Aquel cordón nudoso, que uno de vosotros me preguntó qué significaba en el enfermo de la cama número 11 de la sala de Santa Cruz, era ni más ni ménos, que uno de los vasos linfáticos dorsales del pene, en estado de inflamacion aguda, por efecto de la propagacion de la flegmasia blenorragica, que el mismo individuo padecia. Aun recordareis la rubicundez brillante, como erisipelatosa, que se notaba en el glande y prepucio, el edema de estas partes, la tumefaccion de la extremidad del miembro y la molesta sensacion, mezcla de escozor y prurito, que el paciente acusaba en estas partes.

Conociendo, como conoceis, la naturaleza de la balanopostitis, fimosiis y parafimosiis blenorragicos, ninguna novedad podrian causaros los síntomas de la *linfitis mucosa* y cutánea del pene en el decurso de la blenorragia; complicacion que, en grado mayor ó menor, es de las que más comun-

mente se observan en esta enfermedad; mas si, en el enfermo á que acabo de referirme, á beneficio de un tratamiento emoliente y luego resolutivo, obtuvimos en pocos dias la cesacion de los fenómenos de la *linfítis*, debeis tener entendido que, en algunos casos, las cosas no marchan por tan favorable vía, sino que la inflamacion linfática, propagándose al tejido conjuntivo, se convierte en flemon, en pos del cual suele sobrevenir un absceso.

De todos modos, los síntomas inflamatorios indicados y sobre todo el cordon, ó por mejor decir, los cordones nudosos, con manchas rubicundas en los sitios proeminentes, no permitian confundir el caso de la clínica, que lo era de *linfítis* (lámina 2.^a, fig. 2.^a), con la *flebitis* de la vena dorsal del pene, afeccion rarísima y que, dado que se presentara, se caracterizaria por un solo cordon central, rígido y sin nudos.

Concomitaba con los cordones penianos, en nuestro enfermo, un infarto bastante perceptible de los ganglios de la ingle izquierda—los del lado del pene en donde se percibian los nombrados cordones linfangíticos—y estos infartos, son tambien bastante frecuentes en la blenorragia.

Tiene de particular la *adenitis blenorragica* su escasa tendencia á la supuracion, siendo, al contrario, muy propensa á terminar por resolucion. Así aconteció en el caso que nos sirve de ejemplo. Advertid, empero, que cuando la adenitis nace de linfítis en forma de cordones penianos, es mucho más de temer la supuracion, que cuando faltan dichos cordones, que es el caso más comun.

Dos blenorragicos, que en el presente curso han ocupado la cama número 16, junto al rincon, de la sala Santa Cruz, han tenido adenitis muy rebeldes. Ambos eran personas de flaca constitucion, linfáticos, ó por mejor decir, escrofulosos. En

ambos no hemos podido conseguir la resolución de los infartos, que eran bisinguinales, ni con la tintura de iodo ni con vejigatorios. En los dos, la adenitis fué de origen blenorragico; pero por recaer en quienes recaia, adquirió los caracteres de la escrófula, y por esto supuró con la lentitud y humor claro que caracteriza á las afecciones de esta índole; por esto tambien fué seguida de una cicatriz coarrugada y deforme.

Veis, pues, que aun cuando la tendencia particular de la adenitis blenorragica no sea la supuración, pueden llegar á reblandecerse los ganglios infartados, cuando las condiciones orgánicas del individuo sean tales como se requieren para el desarrollo de la escrófula.

Prostatitis, infartos y abscesos de la próstata

1.^a Las íntimas relaciones de la próstata con la uretra, hacen que la blenorragia, en su período sub-agudo ó crónico, esto es, cuando la flegmasia alcanza á las partes más profundas del conducto, pueda, por la acción de cualquier estímulo—alcohólicos, inyecciones caústicas, excesos venéreos—propagarse á dicha glándula, afectando sus elementos secretores y más principalmente su propio parénquima, determinando un proceso flogístico, primitivamente agudo, que puede resolverse, pasar al estado crónico ó supurar, formando un absceso ó bien un infarto, crónico desde el principio, que suele ser muy rebelde.

2.^a Los síntomas de la *prostatitis aguda* resultan de la tumefacción de la glándula; la cual, comprimiendo al recto y á la vejiga, determina pujos rectales, con estreñimiento, retención de orina, con frecuentes ganas de orinar, y saliendo la orina á chorro delgado, é intermitente; á lo cual, se añaden dolores lancinantes ó pulsativos, casi continuos, en el periné, que se irradian al pene, á los lomos y aún á los muslos, y movimiento febril más ó menos pronunciado.

3.^a El cateterismo uretral y el tacto rectal, proporcionan los síntomas objetivos de la prostatitis aguda: aquel es muy doloroso, si la uretra es infranqueable en su porción prostática; el dedo en el recto percibe, al nivel de la próstata, un tumor voluminoso, caliente y de forma variable, que corresponde al lóbulo medio de la glándula, el cual, siendo al principio duro, puede despues fluctuar, indicando el absceso.

4.^a La *prostatitis crónica, ó infarto crónico de la próstata*, que puede ser primitivo ó resultante de una prostatitis aguda incompletamente resuelta, se caracteriza por sensación de cosquilleo y movimientos vermiculares en el recto, con dolor continuo, gravativo y de cuando en cuando pungitivo en el periné; frecuentes é imperiosas ganas de orinar; chorro de la orina, delgado, torcido en espiral y bifurcado al terminar el acto, derramándose despues é incons-

cientemente las últimas gotas: flujo mucoso especial, que el microscopio distingue del semen,—*prostatórrica*—en corta cantidad, el que, especialmente por las mañanas, aparece en el meato como una materia glutinosa; cóito normal ó doloroso, á veces seguido de alivio momentáneo, y por último, por la exploracion rectal, abultamiento duro en la region prostática.

5.^a El *absceso prostático*, que se anuncia por el aumento de los dolores pulsativos, y se reconoce en la fluctuacion del tumor percibido por el recto, puede abrirse en la vejiga, en la uretra, en el recto, ó en el periné; y si se ha desgastado todo el parénquima de la glándula, quedando solo su aponeurosis cortical, que está tensa y no puede replegarse, se forma una caverna, la cual, comunicando con la vejiga ó con el recto, da lugar á que por ella se evacuen los respectivos excrementos, constituyendo una afeccion tan incómoda como incurable.

6.^a Para no confundir la *prostatitis* con la *cistitis*, bastan los síntomas proporcionados por la exploracion rectal y hacer que el enfermo evacue la orina en dos diferentes vasijas en una misma miccion: si hay prostatitis, la orina de la primera vasija presentará pus ó moco, y no la de la segunda; todo lo contrario sucederá si hay cistitis.

7.^a El *tratamiento* de la prostatitis aguda requiere un plan antiflogístico enérgico—sanguijuelas, cataplasmas, semicúpios—así como calmantes en el recto—supositorios, candelillas y enemas—y al interior; habiéndose además recomendado modernamente las aplicaciones de hielo y los enemas de agua fria; si hay retencion de orina, cateterismo evacuador, practicado con sonda, encorvada en forma de muleta, ó flexible, con el mandril limitado á sus dos tercios anteriores; en caso de que ni aún con esto pueda evacuarse la vejiga, puncion hipogástrica con el aspirador neumático.

8.^a Para combatir la prostatitis crónica, se emplearán enemas, baños y duchas frías en el periné; así como revulsivos en esta misma region; hallándose tambien indicados los supositorios y candelillas medicamentosas, las corrientes eléctricas continuas y el uso interno de los balsámicos y de las aguas alcalinas.

9.^a El absceso de la próstata reclama la abertura de la coleccion por el lado en que mejor se perciba la fluctuacion, es decir, por el periné, el recto, la uretra ó la vejiga

SEÑORES: Ninguno de vosotros debe haber olvidado las íntimas relaciones de la uretra con la próstata, así como la situacion de esta glándula respecto del recto y de la vejiga. Este recuerdo os hará comprender como la flegmasia crónica de aquel conducto se puede propagar á la próstata, ora afectando sus elementos glandulares, ora su propio parénquima.

No vereis la *prostatitis*, ni tan siquiera la aguda, durante los veinte primeros dias de la blenorragia: la uretritis en este período, es de forma aguda y recae en las partes anterior y media de la uretra. Mas, segun os tengo dicho, la blenorragia, cual incendio lento, cual rescoldo, marcha gra-

dualmente de delante atrás, hácia el bulbo y hácia la region prostática ó membranosa, y solo cuando ha alcanzado á tal profundidad, puede propagarse á la próstata. De donde resulta, que la *prostatitis blenorragica*, lejos de ser efecto de una metástasis de la blenorragia—como se decia cuando la *metástasis* era considerada desde un punto de vista muy distinto del que hoy dia se la mira—no es más que un hecho de propagacion directa de la inflamacion, por continuidad de tejidos y particularmente por relaciones vasculares.

De todos modos, es un hecho que la prostatitis puede constituir una complicacion en el curso de la blenorragia, y de esto voy á presentaros ejemplos clínicos.

Aquel hombre de 55 años, que ocupa la cama número 11, de la sala de Santo Tomás, habia sufrido diferentes blenorragias, y dice que, dos meses despues de haber comenzado á padecer la última, empezó á sentirse molestado de peso en el periné, pujos rectales, con estreñimiento, que le obligaban á purgarse muy á menudo, y muy frecuentes ganas de orinar, que de noche le interrumpian repetidas veces el sueño. Nos mostró unas manchæs ténues, blanco-amarillentas y poco densas en la camisa; exprimiendo de atrás adelante la uretra, no salia humor alguno; pero cuando la expresion uretral se efectuaba despues de haber introducido el índice en el recto, comprimiendo la próstata, conseguíamos hacer brotar por el meato una gota de un humor mucoso y filamentosos, que evidentemente no podia ser sino líquido prostático.

El dedo en el recto, percibia un abultamiento, menor que una almendra, en el sitio correspondiente á la próstata. Teníamos, pues, los síntomas de un *infarto crónico de la próstata*. Mas, como esta afeccion podia aun ser confundida con una cistitis, á la visita siguiente le hicimos orinar á nuestra pre-

sencia, recogiendo una primera porcion de orina en un vaso, y en otro vaso la restante. En la primera vimos flecos mucosos que volitaban; la segunda porcion de orina era enteramente límpida y no presentaba nubéculas ni posos ni cosa alguna que la empañase. En consecuencia, dedujimos: que el humor mucoso no procedia de la vejiga, sino de la porcion prostática de la uretra, es decir, que no habia *cistitis*, sino *prostatitis*.

Con tal ocasion os hice notar las cualidades del chorro urinario: tenia poco impulso; no formaba extensa curva; era angosto y arrollado en espiral y ofrecia poca longitud; al finalizar la miccion, aparecia bifurcado, y algunos instantes despues que el enfermo creia haber evacuado la vejiga, vimos salir, babeando, algunas gotas de orina, que eran, sin duda, las responsables de la humedad que casi constantemente conservaba en la parte anterior de la falda de su camisa.

Ya veis, que, con lo observado, he tenido motivos, más que suficientes para diagnosticar, como diagnosticué, *un infarto crónico de la próstata de origen blenorragico* y de pronosticar, como tambien pronostiqué, que esta complicacion seria muy rebelde.

Le hice embrocaciones vejigatorias en el periné, con *vinagre epispástico* de la farmacopea inglesa; le dí ópio con belladona, para hacer ménos sensible la vejiga á la orina y, por lo tanto, ménos frecuente la miccion; le hice repetidos cateterismos con la sonda encorvada en forma de muleta, segun es práctica necesaria en los infartos de la próstata; le instilé, á través de la sonda, unas gotas de una disolucion concentrada de nitrato argéntico, en la region prostática; le hice tomar aguas alcalinas... y yo no sé cuánto le hice; no para curarle, cosa que siempre consideré imposible

en el hospital y durante mi servicio clínico, pero al menos para aliviarle... y ¿qué obtuve? Muy poca cosa ó nada... Me ví precisado á aconsejarle que se fuera de la clínica, que se diese frecuentes enemas de agua fria, que se bañara el periné en agua fresca, y sobre todo, que, en la próxima estacion termal, fuera á algun establecimiento de aguas alcalinas, y añadí que, si con estos remedios no encontraba verdadero y manifiesto alivio, le quedaba otro de virtud probada, probadísima... el pasar tres meses sin hacer ninguno.

Pero esta es la forma *crónica* de la prostatitis, y si he comenzado por ella, es porque en el presente curso no hemos visto caso alguno de prostatitis aguda. Muy de ligero juzgaron los que en el enfermo del número 19 de la sala de Santo Tomás, á quien aludí tratando del absceso y flemon periuretral, creyeron ver un absceso prostático. Habia, sí, dolor perineal y disuria; pero el enfermo no se quejaba de dolores rectales, ni pujos; se percibia un grande abultamiento, caliente y flemonoso, en la region del periné; pero no se notaba el menor cambio de la próstata, explorando el recto. Así, pues, los síntomas de la *prostatitis aguda* los hemos de ir á buscar, no solo en la glándula misma—que está tumefacta y dolorosa y forma relieve saliente y tambien doloroso y no precisamente en el periné—sino más bien en el recto, y principalmente en su lóbulo medio, que es el sitio por donde viene más al alcance de nuestra investigacion táctil.

A estos síntomas de vecindad—disuria, frecuentes ganas de orinar, estreñimiento y pujos rectales—deben añadirse los de irradiacion, que son dolores neurálgicos, dirigidos hácia el pene, púbis, muslo, etc., y los generales, que no son otros que los de un estado febril, más ó menos acentuado, con cefalalgia, inapetencia y saburra gástrica.

Por las solas tendencias de la naturaleza, ó con los auxilios del arte, puede la *prostatitis aguda* marchar en sentido de la resolucian, acabándose gradualmente los síntomas, así locales como generales. No debemos empero lisongearnos de llegar á feliz término porque tan buen cariz presenten las cosas, pues no es raro que una vez iniciado y aun habiendo progresado bastante el trabajo de resolucian, quede este detenido, como quien dice á medio camino, por largo tiempo, y en este caso nos hallamos en el de un infarto *crónico de la próstata consecutivo*, tan incomodo y tan difícil de curar como el infarto primitivo; uno y otro, además, expuestos á exacerbaciones más ó ménos peligrosas por su tendencia á la supuracion.

La supuracion, el *absceso prostático*, es la terminacion más desagradable de la flegmasia de esta glándula. Limitárase la supuracion á la parte cortical del parénquima y abriérase el absceso en el periné, los resultados no serian de gran cuantía; pero á menudo acontece, que todo el tejido prostático es destruido por el pus: solo queda la aponeurosis de la glándula, fija aquella por múltiples vínculos, á los tejidos circunvecinos, y por consiguiente, sin poder replegarse sobre sí misma. Una excavacion, una *caverna* supurante, se halla en el lugar de la próstata; el absceso quizás comunica con el recto, con la vejiga, ó con la uretra; heces ventrales y orina, se alojan en la *caverna*: fráguese despues, á través de esta, un tránsito hacia el periné, por donde se evacua pus, mezclado con los susodichos excrementos;... en totalidad, se forma una lesion molestísima é incurable, que pone á prueba las fuerzas del paciente, cuya vida se pierde entre el dolor y el marasmo. Ved si pueden darse consecuencias más tristes que las de la supuracion de la próstata... Pero aún hay más: en ciertos casos, la retencion de orina es tan tenaz y tan imprac-

ticable por la sonda el conducto, que la puncion hipogástrica de la vejiga, puede presentarse como una necesidad urgentísima. Afortunadamente, la aspiracion pneumática hace hoy poco peligrosa esta operacion.

El triste y verídico cuadro que de la *prostatitis* aguda y *supurada* os acabo de trazar, os indica la necesidad de proceder con energía y prontitud ante esta importante complicacion de la blenorragia. Si llegais durante el período de flemon, no ahorreis las sanguijuelas, las cataplasmas emolientes, ni las pomadas calmantes y resolutivas;—ensayad, desde el principio, el frio, en enemas, ó vejigas de hielo, sobre el periné y recto, remedios hoy dia muy recomendados, pero de los que aun tengo poca experiencia;—aplicad supositorios calmantes y belladonizados;—echad mano de las candelillas de Reynald;—prescribid bebidas atemperantes; administrad tambien algun laxante, que favorezca la defecacion, sin irritar la mucosa del recto;—si hay retencion de orina, sondad con sondas encorvadas en forma de muleta, ó introducid una flexible, con el mandril, por decirlo así, á media asta, á fin de que el cateterismo no sea violento al llegar á la próstata, conforme os lo habrá enseñado el profesor de Medicina operatoria; si no conseguis penetrar en la vejiga y la replecion de este reservorio va en aumento, puncionadle, por el hipogastrio, con el aspirador de Bonafont ó de Potain; por último, si notais fluctuacion, fluctuacion de pus, dilatad sin demora, por el lado en que este fenómeno sea más perceptible, sin reparar que este sea el recto, ya que para esto hay un instrumento digital, llamado *uña*,—ni la uretra—pues, manejando con destreza el pico de la sonda metálica, puede tambien practicarse la dilatacion—ni la vejiga—á la cual es tambien dable llegar por medio del cater, guiado por el dedo introducido en el recto.—

Si llegais á las tristes consecuencias de la *caverna prostática*, limitaos á los cuidados preventivos, y sobre todo, no desatendais á la limpieza del afecto, echando mano de los poderosos recursos de antisépsis y desinfeccion con que cuenta la cirujía contemporánea.

LECCION X

Complicaciones de la Blenorragia

(Continuacion)

Cistitis del cuello

SEÑORES:

Hay un punto de las vías urinarias en donde comienza la uretra y termina la vejiga, llamado *cuello vesical*, ó region *prevesical* de la uretra, que reúne condiciones anatómicas y fisiológicas especiales, de las que indudablemente depende una sintomatología, también especial, en los casos en que, por gradual propagacion, la flegmasia blenorragica fija en dicho punto su asiento. Debemos, pues, estudiar la *cistitis del cuello*, ó *prevesical*, como otra de las complicaciones de la blenorragia. La historia de esta afeccion se reasume en las siguientes *proposiciones*:

1.^a Todo excitante intempestivo, así del orden cósmico—cateterismo, inyecciones irritantes, bebidas alcohólicas, impresion del frío—como del orden dinámico—cóito, masturbacion—pueden, en un individuo afectado de Blenorragia en su periodo sub-agudo ó crónico, ser causa determinante de la cistitis del cuello; la cual, sin embargo, puede presentarse, por el curso natural de la uretritis, sin intervencion de ninguna otra causa ocasional.

2.^a Los síntomas característicos de la uretritis prevesical son: miccion muy

frecuente, apremiante y dolorosa, expeliendo cada vez corta cantidad de orina, que si bien al principio puede ser clara, al final de la emisión, es siempre puriémula ó puo-sanguinolenta; dolores reflejos en el periné, glande, testículos, púbis, nalgas, etc.; alivio de estas incomodidades y dolores por el reposo y el calor, y exacerbación de los mismos al influjo del frío, de la humedad y del ejercicio violento y sobre todo, del cateterismo, que es intolerable.

3.^a La cistitis del cuello se distingue de la prostatitis por la falta de abultamiento y pujos rectales; del *espasmo del cuello de la vejiga*, porque en éste las orinas no están alteradas, á no ser que dependa de cálculo vesical; de la *uretrorragia*, porque sale la sangre pura, la orina es clara y no hay pujos ni dolores; y de la neuralgia del cuello, por su naturaleza reumática, faltando también alteraciones de la orina.

4.^a Enemas de agua fría y aplicaciones de hielo, por medio de vejigas en el recto, son remedios modernamente muy encomiados; los balsámicos—Copaiba y Cubebas—dan resultados muy dudosos; el alcanfor, la belladona, el ópio, el beleño y el bromuro de potasio, deben prescribirse, como buenos sedantes, al propio tiempo que los semicupios emolientes y anodinos y las aplicaciones de sanguijuelas al periné.

Señores: Obedeciendo la blenorragia á aquella ley, que podríamos llamar de los *catarrros*, y en virtud de la cual la flegmasia de una mucosa tiende á propagarse desde las regiones más superficiales á las más profundas, puede llegar, y llega á menudo, á los últimos confines de la uretra, á esta porción intermedia entre este conducto—orificio de entrada de la vejiga,—que comunmente se llama *cuello*, pero que, no formando cuello, ni siendo parte de la vejiga, merece mejor el nombre de *porción prevesical de la uretra*. De ahí la *cistitis del cuello*, ó *uretritis prevesical*, que, como determina síntomas especiales, en relacion con la sensibilidad y condiciones anatómicas de esta parte del conducto, merece descripción aparte entre las complicaciones de la blenorragia.

Frecuentemente aparece esta complicación sin que haya intervenido causa alguna determinante: el enfermo no ha cometido ningun exceso; no ha abusado de alcohólicos; ni ha ingerido alimentos estimulantes; ni se ha entregado al cóito; ni se ha provocado ninguna excitación erótica; á pesar del estricto régimen á que se habia sometido, la *uretritis prevesi-*

cal se ha declarado, por el curso natural y progresivo de la blenorragia.

¿Es esto negar que los mencionados estímulos, á los cuales pueden agregarse los reiterados cateterismos y las inyecciones irritantes, obren como causas ocasionales de esta complicacion? En modo alguno: todo lo que pueda añadir estímulo á la inflamacion uretral, contribuirá poderosamente á que la blenorragia acelere su curso invasor, y por consiguiente, á que se corra á las inmediaciones de la vejiga. Justo es, empero, advertir que la *cistitis del cuello* no se presenta en los primeros dias del flujo, sino en la época en que la blenorragia se ha propagado á la region prostática—del 15.º al 20.º dia—desde donde, con un paso más, se halla en la porcion prevesical.

Difícil seria señalaros un caso de la clínica en que pudiérais estudiar, con preferencia, la blenorragia prevesical: en esta afeccion tan frecuente, que en mayor ó menor grado, pocos son los enfermos, con blenorragias algo antiguas y exasperadas, que no la ofrezcan; fijad, no obstante, vuestra atencion en aquel hombre que aun hoy dia ocupa la cama número 12, de la sala de Santo Tomás.

Frisa en los 50 años, es robusto y no tiene otros antecedentes morbosos que dos blenorragias anteriores á la actual; la que, segun dice, se le habia iniciado una dos meses antes de entrar en la clínica. Estaba satisfecho de la medicacion, puesto que, con inyecciones astringentes, veia disminuir cada dia el flujo. Vino empero el momento, en que, casi agotada la supuracion, se sintió vivamente incomodado del periné, ano y aun del púbis, declarándose desde entonces, lo que él llama una *retencion de orina*; pero que, en realidad, no es más que una tan reiterada necesidad de evacuar la vejiga, que apenas le deja punto de descanso. Este accidente le obli-

gó á solicitar su entrada en el hospital, no habiendo ocupado cama en la sala de la especialidad y sí en la poli-clínica quirúrgica, porque era tan poco visible el flujo blenorragico, que, en la oficina de entradas no le consideraron *venéreo*.

Analizando detenidamente los síntomas de este individuo, encontramos: 1.º, miccion frecuentísima y apremiante, así durante el dia como por las noches, de modo, dice, que apenas puede conciliar el sueño; 2.º, emision de una cortísima cantidad de orina en cada miccion; 3.º, vivísimos dolores á lo largo de la uretra, hasta el glande, al orinar, quedando tan poco satisfecha esta necesidad, que el paciente hace grandes esfuerzos para expeler las últimas gotas. pues además espera que de este modo tardará más tiempo en sentir nuevos deseos de miccion; 4.º, orina, como he dicho, escasa, en cada miccion; límpida al principio, mientras que al finalizar el chorro, aparece recargada de pus y aun algunas veces teñida de sangre. Si dejásemos depositar en un vaso el líquido expelido en las micciones sanguinolentas, veríamos cuatro estratos: uno superior, de orina clara; en segundo término, una capa de orina purulenta; á esta, seguiria otra capa de pus sanguinolento, y por último, en el fondo del vaso, solo habria sangre.

¿Quereis ahora explicaros la patogenia de los fenómenos morbosos que nos presenta este sugeto? Pues recordad el mecanismo normal de la miccion. El lugar de transicion entre la vejiga y la uretra, la porcion *prevesical* de este conducto, es el asiento de la sensacion que nos advierte de la necesidad de soltar la orina; basta la presencia de este líquido ó de cualquier cuerpo extraño—v. g. una sonda—en el cuello vesical, para despertar esta sensacion, á la que, inmediatamente responde la vejiga con un reflejismo muscular ex-

traordinario, al cual cooperan el elevador del ano, los músculos de las paredes abdominales y hasta el diafragma. Contráense todas las fibras del receptáculo de la orina, con lo que se dilata el orificio vesico-uretral. De este modo, la vejiga oprime por todos lados su contenido, y su capacidad se va reduciendo, por replegamiento sobre sí misma, á proporcion que la orina fluye. Para la expulsion de las últimas gotas, se requiere el mayor esfuerzo y principalmente el concurso del diafragma pelviano, que eleva el bajo fondo de la vejiga, que, como se sabe, se halla algo por debajo del orificio uretral. Ahora bien, si el cuello de la vejiga se inflama, dicho está que su sensibilidad especial se exagerará: con poco estímulo, con una pequeña cantidad de orina, habrá bastante para suscitar vivos conatos de miccion, y como el reflejismo muscular de la misma vejiga y grupos sinérgicamente asociados guardan proporcion con la intensidad de la sensacion del cuello vesical, las ganas de orinar serán, no solo frecuentes, sino apremiantes. Pero las contracciones de la vejiga ocasionan el contacto de la mucosa inflamada, y este contacto es doloroso: de ahí los *dolores* en el acto de la miccion, que se irradian por los plexos vecinos, segun es regla en los de origen inflamatorio. La orina, al contactar con la mucosa del cuello y demás porciones de la uretra, aumenta la irritacion, y por lo tanto, sobrevienen tambien *dolores* á lo largo del conducto, dolores que, como todos los de este sitio, son irradiados á la fosa navicular... ¿No os dais así perfecta cuenta de los síntomas *subjetivos* de la blenorragia prevesical?

Tratemos ahora de explicarnos la razon de los síntomas *objetivos*, los que hacen referencia á las modificaciones que se observan en la orina. Esta, á medida que llega á la vejiga, queda depositada, siquiera por poco tiempo; y como en-

cuentra pus en la superficie de la mucosa, este humor, más pesado que la orina, permanece en el fondo del receptáculo. Si la inflamacion es tan intensa que exhale sangre la mucosa, esta sangre, que es aun más densa que el pus, queda tambien precipitada en el fondo del reservorio, tiñéndose empero, de sus materias colorantes las capas más inferiores de pus.

Al orinar, salen naturalmente las capas de líquido segun el orden de sus densidades: por esto al principio de la miccion, sale orina clara; despues pus blanquecino, despues pus sanguinolento, y por último, sangre pura. En el vaso en que es recojido el producto de la miccion, aparecerán así de pronto, mezclados por la agitacion, la orina, con el pus y la sangre; pero si el recipiente queda en reposo suficiente tiempo para aposarse las materias más densas, veremos reproducirse los cuatro estratos que habia en la vejiga.

Falta ahora analizar el origen de algunas particularidades sintomatológicas, que no hemos observado en nuestro enfermo, porque guarda cama, pero que raras veces dejan de notarse en los que, afectados de *cistitis prevesical*, se levantan y se entregan á sus habituales quehaceres. El *mal*, esto es la frecuencia y dolor de las micciones y la purulencia de la orina, se exacerba por el ejercicio, por el frio, por la humedad y por el cateterismo.

El ejercicio provoca con mayor frecuencia los conatos de miccion, porque, andando, corriendo, saltando ó yendo en carruaje, la vejiga experimenta repetidas sucusiones por la orina que contiene; de donde más grande y más reiterado estímulo en el cuello.

El frio y la humedad disminuyen la traspiracion cutánea, y sabido es que la secrecion renal se encarga de restablecer el equilibrio; acude, por lo tanto, á la vejiga mayor cantidad

de orina que cuando la piel está caliente. De ahí que el calor de la cama solace tanto á estos enfermos.

Por último, el cateterismo es un estímulo tan extraordinario para la ya de suyo delicada y ahora exageradísima sensibilidad del cuello vesical, que los enfermos se estremecen á la vista de una sonda.

El análisis clínico que acabamos de hacer seria suficiente para llegar al diagnóstico positivo de la cistitis prevesical; pero, como pudiera haber confusión con la *prostatitis*, la *uretrorragia*, el *espasmo* y la *neuralgia* del cuello de la vejiga, voy á ocuparme brevemente del *diagnóstico diferencial*.

La exploración rectal del enfermo del número 12, no nos deja percibir el bulto que palpábamos en la cara anterior del intestino de aquel sujeto en quien estudiamos el *infarto crónico* de la próstata, ni acusa, como éste acusaba, pujos rectales. Por esto, aun cuando en ambos la micción sea frecuente y penosa, y la orina clara al principio del chorro y turbia al final del mismo, diagnosticamos en el del número 12 *blenorragia prevesical*, é *infarto prostático* en el del 11.

Frecuentemente sobrevienen *hemorragias* en los que adolecen de cistitis del cuello, así como en los que sufren *blenorragia* intensa sin esta complicación; pero en estos, la *hemorragia* es puramente *uretral* y la sangre no fluye con la orina, sino después de la micción; mientras que en los primeros, las *hemorragias* son *vesicales* y por lo mismo la sangre viene mezclada con la orina, y si se separan en el vaso, es solo después de largo reposo; además, en la *uretrorragia* faltan los pujos y los dolores vesicales.

También acusan vivos dolores en el cuello vesical á los que sufren *espasmo* ó de *neuralgia reumática del cuello de la vejiga*; pero en estos enfermos las orinas no presentan ninguna alteración, á no ser que el espasmo dependa de un cálculo

vesical, en cuyo caso la exploracion de la vejiga con el cate-
ter resolverá la dificultad.

Viene ahora una cuestion, que hallareis luminosamente ex-
puesta en el *Tratado Práctico de las Enfermedades Venéreas* de Ju-
llien: la de determinar si la cistitis del cuello es resultado de
una *metástasis*, ó transporte del flujo blenorragico al cuello de
la vejiga ó de una simple propagacion gradual de la uretri-
tis hasta regiones tan profundas. Abogan en favor de la me-
tástasis, los hechos de presentarse la uretritis prevesical
precisamente en el momento en que cesa de fluir moco pu-
rulento por el meato y remitir los síntomas de esta compli-
cacion en el punto en que reaparece el susodicho flujo. Pero,
Señores, ¿cómo podria manar flujo blenorragico por el me-
ato urinario, ni cómo podria acumularse secrecion en el con-
ducto uertral, siendo, como es, este tan frecuentemente
recorrido y, por decirlo así, *barrido* por la orina? Que reap-
arece algun tanto el humor blenorragico al decaer los sínto-
mas de la cistitis del cuello;... es que, como aun hay secrecion
patológica en la uretra, siendo entonces más raras las miccio-
nes, queda tiempo para aglomerarse en el conducto una canti-
dad algo notable de humor, y este es precisamente el que
espontáneamente rezuma.

Sed muy cautos en punto al *pronóstico* de la cistitis del
cuello: no os dé gran pena el estado agudo, que este caerá
pronto, antes de que termine el primer septenario, mayor-
mente si intervenis con una medicacion adecuada; pero re-
celad las recidivas, pues es de temer que cuantas otras ble-
norrugas contraiga el individuo, en otras tantas sobrevendrá
la misma dolorosa complicacion, y temed sobre todo los ves-
tigios de la uretritis prevesical, es decir, su estado crónico,
pues no es raro que de sus resultas quede una sensibilidad
extraordinaria en el cuello de la vejiga, con escasa continen-

cia de orina y, por consiguiente, con miccion muy frecuente é incómoda.

No suele mostrar gran rebeldía la cistitis del cuello, en su estado agudo; con los mismos medios con que combatimos la blenorragia logramos que la susodicha complicacion pierda sus bríos y aun de ordinario que se cure del todo. Así, pues, apelad á los balsámicos, si aun no los habíais prescrito para la blenorragia, ó aumentad la dosis, en caso contrario. Copaiba y Cubebas siguen siendo los indicados, los remedios por excelencia. Con ellos, en poco tiempo, vereis remitir los dolores y disminuir considerablemente el número de las micciones. Auxiliad los balsámicos con píldoras de ópio, alcanfor y belladona ó con pociones de bromuro de potasio, para lograr efectos calmantes, y no olvidéis que aquí, como en la prostatitis, se han ensalzado los efectos del hielo, aplicado en vejigas á propósito, en el interior del recto.

Por último, si os hallais frente á frente del estado crónico de la *uretritis prevesical*, echad mano de la revulsion con vejigatorios, moxas ó pomadas epispásticas en el periné ó en el hipogastrio y aun, en los casos de mayor rebeldía, de la cauterizacion profunda de la uretra, por medio de la sonda de Lallemand. Sobre todo, mirad con gran respeto al cateterismo que, especialmente durante el período agudo, es intolérable: no introduzcáis sondas sino en caso extremo de retencion de orina, y si no podeis penetrar en la vejiga, evacuada, por el hipogastrio, con el trócar capilar del aspirador neumático.

Epididimitis blenorragica

Proposiciones:

1.^a La *epididimitis* que es una de las complicaciones más frecuentes de la blenorragia, no se observa de ordinario, hasta despues de la cuarta semana de haberse iniciado esta afeccion, y no es efecto de una metástasis del flujo uretral, sino resultado de la propagacion de la uretritis á través de los conductos eyaculadores, vesículas seminales y conducto deferente, hasta el epidídimo, desde donde la flegmasia se irradia á la túnica vaginal y aun á veces á la albugínea y conductos seminíferos.

2.^a En la *etiología* determinante de la epididimitis pueden contarse los agentes traumáticos, el frio, los sacudimientos de la vectacion y aun más, los de la equitacion, las inyecciones uretrales, el cateterismo y principalmente los estímulos eróticos, el cóito y la masturbacion; en ausencia de estas causas ocasionales, puede, empero, sobrevenir la epididimitis, por el solo curso natural de la blenorragia.

3.^a Declárase la epididimitis por tumefaccion y dureza del epidídimo y conducto deferente; este, al tacto, parece un cilindro duro, mayor que de ordinario; pronto la inflamacion trasciende á la túnica vaginal, la que, exudando serosidad, aumenta el volúmen de la bolsa, conservándose, no obstante, la forma del testículo; en algunos casos se inflama tambien esta glándula, la cual, por hallarse contenida en la albugínea, que es inextensible, experimenta los efectos de la compresion, á pesar de lo que, rarísimas veces supura; á estos síntomas se agregan dolores locales y aun reflejos ó de irradiacion al ráquis, lomos y muslos, y trastornos digestivos, con calentura é hidrohemia ó hipoglobulia.

4.^a La *epididimitis blenorragica* puede ser simple ó doble; esta última es relativamente rara y no se presenta de repente.

5.^a La resolucion es la terminacion más habitual de la epididimitis; es rara la gangrena seguida de fungus benigno del testículo; y aun es ménos frecuente la supuracion; en cambio, se observan á menudo las recidivas y el tránsito al estado crónico, que se caracteriza por nodosidades en el epidídimo, dolores neurálgicos ó exaltacion de la sensibilidad testicular é hidrocele de la túnica vaginal.

6.^a La mayor gravedad de la epididimitis, estriba en la notable predisposicion á las recidivas y en la esterilidad del órgano afectado, pues, por lo comun, aun cuando el testículo segregue humor, éste carece de zoospermos; de ahí que la epididimitis unilateral vaya probablemente seguida de disminucion del poder prolífico—aun cuando no de la cantidad de humor espermático—y de esterilidad absoluta la epididimitis doble.

7.^a La induracion é infartos dolorosos del epidídimo y del cordón; así como la inflamacion activa con derrame seroso de la túnica vaginal, son datos suficientes para distinguir la epididimitis blenorragica de los tumores del testículo, del hidrocele y de la hernia inguinal; los antecedentes, y sobre todo la presencia de una gota de humor blenorragico, declararán la natureleza de la epididimitis.

8.^a Combatir desde un principio la blenorragia con los balsámicos y hacer

uso del suspensorio, es establecer una buena profilaxis contra la epididimitis; los medios curativos, en el estado agudo, son: pomada mercurial con belladona, cataplasmas emolientes, aplicaciones de sanguijuelas sobre el anillo inguinal correspondiente; escarificaciones, ó mejor desbridamientos de la túnica vaginal, en caso de tension excesiva del testículo y, según recomendacion reciente, aplicaciones de hielo en el escroto, debiendo añadir á estos agentes tópicos, una medicacion interna atemperante, dieta, posicion horizontal y algun laxante; contra el infarto crónico del epidídimo se recomiendan los astringentes, las pomadas yoduradas con cicuta, como fundentes; los vejigatorios, como resolutivos, y el uso continuado de un suspensorio, que, forrado de algodón en rama y de una cubierta de tela de goma, sostiene alrededor del testículo una atmósfera de vapor.

SEÑORES: Recordad que, á cada lado de la cresta intra-uretral llamada *Verumontano*, abocan los conductos eyaculadores; que éstos, atravesando la próstata, se continúan con las vesículas seminales y que estas, á su vez, aparecen como la expansion del conducto deferente, el cual, como sabeis, es una larga prolongacion de ese cuerpo, llamado *epidídimo*, que, colocado, como la cimera de un casco romano, en lo alto del testículo, recibe la terminacion de los conductillos seminíferos, replegados y avillados en los disepimientos de la inextensible túnica *albugínea*, que forma, por decirlo así, la cáscara ó *esclerótica* del testículo. Con estos recuerdos y con tener tambien presente que la *túnica vaginal* rodea, ó mejor, tapiza como lo hacen las serosas, la superficie del testículo, comprendereis las vías que á menudo sigue la inflamacion de las partes profundas de la uretra, para ir á fijarse en el epidídimo y desde aquí irradiarse á la membrana serosa de la bolsa escrotal, determinando en ella abundante exudacion serosa, y trascendiendo alguna que otra vez á los elementos tubulares secretorios del testículo, causando una flegmasia, tanto más dolorosa, en cuanto la rigidez de la *albugínea* no permite expansion á los conductillos seminíferos flogoseados.

Es decir, pues, que, según lo expuesto, la epididimitis blenorragica *no es una metástasis*; no es un transporte del flujo al seno del testículo; no es la *chaudepise tombée dans le testicule*—purgacion caida en el testículo—como dicen los franceses, ni es tampoco una verdadera *orquitis*, ó inflamacion del parénquima del testículo, sino una flegmasia del *epidídimo*, una flegmasia que ha llegado á este cuerpo, por propagacion gradual, desde la uretra, recorriendo las vías seminíferas, eyaculadoras, vesiculares y deferentes; una flegmasia, en fin, que, siendo de naturaleza blenorragica, como la de la uretra, de donde proviene, tiene una evolucion particular y es notable por su escasa tendencia á la supuracion flemonosa.

Y, sin embargo, los partidarios de la *metástasis*, parece á primera vista que tengan razon al invocar el transporte del flujo uretral á los elementos de la glándula testicular. No vereis, en efecto, la epididimitis en los primeros tiempos de la blenorragia, mientras el flujo es abundante, y activo, y en la mayoría de los casos notareis que la secrecion de la uretra disminuye mucho, y quizás se suprime del todo, desde el punto en que asoma la epididimitis y que la blenorragia no reaparece en su anterior abundancia, hasta tanto que la flegmasia testicular ha perdido sus brios.

Reflexionad, empero, que la supresion de la blenorragia dista mucho de ser un hecho constante en la epididimitis: al contrario, se ven muchísimos casos en que aparece esta complicacion sin que amengüe ni poco ni mucho el flujo uretral; y, digo yo, si en la uretra vemos aun blenorragia, ¿cómo habrá caido ésta en el testículo? ¿Por qué no sobreviene la epididimitis desde el principio de la blenorragia y en ocasion en que el flujo es copioso? Porque en este periodo la flegmasia no ha llegado aun á la region del bulbo y, por lo tanto,

no está próxima á los conductos eyaculadores, que le han de dar entrada á las vías seminales.

Es decir, pues, que en la disminucion y hasta en la cesacion del flujo blenorragico al comenzar la epididimitis, así como en la reaparicion del mismo al declinar esta afeccion, hay que admitir las siguientes explicaciones patogenéticas: 1.^a apareciendo la epididimitis en época en que, por haber llegado la inflamacion blenorragica hasta la partes más profundas del conducto, el flujo ha perdido su agudez, y naturalmente, debe haber disminuido en cantidad; 2.^a la misma inflamacion de las vías seminales actúa como un poderoso revulsivo de la flegmasia de la uretra: es como un sinapismo á lo largo del trayecto seminífero, que rebaja la intensidad de la uretritis, y 3.^a al declinar la inflamacion testicular, cesa el influjo revulsivo y, retoñando la inflamacion de la uretra, reaparece la blenorragia.

Tal es la manera más sencilla y más conforme con los hechos de darnos cuenta de la naturaleza de la *epididimitis* y de sus manifestaciones sintomatológicas.

Hasta la *etiología* de esta afeccion queda bien dilucidada desde este punto de vista patogenético.

Así comprendemos—segun llevo dicho—por qué la epididimitis no se presentá antes del 25.^o dia de la blenorragia, mas, desde entónces, en cualquier época: es que antes de este momento, la inflamacion no ha llegado á las partes de la uretra que están en relacion con los conductos eyaculatorios; así nos explicamos por qué la epididimitis se presenta en ausencia de toda causa determinante y por el solo curso naturalmente invasor de la blenorragia; así, en fin, no es de extrañar que los estímulos secretorios del testículo—cóito, masturbacion, excitaciones eróticas—las impresiones traumáticas ó mecánicas que recaen en este órgano—golpes,

compresiones, equitacion, frio, supresion del suspensorio— así cómo las que actuan directamente sobre las partes profundas de la uretra—cateterismo, inyecciones, etc.—obren como poderosos determinantes de esta inflamacion.

Lo avanzado de la hora me obliga á dar punto á esta Lecion y á reservar para la próxima el estudio de los casos que han pasado por nuestra clínica.

LECCION XI

Complicaciones de la Blenorragia

(Continuacion)

Epididimitis blenorragica

SEÑORES:

Como tipo de intensa inflamacion blenorragica del epididimo, propagada á la túnica vaginal y aún al parénquima de la glándula, voy á referiros la historia de un enfermo, que, hace cuatro años, ocupó la cama número 3 de la sala de Santa Cruz. Era un hombre robusto, de unos 32 años, albañil, si mal no recuerdo, que habia padecido, además de la que en aquel entonces sufría, tres blenorragias, de mayor ó menor intensidad. En la última habia habido complicacion de epididimitis, que, segun decia el enfermo, no habia sido muy intensa ni muy duradera. La blenorragia databa de un mes, y se le habia suprimido bruscamente el flujo hacia unos cinco dias, poco despues que un vivo dolor se habia iniciado en el testículo izquierdo, irradiándose á los lomos y al abdomen. Comenzó desde entonces á hinchársele el testículo y, por consejo de un amigo, se hizo cierta untura en el escroto;

mas no empleó suspensorio ni ningun medio contentivo. Añadia, que el dia antes de experimentar estos dolores en el testículo, habia efectuado el cóito, á pesar de lo cual en la noche que precedió á su entrada en la clínica, habia tenido una polucion involuntaria. Cuando nosotros le vimos, presentaba tumefacto el testículo izquierdo, pero no mucho: tendria éste un volúmen y una figura comparables á una pera de mediano tamaño; rubicundos los tegumentos, en particular hácia el anillo inguinal, con notable aumento de temperatura y suma impresionabilidad al tacto. A pesar de esto, exploré el epidídimo y el cordón; ambos estaban engrosados y sumamente duros; se percibia el testículo en medio de la túnica vaginal, que contenia una regular cantidad de serosidad, é indudablemente la glándula estaba tambien inflamada y tumefacta. El síntoma más acentuado era el dolor, que teniendo su foco en el testículo, se extendia, en direccion del anillo inguinal, hasta la parte inferior izquierda del abdomen, con tal intensidad, que el enfermo no podia soportar en este sitio la menor compresion: hubiérase dicho que habia una *peritonitis*. A todo esto, el pulso estaba frecuente y concentrado, la lengua súcia, el vientre estíptico y la uretra sin flujo.

Diagnostiqué una *epididimitis blenorragica, propagada al testículo y á la túnica vaginal, con tendencia á subir el peritoneo*, y temí que vendria la necesidad de desbridar las túnicas del testículo, para librar á la glándula de la compresion á que se hallaba sometida.

Dispuse una copiosa aplicacion de sanguijuelas sobre el anillo inguinal, embrocaciones mercuriales, con belladona, y cataplasmas emolientes en el escroto y un suspensorio bastante holgado.

Al dia siguiente, habian remitido los síntomas abdomina-

les; pero continuaban los de la orquitis sin la menor rebaja. Tomé un bisturi de hoja angosta y practiqué tres pequeñas escarificaciones, que comprendian el espesor de la túnica vaginal, por las cuales se evaeuó una regular cantidad de humor seroso. Desde entonces, fué mejorando rápidamente el estado del testículo, libre ya de la compresion ejercida por el derrame, y la epididimitis se encaminó á la resolucion, siguiendo la marcha ordinaria, sin que por parte de las sajas se presentase complicacion alguna.

Os he referido este caso, porque es puramente excepcional en la marcha de la epididimitis blenorragica; tan excepcional, que ningun otro he vuelto á ver y, por lo mismo, en ninguno me he visto precisado á echar mano de las escarificaciones segun el método aconsejado por Vidal de Casis, que, como he dicho, no dierón lugar á ninguna complicacion. ¿Hubiera sido tan afortunado si hubiese sajado las bolsas incluyendo la albugínea, segun lo aconsejaba Velpeau? ¿No hubieran sido de temer la supuracion del testículo, el *fungus benigno*, ó la hernia de los conductos seminíferos?

Los casos que podríamos llamar *vulgares* de epididimitis blenorragica, han abundado en nuestras enfermerías, y ahora no tengo más embarazo que el de la eleccion. Así, por ejemplo, en el número 18 de la sala de Santa Cruz, hemos tenido un caso de epididimitis con gran tumefaccion y, por consiguiente, con mucho derrame sinovial, mientras que en el número 11 de la misma sala, hemos visto otro de pequeño tamaño, pero muy doloroso. Léjos de haber sido más leve, ménos doloroso este último que el primero, hemos observado que, así como el del número 16 cedió á la pomada mercurial y á las cataplasmas emolientes, el del número 11 ha exigido dos aplicaciones de sanguijuelas en el cordon espermático. ¿Qué significa esto? Que no siempre el volúmen de la bolsa

guarda relacion con la intensidad de la flegmasia, y por consiguiente, que el tamaño de una epididimitis no signific sino la mayor ó menor cantidad de derrame en la túnica vaginal, el mayor ó menor grado del *hidrocele agudo*.

Hemos visto epididimitis *recidivantes*; otras que no venian á ser más que un retoño de una flegmasia ya adelantada en la declinacion y que una imprudencia del enfermo—haberse levantado demasiado pronto, haber suprimido antes de tiempo las embrocaciones mercuriales y las cataplasmas emolientes—habia hecho reverdecer, constituyendo una recaída, y otros, por último, que desde el principio hasta el fin, han seguido sin perturbacion el curso clásico de la enfermedad. En todos el síndrome ha sido siempre el mismo, salvo la intensidad de los fenómenos morbosos: dolores iniciales en el testículo, que aumentan á la presion y que luego se irradian, bien sea á los lomos, bien á la ingle y al abdomen; tumefaccion creciente del testículo y de la bolsa correspondiente, con hiperemia más ó menos subida del escroto; epidídimo engrosado, endurecido y muy doloroso; cordon espermático, ó mejor, conducto deferente, voluminoso y duro, cual si á través de los tegumentos se palpase, en el anillo inguinal, un trozo de sonda rígida; pastosidad ó más bien fluctuacion elástica de la bolsa;... fiebre, más ó menos graduada, gastricismo, diarrea y aún, con mayor frecuencia, estreñimiento de vientre.

En el enfermo del número 16, el flujo uretral se habia suprimido por completo desde el dia en que apareció la epididimitis, mientras que en el del número 11 la blenorragia continuaba en bastante abundancia. Digamos, empero, que la regla general es la supresion, ó á lo ménos una notable disminucion del flujo, y que si se ven algunos casos en que este continúa, á pesar de la epididimitis, es para darnos una

nueva prueba de que esta no es el resultado de una *metástasis* y por lo tanto, que no la conviene el nombre de *chaudepisse tombée dans le testicule*.

En todos los blenorragicos se nota un grado mayor ó menor de palidez del tegumento y de las mucosas: á esto llama el vulgo *cara de purgaciones*; mas, este signo de hidrohemia se acentúa mucho más cuando sobreviene la epididimitis, y así lo hemos observado, en general, en todos los enfermos de la clínica que han presentado esta complicacion, y eso tanto si hemos aplicado sanguijuelas como si nos hemos abstenido de toda evacuacion de sangre.

La marcha regular de la epididimitis la hemos visto comprendida en dos periodos bastante definidos: el primer septenario se emplea en el gradual incremento de todos los síntomas; al séptimo dia, cuando la flegmasia ha alcanzado su más alto grado, se inicia la declinacion: amainan los dolores, rebajan la tumefaccion y la rubicundez de las bolsas; éstas, distendidas como estaban, se vuelven á coarrugar y se cubren de escamacion furfurácea; el testículo y el epidídimo, que, envueltos, como se hallaban, por el líquido vaginal, eran apenas perceptibles, se pueden volver á tocar; cesa la fiebre, se limpia la lengua, y el enfermo, al paso que recobra el apetito, pierde en pocos dias la palidez hidrohémica de que hace poco os hablaba.

Es decir, pues, que la natural tendencia de la epididimitis blenorragica es la resolucion; en los casos en que la inflamacion no pasa los habituales límites, llega á este feliz término entre la cuarta y la quinta semana. Yo no he visto jamás la supuracion del testículo como legítima consecuencia de la blenorragia; lo cual no quiere decir que un sujeto que haya padecido una epididimitis, no pueda presentar, en época más ó ménos remota, un absceso del testículo; mas en

este caso el pus no es oriundo de la flegmasia blenorragica, sino de otra causa, y en especial del *tubérculo*, producto patológico que tiene particular predileccion para las glándulas seminales.

Lo peor de la epididimitis blenorragica es la frecuencia de las *recaidas*: lo que prolonga, en ocasiones, muchos meses esta complicacion, es el poco cuidado que tienen los enfermos: se levantan antes de tiempo; suprimen el suspensorio; se entregan á ejercicios más ó ménos violentos, y con todo esto, la inflamacion, que tocaba ya á su término, se exaspera y requiere nuevo y quizás más enérgico tratamiento.

He visto algunos casos de epididimitis doble; pero siempre el infarto de un testículo ha venido despues que el del otro se hallaba en su apogeo, ó cuando se iniciaba ya en este la declinacion. En tales circunstancias, no es raro observar lo que Ricord ingeniosamente llamaba *orquitis de báscula*, en la que es de ver un continuo tránsito del uno al otro testículo. Lo que dura la epididimitis en éstos casos, lo podeis imaginar, teniendo en cuenta que yo he visto un enfermo que presentó seis recidivas en cada glándula.

El enfermo cuya historia he referido en primer término, el de la *orquitis* que reclamó escarificaeiones de la túnica vaginal, confesó que á pesar de haberse entregado al cóito el dia antes de sobrevenirle el daño testicular, tuvo, dos ó tres dias despues de haberse iniciado la epididimitis, una *polucion nocturna*. Este hecho no es raro; lo he visto en varios casos, pero disto mucho de poder decir con Jullien que todos aquellos en quienes la epididimitis dura más de quince ó veinte dias, acusan una, dos, tres y aún más poluciones, sobrevenidas sin ninguna excitacion erótica. El fenómeno no es nada difícil de comprender: ya es bastante estímulo para el testículo la inflamacion de que se halla rodeado.

Dignos son de tenerse en cuenta los vestigios, ó por mejor decir, las consecuencias de la epididimitis. Dice Godard, que numerosas observaciones demuestran que los que han sido atacados de epididimitis doble, han perdido para siempre la aptitud prolífica; y no es que dejen de segregar sémén, ni tan siquiera que este humor sea ménos abundante que de ordinario, pero el esperma carece de los elementos anatómicos á que debe su virtud fecundante: los zoospermos.

Dado el modo de funcionar de las otras glándulas, parece que la supresion de la aptitud secretoria en un testículo, deberia aumentarse en el que queda sano: nada de esto acontece. Cuando el conducto deferente ó el epidídimo resultan infartados ú obstruidos por la inflamación crónica, el testículo libre de flegmasia, segun investigaciones muy curiosas, no segrega mayor cantidad de sémén que de ordinario. Aun hay más: cuando uno de los testes, por haber sufrido la inflamacion blenorragica, ha quedada inhábil para la elaboracion de zoospermos, aún cuando no para la secrecion del plasma en donde estos se agitan, el humor prolífico del individuo resulta mermado, no en cantidad, sino en la proporcion correspondiente de estos corpúsculos prolíficos. Si la aptitud fecundante fuese susceptible de medicion ¿podria probarse que el que hubiese padecido de una epididimitis simple habia perdido la mitad de la aptitud generatriz, ya que quedan totalmente privados de ella los que han adolecido de orquitis doble? Es este un punto muy difícil de averiguar y más hipotético que práctico; ignoro si han dado fruto los contados enfermos de orquitis doble á quienes he asistido; conozco sí, varios hijos de individuos que antes de su matrimonio padecieron la epididimitis blenorragica unilateral. Raras veces sereis consultados por esta causa: habiendo eyaculacion y placer, nadie recela de su propia este-

rilidad; la falta de hijos se achaca siempre á las condiciones de la consorte. Puede empero presentarse el caso de que se os pregunte *a priori*, esto es, antes de celebrarse el matrimonio. ¿Tendrá sucesion un sujeto que ha padecido una epididimitis blenorragica? Aquí lo procedente seria un exámen microscópico del sémen..... ¿pero dónde hay rubor médico para solicitar semejante investigacion? Vale más, mucho más, atenerse á las probabilidades que arroja un conjunto de estudios hechos por los sabios, y decir: si la epididimitis fué uni-lateral, si uno de los testes quedó sano y hábil para la funcion secretoria normal, este bastará para fecundar, del propio modo que un solo ojo íntegro basta para ver. Si los dos testes fueron asiento de inflamacion blenorragica, ateneos tambien á lo observado por los sabios y advertid á los interesados que es por lo ménos muy discutible la virtud prolífica del individuo.

Los resíduos de la epididimitis, suelen ser bastante permanentes y á veces preocupan mucho á los enfermos. El epidídimo, resuelta la inflamacion, se presenta como un núcleo oblongo, duro y como tuberculoso hácia la cola. A menudo se nota que ésta continua con el conducto deferente, tambien endurecido y abultado; todo es efecto de una exudacion plástica, que, así como puede limitarse á engrosar los órganos tubulares en que recae, dejándolos más ó ménos permeables, en determinados casos, es causa de obstruccion completa de las vías espermáticas, obstruccion que, no obstante, suele ser pasajera, restableciéndose la permeabilidad de los conductos á medida que desaparece el infarto de los tejidos.

No es, empero, tan pasajero el abultamiento nodular, y esto es cabalmente lo que preocupa á los pacientes, por temor de ulteriores consecuencias; recelo que, en verdad, ca-

rece de fundamento, pues tarde ó temprano los infartos epididímico y funicular se resolverán y no habrá ya vestigios de la inflamacion.

Otra amenaza más positiva para estos individuos, quede ó no completamente resuelto el infarto del epidídimo y del cordon, es la notoria predisposicion á volver á contraer epididimitis durante el curso de ulteriores blenorragias. De esto debeis prevenirles y aconsejar, como medida profiláctica, el uso habitual del suspensorio. Yo he visto retoñar la epididimitis muchos meses despues de curada, al solo influjo de un orgasmo glandular provocado por una excitacion erótica—recalentamiento—no llegada al término fisiológico de la eyaculacion.

La *terapéutica* de la *epididimitis blenorragica*, versa toda en el planteamiento de una medicacion antiflogística proporcionada á la intensidad de la flegmasia. En la mayoría de los enfermos bastan cuatro ó cinco fricciones diarias de unguento mercurial, con belladona—30 gramos de unguento mercurial por 3 de extracto de belladona—seguidas de otras tantas cataplasmas emolientes, teniendo la precaucion de mantener elevadas las bolsas por medio de un vendaje suspensorio, que no ejerza compresion. El paciente guardará cama, estará adietado y al uso de una pocion atemperante. Si hay catarro gástrico, se combatirá con laxantes. Se suspenderán totalmente los balsámicos—Copaiba y Cubebas—hasta tanto que, habiendo cesado por completo la epididimitis, quede restablecido el flujo blenorragico.

En varios casos he visto sobrevenir un catarro intestinal, de forma disentérica: en tales circunstancias, la ipecacuana, los semicúpios y enemas emolientes, me han dado excelentes resultados.

Cuando la epididimitis presenta más alto grado de inten-

sidad ó cuando no cede á las embrocaciones mercuriales y á los emolientes, es preciso apelar á las emisiones sanguíneas locales. No apliqueis sanguijuelas al escroto: la piel en este punto soporta mal las mordeduras de los arélidos; sobreviene un grande equímosis, se origina una viva inflamacion y frecuentemente se forman escaras gangrenosas. Para las inflamaciones del testículo, las sanguijuelas deben aplicarse junto al anillo inguinal, sobre los vasos funiculares y espermáticos. Así, con ménos expoliacion de sangre, obrareis con más energía y no os expondeis á las inflamaciones equimóticas y gargrenosas del escroto.

Sed siempre rígidos en la declinacion del mal; no consintais que el enfermo se levante antes de que los síntomas inflamatorios se hayan completamente desvanecido, y sobre todo no autoriceis la supresion del suspensorio hasta que se hayan totalmente extinguido, no solo la epididimitis, sí que tambien el flujo uretral.

Tambien en la epididimitis blenorragica se han ensayado, al parecer con plausible éxito, las aplicaciones de hielo. ¿Qué podria hacer, falto aún de experiencia personal respecto de este tratamiento, sino recomendaros su ensayo, con toda aquella prudencia y mesura que exigen los tanteos clínicos?

¿Cuándo vendrá el caso de la intervencion quirúrgica á mano armada? Sírvaos de guia el caso clínico que os he expuesto al principio de la presente leccion: los síntomas de vaginitis intensísima, con amenazas al peritóneo, y la viveza de los dolores testiculares, que no ceden á los mercuriales, ni á la belladona, ni tampoco á las sanguijuelas, constituyen de consuno la indicacion de las *escarificaciones*. Llegado este caso, no incindais la albugínea, como queria Velpeau, para desbridar directamente el testículo; bastará que, á imitacion de Vidal, abrais la serosa, la túnica vaginal, para que eva-

cuándose el hidrocele agudo, quede desahogado el testículo y comience la declinacion de los síntomas. La incision de la vaginal no ofrece ningun peligro; la escarificacion de la albugínea es ocasionada á la hernia de los conductos seminíferos y al fungus benigno del testículo, del cual he visto en la clínica un notable ejemplo, aunque no reconocia esta causa.