

LECCION XIV

Consecuencias de la Blenorragia

SEÑORES:

Las afecciones que comprendemos en el grupo de las *Consecuencias de la blenorragia*, son meros resultados del proceso de la inflamacion crónica de la uretra, y á la vez que poco variadas, aun cuando muy frecuentes, se hallan de tal manera escalonadas, que las unas son la secuela de las otras, y así, del mismo modo que la *blenorrea* es de ordinario consecuencia de la *blenorragia*, aquella tiene por consecuencia las *estrecheces uretrales*, así como estas determinan *fístulas urinarias*.

Así, pues, en esta seccion trataremos: 1.º de la *Blenorrea*: 2.º de las *Estrecheces orgánicas de la uretra* y 3.º de las *Fístulas urinarias*.

Blenorrea

Proposiciones:

1.^a Todo flujo mucoso, sero-mucoso y aun á veces moco-purulento, sostenido por una flegmasia crónica de la uretra, constituye una *blenorrea*; llamándose vulgarmente *gota militar*, cuando la flegmasia crónica y el flujo provienen de una blenorragia aguda ó sub-aguda.

2.^a Aun cuando la blenorragia sea la causa más comun de la blenorrea

constituyendo esta la más inmediata secuela de aquella, hay blenorreas de origen constitucional, es decir, herpéticas, reumáticas, ó artríticas, y otras debidas á estímulos locales—vermes intestinales—ó internos, que nada tienen que ver con la blenorragia.

3.^a Aun cuando, en ciertos casos, la blenorrea se observe en sujetos sífilíticos, nada tiene de sífilítica, pues el flujo uretral se debe solo al estado de debilidad ó caquexia en que la sífilis constituye al individuo.

4.^a Un flujo escaso, en forma de gota, que suele presentarse por la mañana, de aspecto mucoso, sero-mucoso y que alguna que otra vez se hace mucopurulento y aun sanguinolento, es el síntoma característico y á veces único de la blenorrea; en varios casos el enfermo acusa dolores é incomodidades en algun punto de la uretra, ya sea en el acto de la micción, ya por la compresion exploradora del conducto.

5.^a El flujo blenorreico simple, es decir, mucoso ó seroso, no puede comunicar la blenorragia; pero sí, cuando contiene corpúsculos purulentos; lo cual á veces, aunque raras, sucede cuando ha habido una excitacion más ó ménos violenta.

6.^a Un fenómeno bastante comun en la blenorrea, es un estado moral de *hipocondria melancólica*, que apenas mucho más á los enfermos que la misma uretritis y que, en varios casos, dura mucho más que la blenorrea.

7.^a El *pronóstico* de la blenorrea es mucho más grave que el de la blenorragia, por su rebeldía, porque desconocemos cuanto durará y porque puede dar origen á estrecheces de uretra, que á su vez pueden ser seguidas de desagradables consecuencias; siendo de notar que, así como la blenorrea origina estrecheces uretrales, estas á su vez sostienen la blenorrea.

8.^a La verdadera *profilaxis* de la blenorrea consiste en no abandonar demasiado pronto el tratamiento curativo de la blenorragia, no cesando en los balsámicos hasta mucho despues de extinguido el flujo.

9.^a El *tratamiento curativo*, requiere aun los balsámicos y en particular la *pimienta de Cubeba*, á altas dosis; producen tambien buenos efectos las inyecciones de nitrato de plata y de líquidos astringentes, debidamente conducidos, por medio de una sonda, al sitio de la inflamacion crónica; las cápsulas de sándalo amarillo y las candelillas medicamentosas astringentes; si hay estrecheces que sostengan la blenorrea, es indispensable dilatarlas ó desbridarlas; una medicacion y un régimen tónicos y el uso moderado del cóito, contribuyen eficazmente á la curacion de la blenorrea.

Señores: Pocas veces vienen á la clínica enfermos que solo adolezcan de *gota militar*; pero vemos á menudo esta afeccion en individuos que solicitan nuestros auxilios por males de mayor cuantía, y que, con tal ocasion, nos dan cuenta de su crónico flujo.

No desperdiciemos estos hechos, pues tienen capital importancia en la práctica. Pero, ante todo, ¿qué deberemos entender por *blenorrea*? ¿Cuándo diremos que la blenorragia

ha pasado á ese estado de interminable cronicidad, á que el vulgo llama *gota militar*?

Respuesta muy sencilla: en tanto un flujo uretral contenga corpúsculos purulentos, conservará el carácter blenorragico, pues será efecto de una flegmasia aguda ó sub-aguda; cuando falten dichos corpúsculos y el humor sea mucoso, seroso, ó sero-mucoso, quedará constituida la *blenorrea*.

No olvideis, empero, que la uretritis crónica, como todas las flegmasias catarrales de este mismo carácter, es susceptible de presentar exacerbaciones, estados transitorios de agudez, al influjo de estímulos locales ó generales, y entonces no es raro que la secrecion mucosa ó serosa, se haga accidentalmente purulenta y aun que á veces se tiña de sangre.

En tal caso, el mal oscilará entre la *blenorrea* y la *blenorragia*, y el flujo, que por ser blenorreico, habia perdido sus propiedades irritantes, que le daban apariencias contagiosas durante la blenorragia, por su accidental purulencia, volverá á adquirir la aparente virtud del contagio.

Más, esto no es tan frecuente como pudiera creerse; y así, salvando las excepciones, es permitido decir: que la *blenorrea no es contagiosa*, en tanto el humor uretral conserve el aspecto de la serosidad ó del moco; debiendo solo recelar de su contagio, cuando la uretritis se haya exasperado y el flujo presente un color blanco amarillento, que indica la presencia del pus.

No todas las blenorreas son oriundas de blenorragia. El herpetismo, la gota, el reumatismo y la escrófula, pueden ejercer su imperio en la uretra, de dos maneras, á saber: imprimiendo el sello de la respectiva diátesis á la flegmasia crónica consecutiva á la blenorragia, ó siendo ellas causa á la vez predisponente y ocasional de la blenorrea. Raras veces

observareis esto último, esto es, que un individuo, por el solo hecho de ser herpético, reumatizante, escrofuloso ó gotoso, y no habiendo padecido antes blenorragia, se vea afectado de un flujo blenorréico; en cambio, estanto lo que la diátesis influye en los flujos crónicos de alcurnia blenorragica, que apenas hay caso de blenorrea en que no deba tenerse en cuenta esta participacion.

Tambien puede nacer la blenorrea por estímulos locales ó de vecindad: hay niños verminosos y otros que se atraviesan en el periodo de la denticion, que son ejemplo de esto. El propio efecto pueden causar el cateterismo, las inyecciones uretrales, los condimentos picantes, los alcohólicos y otros muchos estímulos indirectos, que hemos enumerado en la etiología de la blenorragia.

Llámanla *gota militar* á la blenorrea, sin duda en razon á la mucha frecuencia con que esos flujos crónicos se observan entre los militares, quienes, por lo comun, poco escrupulosos en materias de amor, contraen frecuentes blenorragias, y obligados á incesantes cambios de domicilio y á contínuas marchas y contramarchas, atienden poco á la definitiva curacion de las uretritis agudas; pero ¿acaso la blenorragia se vé menos comunmente entre las otras clases de la sociedad? La incuria por la blenorragia, la excesiva confianza en su curacion espontánea y definitiva, cuando ha pasado al período de sub-agudez, está, por desgracia, muy generalizada. A ella debe su blenorrea el obrero, que vé agotar rápidamente sus ahorros en la botica; de ella es víctima el jóven hijo de familia, cuando recela que sus padres sospechen que un mal vergonzoso le aqueja; por ella se invetera el flujo uretral en el religioso, que por no confesar una debilidad, se medica en secreto y de un modo poco conveniente; á ella, en fin, debe el calavera, que ni aun cuando está enfermo

acierta á enfrenar sus pasiones, un mal que le afligirá quizás toda la vida.

Así, pues, ó no hay motivo decente para continuar llamando *militar* á la gota uretral de los blenorreicos, ó es preciso ampliar la sinonimia de esta enfermedad tanto cuanto lo consienten los nombres de las diferentes clases sociales.

Sea como fuere, de lo dicho resulta siempre el evidente influjo que en la etiología de la blenorrea tiene el descuidar la blenorragia. Pero aun hay cosa peor que la incuria, y es el exceso de tratamiento, y sobre todo el tratamiento intempestivo de la blenorragia sub-aguda. Boticarios que hacen comercio de específicos ó que, *segun su leal saber y entender*, preparan y administran pociones é inyecciones de *virtud probada*; medicastros curtidos en la rutina, que aun tratan con mercurio las blenorragias; curanderos de gran fama, decorados con la palma de mentida persecucion ejercida por la envidia de los médicos y provistos de privilegios librados por los gobiernos de repúblicas y reyes de otro hemisferio; barberos decidores é imitadores del inolvidable Fígaro;... tales son los responsables de la inmensa mayoría de las blenorreas que amargan los dias de los moradores de los grandes centros de poblacion. Y aun hay una responsabilidad mucho más grave... la de las autoridades que ejercen tutelar tolerancia sobre esta cáfila de delincuentes. Nadie lo creeria si de cerca no lo viese: de cada cien blenorreicos que vienen á demandar nuestros auxilios, por lo ménos noventa han sido antes, y quizás por muchos años, manoseados, estropeados y robados por intrusos.

Lo he dicho en otra Leccion: la blenorragia y sus secuelas, son más de temer por exceso que por defecto de tratamiento. Un homeópata *pur sang*—ahora hay pocos—podria, á despecho de los globulillos y de las tinturas madres, cubrirse

de gloria, porque llegaria á curar una blenorragia en ménos de tres meses.

Nada más sencillo que la *sintomatología* de la blenorrea: la gota matutina, y aun á veces meridiana ó vespertina, es frecuentemente el único fenómeno morboso que presenta el individuo. Orina bien; no siente dolores espontáneos á la miccion; tiene un chorro normal en fuerza, magnitud y forma; digiere perfectamente; se siente ágil para el trabajo y, en una palabra, ejerce normalmente todas sus funciones.

Mas, no siempre los blenorreicos gozan de esta paz octaviana, en medio de su inagotable flujo: de cuando en cuando la uretritis parece que reverdece, reviste cierta agudez, les ocasiona ardores al orinar, prurito en la fosa navicular, escozor en lo más recóndito del conducto, y en tales casos, no es raro que el humor, de ordinario límpido, mucoso y filamentososo, se torne opalino, blanquizco ó amarillento, es decir, puriémulo.

¿Qué causa esas inesperadas subversiones, esas salidas de tono de la blenorrea?... Un dislate en el régimen, un exceso en la bebida, erecciones *en vilo*, conatos venéreos abortados, quizás cóitos excesivos ó tal vez el siempre abusivo acto de la masturbacion.

No duran mucho semejantes exacerbaciones; disípanse espontáneamente y la uretra vuelve á su habitual y tranquilo estilicidio.

Entre tanto el mal dura meses y más meses; quizás una nueva blenorragia viene á alterar la monotonía del flujo, con cuyo motivo la uretritis crónica recibe nuevo refuerzo, para continuar en su secrecion pasiva, y quizás, lo que es mucho peor, en su exudado plástico intersticial, exudado que condensa, engruesa y hace perder su natural elasticidad al teji-

do conjuntivo sub-mucoso para transformarle en *estrechez orgánica* del conducto.

La estrechez opone obstáculo mecánico al libre paso de la orina; la vena flúida que de la vejiga viene, choca y se descompone contra el relieve que forma la estrechez; á cada miccion, nuevos choques y nuevo estímulo en la mucosa; nueva y reiterada causa de irritacion crónica y de *blenorrea*; la *blenorrea* que preparó y dió lugar á la *estrechez* de la uretra, adquiere, por la presencia de esta, nuevos títulos á la cronicidad. Blenorrea produce, pues, estrechez, y la estrechez mantiene la blenorrea. Círculo infinito de causas y efectos, alrededor del cual, por decirlo así, gira casi toda la patología crónica.

El estado moral de los blenorreicos presenta dos variedades: el mayor número de estos enfermos se dan tan poca pena por su pequeño flujo, que descuidan todo tratamiento y no se imponen privacion alguna; otros, al contrario, son presa de grandes temores y de profunda tristeza, y tanto les aflige la idea de las consecuencias de su crónica enfermedad, que frecuentemente su melancolía alcanza grados verdaderamente frenopáticos.

Sí, señores, entre las vesanias, hay que admitir la *hipocondria blenorreica*, ó si se quiere, *sifilofóbica*, caracterizada por alucinaciones é ilusiones viscerales ó de los órganos periféricos y delirio, que versa en la infeccion permanente de la sangre por el vírus sifilítico, el cual, saturando todas las partes del cuerpo, mina lentamente el organismo.

Esta perturbacion ó predisposicion mental, se observa de preferencia en sujetos de temperamento bilioso ó nervioso y, por lo comun se inicia en ocasion de haber el individuo experimentado un nuevo desengaño por el nulo resultado de

un nuevo tratamiento, en el que habia cifrado la esperanza de la definitiva extincion del flujo.

Acusan palpitations de corazon, y frecuentemente las tienen, gastralgias, estipticidad de vientre, dolores vagos en el pecho y abdómen, cefalalgia y debilidad general; creen que han enflaquecido mucho, que pierden rápidamente carnes y fuerzas, que no tienen aptitud para el trabajo, que no duermen—y sin embargo suelen dormir regularmente—y que la memoria se les vuelve infiel. Sufren algunas artralgias en los hombros, codos, y rodillas, y las consideran dolores esteócopos. Imaginan que la sífilis se les ha apoderado de la médula ó del cerebro y creen que para su mal no hay remedio, pues, segun la doctrina humorista, todo proviene de que la blenorragia fluyó poco, de que *se la encerraron dentro*; no les purgaron tanto como era menester y, por lo mismo, ahora el *mal humor* hace estragos en su cuerpo. Muchos achacan la culpa al mercurio; de él dependen los dolores que divagan por sus miembros; de él la gran debilidad en que se hallan constituidos. Quieren más purgantes, más diuréticos y muchos depurativos para expeler los *malos humores*.

Estos enfermos se solazan cada vez que encuentran un médico que les sepa inspirar confianza en el éxito de la medicacion y persuadirles de que el mal que les aqueja no es general, ó de la sangre, sino que consiste en una simple irritacion crónica de la uretra, en donde ni tan siquiera hay llaga ni escoriacion. Así salen contentos de la consulta; pero á los pocos dias vuelven desesperados solicitando nuevos consuelos: parecen un reloj que acaba la cuerda cada seis ú ocho dias.

La mayor parte de estos enfermos resultan curados de su enfermedad mental, tan pronto como ha desaparecido la ble-

norrea; en algunos, empero, el trastorno frenopático ha tomado tanto arraigo, que la extincion del flujo no basta á restituirles la tranquilidad. «Ha cesado el flujo, dicen, pero la sífilis continúa en la sangre.» En este caso la hipocondria sifilofóbica suele complicarse con otros delirios y la vesania sigue el curso crónico de las frenopatías esenciales.

Las *lesiones anatómicas* de la blenorrea no difieren de las de la blenorragia más que en su intensidad y en la tendencia á la formacion de exudado plástico intersticial, que caracteriza á las flegmasias crónicas.

Hoy dia están abandonadas las ideas de Desormeaux, relativas á que las granulaciones de la uretra constituyen la lesion específica y característica de la blenorrea. Estas granulaciones, no son demostrables sino en casos puramente excepcionales, y cuando existen, son de color gris más ó ménos oscuro, y su volúmen varia desde el tamaño de una semilla de adormidera al de un cañamon. La lesion de la blenorrea consiste única y exclusivamente en una hiperemia crónica, circunscrita á una determinada extension de la uretra, con notable condensacion del tejido mucoso y sub-mucoso. Andando el tiempo y acrecentándose la exudacion plástica intersticial, la uretra pierde su elasticidad, por cuyo motivo no puede dilatarse como en el estado normal, y desde este instante, queda establecida la lesion característica de la *estrechez orgánica*.

Para el *diagnóstico* de la blenorrea, basta tener la seguridad de que es mucoso, seroso ó sero-mucoso, el humor que destila de la uretra. Solo el infarto crónico de la próstata podria ser confundido con la blenorrea; pero, además de que el humor prostático tiene caracteres especiales, que el microscopio pone en evidencia, bastaria apelar al tacto rectal, para descubrir el aumento de volúmen de la glándula. Con

el mismo instrumento, que permitiría ver los *espermatozoarios*, no podría confundirse— como lo hacen muchos enfermos y aun algunos médicos poco avisados— la blenorrea con los flujos seminales.

Lo difícil, en muchos casos, es diagnosticar el sitio en donde se halla localizada la blenorrea. Para esto sirven las candelillas, ó sondas de bola olivar, que, al profundizar en la uretra, determinan una sensacion dolorosa en el momento en que la esfera toca con la superficie inflamada. Si hay estrechez, se percibe cierta resistencia al penetrar y esta aun sube de punto en el acto de retirar el instrumento del lugar que subsigue á la coartacion.

La determinacion del fondo constitucional ó diatésico de una blenorrea, pende principalmente del concepto general que nos formemos de las condiciones morbosas del individuo. Por suerte, el herpetismo, la escrófula, el reumatismo y la gota, se revelan ostensiblemente á los ojos del clínico, y no tengo más que referirme á lo que se os habrá explicado en la cátedra de Patología general y aun á lo que en diferentes secciones de mis cursos clínicos dejo expuesto, para considerarme relevado de entrar en más pormenores en esta ocasion. La blenorrea *será del color de la diátesis dominante*, y si no hay diátesis, direis que la blenorrea es simple.

Ménos debe alarmaros una blenorragia agudísima, con todos sus dolores y peligros, que una blenorrea. De aquella, aun cuando os cruzarais de brazos, contando con la fidelidad del enfermo, podríais asegurar que no pasaria el tercer mes sin haber conseguido la curacion, y aun abrigaríais legítima esperanza de abreviar notabilísimamente el padecimiento con una medicacion conveniente. Nadie sabe el término natural ó espontáneo de la blenorrea. El arte, además, es mucho ménos eficaz en esta pequeña afeccion que en la tumultuosa

cuanto agitada blenorragia. Topamos aquí con los sempiternos obstáculos de la inflamacion crónica: la tendencia á esclerotizar el tejido conjuntivo y la dificultad de resolver esta esclerosis; y si de esta resultan estrecheces y de las estrecheces retenciones de orina, flegmasias crónicas de la vejiga, ó catarros, casi siempre purulentos, y derrames de orina seguidos de abscesos urinosos y de fístulas urinarias de difícilísima curacion, considerad cuanto más grave es el pronóstico de la blenorrea que el de la blenorragia. *Lo peor de la blenorragia, es el poder pasar á blenorrea.*

La terapéutica de los flujos crónicos de la uretra es el escollo en donde á menudo naufragan las medicaciones más acreditadas. ¡Qué mucho, si la rebeldía ya es condicion inherente á las flegmasias crónicas de todas las mucosas! No son ménos tenaces el coriza crónico, ni el catarro bronquial, ni el catarro intestinal, ni el catarro de la vejiga. En estas superficies, basta el estímulo del funcionamiento ordinario, basta la presencia del humor segregado, para sostener la inflamacion en el remiso grado que caracteriza la cronicidad.

Las *inyecciones cateréticas* de nitrato de plata, al 5 por 100, determinando una inmediata exageracion de la uretritis, haciéndola pasar á un estado de agudez transitoria y aumentando la cantidad y densidad del flujo, van, en muchos casos, seguidos de la curacion de la blenorrea.

Tanto estas inyecciones, como las *astringentes*, cuyos efectos distan mucho de ser tan heróicos y de resultados tan eficaces como los de las cateréticas, reclaman cuidados especiales para asegurar el contacto del líquido con la superficie afecta. A nada conduce la práctica vulgar de inyectar la uretra por medio de una simple jeringa introducida en el meato: la inyeccion no pasa de los 10 centímentros anteriores del con-

ducto, y la uretritis crónica se alberga en las partes más profundas, esto es, en las porciones membranosa, bulbar y prostática de la uretra. Es, pues indispensable inyectar por medio de una sonda, que sirva de conductor. Pero así se corre el riesgo de verter la inyección en la vejiga y de dejar intacta la uretra. De ahí el precepto de introducir la sonda hasta tanto que salga orina y retirarla luego un poco, hasta que ya no salga este líquido. Esto indica que el instrumento está próximo, pero no dentro de la vejiga. Hágase levantar al enfermo, y en este estado, adáptese al pabellon de la sonda una jeringa llena de líquido. Empújese rápidamente el émbolo hasta la cuarta parte de la jeringa. Retírese cosa de medio centímetro la sonda, y medio minuto despues, impélase otra vez el émbolo hasta la mitad; deténgase otro medio minuto, retírese la sonda otro medio centímetro y arrójese una cuarta parte del líquido; con otra detencion y otro empuje, quedará terminada la operacion. Así habreis practicado la inyección de la uretra segun conviene en la blenorrea.

Las inyecciones de *crema de sub-nitrato de bismuto*, en la proporcion de una cucharadita pequeña de esta pasta por una cucharada grande de agua, practicadas del modo antedicho, y con perseverancia—3 á 4 al dia—suelen dar excelentes resultados.

Aun son superiores los efectos de las *candelillas porta-remedios de Reynald*, de base de *sulfato de zinc* ó de *tanino*. Yo las prescribo casi diariamente, recomendando para su empleo las siguientes precauciones: aguardar la hora de acostarse para introducirse la candelilla; despues de orinar y mojada la candelilla en agua comun, meterla, hasta que desaparezca en la uretra y cubrir el glande con una pequeña compresa atada al pene con un hilo. A la madrugada, cuando el enfer-

mo se levanta acosado por las ganas de orinar, observa que la candelilla se ha licuado, ensuciando la compresa y aun quizás la camisa. No es raro que el flujo blenorreico se presente algo más abundante, lo cual no es ningun mal. Se emplea una candelilla cada dos dias, hasta llegar al duodécimo, en que se toman tres dias de observacion, para ver si vuelve á asomar la gota. En caso afirmativo, debe continuarse con las candelillas, introduciendo una cada 3 ó 4 dias y por último, si aun resta un vestigio de la gota, se sigue introduciendo una candelilla cada semana, durante un mes.

Rara será la blenorrea que resista á este tratamiento tan perseverante, si no está sostenida por una estrechez y si á la accion local de las candelillas se tiene el cuidado de añadir la *pimienta de Cubebas*, administrada á dosis, altas tambien con perseverancia y luego decrecientes, segun detalladamente os expuse tratando de la terapéutica de la blenorragia—véase página 74.—Para estos casos, han sido tambien muy recomendadas las *cápsulas de aceite esencial de sándalo citrino*, y á juzgar por el resultado que con este medicamento acabo de obtener en un antiguo blenorreico, son merecidos los elogios que se le tributan: ensayadlo.

Resta atender al estado moral y á la diátesis, si uno y otra ostentan manifestaciones morbosas: en un caso reciente de *hipocondria blenorreica*, con alucinaciones viscerales y palpitaciones cardíacas, he obtenido, como en otras muchas de análogo síndrome, excelentes resultados de unas píldoras de opio y belladona—3 y 1 centígramo respectivamente—administradas tres veces al dia. Arsenicales, si hay herpetismo, iodo, hierro y sulfurosos, si predomina la escrófula, y alcalinos, si el reuma ó la gota; tales son los medicamentos que deberán manejarse para cumplir la indicacion de la diátesis; debiendo entender que muchas blenorreas que no ceden á

los balsámicos, ni á los astringentes, entran en el período de curacion definitiva, desde el momento en que se corrige el estado constitucional que las sostiene.

El *régimen higiénico* de los blenorreicos no debe ser riguroso. No se les tolerarán excesos; pero se levantarán las rígidas privaciones que estos enfermos suelen imponerse, inclusa la de los placeres de la generacion. El cóito moderado y en condiciones higiénicas, dista mucho de perjudicarles.

No será por demás darles consuelo diciéndoles que ya su flujo ha perdido la virtud contagiosa y que no tienen que recelar que de su enfermedad se resienta su prole, ya que estén próximos á contraer matrimonio ó les asedie el compromiso de reanudar la relaciones conyugales. Estas palabras hacen en el ánimo de enfermos, por lo comun tan contristados y avergonzados de su mal, el efecto neurosténico de su secreto indulto en el espíritu del reo.

LECCION XV

—

Consecuencias de la Blenorragia

(Continuacion)

Estrecheces de la uretra

ETIOLOGÍA.—ANATOMÍA PATOLÓGICA.—SINTOMATOLOGÍA

Proposiciones:

1.^a Siendo, como es, la uretra un conducto cuyas paredes en estado de reposo, están recíprocamente aplicadas, se dirá que hay estrechez desde el momento en que éstas hayan perdido la propiedad de dilatarse.

2.^a Si bien la uretritis crónica es la causa más frecuente de las estrecheces de uretra, no debe olvidarse que, ni todas las blenorreas conducen necesariamente á la estrechez, ni todas las estrecheces son de procedencia blenorreica, pues las hay de origen traumático, así como otras son resultado de la cicatriz de un chancro, otras consisten en granulaciones exuberantes, pólipos ú otros productos neoplásicos y otras, en fin, son vicios congénitos de organizacion.

3.^a Aun cuando se admiten *estrecheces inflamatorias ó congestivas*, dependientes de la hiperemia aguda de la mucosa y estrecheces *espasmódicas*, debidas á la contraccion de los elementos musculares intrínsecos y extrínsecos del conducto, las únicas estrecheces *verdaderas* y permanentes son las *orgánicas*, formadas por el engrosamiento del tejido, causado por la uretritis crónica.

4.^a Las *estrecheces orgánicas* de la uretra pueden, segun su forma, ser lineares, anulares tortuosas y tortuosas irregulares; en cuanto al número, de ordinario hay más de una, pero rara vez pasan de cuatro; unas se limitan al espesor de la uretra, otras alcanzan al tejido conjuntivo subyacente, otras al tejido esponjoso y otras, en fin, comprenden hasta los cuerpos cavernosos.

5.^a Algunas veces, aunque raras, la estrechez consiste en falsas membranas que, dispuestas como válvulas sigmoideas, en el interior del conducto, se oponen al paso de la orina.

6.^a Es rara la estrechez que durante la vida no sea más ó ménos permeable á la orina; las más angostas causan retencion de este líquido, bien por tumefaccion accidental de su tejido ó bien porque la orina lleva algun cuerpo denso que obstruye el paso.

7.^a Las estrecheces se acompañan de importantes *lesiones concomitantes y consecutivas* de la vejiga, *uréteres y riñones*, así como de dilataciones de la porcion que inmediatamente las subsigue de la uretra, dilataciones á menudo seguidas de ulceraciones, abscesos, fistulas, infiltraciones ó excrecencias del conducto.

8.^a El sitio de las estrecheces se halla siempre por delante de la aponeurosis media del periné; siendo el nivel del bulbo el lugar en donde con mayor frecuencia se observan, y esto á causa de la mayor vascularidad de esta region, que hace que en ella la inflamacion abunde más en exudado plástico.

9.^a Los primeros *síntomas* de la estrechez pasan á veces desapercibidos por el enfermo y consisten en un cambio de la forma del chorro urinario; el cual se presenta algo aplastado, contorneado en espiral, bifurcado ó múltiple; despues disminuye gradualmente de volúmen, hasta gotear, ó bien al par que un chorro delgado y de corta proyeccion, caen gotas, ó bien estas escapan cuando, terminada la miccion, está el pene lánguido, mojado los vestidos.

10.^a Cuando la estrechez está ya confirmada, el enfermo siente frecuentes y molestas ganas de orinar, que le perturban el sueño, con tenesmo, dolor y escozor en el cuello de la vejiga, así como en la espalda, lomos, testículos y cordones espermáticos; hay pujos rectales que obligan á ensayar la defecacion cada vez que se orina y son causa de hemorroides; el cóito es doloroso y el sémen, en lugar de salir por la uretra, refluye hácia la vejiga, para ser expelido con la orina; hay retencion de este líquido que obliga á sondar; la orina se altera y corrompe en la vejiga, con gran detrimento de este órgano; sobrevienen síntomas generales: anorexia, dispepsias, palidez, abatimiento de fuerzas y un estado febril análogo al de las calenturas intermitentes, que, pronunciándose, por efecto del cateterismo, constituye la *fiebre uretral*.

SEÑORES:

En el número 7 de la sala de Santo Tomás, se ha albergado, durante dos meses, un portugués, de unos 45 años, robusto y sano de todo, aunque muy molestado por una antigua blenorrea, que ha venido á determinar estrecheces en la porcion bulbar de la uretra.

Reconocida esta lesion y tratada por la dilatacion gradual, este sujeto ha salido de la clínica con la calificacion de *curado*. ¿Recidivará su mal? Todo depende de que siga ú olvide el consejo que al despedirle le hemos dado: que tenga la precaucion de pasarse una sonda cada cuatro ó cinco dias.

No creais que los síntomas de la estrechez uretral sean siempre tan característicos como los presentaba el aludido enfermo; otros hemos visto en la clínica, y de ellos observaréis buen número en la práctica, para quienes la lesión orgánica de la uretra pasa casi desapercibida y se requiere la observación del médico para descubrirla por vez primera.

Es la uretra un conducto habitualmente aplastado, susceptible de dilatarse al impulso de la orina, que viene impelida por la vejiga. Entonces toma la forma de un cilindro hueco, ó sea de un tubo; mas para esto, es indispensable que el tejido del conducto no sea rígido ni duro, sino, al contrario, fácilmente dilatado por el moderado impulso de la corriente que de la vejiga procede.

Cuando la uretra, en mayor ó menor grado, ha perdido esta dilatabilidad, que tanto la caracteriza, por más que no haya proeminencias ni angostamientos tangibles en el conducto, ya se puede decir que existe *estrechez*. Mas, así como un pequeño angostamiento ó irregularidad en la superficie de una cañería, no redundan en notable daño del curso del líquido, siquiera se modifiquen más ó ménos la figura y la proyección de la vena flúida, así también, de una estrechez inicial, no resultan en la micción perturbaciones tan considerables que causen molestias y obliguen al enfermo á solicitar auxilios facultativos.

Es un hecho, puesto fuera de duda por las estadísticas de todos los uretrólogos, el de que, la inmensa mayoría de las estrecheces son resultado de la *blenorrea*. Creo recordareis la filiación que establecí entre esta y las estrecheces. La estrechez, os dije, es de ordinario hija de la blenorrea, y la blenorrea se sostiene á causa de estrecheces; pero sería una exageración que no resistiría mucho tiempo al exámen clínico, el sostener que todas las estrecheces son producto de

la uretritis blenoréica y que todas las blenorreas han de ir forzosamente seguidas de estrecheces de uretra.

Son, en efecto, bastante comunes las estrecheces de causa traumática.

Este origen reconocia la que en la region bulbar traté y curé, hace poco tiempo, en un albañil de Tarragona, quien, á consecuencia de haberse caído á horcajadas sobre una viga, desde una andamiada, sufrió una intensa uretritis con uretrorragia, que terminó por una cicatriz gruesa y dura, que obstruia el calibre de la uretra, ocasionando todos los síntomas de la estrechez confirmada, incluso los que indican lesiones concomitantes de la vejiga y la dilatacion de la porcion del conducto que inmediatamente subsigue á la estrechez.

Cateterismos practicados sin arte, inyecciones cateréticas ó sobrado astringentes, uretritis provocadas por estímulos internos reiteradamente empleados, pueden tambien, en determinados casos, dar origen á estrecheces uretrales, cuyo síndrome en nada difiere de las de origen blenoréico.

Chaneros, blandos ó sifilíticos, que radiquen en sitio más ó ménos profundo del conducto, pueden, cicatrizando, condensar el tejido y reducir considerablemente la capacidad de la uretra.

Estas coartaciones, al par que las que son de origen traumático, constituyen las estrecheces llamadas *cicatriciales*.

Por último, así como hay individuos que vienen al mundo con un prepucio atrófico, ó tal vez diríamos mejor, con un idiotismo de este órgano, que no se desarrolla á la par del glande, á quien, perennemente cubre, constituyendo el *fimosis congénito*, se ven sujetos en quienes la uretra no adquiere las proporciones de los restantes factores del pene: quedan, pues, angostos de uretra; tienen *estrechez congénita*.

Es evidente que la hiperemia aguda inflamatoria, entumeciendo la mucosa, puede estrechar el conducto de la uretra: de ahí ha nacido la denominacion de *estrecheces inflamatorias*; pero es tambien un hecho, que Thompson ha demostrado hasta la saciedad, que por más que se inflame dicha mucosa, no ocurren los síntomas propios de la estrechez orgánica, en tanto la próstata, por su parte, no ha sido afectada de tumefaccion inflamatoria, pues, sin este obstáculo, el impulso de la orina es suficiente para vencer los angostamientos meramente congestivos del conducto. ¿Podríamos, pues, continuar admitiendo la estrechez *inflamatoria*, meramente *congestiva*?

Se ha dudado del poder contractil de la uretra; los espasmos de este órgano se atribuian á los músculos bulbo-cavernoso, isquio-cavernoso y trasverso del periné; hoy dia no cabe vacilar: están demostrados los elementos musculares lisos del conducto uretral. Es, pues, la uretra susceptible de contracciones espasmódicas, que disminuyen temporarily su calibre y oponen obstáculo á la penetracion de instrumentos exploradores. De ahí las estrecheces *espasmódicas*, que casi nunca son idiopáticas, sino que por lo regular coinciden y son la expresion de otros daños orgánicos, incluso las mismas estrecheces de este nombre. Hay, pues, poderosos motivos para no considerar como verdaderas las estrecheces espasmódicas; su carácter transitorio y su origen deuteropático no consienten otra cosa; de lo contrario, caeríamos en una confusion, que redundaria en perjuicio de la terapéutica.

No hay, por consiguiente, más estrecheces verdaderas que las orgánicas, esto es, las que son resultado de la condensacion y engruesamiento que ha experimentado el tejido, por efecto de la inflamacion crónica.

Estas estrecheces ofrecen variedades, muy dignas de estu-

dio, en relacion á su forma, á su número, á su estructura y al sitio que ocupan.

Hay estrecheces de forma linear: son bridas filiformes, que ó bien rodean la uretra, tendiendo á estrangularla como lo haria un hilo respecto de una morcilla, ó pasan como bridas de uno á otro lado del conducto.

Las hay anulares, que forman un tubo recto, anular, de mayor ó menor extension; entre las estrecheces anulares hay algunas que ofrecen una direccion tortuosa, pero conservando cierta regularidad en el conducto—*estrecheces anulares tortuosas* de Thompson—al paso que otras son *anulares tortuosas é irregulares*.

En ciertos casos se forman en la superficie de la mucosa unas pseudomembranas, adherentes por todos sus bordes, ménos uno, cual lo están las válvulas sigmoideas alrededor del orificio aórtico. En tal caso, la orina, que viene de la vejiga, pone tensas estas válvulas y se establece la oclusion más ó ménos perfecta del conducto.

Refiérense algunos casos de cinco, seis y hasta ocho estrecheces en un mismo individuo; el gran uretrólogo inglés Thompson, dice, que no ha conseguido ver más de cuatro; éste es, en efecto, el número que puede réputarse como máximo, siendo lo más frecuente la existencia de una ó dos; con la gran particularidad de recaer casi siempre en la porcion esponjosa todas las que son producto de la blenorrea. Las de origen chancroso, al contrario, radican en las inmediaciones de la fosa navicular, ó en el mismo meato urinario. Las de procedencia traumática pueden encontrarse en cualquier sitio, bien que la frecuencia de las caidas, á horcajadas, sobre el periné, del modo que cayó el enfermo de que hace poco os hablaba, explican el hecho de encontrarse á menudo las de esta clase en la region bulbar.

La estructura de las estrecheces de uretra, se comprende teniendo en cuenta que la inflamacion crónica produce un exudado plástico, que se deposita en el tejido sub-mucoso. Si este exudado se reabsorbe, como acontece muchas veces, no resulta lesion alguna; en caso contrario, el tejido se indura, pierde su elasticidad y se angosta el calibre de la uretra. Por reiteradas embestidas de la inflamacion, puede el exudado difundirse hasta el tejido esponjoso de la uretra y aun comprender los mismos cuerpos cavernosos. Cualquiera que sea el lugar de la induracion, redundará en perjuicio de la capacidad del conducto, por más que la uretra, en su propio tejido, no ofrezca considerables alteraciones. La palpacion dejará percibir los núcleos indurados de la sustancia esponjosa de la uretra ó en los cuerpos cavernosos, en los casos en que la estrechez dependa de estas partes.

Nada más variable que el grado de una estrechez: desde la simple deformacion del chorro, hasta la miccion filiforme y goteante, ó por estilicidio, hay sin número de gradaciones, que están en relacion más ó ménos inmediata con la obstruccion del conducto. Raras son las estrecheces que en vida ocasionen una oclusion completa y permanente: cuando ésta sobreviene, debe atribuirse á una hiperemia sobreañadida á la inflamacion crónica de que depende la estrechez—la cual hiperemia, entumeciendo el tejido, acaba de obturar el angosto paso—ó bien á la interposicion de algun cuerpo obstruyente, tal como una mucosidad densa ó algun coágulo, formado en la misma uretra ó procedente de la vejiga y arrastrado al sitio de la estrechez por la misma orina.

Ha debido llamar poderosamente la atencion de los prácticos la extraordinaria frecuencia de estrecheces en la region bulbar, cuando éstas son de origen blenorreico; lo cual no es decir que no se encuentren coartaciones de la misma ín-

dole en la porcion peniana. En cambio, la porcion prostática, tan propensa á estrecheces por la tumefaccion de la glándula, es rarísima vez asiento de estrechez orgánica.

Hánse propuesto diferentes explicaciones de la predileccion de las estrecheces blenorreicas respecto de la region sub-pubiana de la uretra: ninguna me parece tan satisfactoria como la que ha dado el Dr. Adolfo Guerin: «Suponiendo, dice, el depósito inflamatorio en relacion con la riqueza vascular de la region, el depósito de linfa plástica será mayor en el bulbo que en cualquiera otra porcion del conducto.»

Las estrecheces de la uretra producen perturbaciones en la excrecion de la orina, que redundan necesariamente en perjuicio de las partes situadas por detrás de la misma estrechez. La uretra, es decir, la porcion de este conducto que inmediatamente subsigue á la coartacion, es sitio de una lesion tan constante, que permite establecer la ley de que, *inmediatamente por detrás de toda estrechez de una uretra, se encuentra dilatacion de este conducto, así como por delante de aquella, una disminucion de la capacidad del mismo.* Estas dilataciones son á veces tan considerables, que alcanzan á toda la porcion de la uretra situada por detrás de la estrechez y pueden alojar el meñique y aún en ciertos casos el índice. La porcion prostática, que es la más dilatada, es tambien la que ofrece ejemplos de mayores expansiones debidas á la coartacion anterior. En tales circunstancias, la orina forma depósito en la dilatacion; depósito que se declara por un abultamiento perineal fluctuante, el cual por la compresion puede ser evacuado por la parte anterior de la uretra. Los conductos eyaculadores y cuantos convergen al lugar de la dilatacion, se expanden tambien y el verumontano, se borra, á causa del desplegamiento de la mucosa.

Todas las dilataciones ocupan el plano inferior de la ure-

tra y por efecto de la remanencia de la orina, no es raro que en ellas se formen depósitos calcáreos. Todo esto es motivo de estímulo perenne en el sitio dilatado de la uretra; de donde su inflamación ulcerativa y supuratoria. De ahí el origen de flemones y abscesos, frecuentemente seguidos de fístulas urinarias, de trayecto variable, según el punto en donde se halla la dilatación y el consiguiente absceso, y en relación con las disposiciones de las capas de tejido areolar circunvecino y aponeurosis de esta región.

En determinados casos, el absceso es *peri-uretral* y la perforación de la uretra sobreviene después de la abertura de aquel en dicho conducto. Recordad lo que os tengo expuesto al tratar de los *abscesos peri-uretrales* considerados como una de las complicaciones de la blenorragia.—Véase página 94.

No son menos importantes las lesiones de que, por consecuencia de estrecheces uretrales, es asiento la vejiga urinaria. Este órgano está provisto de elementos musculares: ¿qué tiene de extraño que, debiendo desplegar mayor esfuerzo para vencer el obstáculo que al paso de la orina opone la estrechez, aumente la nutrición de sus haces musculares, al modo como se hipertrofia el biceps en los que ejercitan mucho el brazo? ¿No es este el mismo mecanismo por el cual se establece la hipertrofia compensadora del corazón en los casos de estrecheces valvulares? A esta hipertrofia precede una ligera dilatación del receptáculo; mas luego, aumentando de volumen las paredes vesicales, se va reduciendo la cavidad, y, como dice Thompson, las fibras adquieren forma de columnas, que se entrecruzan en todas direcciones, semejantes, en su apariencia, á las de los músculos de la aurícula derecha ó del interior del ventrículo izquierdo.

Aun cuando esta hipertrofia principalmente recae en las fibras musculares, no dejan de participar de ella el tejido

conjuntivo y hasta la mucosa. Este movimiento hipertrófico no puede ménos de redundar en perjuicio de la capacidad de la vejiga, constituyendo de este modo lo que se llama *vejiga de columnas*, sembrada de eminencias y depresiones. ¿Quién no comprende que alguno de estos hoyos puede convertirse en un verdadero divertículum de la orina, que, andando el tiempo, llegará quizás á ser de mayor capacidad que la misma vejiga?

Es, pues, un hecho le hipertrofia concéntrica de la vejiga; esta no puede contener más que algunos gramos de orina, lo cual, unido á la irritacion de la mucosa, que la hace más sensible, es causa de miccion frecuentísima ó de continuo escape por rebosamiento.

Así como los ventrículos cardiacos, puede la vejiga ser asiento de hipertrofia excéntrica y aún de ectásia atrófica; más sin negar la posibilidad de que tal acontezca á consecuencia de estrecheces uretrales, es lo cierto que estas lesiones son más bien consecutivas á la hipertrofia prostática, tan frecuente en los ancianos.

Hipertrofiada y constreñida la vejiga, no es de admirar que la orina, retenida en los ureteres cause su dilatacion, así como la de la pelvis y cálices de los riñones; lo cual viene á determinar la atrófia de sustancia glandular, con los trastornos generales consiguientes.

Tal es, en abreviado relato, la anatomía patológica de las estrecheces de la uretra y de las lesiones uretrales, vesicales y renales que con ellas coexisten ó las subsiguen; veamos ahora como corresponden los fenómenos morbosos á estas alteraciones orgánicas.

Siendo, en un principio, poco graduada la estrechez y aún entónces poco pronunciada la esclerosis, puede el enfermo tener algunas irregularidades en la emision de la

orina y en especial en la configuracion del chorro, sin que esto le apene ni le lleve á consultar al médico. Personas hay, sin embargo, tan preocupadas de su mal ya desde el período que podríamos llamar puramente *blenorréico*, que se alarman precozmente y que nos consultan por el más insignificante adelgazamiento, pérdida de impulso ó cambio de configuracion del chorro.

Importa, pues, en primer término, cerciorarse de las condiciones del chorro urinario: si no es redondeado, como se presenta en las personas sanas, sino que aparece aplastado, bifurcado ó contorneado en espiral; si tiene escasa proyeccion, de modo que la parábola que describe sea de corto radio; si su calibre es más pequeño, presentándose quizás filiforme y acompañado de gotas, que caen verticalmente desde la parte inferior del meato; si la miccion es más frecuente que de costumbre y va precedida de ligeros picotazos en la uretra; si, en fin, despues de haberse esforzado el enfermo en expeler toda la orina, cuando se ha ya abrochado, siente que una cantidad de este líquido mana inconscientemente, mojándole los vestidos, tendremos gran número de presunciones de que de una estrechez uretral se trata.

Excuso entrar en la explicacion de las causas que modifican la forma y calibre del chorro; son fenómenos hidrodinámicos, que observamos todos los dias en tubos inertes que han experimentado una obstruccion incompleta; tambien comprendereis fácilmente la razon de ser del picotazo, que se siente al chocar el chorro de orina con la estrechez, y por último, teniendo en cuenta que detrás de esta existe una dilatacion, os explicareis porque fluyen gotas despues de haber orinado: es la orina retenida en la parte dilatada de la uretra, que cae, por su propio peso, cuando el pene está flácido.

Ya confirmada la estrechez, se acentúa extraordinariamente el tenesmo vesical: la vejiga está hipertrofiada; su capacidad es escasa; la mucosa que la tapiza está inflamada y muy sensible; por poca que sea la cantidad de orina que en el reservorio se acumule, será imperiosamente sentida la necesidad de expelerla. De ahí que el enfermo sea tan atormentado por las ganas de orinar; estas le asedian hasta durante la noche, en que se ve obligado á levantarse repetidas veces, en perjuicio del sueño. Orina poco y á menudo y aún no expulsa toda la cantidad de líquido que la vejiga contiene. Recordad los relieves y depresiones que las fibras musculares, al par que la mucosa hipertrofiada, forman en la vejiga; el obstáculo del conducto es considerable, mayor del que pueden vencer las potencias expulsoras; en los hoyos de la vejiga queda un remanente de orina. Esta se corrompe; da lugar á la formacion de productos amoniacaes y sulfídricos, que á su vez son agentes irritantes para la mucosa vesical con quien están en contacto: de ahí el catarro y la supuracion de la vejiga.

Los vivos conatos de micción, suscitan tambien enérgicamente el esfuerzo de las potencias que actúan en la defecacion: el enfermo se siente obligado á ensayar—muchas veces sin éxito—esta funcion casi cada vez que intenta orinar. Congestiónase el recto; la sangre se acumula en las venas hemorroidales; de ahí que las almorranas se agreguen frecuentemente al síndrome de las estrecheces muy graduadas.

Si un cateterismo dilatador y evacuador no contribuye á poner término á estas alteraciones, los tormentos siguen en intensidad creciente; la orina no pasa rápidamente desde los uréteres á la vejiga; se detiene y en consecuencia, dilata estos conductos; la dilatacion se propaga á la pélvis renal; el riñon se encuentra agobiado en sus funciones: se atrofia;

la importante eliminacion úrica, carece de emunctorio; la sangre se inficiona y suelen aparecer síntomas de uremia.

Dilatada la uretra por detrás de la estrechez, síguenla en esta dilatacion los conductos eyaculadores y hasta las vesículas seminales. El obstáculo que opone la estrechez al paso de la orina, es aun mayor para el paso del sémen; el cóito es doloroso; solo algunas gotas de humor espermático salen por el meato; encontrando vía más ancha del lado de la vejiga, el sémen refluye á este reservorio, para ser más tarde expelido, en mezcla informe, con orina y productos catarrales y purulentos.

A proporcion que aumenta la estrechez, se acrecientan los obstáculos para la emision de la orina. Esta queda frecuentemente retenida en la vejiga y se hace indispensable el ceterismo, que muy á menudo presenta sérias dificultades; y ¡cosa extraña! esos enfermos, en quienes, en un dia dado, sobreviene la retencion de orina, se ven casi constantemente atormentados por la incontinencia. Es un continuo gotear de la vejiga, un incesante estilicidio por rebosamiento, que humedece é infecta los vestidos, manteniendo al paciente, no tan solo molestado por dolores, si que tambien, aburrido por el olor urinoso que despide y por la repugnancia que su compañía inspira á sus deudos y amigos.

A este lastimoso cuadro de miserias y sufrimientos, se agregan los síntomas generales que son consiguientes á trastornos de tanta importancia en el aparato génito-urinario. El enfermo pierde el apetito, sus digestiones son penosas, desaparecen el buen humor y las fuerzas; las carnes languidecen; palidece el rostro; sobrevienen accesos febriles y decae rápidamente todo el organismo.

Estos accesos febriles tienen las mayores analogías con los

que son propios de las calenturas intermitentes: invaden con frío, que en ciertos casos llega al rigor, subsigue calor y terminan por sudores, á veces muy profusos. Cada vez que se intenta sondar, si no se ha preparado al enfermo con algunas dósis de sulfato de quinina, aparece el acceso, á las pocas horas y aun á veces reviste el aspecto maligno de las intermitentes de este nombre.

Con estos datos tendremos lo suficiente para presumir la existencia de una ó más estrecheces de uretra; este es, no obstante, asunto digno de explicacion mucho más lata, y en él y en la terapéutica nos ocuparemos en la próxima Lección.

LECCION XVI

Consecuencias de la Blenorragia

Estrecheces de la uretra

(Continuacion)

DIAGNÓSTICO.—PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

Proposiciones:

1.^a Como los síntomas subjetivos y funcionales no bastan para determinar la existencia de una ó más estrecheces de uretra, ni por consiguiente, son suficientes dichos datos para diagnosticar el sitio, extension, figura, naturaleza y número de dichas lesiones, es indispensable, cuando se tengan presunciones de su existencia, proceder á la exploracion directa de la uretra por el cateterismo.

2.^a El mejor instrumento para el cateterismo explorador, consiste en una algalia flexible, terminada en una extremidad olivar, de un tamaño correspondiente á los números 7 á 9 de la escala inglesa, equivalentes á los 15 á 20 de la escala francesa, la cual metódicamente introducida, acusa la presencia de la estrechez por la resistencia que el instrumento encuentra; la determinacion del grado, se obtiene por medio de algalias tambien olivares, de grado inferior á la del número 7 á 9, con que se ha hecho la primera exploracion; yendo de la mayor á menor calibre, se dirá que la estrechez es del grado de la primera algalia que pueda franquear la coartacion.

3.^a El tratamiento quirúrgico de las estrecheces de uretra, consiste: en la dilatacion, la accion de los cáusticos, ó la uretrotomía.

4.^a La dilatacion gradual, ó por medio de algalias de tamaño gradualmente creciente, es el mejor recurso contra las estrecheces dilatables y sencillas; en los casos difíciles es necesario empezar por una sonda muy delgada, de plata, des-

pues de haber inyectado aceite en el conducto, y proceder con mucha cautela y paciencia, á fin de no labrar falsas vías; el cateter de Thompson, especie de sonda encorvada, con un agujero en su concavidad y terminada en un estilete olivar, es uno de los instrumentos más útiles para las estrecheces más angostas; por último, las algalias retorcidas en espiral, de Leroy de Etiolles, son de suma utilidad, cuando las estrecheces son irregulares.

5.^a Los agentes químicos, ó cáusticos potenciales—nitrato de plata, potasa cáustica—producen una mejoría pasajera, por lo comun seguida de agravacion de los síntomas, por lo cual constituyen un recurso quirúrgico de muy limitada utilidad.

6.^a La dilatacion forzada y la divulsion, van seguidas de resultados inmediatos muy plausibles; pero el ulterior suele ser la reproduccion de la estrechez.

7.^a La uretrotomía interna, debe reservarse para aquellas estrecheces que no obedecen á la dilatacion gradual, y la uretrotomía externa para los casos en que sea infranqueable la uretra por las vías normales, haya peligros de abscesos ó de fistulas y exista retencion invencible de orina.

SEÑORES:

El diagnóstico de la estrecheces de uretra, debe comprender todas cuantas particularidades de la lesion puedan ser útiles á la terapéutica, y así, además de afirmar la existencia de la coartacion del conducto, es preciso determinar el sitio de esta lesion, el número de estrecheces, la naturaleza de las mismas y el estado de las partes situadas por delante y por detrás de la porcion angostada.

Para llegar á la nocion de estos extremos, no bastan los síntomas funcionales y subjetivos que expusimos en la leccion anterior, por más que ellos nos den grandes presunciones de la existencia de la estrechez, y se hace indispensable, en todos los casos, la exploracion directa del conducto, á beneficio del cateterismo.

Repetidas veces, á la cabecera de los enfermos, os he enseñado á ejecutar estas maniobras, frecuentemente muy delicadas, de la exploracion uretral.

Ante todo, conviene saber escoger el instrumento. Este debe ser una sonda, ó algalia, pues por más elogios que se hayan tributado al curioso instrumento de Desormaux, el

endoscopio no puede proporcionar sino datos muy incompletos y es de engorroso manejo. Lo que importa de una estrechez, más bien que verla, es tocarla; si esta lesion estuviese al alcance de nuestra vista natural, tendríamos el mayor empeño en tocarla, pues para adoptar este ó el otro tratamiento operatorio, necesitamos ante todo conocer la dureza, la elasticidad, la resistencia y la dilatabilidad del tejido. ¿Se revelan por caracteres ópticos estas condiciones de textura?

Es, pues, el *endoscopio*, más que un instrumento de reconocida utilidad, un aparato curioso, que nos manifiesta de cuántas aplicaciones son susceptibles los conocimientos físicos á la ciencia del diagnóstico.

Lo he dicho ya tratando del diagnóstico del sitio de la uretritis crónica en la blenorrea: la sonda olivar, tocando al sitio inflamado, determina una sensacion dolorosa. Si en tal sitio, además de inflamacion, existe una estrechez, la mano del cirujano notará una resistencia, que ó bien será completamente invencible con la algalia que se emplea, obligando, por lo mismo, á echar mano de otra de menor calibre, ó cederá á reiterados tanteos, pasando la oliva al otro lado de la coartacion. Si en este estado, se pretende retirar la sonda, la oliva topará otra vez con la estrechez y el cirujano percibirá una resistencia, quizás aun más acentuada que en el momento de hacer entrar la sonda.

Si este instrumento está graduado, ó si se mide la porcion del mismo que se ha introducido hasta el momento en que se encontró la resistencia, nada será más fácil que decidirse acerca del lugar que ocupa la coartacion.

Cuanto cuidado, cuanta paciencia reclama la operacion de sondar la uretra siempre que de estrecheces se trata, lo podeis ponderar viendo como, en estas maniobras, se me pasa muchas veces la mayor parte del tiempo reglamentario de la

cátedra clínica. No hay, en efecto, operacion más fácil que el cateterismo, *cuando éste es fácil*, pero no conozco otra que requiera á un tiempo más arte, más destreza, ni más lenta perseverancia, en los casos árdulos. No perdais, pues, jamás de vista, cuando vayais á sondar, el saludable principio terapéutico: *festina lenté*. De lo contrario, no solo no adelantareis ni un milímetro en el seno de la estrechez, sino que destrozareis la uretra y labrareis una falsa vía, la cual, iniciada, no dejará de adquirir mayores proporciones, porque en los sucesivos cateterismos, la sonda propenderá á marchar por la mala senda.

Otra precaucion, que la práctica abona, consiste en hacer preceder la introduccion de la sonda de una inyeccion de aceite á la mayor profundidad posible de la uretra. Es indispensable suavizar el contacto del instrumento con la mucosa, á fin de evitar el deslizamiento. Si se unta la sonda con aceite, esta sustancia, en el trayecto que media desde el meato á la estrechez, queda adherida al conducto y la sonda llega á la coartacion como si no hubiese sido untada. Mejor es, pues, untar la uretra que la sonda.

En muchos casos en que, por causa de estrecheces tubulares é irregulares, el conducto uretral se presenta desviado, por lo cual es difícil el paso de la algalia, siquiera sea introducida en toda regla, me habeis visto apelar á un artificio, que raras veces deja de surtir efecto: hago introducir en el recto el dedo de un ayudante; la cara palmar de dicho dedo se dirige hácia el coxis, efectuando una fuerte traccion de los tejidos, con lo cual se tira de la próstata y de la uretra hácia el ano y se rectifica la posicion del conducto, haciéndole franqueable por la sonda.

Debo preveniros contra un error, que se comete con demasiada frecuencia por los que no han adquirido la debida des-

treza en el cateterismo. Repetidas veces os he demostrado en la clínica las invencibles dificultades que se presentan cuando se trata de penetrar en la vejiga con algalias de extensa corvadura. El pico del instrumento, en tal caso, viene á chocar contra la arcada del púbis y no puede pasar más adelante; con la misma sonda, que, tan ámpliamente encorvada, no podia adelantar en la uretra, dando quizás lugar á creer que lo impedía una estrechez, me habeis visto pasar sin dificultad hasta la vejiga, desde el momento en que la he impreso una corvadura mucho ménos extensa y más brusca en la extremidad vesical.

Cuando, á pesar de esta precaucion, la algalia se atasca junto á la vejiga y hay indicios de infarto ó hipertrofia de la próstata, me veis triunfar del obstáculo, que simula una estrechez, encorvando la sonda en ángulo casi recto, es decir, como una mula, en su extremidad vesical.

La determinacion del *grado* se colige en vista del calibre que tiene la sonda que primero penetra, yendo desde los números 7 á 9 hácia abajo. Si, por ejemplo, con una algalia del número 7 no es posible franquear la estrechez, y sí con una del número 6, se dirá que este es el grado de la coartacion.

Ocurre á menudo la existencia de más de una estrechez. El proceder de exploracion es el mismo: penetrada la primera estrechez y determinados su residencia y grado, se prosigue con la misma algalia, marchando en direccion á la vejiga, hasta topar con una nueva resistencia. Una segunda medicion del instrumento, os indicará el lugar de la segunda coartacion, y el número ó calibre de aquél, el grado de la misma. Del propio modo se procederia caso de existir alguna otra ú otras estrecheces.

Todas cuantas exploraciones se practican con algalias blandas y flexibles se pueden llevar á cabo por medio del

catéter de plata olivar graduado: aquí el cateterismo debe ser forzosamente rectilíneo, porque el instrumento no tiene corvadura.

Señores: si me detengo tanto en estos pormenores del cateterismo uretral; si me esfuerzo en llamar vuestra atención en los detalles y minuciosidades de una operación que todos los días me veis practicar en las salas, es porque en el cateterismo hábilmente practicado, estriba el medio terapéutico más eficaz y de más frecuente aplicación en las estrecheces de uretra. En efecto, la *dilatación gradual*, brusca ó forzada, la *cauterización* de las estrecheces y la *uretrotomía*, interna ó externa, constituyen los únicos recursos curativos de esta enfermedad.

Por los estudios especiales de Medicina operatoria, debéis conocer la técnica de estas prácticas, y así no considero de mi incumbencia describir los diferentes instrumentos, métodos y procedimientos que á ellas se refieren. Me limitaré, á mentar y comentar someramente estas operaciones, procurando hacer resaltar sus efectos y sus indicaciones más culminantes.

Es tanta la eficacia de la *dilatación gradual*, que en los numerosos y complicados casos que hemos tenido en la visita, ella sola ha bastado para la curación definitiva.

Apenas necesito decir que este método operatorio tiene por objeto restituir á la uretra su calibre y dilatabilidad normales, á beneficio de la introducción de algalias de tamaño gradualmente creciente.

Como os llevo dicho, las algalias y las sondas, ora sean de tejido elástico, de plata ó plaqué, ora de metal flexible, como plomo ó estaño, tienen su calibre acomodado á una de las dos escalas: la *inglesa* ó la *francesa*. La primera es bastante arbitraria, y se extiende desde el número 1 al 12; la segunda

tiene por punto de partida el milímetro, que es el número 3; desciende al 2, que mide $\frac{1}{2}$ milímetro, y al 1, que mide $\frac{1}{4}$ de milímetro; ascendiendo por fracciones de éste, hasta el 30, que tiene el grosor de 10 milímetros.

Tratándose de obrar con la lentitud y prudencia que exige la dilatacion gradual, es mucho mejor servirse de algalias medidas por la escala francesa, de Charriere, que por la inglesa, de Weis.

Reconocidos el sitio, grado y número de las estrecheces, se comienza el tratamiento, escogiendo una algalia de un número correspondiente al tamaño de la estrechez; se da al instrumento la corvadura conveniente; se coloca al enfermo en una cama bastante sólida, manteniéndole algo doblados y separados los muslos y un tanto reclinado el cuerpo; se le manda orinar, á fin de que el chorro dilate algo la estrechez; se inyecta aceite en la uretra y se introduce la sonda, tomando el pene con el índice y pulgar de la mano izquierda, en tanto los restantes dedos, sosteniendo el escroto, se hallan en disposicion de palpar á través de los tejidos el progreso que hace la sonda en el conducto. Al comenzar la operacion, el pabellon de la sonda debe dirigirse hácia arriba y de modo que el instrumento se presente paralelo á la *línea alba*. Se va empujando suavemente la algalia, y al propio tiempo se va aproximando á ella el pene, de modo que más bien vaya este á la algalia, que lo opuesto. Así que se llega á la arcada del púbis, se hace describir á la sonda un arco de círculo, y así, sin precipitacion ni violencia, al topar con la estrechez, se continúa la maniobra, hasta tanto que la sonda ha penetrado en la vejiga. En tal estado, se abandona el instrumento durante algunos minutos, se extrae y se procede á introducir otra sonda de un número inmediatamente superior, que tambien se deja permanecer algunos minutos en la uretra.