

balano-prepucial, es algunas veces la consecuencia de la enfermedad, sobre todo en los niños y en los viejos (1).

§ III.—Causas.

1.º *Causas predisponentes.*—Estas son: el período de la juventud, el temperamento linfático, la tenuidad de la mucosa; pero sobre todo la dificultad y aun la imposibilidad que tienen algunos de descubrir, que es lo que A. Fournier llama el *estado cubierto* del glande. Este autor insiste mucho sobre este estado, y no es sin razón, porque el *smegma* acumulado puede dejar el glande despellejado, y por consecuencia mejor dispuesto á la inoculación que la mucosa uretral cuyo *epitelium* está intacto en el momento del cóito infectante. La fimosis no es, pues, mas que una causa predisponente. La materia llamada sebácea está retenida en el surco balano-prepucial, sobre todo en los hombres que no tienen ningun cuidado de limpieza. Este *smegma*, calificándolo por su nombre, no está provisto por otra cosa que por las células epiteliales de la mucosa glando-prepucial y no por el producto de las glándulas sebáceas (2). Este último se putrifica adquiriendo un olor *sui generis*, análogo al del ácido butírico; bajo la influencia de este contacto, la mucosa glando-prepucial se encuentra de mas en mas desprovista de su *epitelium* y se aproxima á las condiciones de delgadez que presenta la mucosa uretral misma, es decir, que llega un momento en que está abierta al contagio mas pronto que la mucosa uretral. Se comprende entonces que el pus blenorragico no necesita mas que ponerse en contacto para que el contagio se efectúe. Por el contrario, los que tienen el glande descubierto no tienen por rareza mas que algunos despojos de *smegma* en el repliegue balano-prepucial, el *epitelium* que recorre la mucosa queda casi siempre intacto; de aquí la extrema rareza de la blenorragia balano-prepucial en estos últimos, y es así como se comprende que el glande, que está mas expuesto que el conducto de la uretra en las aproximaciones sexuales y debería ser contagiado de pronto por las causas de inoculación que acabamos de decir.

2.º *Causas ocasionales.*—La causa ocasional por excelencia de la blenorragia balano-prepucial es el contagio.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Dos casos pueden presentarse, ó el glande puede ser descubierto, ó bien existir un fimosis que esconda el sitio de la enfermedad. Cuando el glande puede ser descubierto, el diagnóstico diferencial se hará fácilmente. No se confundirá, pues, la balanitis

(1) Cullerier, *loc. cit.*, p. 181.

(2) Que no existen en las regiones en donde se produce el *smegma*.

con las desgarraduras mecánicas que sobrevienen durante el cóito, que son mas bien formadas por escoriaciones lineales que por superficies; con vexículas rotas de las herpes, que no tienen inflamación circunvecina; estas están siempre agrupadas; con el chancro simple, en que los bordes son cortados en pico, en tanto que la balanitis en su grado mas elevado de ulceración, no alcanza iguales proporciones en profundidad.

Otro signo diferencial puede existir, y es la presencia de un bubon chancroso. En fin, la inoculación será el signo diferencial con un chancro simple, y la induración será la del chancro sífilítico; porque la induración de los bordes es característica, aun en los casos de erosión chancrosa. La adenopatía indolente de la íngle es un buen signo distintivo. Algunas veces, cuando el chancro sífilítico está bajo la forma de erosión chancrosa, y que está detrás de la corona, simula una ulceración no específica de la mucosa, y se parece exactamente á ciertas balano-postitis inflamatorias, que Bassereau (1) no ha podido explicar por otro criterio que por el de la inoculación, para establecer el diagnóstico. Alfonso Guerin (2), en su libro sobre las enfermedades de los órganos genitales externos de la mujer, se ha pronunciado contra esta teoría de Bassereau, diciendo que si una balano-postitis puede simular en estos puntos un chancro infectante, es un argumento poderoso en favor de la doctrina de la identidad, de la cual Bassereau no es, sin embargo, partidario. Pero desde el momento que por la inoculación se puede obtener la pústula característica del chancro simple, se ve claramente que Bassereau no tiene, como dependientes á la balano-postitis incapaces por sí mismas, cuando no son complicadas, de producir, sea el chancro simple, sea el chancro sífilítico. Si sobre 170 enfermos ha llegado Bassereau 10 veces en un caso y 14 veces en otros dependientes de los chancros inoculados, es que habia chancros mixtos, cuyo elemento simple se revelaba por la inoculación, y el elemento sífilítico por los fenómenos consecutivos.

No hay, pues, en esto ningun error de *observación*, como lo ha creído Alfonso Guerin: él mismo ha tenido ocasion de admirar que este autor, que admitió el chancro misto, no haya pensado en la sola explicación de que son susceptibles los hechos referidos por Bassereau.

Si el glande está cubierto, las dificultades aumentan: sin embargo, hay casos intermediarios. O el glande se queda demasiado descubierto, de tal manera que quede al descubierto el orificio uretral, ó bien el glande está completamente recubierto, y no permite apercibir la extremidad del conducto de la uretra. En el primer caso se puede ver salir una gota por el orificio uretral, y el diagnóstico queda es-

(1) Bassereau, *Traité des maladies de la peau symptomatiques de la syphilis*. Paris, 1852.

(2) Alph. Guerin, *Maladies des organes génitaux externes de la femme*. Paris, 1864, p. 333.

tablecido. Si el glande está completamente recubierto, la secreción purulenta, pasando por la parte interna del prepucio, lo irrita y da al enfermo la sensación de una quemadura en el acto de la micción. Esto sucede sobre todo en los individuos que tienen el prepucio muy largo y el orificio del conducto de la uretra muy estrecho, de tal modo que la orina pasa por un conducto muy estrecho. El práctico debe enterarse con cuidado de la sensación precisa experimentada por el enfermo, para no confundir un flujo que viene de la uretra con el que viene de la mucosa balano-prepucial. El tratamiento de la balanopostitis, que es muy importante, esclarecerá al poco tiempo al práctico.

Si es dependiente de una blenorragia, los dolores al orinar se harán sentir en una extensión más ó menos grande del conducto solamente en su extremidad. Pero por poco que se haya extendido la blenorragia, los dolores se irradiarán hasta la región perineal.

Un chancro indurado sub-prepucial no se confundirá con la balanopostitis, porque no obstante, el pus que fluye por los bordes de la abertura prepucial, una mano diestra sentirá siempre la induración específica á través de los tejidos, y la adenitis concomitante é indolente servirá para completar el diagnóstico. Si la secreción es suministrada por placas mucosas, el flujo es en general menos abundante, y la diátesis se manifiesta probablemente por otros signos: Estas placas son redondeadas en general.

Pronóstico. La balanopostitis es una enfermedad ligera, pero se hace más peligrosa cuando pasa al estado crónico: en estos mismos casos el tratamiento es muy eficaz. En fin, el pronóstico no puede adquirir gravedad, sino en el caso de gangrena, sea del prepucio, sea del glande, sea de los dos órganos á la vez.

§ V.—Tratamiento.

Es profiláctico, abortivo ó curativo.

Tratamiento profiláctico.—Los individuos que tienen el glande cubierto tienen necesidad de limpiar con cuidado la materia sebácea, que tiende á acumularse en el surco balano-prepucial, pues abandonando este cuidado se exponen á tener el glande escoriado y preparado á la inoculación.

Después de un coito con una mujer sospechosa, debe recurrirse á una ablución concienzuda. Pero el medio profiláctico por excelencia es el *condon*, como para la blenorragia uretral.

Tratamiento abortivo.—Nos referimos á Rollet, que lo ha formulado en estos términos:

«La blenorragia balano-prepucial se presta muy bien á la medicación abortiva, y que consiste en pasar el lápiz de nitrato de plata sobre la parte enferma. En los individuos cuyo prepucio no es realmente estrecho, que no puede ser invertido detrás del glande, de

modo que permita á la mucosa mostrar toda su extensión, hé aquí cómo debe ser practicada esta cauterización.

Después de la operación preliminar, que tiene por objeto invertir el prepucio de este modo y desdoblarse la mucosa balano-prepucial, debe lavarse con mucha agua la parte enferma, para desembarazarla de la materia purulenta que la recubre, secándola con cuidado por medio de pequeños clavos de hilas, pasando rápidamente por su superficie el lápiz de nitrato de plata. Se hace inmediatamente un segundo lavatorio, y cuando las partes están de nuevo secas, se baja el prepucio, llevándolo delante del glande.

Una parecida cauterización, bien que hecha muy rápidamente y muy superficial, no deja de causar vivos dolores, durante muchas horas, por no haber, se puede decir, mucosa más sensible que la del repliegue balano-prepucial, cuando está inflamada y desprovista de su epitelio. Pero pasados estos primeros dolores no hay más que una reacción inflamatoria ligera, y al cabo de tres ó cuatro días ya no existe flujo. La cauterización es, pues, en este caso un remedio heróico. Ella cura desde el principio, ó bien alivia de tal modo la enfermedad, que los medios más sencillos bastan después para curarla definitivamente.

Tratamiento ordinario.—Los medios internos que tienen acción en la marcha de la blenorragia uretral, son aquí completamente nulos. El tratamiento debe ser exclusivamente local, á no ser que haya complicaciones, que es necesario tratar al mismo tiempo que la balanopostitis.

Blenorragia balano-prepucial sola.—El glande puede estar descubierto ó no. Si puede ser descubierto, la condición más importante de realizar es el *aislamiento de las superficies*, que se practicará llevando el prepucio detrás del glande, y que se llevará adelante, después de haber interpuesto un lienzo fino ó una ligera capa de algodón en rama. Esta sola precaución no basta para la curación de la blenorragia balano-prepucial, como basta para algunos flujos blenorroides. Aquí la inflamación, siendo más ó menos intensa, es necesario procurar modificar las superficies purulentas por medio del resolutivo por excelencia, el nitrato de plata en solución. A este efecto se puede emplear la solución siguiente indicada por Rollet:

R. Nitrato de plata..... 40 centígr. | Agua..... 120 gram.

Rollet aconseja practicar inyecciones con el líquido entre el glande y el prepucio una vez por día. El enfermo podrá aun hacer una inmersión rápida de las partes enfermas en este líquido.

El aislamiento de las superficies, no pudiendo obtenerse en los individuos atacados de un fimosis congénita ó accidental, á consecuencia del edema del prepucio, Alfredo Fournier aconseja modificar el tratamiento del modo siguiente: «Muchas veces en el día inyección de agua entre el glande y el prepucio, para quitar las mate-

rias purulentas que se detienen sobre las superficies enfermas y que contribuirán á aumentar la irritacion de las partes. Estas inyecciones serán practicadas, sea con una jeringa de cánula larga, sea con una sonda de caoutchouc adaptada á la cánula de una jeringa ordinaria. Dos ó tres veces por dia, segun los casos, háganse despues de estas inyecciones detersivas una inyeccion de nitrato de plata, en las proporciones siguientes:

Agua destilada 200 gram. | Azotato de plata 4 gram.

Teniendo cuidado, para que el líquido de la inyeccion bañe todas las partes enfermas, de colocar debajo del prepucio la cánula de la jeringa, *lo mas alto posible*, es decir, hasta el nivel del surco ó ranura. No hacer mas que dos, porque una de estas inyecciones por dia, indica cuando la mejoría se manifiesta. Reemplazarlas mas tarde por algunas inyecciones ligeramente astringentes ó simplemente acuosas.

En el caso en que el fimosis no es mas que *inflamatoria*, estas prácticas continuadas durante algunos dias son suficientes algunas veces para permitir el descubrimiento del glande y practicar luego el aislamiento tan útil para la curacion. Si la enfermedad tiene tendencia á pasar al estado crónico, cauterizacion con el nitrato de plata sólido, además de la misma medicacion que hemos aconsejado en el estado agudo: baños enteros simples, y sobre todo baños medicamentosos locales, con una decocion de adormideras, ó ligeramente astringentes, como la de Provins.

Se envolverán las partes en líquidos resolutivos; evitar las cataplasmas sobre el miembro, que le mantendrán en una semi-erectio, baños de asiento, que puedan congestionar la pélvis.

Un tratamiento de esta enfermedad, y sobre el que Demarquay ha insistido en su *Tratado sobre la glicerina*, consiste, cuando se ha calmado el estado agudo, curar el glande y la mucosa prepucial con la uña impregnada del glicerolado, siguiente:

R. Glicerina inglesa 30 gram. | Tanino 1 á 2 gram.

Demarquay ha visto esta enfermedad, pasando al estado crónico ceder prontamente bajo la influencia de este de tratamiento.

Ya hemos visto el criterio que nos debe guiar en el caso de fimosis flegmonosa; por poca extrangulacion que haya, amenaza gangrena, siendo entonces preciso el apresurarse á desbridar. Ricord ha sido otras veces muy reservado antes de decidirse á esta operacion; él ha creido en la posibilidad (1) de hallar un chancro debajo del prepucio. Semejantes temores no tienen razon de ser hoy dia, porque la ex-

(1) Ricord, *Bulletin de thérapeutique*, 1843.

periencia enseña que si los bordes de la herida accidental se hacen chancrosos, se curan tan pronto como el chancro por sí mismos.

Es bueno intentar la reduccion por maniobras dolorosas y graves, y si el edema del prepucio formase un obstáculo á la reduccion, en esta circunstancia se le podria desobstruir con la ayuda de pequeñas punciones, sea con una aguja, ó la punta de una lanceta.

Las lociones, los baños, los astringentes, pueden emplearse alternativamente para intentar la reduccion; si no se puede conseguir, se quita la extrangulacion con el bisturí.

La *linfítis* exige que se tenga el miembro levantado y que se envuelva en compresas resolutivas, por ejemplo, embebidas en agua de Goulard.

Por lo demás, volveremos á tratar sobre estas complicaciones y su tratamiento apropósito de la historia de la blenorragia. Esta advertencia se dirige tambien á lo que vamos á decir del tratamiento. Sin embargo, diremos una palabra del tratamiento de las complicaciones del chancro simple ó de la sífilis. Si el glande puede ser descubierto, se cauterizará el chancro simple con un disco de cloruro de zinc; en el caso contrario, circuncision, y despues cauterizacion del chancro simple, como ya hemos dicho. Si hay una lesion sífilítica, *Tratamiento constitucional* (véase, tomo I. sífilis).

2.º BLÉNORRAGIA URETRAL, GONORREA, GLAP, PURGACIONES, ETC.

§ I.—Definicion.

La blenorragia uretral está caracterizada por la inflamacion de la cara interna del conducto de la uretra, con flujo purulento por el meato, y dolor mas ó menos vivo al paso de la orina. Tal es la definicion de Cullerier (1). Nosotros añadiremos que el flujo de la blenorragia es contagioso y que este es su carácter esencial.

§ II.—Síntomas.

Estudiaremos el periodo de invasion, el de progreso y de declinacion.

Periodo de invasion.—¿Existe ó no incubacion? Hunter dice que ha visto seguir la enfermedad en circunstancias parecidas algunas horas despues del momento del contagio. Ha visto, por otra parte, un hombre no ser atacado de la enfermedad sino al cabo de seis semanas; el cirujano inglés sostiene haber observado todos los términos medios entre los dos datos. Los especialistas han hecho observaciones análogas. Procuremos conciliar los hechos.

(1) Cullerier, *Des affections blennorrhagiques*. Paris, 1861.

Para que la inoculación tenga lugar, es necesario que el pus contagioso llegue sobre la mucosa despojada de su epitelium; este despojamiento puede verificarse de dos maneras, ó bien en el acto del coito, se produce una pequeña rasgadura sobre la mucosa uretral, y por consecuencia el epitelium se separa por este solo hecho, en una extensión tan mínima como se quiera, pero que bastará para la inoculación completa; ó bien el pus contagioso, por su presencia sobre la mucosa intacta del conducto y por su permanencia en el punto que ocupa, juega respecto á la mucosa el papel que llena la materia sebácea de la ranura sobre la mucosa balano-prepucial, es decir, se adelgaza hasta el punto de separarse el epitelium protector. No repugna de ningun modo el admitir que el epitelio de la mucosa uretral de ciertos individuos sea mas resistente que el epitelium uretral de otras. De aquí las diferencias observadas por Hunter y los médicos que le han seguido.

En el caso de rasgadura, al contrario, el contagio se efectúa sobre el campo, pues que no encuentra mas obstáculo que el epitelium, y si hay diferencias de algunos dias entre las inoculaciones de ciertos enfermos, es que unos hacen partir la invasión de la enfermedad del dia en que se muestra el flujo, en tanto que otros lo hacen invadir por síntomas iniciadores que se escapan á los hombres descuidados, síntomas tales como la sensación agradable durante la micción, sensación que precede algunos dias al flujo mucopurulento.

Tambien, para aclarar esta cuestion, no hay mas que el método experimental. Y bien; ¿qué nos enseña la experimentacion? Ella nos enseña que se han intentado inoculaciones en el conducto de la uretra, lo mismo con el pus tomado de una blenorragia uretral, como en el de la oftalmía blenorragica, de los adultos ó de los recién nacidos, y que en los unos, como en los otros, no se demuestran las largas incubaciones que han sido descritas por los autores. En general, uno, dos ó tres dias bastan para manifestarse la enfermedad. Así es que, en las inoculaciones practicadas en el conducto de la uretra, hemos visto á Baumes obtener un resultado unas veces al cabo de cinco dias, y otras al cabo de ocho. Aquí es donde nosotros debemos hacer notar que los dos enfermos se marcharon despues de la inoculación, que no estaban en el hospital, y por lo tanto, sin vigilar, y que los primeros signos de la enfermedad han podido ocultarse á hombres que no consideran la enfermedad como empezada, sino cuando el flujo está bien establecido.

En la experiencia de Rodet, el resultado se ha obtenido al cabo de dos dias.

En las inoculaciones del ojo al conducto de la uretra, Wetch ha obtenido un resultado al cabo de treinta y seis horas; Pauli, al tercer dia; Guyomar al segundo. En esta última, el pus contagioso habia sido tomado de la oftalmía purulenta de un recién nacido.

En cuanto á la blenorragia inoculada en el ojo, se desarrolla sin

incubacion, ó poco despues. Hé aquí lo que dice Warlomont (de Bruselas).

«Despues de un tiempo que ha variado de diez y seis á veinticuatro, treinta y seis y aun setenta y dos horas, lo mas frecuente hasta veinticuatro, el paciente se resiente del ojo de fotofobia y lagrimeo, síntomas iniciales de la blenorrea (1) que se declara.»

Así, pues, nada de incubacion en el sentido que lo entiende Aug. Vidal (de Cassis).

Cuando el enfermo es prevenido, se advierte de la invasión de la enfermedad por un cierto calor agradable que siente durante la micción. Los labios del meato se hinchan, se pronuncian por mas tiempo, de manera que hace un poco de exuberancia hácia fuera, lo que es debido á una congestión sanguínea de la mucosa, y se ponen como pegados. El glande experimenta un cierto eretismo que se trasmite al miembro, si bien el órgano se halla en un estado de semi-erección. Sin embargo, el mucus normal de la mucosa, claro, trasparente, viscoso, aumenta y pasa sucesivamente del estado seromucoso al estado seroso y despues sero-purulento. Mas la inflamación está circunscrita, y en los primeros dias no se extiende sino á la mucosa de la fosa navicular, y no ocupa mas que la capa mas superficial.

Estos fenómenos no tardan en aumentarse por mas tiempo. A la sensación agradable del principio, sucede una comezon durante la micción, despues un verdadero dolor; los labios del meato están un poco turgentes; el flujo viene mas abundante y mas espeso, cambia de color y toma el aspecto de moco-pus, siendo sucesivamente blanquecino, amarillento, verdoso, y sale gota á gota babeando y depositando sobre el lienzo manchas del mismo color que el almidonado por la desecacion.

Periodo de progreso.—Es en el quinto dia cuando la enfermedad ha llegado á este punto; y abandonada á sí misma, recorre todos estos periodos.

En lugar de quedar localizada en la fosa navicular, se extiende en superficie, algunas veces abandonando, á manera de la erisipela, los puntos que habia ocupado. Los tres principales sobre los que fija su predilección, son: la fosa navicular, la porción bulbosa y la porción prostática.

Pero gana tambien en profundidad, y no es solamente la parte mas superficial de la mucosa la que se ve atacada, sino la mucosa en todo su espesor, así como las glándulas que la atraviesan, y que se han denominado folículos de Morgagni, de tal modo, que el dedo que explora la cara inferior del conducto de la uretra, siente una serie de pequeñas eminencias que corresponden al fondo de cada folículo inflamado; si la inflamación no retrocede en este momento,

(1) Ici le mot *blennorrhée* est synonyme de blennorrhagie pour Warlomont.

algunas de entre ellas pueden hacerse el sitio de flemones peri-uretrales, bien estudiados en estos últimos tiempos por un interno de Ricord, Ch. Hardy (1), y por un interno de Lyon, Aribaud (2). Nada diremos aquí sobre estos abscesos, y de los que volveremos á ocuparnos. En este momento el prepucio se pone edematoso y forma un rodete saliente cerca del frenillo.

El flujo se hace mas abundante y mas espeso, y sale del conducto babeando y no á chorro, como Hunter creyó posible. El acto de orinar es extraordinariamente doloroso. Los enfermos comparan esta sensacion á la de la hoja de cuchillo que cortase el conducto de la uretra durante la miccion, á la quemadura que causaría el paso de un hierro enrojecido. El chorro disminuye por el estrechamiento que causa la inflamacion de la mucosa, y que disminuye el calibre del conducto; siendo de una forma en relacion con el estrechamiento inflamatorio momentáneo, cuyo sitio es el conducto.

La sensibilidad del conducto está sobrecitada; el enfermo siente de noche erecciones muy dolorosas, que le despiertan sobresaltado y le obligan á estar desvelado por temor á un nuevo dolor. Se sabe que en la ereccion fisiológica los cuerpos carvenosos se distienden igualmente y que el conducto de la uretra se presta á esta extension. Pero cuando el conducto de la uretra está inflamado, y ha perdido su elasticidad y no sigue á los cuerpos cavernosos en su extensibilidad fisiológica ó patológica, forma entonces literalmente la cuerda del arco de concavidad inferior que hacen los cuerpos cavernosos durante la ereccion.

Una eyacuacion es posible en estas circunstancias, pero es dolorosa, despues acompañada de una hemorragia ligera, y en todos los casos, menos fuerte que en el de aquellos que se rompe la cuerda por el puñetazo tradicional. El enfermo siente por otra parte como inquietudes y sensaciones particulares en las regiones circunvecinas, el escroto, el periné, etc.

Período de declinacion.—Llega, sin embargo, un momento en que todos los síntomas se alivian y una detencion general se manifiesta. El signo que lo anuncia es la disminucion del dolor al orinar. El enfermo tiene menos deseos de orinar, el chorro se hace un poco mas voluminoso, mas cilíndrico, el conducto de la uretra llega á ser mas flexible, las granulaciones que habia en la cara inferior desaparecen. El flujo llega á ser menos espeso y mas claro. Las erecciones menos frecuentes y menos penosas, y la enfermedad marcha á su término por una disminucion gradual de cada síntoma. Pero algunas veces, bajo la influencia de un exceso de régimen, ó de una imprudencia cualquiera, la enfermedad, que estuvo á punto de desaparecer, recobra su primitiva agudeza y vuelve á pasar por los mis-

(1) Ch. Hardy, *Mémoire sur les abcès blennorrhagiques*. Paris, 1864.

(2) Aribaud, *Recherches sur les abcès péri-urétraux*, thèse de Paris, 1861, número 5.

mos períodos. Es de este modo como la enfermedad puede eternizarse y pasar sucesivamente al estado sub-agudo ó al estado crónico.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

La blenorragia aguda es la que recorre el período de incremento poco mas ó menos todo entero. Las erecciones se presentan casi en todos; pocas blenorragias son de garabatillo; algunas presentan solamente esta série de pequeños tumores que se encuentran en la cara inferior del conducto de la uretra, que es lo que constituye la foliculitis aguda. Abandonada á sí misma la enfermedad, puede ser indefinida, y por la menor falta de régimen puede pasar al estado agudo.

El período de progreso dura de uno á dos setenarios, el período de declinacion es mas largo; pero, por punto general, una blenorragia abandonada á sí misma dura unos cuarenta dias; bien tratada, unos veinte dias, y raras veces treinta.

Blenorragia sub-aguda.—Esta se observa mas particularmente en aquellos que han tenido ya la blenorragia aguda. Pero puede sobrevenir asimismo en aquellos que jamás han sido atacados, y se caracteriza por los mismos fenómenos que los de la blenorragia aguda, pero menos pronunciados. El dolor al orinar es menos vivo, el flujo menos espeso, y hay algunas veces erecciones, pero son mas soportables. En tanto que la blenorragia aguda llega rápidamente á su maximum de intensidad, para decrecer con una rapidez proporcionada; la blenorragia sub-aguda, al contrario, se presenta poco alarmante. El período de incremento, como el de descenso, son menos rápidos. Marcha hácia la resolucion mas fácilmente que el agudo.

Toda blenorragia aguda pasa, antes de terminar, por el período sub-agudo. No tiene mas que dos terminaciones; la resolucion y el paso al estado crónico.

Antes de decir algunas palabras de este último, notemos algunas variedades que puede presentar la blenorragia aguda bajo el punto de vista del flujo. Hay relativamente á este último, tres especies: las sero-mucosas, las sero-sanguinolentas y las secas.

Blenorragias sero-mucosas.—Sin duda toda blenorragia empieza por un flujo sero-mucoso, que no tarda en convertirse en moco-purulento. Pero puede suceder que, bajo la influencia de inyecciones inoportunas, el flujo se haga seroso y dé, sobre el lienzo, manchas parecidas al almidon, conservando los caracteres de la blenorragia aguda, bajo el punto de vista del dolor.

Blenorragias sero-sanguinolentas.—No puede ser cuestion aquí del flujo de sangre que acompaña á la cistitis y que se ve depositado en el fondo de la vasija, que acompaña al cóito ó las erecciones durante tal ó cual período de la enfermedad, ni aun de esta hemorragia á que sigue habitualmente la ruptura de la cuerda. Se trata de un flujo seroso estriado de sangre. Esta forma, que, como la precedente, no es

mas que transitoria, es ordinariamente el resultado de inyecciones intempestivas del nitrato de plata, sobre todo á dosis inmoderadas.

En fin, las *blenorragias secas* existen realmente, y no las que ha descrito Astruc, y que rechaza con razon Belhomme y A. Martin (1); porque estas no son mas que una disuria causada por un agente cualquiera de irritacion del conducto. Pero hay momentos en que la blenorragia aguda, á pesar del tratamiento mejor combinado, cesa, así como el flujo, sin que el dolor al orinar se minore. Esta variedad es á la que se da el nombre de *blenorragia seca*; conviene perfectamente, porque hay siempre inflamacion del conducto. pero inflamacion sin flujo, inflamacion que puede ceder á la continuacion del tratamiento. Otras veces, bajo la influencia de este último, la blenorragia se hace húmeda.

Blenorragia crónica.—La blenorragia crónica está caracterizada por la ausencia del dolor; todo lo mas, en la ereccion, se siente en un punto del conducto como una pequeña rasgadura. El flujo es algunas veces muy abundante, francamente purulento ó moco-purulento, otras veces poco marcado y aun en muchos enfermos, no se percibe sino por la mañana bajo la forma de una gota blanca. Este flujo es mas abundante si el enfermo no ha orinado despues de largo tiempo. Belhomme y Martin, en su libro (2), dicen que el flujo que ellos llaman blenorragico con la mayoría de los autores, no es contagioso. Es una asercion mas fácil de emitir que de justificar, como lo prueba la observacion de Warlomont de Bruxelles, que ha inoculado con éxito en el ojo con moco-pus tomado de una blenorragia uretral que databa de cuatro meses. Rollet quisiera que se hiciera una distincion entre la blenorragia crónica y la que lleva aun el nombre de *gota militar*, rezumo habitual del conducto. Para nosotros, no creemos que los motivos alegados por los cirujanos de Lyon sean suficientes para trazar una línea de conducta legítima. Daremos, pues, el nombre de *blenorragia*, con la mayoría de los autores, á la blenorragia crónica, reconociendo, como Rollet, que hay un flujo sintomático de estrecheces rudimentarias.

Respecto al rezumo habitual, existe en efecto, pero no es un estado patológico, sino simplemente una secrecion normal de las glándulas de la uretra, que se encuentra exagerada por las excitaciones patológicas de los órganos genitales, durante el curso de la enfermedad. Este líquido es claro, trasparente, á pesar de su abundancia, y no siendo contagioso, puede por esta razon entrar en el cuadro de las afecciones blenorroides.

Baumes (3) ha insistido sobre el sitio de la blenorragia crónica, que coloca entre las partes profundas del conducto, y raras veces en la fosa navicular. La enfermedad encuentra un refugio en las glán-

(1) Belhomme et Martin. *Pathologie syphilitique et vénérienne*. Paris, 1863.

(2) Id., *ibid.*, p. 96 obs. XXI.

(3) Baumès, *loc. cit.*

dulas de Cowper, ó en las cavidades de la *próstata*, de donde es difícil en ciertos casos desalojarla.

Está frecuentemente sostenida por un estrechamiento, ocasionado por una supuracion prolongada del conducto en ciertos puntos, casos á los que Rollet reserva mas especialmente el nombre de blenorrea.

En estos casos en que la enfermedad se prolonga, se han podido encontrar las ulceraciones de que hablan los autores; pero estas ulceraciones no existen jamás en el período agudo, como lo veremos estudiando la anatomía patológica. Con frecuencia la enfermedad está sostenida por una retraccion del conducto. Por causa de estas supuraciones largas de la mucosa, se ha visto la destruccion de las cavidades, de los tejidos y de los conductos foliculosos de la uretra por la inflamacion adhesiva ó supurativa.

Pero hay otras causas que explican porqué la blenorragia crónica no se resuelve; la edad avanzada de los enfermos, la extremada juventud, los temperamentos linfáticos, la constitucion escrofulosa, las disposiciones catarrales diversas, pero sobre todo la impresion del frio húmedo y los excesos. Ciertos individuos conservan estos flujos toda la vida; pero luego hay en el conducto lesiones cuyo tratamiento es del dominio de la cirugía.

Debemos señalar aquí dos formas particulares de la blenorragia crónica. Ciertos sugetos que ven todos los dias una gota en la extremidad del conducto, pueden, bajo la influencia de un exceso, falta de régimen, marcha, masturbacion, etc., ver reaparecer su flujo en una forma mas ó menos aguda, pues todo ello puede ser causa; sobreviene un nuevo exceso, un nuevo flujo. Ricord ha dado á estos flujos el nombre de BLENORRAGIA INTERMITENTE (1) ó PURGACION DE REPETICION.

En otras circunstancias, la blenorragia crónica puede presentar alternativas no menos curiosas. Yo he visto con frecuencia, dice Rollet (2), blenorragias crónicas establecidas, segun toda apariencia, en la region prostática del conducto alternando ora con una cistitis, ora con una epididimitis, ó ya con una prostatitis.

Una cistitis sobreviene con síntomas habituales, y sobre todo disuria: el flujo cesa. La disuria concluye, el flujo reaparece; aquí no es el flujo que se reproduce, es una epididimitis la que se declara. La epididimitis cesa á su vez, y el flujo se pronuncia de nuevo. Una prostatitis que se anuncia por dolores uretrales profundos y por una gran dificultad de orinar, puede lo mismo alternar con el flujo.

Esta forma de blenorragia crónica merece tambien un nombre particular, pudiéndosele llamar por imitacion BLENORRAGIA ALTERNANTE ó PURGACION DE VÁSULA. Una causa de la persistencia de

(1) Rollet, *loc. cit.*, p. 261.

(2) Ricord, *Annotation à Hunter, Traité de la maladie vénérienne*, traduit par G. Richelot. Paris, 1859.

la blenorragia crónica, sobre la cual Demarquay ha llamado la atención en estos últimos años, es la *atresia congénita* del meato urinario. Ha llegado muchas veces este cirujano á curar las blenorragias crónicas aumentando el meato urinario. El moco-pus sale entonces fácilmente, y los medios que hasta entonces no habian tenido éxito obran con gran facilidad (Demarquay (1)).

§ IV.—Anatomía patológica.

Se sabe que los antiguos creian firmemente que el flujo de la blenorragia era un flujo de semen (gonorrea), y que el conducto de la uretra durante este flujo estaba afectado de úlcera. Esta doctrina fué la sola hasta Morgagni; pero ha sido Cockburne (2) quien utilizando los trabajos de este último, hizo aceptar que la blenorragia no era un flujo de semen.

Durante la Edad Media se ha creído en la existencia constante de úlceras en el conducto durante la blenorragia.

En 1646 Thomas Bartolin aseguró que en todas las autopsias que habia practicado en hombres atacados de blenorragia, habia visto siempre en el conducto úlceras ó cicatrices. Marco Aurelio Severin y Wirzung (3), han tenido la misma opinion; y Littre (4) lo sostiene tambien, fundándose en sus trabajos cadavéricos, que el conducto de la uretra está con frecuencia cubierto de úlceras. En fin, en 1815, Lisfranc, en una Memoria dirigida á la Sociedad de emulacion, dice haber observado frecuentemente las ulceraciones de la mucosa uretral en las autopsias de individuos atacados de gonorrea.

¿Estos testimonios probarán que la blenorragia en el estado agudo está caracterizada por una úlcera del conducto? Los autores que acabamos de citar han hecho sus observaciones en individuos atacados de blenorragia crónica, y hemos visto que en esta forma de enfermedad no es raro encontrarla. En cuanto á Lisfranc (5), ha observado individuos, cuya mayor parte habian muerto de fiebre adinámica, y se sabe la tendencia que tienen á ulcerarse las membranas mucosas en esta enfermedad.

Existen de una y otra parte numerosas observaciones de autopsias de individuos muertos durante el periodo agudo de su blenorragia, y en los cuales la úlcera del conducto no se ha encontrado.

Morgagni (6) localizó la enfermedad en los senos que primera-

(1) Demarquay, *Gazette des hôpitaux*.

(2) W. Cozburn, *The symptoms, nature, causes and cure of a Gonorrhœa*, 2.^a edición. Londres, 1715, 1719, en 8.^o; 4.^a edición, *ibid.*, 1728, en 8.^o, traduccion latina, Leyda, 1717, en 12.^o; en francés, por Devaux, Paris, 1730, en 12.^o

(3) Bonet, *Sepulchretum* (*Sec. hac*, 31. obs., p. 55, I y II).

(4) Alexis Littre, *Observations sur la gonorrhée* (*Mémoires de l'Académie royal des sciences*, 1711).

(5) Lisfranc, *Mémoire lu à la Société d'émulation*, Paris, 1815.

(6) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. 44.

mente ha descrito. Refiere que ha abierto muchos cadáveres, en los que no ha podido ver las lesiones ulcerosas que dicen ser características de la blenorragia contagiosa. William Hunter, es, con Morgagni, el que mejor ha contribuido á destruir esta idea de la presencia de la úlcera en el conducto de la uretra, aunque Scharp haya tratado de llevarse sobre este punto la prioridad.

John Hunter en 1753, Stoll en 1777, Astley Cooper (1), y mas tarde Desault en 1718 (2), Philippe Boyer en 1836 (3), Cullerier, sobriño (4), Gibert (5) y Rollet, etc., han tenido ocasion de hacer autopsias de individuos muertos durante el periodo agudo de la enfermedad, y jamás la úlcera de los antiguos se ha reproducido. Hunter halló que la uretra estaba un poco mas inyectada de sangre que de ordinario, sobre todo en la proximidad del glande; Stoll un poco de inflamacion del meato, á un dedo y medio del conducto, y un poco de flogosis delante del bulbo. Swediaur compara la enfermedad á la coriza. La mayoría de los otros autores, cuyos nombres hemos mencionado, no han hallado mas que una rubicundez un poco mas viva de la fosa navicular.

Despues de todos estos hechos la blenorragia es, pues, una inflamacion de la porcion superficial de la mucosa uretral, expecialmente de la fosa navicular; y esto cuando la enfermedad es antigua. Se pueden observar lesiones en las partes profundas. Las glándulas de Morgagni pueden ser afectadas, su orificio agrandado, y algunas veces obliterado por la persistencia de la inflamacion.

§ V.—Causas.

1.^o *Causas predisponentes*.—Las causas predisponentes de la blenorragia son: el temperamento linfático, ciertas conformaciones, un prepucio demasiado largo, que protegiendo la mucosa del meato, lo hace mas delicado, mas impresionable, mas fácil de rasgarse por sí misma, y ser, por consecuencia mas abierto al contagio. Se puede poner aun como causa una abertura mas grande del meato, un grado mas ó menos avanzado de hipospadias, que arrastra, digámoslo así, en el cóito la materia contagiosa. Señalamos igualmente ciertas circunstancias accidentales, que pueden contribuir á favorecer el contagio; las relaciones sexuales muy prolongadas y demasiado repetidas. En fin, es necesario no olvidar que, segun el vigor con el cual el acto es consumado, una pequeña escoriacion de la mucosa no es

(1) Astley Cooper, *Oeuvres chirurg.*, obs. 372.

(2) Desault, thèse de Paris, 1818.

(3) Philippe Boyer, *Traité de la syphilis*, Paris, 1836.

(4) Cullerier neveu, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, en 15 volúmenes, artículo BLÉNORRAGIA.

(5) Gibert, *Traité des maladies vénériennes*, Paris, 3.^a edición, 1860.