

caractéres de flegmasía. Cruveilhier (1) mira como muy raras las verdaderas degeneraciones de la próstata. Ya veremos mas adelante que el tubérculo verdadero se ha demostrado perfectamente y se ha dado este nombre á productos inflamatorios. Civiale asegura que la mayoría de los viejos afectos de tumores de la próstata han sido atormentados de blenorragia, rebeldes ó intensos. Messer (2) ha encontrado 35 veces, de 100 cadáveres de viejos, la próstata superior á su volumen ordinario; la proporcion seria mas considerable si esta alteracion fuese debida exclusivamente á la senectud; la naturaleza del sugeto tiene importancia respecto á la frecuencia de la prostatitis que padecen los individuos adultos. Hodgson (3), sostiene la diferencia entre el aumento de volumen dependiente de la inflamacion crónica y la hipertrofia verdadera, que él mira como la consecuencia de una propiedad vital especial de la próstata; reconoce, sin embargo, que esta hipertrofia verdadera tiene por punto de partida toda causa de congestion sanguínea activa hácia esta glándula: la cuestion se reduce, pues, á diferenciar la inflamacion crónica de la próstata en los hombres de edad media, con el mismo estado patológico en los viejos, en razon de las conclusiones anatómicas un poco diferentes, que entran en uno y otro caso. Nosotros atribuiremos la hipertrofia de la próstata á la prostatitis crónica, á la que consagramos algunos detalles. La *prostatitis* ha sido designada con el nombre de infarto de la próstata.

§ I.—Causas.

Edad.—En la edad adulta es cuando mas frecuentemente se observa esta enfermedad: sin embargo, Ledwich describe una inflamacion sub-aguda de la próstata como una forma flegmática idiopática, independiente, que afecta á la primera edad. Hodgskins (4) refiere la observacion de un niño de siete años, que tenia una próstata enorme; Cooper, Ch. Bell, Vélpeau, Civiale, han demostrado infartos prostáticos en los niños. El *temperamento linfático*, las disposiciones escrofulosas son favorables á los infartos crónicos de las vias urinarias. Los climas frios y las habitaciones húmedas obran en el mismo sentido.

Los *derrames uretrales* crónicos, el abuso del *cóito*, de los *licores muy alcoholizados*, y los excitantes de todas clases, sobre todo cuando el sugeto ha tenido anteriormente blenorragia, son las causas determinantes habituales de la prostatitis crónica. En casos raros sucede la prostatitis crónica á la aguda, ó sobrevienen sin causas aprecia-

(1) Cruveilhier, *Anat. patholog.*, Paris, 1856, t. III.

(2) Messer, *Royal med. Societ.*, et *Gazette hebdomadaire*. Junio 1862.

(3) Decimus Hodgson, *The Prostate Gland and its enlargement in old age*. London, 1856.

(4) Hodgskins, *Archives générales de médecine*, 1844.

bles. Los accidentes indicados á la etiología de la aguda pueden suscitar una inflamacion que revista todos los caractéres de la cronicidad.

En los viejos, la causa predisponente de la hipertrofia, segun Hodgson, reside en la aptitud que poseen algunos músculos de la vida orgánica de multiplicar sus elementos en una época de la vida; propiedad manifestada igualmente por el útero y la próstata, en razon de su analogía de textura; y la causa ocasional podria ser una fluxion sanguínea hácia estos órganos. La presencia de un cálculo es el agente mas eficaz de esta fluxion peligrosa (Civiale).

§ II.—Síntomas.

Los síntomas locales y generales de la enfermedad son en su conjunto los mismos de la forma aguda, pero mas atenuados.

Hay un dolor *sordo* en el periné y en el ano, dolor que se exaspera por el movimiento, se irradia hácia los miembros inferiores á lo largo de la columna vertebral y los riñones. Estas sensaciones son mas dolorosas por la noche que por el dia. Hospital (1) ha señalado en algunos casos una hiperestesia de la piel, que el frotamiento de vestidos provocaria mas pronto que el contacto de la mano.

La irritacion del cuello vexical por la cual la vejiga urinaria se asocia generalmente á la inflamacion vecina, determina trastornos nerviosos en el cumplimiento de las funciones de esta parte: la *necesidad de orinar es frecuente*, y su acto doloroso; mas tarde puede haber retencion de orina por obstáculo á la salida del líquido, y la atonía de la vejiga, resultando por esta causa la retencion por reboamiento. La orina es turbia, y encierra moco ó moco-pus.

El tacto rectal es bastante doloroso, y lo mismo el cateterismo; cuando la sonda llega á la porcion prostática. La exploracion por el recto no hace constar un aumento de volumen de la próstata como en la prostatitis aguda, y practicando á la vez el tacto rectal y el cateterismo se llega á dar cuenta bastante exacta del volumen de la glándula.

El fenómeno local mas característico es la salida de un líquido filamentososo trasparente, análogo á la clara de huevo, y que no es otra cosa que el fluido prostático con proporciones exageradas de moco y algunos otros elementos. Este síntoma constituye la *prostatitorrea*, el líquido prostático normal, presenta, visto con el microscopio, segun Robin, un suero, en el que se ven granulaciones sólidas con los contornos oscuros y centro brillante, amarillo: estas son las granulaciones que dan al líquido su color blanco; se ven tambien granulaciones grasientas, células epiteliales prismáticas ó piramidales.

(1) Hospital, *De la prostatite chronique*, thèse de Paris, 1865, núm. 141.

les, poco numerosas, algunas con pestañas vibrátiles, y otras con gránulos de hematuria.

Examinado en el estado patológico, se ven sus elementos propios, pero además encierra granulaciones rojizas, filamentos de moco, glóbulos de pus y espermatozoides. Es grisáceo ó amarillo, almidona el lienzo, y produce una mancha mas clara que la del esperma. Fácilmente esta secreción toma el aspecto de purulenta, sucediendo esto varias veces durante la enfermedad bajo la influencia de un exceso de régimen, de un coito prematuro, ó por efecto de una exposición al frío ó á la humedad. Los autores han encontrado en el líquido de la prostatica un olor nauseabundo (Swediaur), que Hospital dice que se parece al del ácido hircico. Se encuentra en gran abundancia despues de una erección prolongada; algunas veces se presenta al exterior al defecar como un pequeño chorro, ó sino despues que el enfermo ha orinado.

Los síntomas generales son poco ó nada interesantes mientras que no hay reacción febril; pero si se manifiesta en el curso de la enfermedad, hay un resentimiento grave sobre las funciones de primer orden, de lo que diremos algo al tratar de las complicaciones.

Complicaciones.—La prostatitis crónica produce grandes perturbaciones en los órganos de la generación, establece una especie de inminencia morbosa permanente en frente de la inflamación del testículo (epididimitis), y hace difícil la curación cuando sobreviene esta complicación.

Cualquiera que sea el papel de la secreción prostática en el mecanismo de la evacuación fisiológica del esperma, el trastorno en la nutrición de la glándula y en las cualidades de su producto, hacen á los sujetos menos aptos para la aproximación sexual; este acto es frecuentemente doloroso y aumenta la inflamación prostática. Se han visto casos en los que el esperma refluía á la vejiga: otras veces hay poluciones nocturnas.

Las funciones digestivas suelen á su vez alterarse, sobreviniendo dispepsias con alternativas de estreñimiento y de diarrea, enflaquecimiento y anemia.

§ III.—Curso, duración y terminación.

El *curso* de la enfermedad es continuo, pero con alternativas, remisiones y exacerbaciones, que constituyen sus caracteres esenciales; la menor causa de excitación revela los accidentes cuando parecen adormecidos. La duración es larga, por no decir indefinida.

Las alteraciones consecutivas al aparato de la generación pueden hacerse permanentes, agravarse y establecer en el enfermo *pérdidas* seminales, accidente de que trataremos bien pronto.

Los desórdenes del aparato genitourinario producen siempre la influencia mas fatal sobre los enfermos, encontrándose en un estado

muy próximo á la lipemania: sobreviene el marasmo, pudiendo suceder que la muerte termine estos accidentes, aunque no sea el término necesario de la prostatitis crónica.

En los casos dichosos queda estacionaria, sin otras complicaciones que sus consecuencias directas, ó bien cede á un tratamiento muy bien dirigido.

Las *recidivas* son muy fáciles. En los viejos, el infarto ó hipertrofia de la próstata no retrocede jamás, á pesar de todos los recursos del arte, para curar los desarreglos de la orina, que esta hipertrofia determina en ellos, abreviando con frecuencia su existencia.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

Es muy raro el tener ocasion de hacer la autopsia cuando la próstata tiene un principio de inflamación crónica, ó está en uno de sus primeros grados; las lesiones ordinarias son aumento de volumen, que será siempre menor en la prostatitis de los adultos que en la hipertrofia prostática de los viejos, hay adherencias periféricas de la glándula, un espesamiento de su mucosa y alteraciones mas ó menos graves del cuello vexical y del origen de la uretra (fig. 123).

Hecho un corte, se ve una textura como esponjosa; la superficie de sección es roja ó morena, el tejido glandular encierra mas líquido que en el estado normal; este líquido se exprime fácilmente por presión, y aparece gris ó amarillento. Algunas veces, segun Hodgson, se encuentran pequeños abscesos del grosor desde un grano de mijo hasta la de un volumen y peso bastante considerable. Caudmont, citado por Civiale, ha visto granulaciones hipertroficas, que habian hecho desaparecer el tejido normal: eran blandas y unidas á unos filamentos que parecian conductos excretorios. En algunos sujetos los conductos son espesos, resistentes, el tejido celular de la glándula muy abundante, y el órgano mas duro, mas consistente que lo ordinario. La region prostática de la uretra está húmeda, y presenta frecuentemente alteraciones. La vejiga y las vexículas seminales



Fig. 123.—Hipertrofia de la próstata en sus tres lóbulos, llevada á un grado poco considerable. Salida del lóbulo medio, que envía una prolongación á la cresta uretral, la cual está mas pronunciada que en el estado normal. Paredes vexicales rojas hipertrofiadas. (Civiale, t. II, p. 178.)

participan mas ó menos de estos desórdenes. Cruveilhier ha visto estas últimas llenas de pus en individuos que habian sucumbido por afecciones de la próstata, complicadas con abscesos urinarios.

Hipertrofia de la próstata.—Lo que distingue, segun Hodgson, la inflamacion crónica de la hipertrofia de la glándula es que en el primer caso hay produccion de linfa plástica y de pus, mientras que en el segundo hay simplemente un desarrollo exagerado de los elementos normales de la glándula. Al cortar una próstata hipertrofiada de esta manera, se ve salir una gran cantidad de porciones de tejido, generalmente de forma redonda; el color es pálido ó amarillo, con manchas rojas en espacios claros, y entre los folículos ó los conductos se ven pequeños espacios negros debidos á la presencia de concreciones opacas. Los pequeños cuerpos redondeados no son otra cosa que lóbulos de la glándula enormemente hipertrofiados. Con el microscopio no se ve ningun tejido nuevo, sino los elementos propios de la glándula multiplicados de una manera uniforme, ó siguiendo un modo irregular, que ha cambiado las relaciones de las diversas partes del órgano; por ejemplo, los elementos glandulosos pueden estar hipertrofiados, lo mismo que los elementos fibrosos (fibras musculares, elásticas, de tejido conectivo), ó bien el aumento de uno de estos dos tejidos es mayor que el del otro, lo mas frecuente es que se hipertrofié el tejido fibroso. Se comprenden los que resultará respecto á la consistencia de la glándula.

La próstata hipertrofiada puede tener dimensiones enormes, pesando 7 gramos ya hay hipertrofia; se la ve pesar 10 ó 12 gramos; el peso mas elevado que se ha encontrado hasta ahora es de 260 gramos. Diremos aquí varios ejemplos de próstatas hipertrofiadas (figura 124 y 125).

Siempre resultan de estas hipertrofias modificaciones serosas en la disposicion del estado del cuello de la vejiga de la uretra (fig. 124); unas veces hay una prolongacion considerable del cuello vexical ó bien el lóbulo medio se reúne por una prolongacion en relieve con la cresta uretral; algunas veces forma un verdadero tumor (fig. 125).

Se pueden encontrar encajados en la próstata cálculos procedentes de la vejiga, y que han sido causa de la inflamacion prostática; además, la próstata puede presentar cálculos que la son propios, pudiendo nosotros agregar estos detalles á la anatomía patológica de esta enfermedad.

Cálculos prostáticos.—Thompson (1), Civiale, Beale, han dado detalles interesantes sobre estas concreciones. Se forman en las glándulas de la próstata por depósito, dispuestas en capas concéntricas, de una materia albuminosa que se reabsorbe en seguida parcialmente, dejando las sales terrosas, particularmente *el fosfato de cal*. En los viejos, tienen los cálculos un volumen bastante con-

(1) Thompson, *The enlarged Prostate*, p. 265.

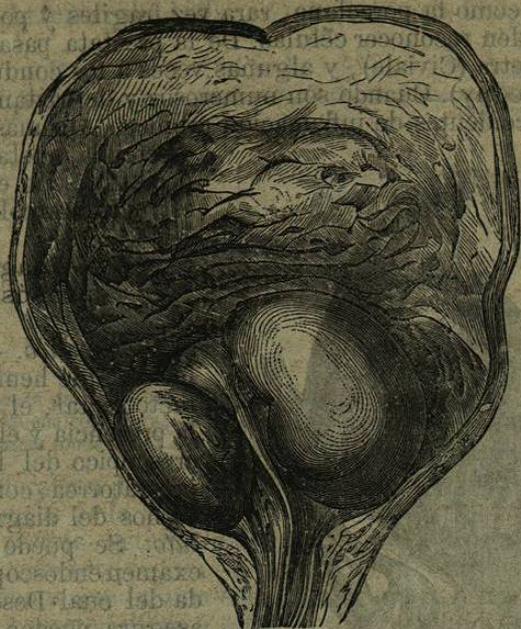


Fig. 124.—Hipertrofia de la próstata, predominando el lóbulo izquierdo, prominencia grande de la glándula en la vejiga; desviacion extraordinaria del cuello vexical. (Civiale, t. II, figura 12, p. 123.)

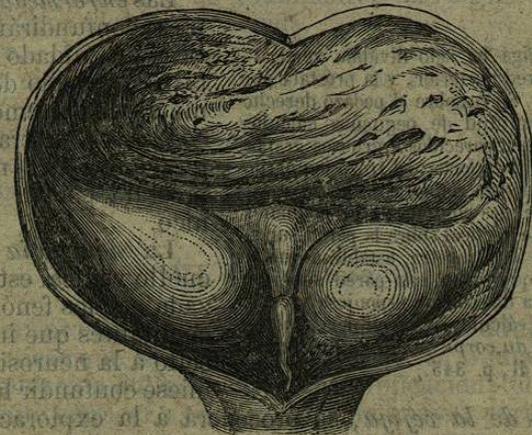


Fig. 125.—Hipertrofia enorme de la próstata, sobre todo en los lóbulos laterales; el lóbulo medio se reúne por una prolongacion á la cresta uretral, que es muy prominente. Trígono vexical elevado ó hipertrofiadas sus paredes. (Civiale, t. II, fig. 19, p. 208.)

siderable, y en capas concéntricas manifiestas; son de ordinario duros y blancos como la porcelana, rara vez frágiles y porosos, en su centro se pueden reconocer células. De la próstata pasan frecuentemente á la uretra (Civiale), y algunas veces á los conductos eyaculadores (de Blegny). Cuando son numerosos y de bastante volumen, determinan accidentes de inflamación crónica. Algunas veces convierten la próstata en una especie de seno esponjoso, de estructura areolar (fig. 127).

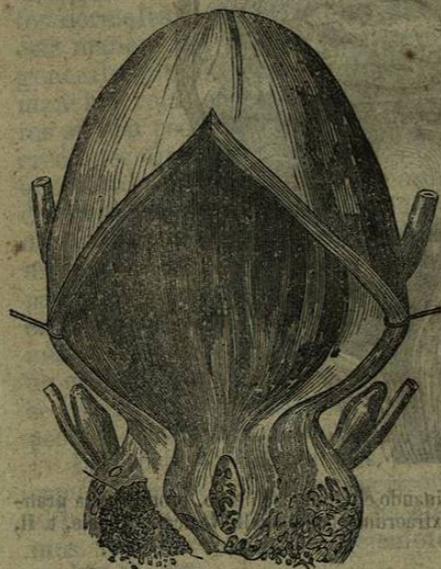


Fig. 127.—La vejiga ha sido dividida verticalmente por su pared posterior, y la próstata por su pared inferior. Se ve sobre el pedazo derecho del corte una multitud de pequeños cálculos miliares, morenos, parecidos á gruesos granos de arena, reunidos en focos; el trozo izquierdo presenta la estructura celulosa de la próstata; cada una de las células contiene varios pequeños cálculos. Un corte vertical sobre la pared superior del conducto de la uretra, establece que la porción próstata que rodea esta pared superior presenta la misma disposición esponjosa y contiene igualmente cálculos. (Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, 30^e livraison, —Civiale, t. II, p. 345.)

con las *pedras de la vejiga*, se procederá á la exploración de esta

(1) Ant. Desormeaux, *De l'endoscope et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urèthre et de la vessie*, leçons faites à l'hôpital Necker.

§ V.—Diagnóstico, pronóstico.

Diagnóstico.—Los signos locales que hemos dicho, el tacto rectal, el cateterismo, la presencia y el examen microscópico del líquido de la prostatoreia, constituyen los signos del diagnóstico *absoluto*. Se puede emplear el examen endoscópico con ayuda del cual Desormeaux (1) asegura pueden reconocerse las ulceraciones de la porción próstata de la uretra y sus fungosidades.

Las *enfermedades del recto* no se confundirán si se practica con cuidado el tacto rectal. Por medio del cateterismo distinguiremos un *estrechamiento* uretral de las alteraciones del nivel de la próstata por su infarto crónico.

La *neuralgia* propia del cuello vexical está caracterizada por los fenómenos concomitantes que imprimen un sello á la neurosis. Si se temiese confundir la prostatitis

cavidad con uno de los instrumentos *ad hoc*, por ejemplo, la sonda graduada de Lercier (fig. 128).

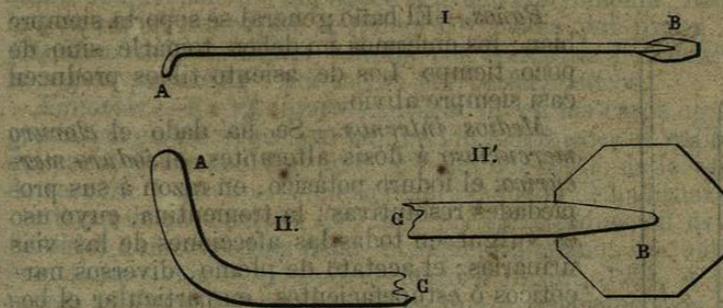


Fig. 128.—I' Sonda próstata graduada de A. Mercier, vista entera.—A Extremidad posterior de la pequeña corvadura.—B Pie octógono de la sonda.—II, II' Las dos extremidades de la misma sonda vistas del volumen natural A y B.

Esta exploración demostrará con mas precisión la presencia ó ausencia de *fungos* de la vejiga.

No será posible distinguir el infarto de la próstata, el *cáncer* ó los *tubérculos* de este órgano, á no ser por los signos racionales generales; á menos que en una época avanzada la orina encierre algunos detritus característicos ó tome caracteres suficientemente significativos. Es generalmente difícil, si no imposible, el afirmar que haya estas complicaciones por parte de las vexículas seminales. Se ha dicho que los cálculos de la próstata dan al tacto ó contacto una sensación de crepitación ó de frotamiento; este signo no puede apoyarse sino en una idea preconcebida.

Pronóstico.—Lo que se ha dicho del curso de la enfermedad nos dispensa el decir que el pronóstico es muy grave siempre; en efecto, si el enfermo no corre un peligro de muerte próxima, es de temer que no sobreviva á una larga enfermedad, y que se abrevie la existencia por una complicación. Por fortuna, el tratamiento puede tener alguna influencia para prevenir la terminación fatal y librar al paciente.

§ VI.—Tratamiento.

El tratamiento de la prostatitis crónica de los adultos admite las mismas prácticas que el de la forma aguda, salvo una cierta reserva en la determinación del momento de su aplicación; el infarto hipertrofico permite emplear varios medios, la mayor parte del dominio de la cirugía, y sobre los que insistiremos un poco.

Emisiones sanguíneas.—La sangría general está indicada muy rara vez en esta forma de enfermedad; las aplicaciones de sangui-

juelas se emplean mas, y Velpeau, Bégin, Ollivier, aconsejan el usarlas cada quince ó veinte días, á fin de que se opere un desinfecto continuo.

Baños.—El baño general se soporta siempre bien; los enfermos no deben tomarle sino de poco tiempo. Los de asiento tibios producen casi siempre alivio.

Medios internos.—Se ha dado el *cloruro mercurioso* á dosis alterantes; el *ioduro mercurico*; el *ioduro potásico*, en razon á sus propiedades resolutivas; la trementina, cuyo uso es vulgar en todas las afecciones de las vias urinarias; el acetato de plomo, diversos narcóticos ó estupefacientes, en particular el beleño, los baños de mar y las aguas minerales, como las de Vich, Contrexéville, y Caunterets. Los medios farmacológicos tienen generalmente poca eficacia, encontrándose tarde ó temprano obligado el profesor á recurrir al tratamiento quirúrgico.

Medios locales.—Antes siempre se deberán ensayar los tópicos calmantes ó astringentes, como vamos á decir, recomendando al enfermo tenerlos el mayor tiempo posible. Miguel (1) ha empleado con éxito el lavatorio siguiente:

Extracto de ratania.....	1 gram.
Láudano de Rousseau....	4 gotas.
Agua destilada.....	C. S.

Para media lavativa.

Las inyecciones con la jeringa no tienen ninguna eficacia, atendiendo al sitio del mal; deben hacerse con ayuda de una sonda.

Se han introducido en el recto *supositorios* de manteca de cacao, con extracto de belladona. En fin, se llevan directamente á la region prostática de la uretra, pomadas astringentes, unguento napolitano, con ayuda de bujías emplásticas ó instrumentos imaginados para este objeto.

Deniau (2) se sirve de una sonda de goma elástica, provista de un agujero en diferen-

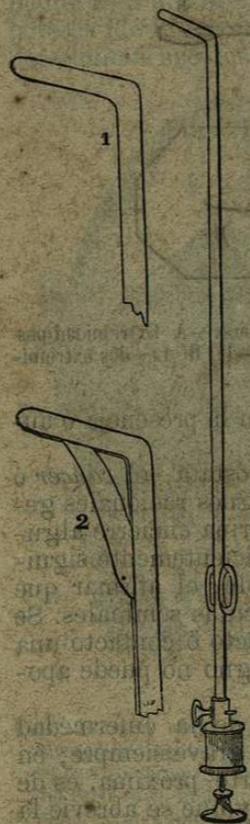


Fig. 129.—Instrumento de Mercier para la secreción de las válvulas del cuello de la vejiga.—1. Extremidad del mismo, de tamaño natural, con su lámina oculta. 2. El mismo con su lámina saliente.

(1) Miguel, *Revue méd. chir. de Paris*, 1849.
(2) Deniau, *Essai sur l'inflammation subaiguë de la prostate chez les adultes*, thèse de Paris, 1865.

tes puntos de su longitud, en la cual pega un pequeño piston, manejado por un mandril de alambre de hierro cocido. Cargada la sonda con pomada, se introduce al grado conveniente, haciendo salir la pomada al punto que se quiera por medio del piston. Lallemand y Dumont han obtenido ventaja por medio de la cauterización de la region prostática ó por medio del portacaústicos.

Kiátomia.—En los infartos antiguos y en los casos de hipertrofia, prostática en los viejos, se ha querido restablecer el calibre natural del canal por la escisión de la válvula del cuello de la vejiga. Antes de recurrir á esta operacion se tendrá cuidado de habitar el canal al contacto de los cuerpos extraños por la introduccion de sondas inflexibles que se pueden dejar introducidas cuando se quiera. La seccion se hace con el kiátomo de Mercier (figura 129), ú otro instrumento análogo. La hemorragia es una consecuencia de repetir este procedimiento.

3.º DEGENERACIONES.

No hablaremos sino dos palabras acerca del *cáncer* y de los *tubérculos* de la próstata.

1.º **Cáncer.**—El cáncer de la próstata, sea primitivo ó secundario, es raro, á pesar de decirse por algunos lo contrario, pues sucede que en los viejos la hipertrofia tiene algunos de los caracteres del cáncer incipiente. La estadística de Tanchou la afirma que en 1904 casos de enfermedades cancerosas en los hombres, solo en ciento encontró el cáncer primitivo de la próstata: á Hodgson le parece algo exagerado.

La forma mas frecuente es la *encefaloide*: se ha negado el *escirro*, sin embargo de citar John Adams dos ejemplos.

No se encuentra esta degeneracion sino en las edades extremas, en los niños y en los viejos; de ocho á cuarenta y un años no existe un ejemplo auténtico.

Los síntomas son la tumefacción de la próstata y sus consecuencias, hay además dolores lancinantes, reapareciendo con intervalos irregulares, hematuria, y los signos de la caquexia cancerosa. El tacto rectal hace constar la presencia de un tumor; los gánglios linfáticos circunvecinos se infartan. El exámen de la orina manifiesta células cancerosas mezcladas con un líquido, lo que es un elemento precioso de diagnóstico. El tratamiento no puede ser sino paliativo.

Hodgson refiere 18 casos de esta degeneracion: 12 en los adultos y 6 en los niños.

2.º **Tubérculos.**—Es un accidente bastante raro de la próstata, mas que el cáncer. Parece que Beraud, Verdier y Velpeau han tomado algunas veces por tubérculos, simples productos inflamatorios; Lebert (1) se inclina en el mismo sentido. Robin y Beraud han exa-

(1) Lebert, *Traité d'an. pathol. gén. et spéciale*. Paris, 1857, t. I, p. 688.
VALLEIX.—TOMO IV. 55

minado con el microscopio concreciones llamadas tubérculos de la *próstata*, y han reconocido el corpúsculo poliédrico irregular, con granulaciones amorfas. Todos saben hoy que estos elementos no prueban absolutamente nada relativamente al origen de un producto morboso, y que los productos inflamatorios simples pueden presentarse bajo la misma apariencia.

Por lo común los tubérculos de la próstata coinciden con la presencia de los mismos en los riñones, los testículos y los pulmones. Las observaciones de Viard (1), A. Vidal (2), Hodgson y otros autores han puesto esta relación en evidencia.

Los depósitos tuberculosos se presentan mas veces en la periferia del órgano que en su centro, afectando sobre todo los lóbulos laterales. No hay síntomas característicos; en el caso que se sospeche esta lesión es preciso abstenerse de hacer toda maniobra con los instrumentos.

ARTÍCULO II.

ENFERMEDADES DEL TESTÍCULO.

No nos ocuparemos en este artículo de la *inflamación* aguda y crónica de la glándula seminífera, y de las principales *degeneraciones* que pueden afectar al testículo. Antes pensamos decir algunas palabras de las *anomalías* que puede padecer este aparato y que producen trastornos mas ó menos graves de su integridad funcional, produciendo la impotencia ó la *infecundidad*, condiciones patológicas que son el resorte de la medicina.

1.º ANOMALÍAS DE LOS TESTÍCULOS.

No se sabe, segun Curling (3), de un caso auténtico de testículo supernumerario; el tercer testículo de la mayor parte de las observaciones de este género no ha sido sino un tumor fibroso.

Los casos de ausencia completa de un testículo ó de los dos, (monorquidia ó morquidia verdadera), sin ser imposible son igualmente muy poco numerosos. No nos detendremos en estas curiosidades científicas que puede un observador aislado no encontrar un solo caso en toda su práctica profesional...

La *emigración incompleta* del testículo es la observación mas conocida, constituyendo lo que se llama *monorquidia*, cuando hay un solo testículo en el escroto, y *critorquidia* cuando las dos glándulas

(1) Viard, *Bull. de la Soc. anat.* 1847, p. 326.

(2) Aug. Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 5.ª edición, avec des additions et des notes par Fano. Paris, 1861, t. IV.

(3) Curling, *Traité pratique des maladies du testicule*, trad. par Gosselin. Paris, 1857.

están ausentes. Cuando el testículo no desciende á las bolsas, queda en el abdomen, ó va á otra via alejada porque no es el trayecto acostumbrado de su emigración; O. Lecomte (1) ha descrito muy bien estas diversas situaciones ó *ectopias* del testículo bajo el nombre de *inclusiones*, término propuesto por H. Larrey; hay una inclusión *pelviana*, una inclusión *inguinal*, una inclusión *perineal* y una inclusión *crural*.

Las causas del descenso del testículo, segun Curling, son variadas: este vicio de conformación depende de la debilidad ó de la parálisis de cremáster, ó sea de adherencias que retienen este órgano en el abdomen peritonitis fetal, sea, en fin, de la estrechez del anillo inguinal externo. Aun despues de estar en las bolsas el testículo, se suele subir en algunas ocasiones por traumatismos, sin volver á descender á su sitio normal.

Curling cita un cierto número de casos en los que los individuos criptorquidos parecia que podian ejercer sin dificultad sus facultades viriles; un sugeto observado por Poland se casó en estas condiciones, y tuvo hijos. Estos individuos han conservado el volumen normal de los testículos, á pesar de la inclusión. Pero otras veces los sugetos criptorquidos apenas presentan los caracteres de la virilidad, siendo unos infecundos y otros hasta carecen completamente de deseos venéreos. Una atrofia mas ó menos considerable de los órganos seminíferos, coinciden con estas apariencias sintomáticas. En Francia, despues de las observaciones de Follin y Goubaux en los caballos, que comunicaron á la Sociedad de biología en la sesión del 8 de Marzo de 1856, y sobre todo despues de la Memoria de Ernest Godard, hay la tendencia á negar la posibilidad de la fecundación por los animales ó los hombres criptorquidos. Los individuos cuyos testículos desarrollados están descendidos incompletamente, son *potentes*, dice Godard, ejeculan el esperma privado de animalículos, pero no pueden fecundar. Es una ley que los *criptorquidos* no son aptos para la reproducción. Gosselin dice solamente que la fecundación puede ser considerada como rara y excepcional.

Parece que, al contrario de la opinión de los antiguos, los criptorquidos no son mas lujuriosos que los individuos cuyos testículos están en el escroto, pero que manifiestan los indicios de su virilidad incompleta en el hábito exterior en el timbre de la voz, en el desarrollo escaso de la barba, y hasta en su carácter y gustos. Cuando tienen algun apetito de aproximación sexual, el cumplimiento de este acto se efectúa sin placer.

En la autopsia de los individuos monorquidos ó criptorquidos, se encuentra el testículo en el abdomen, con su volumen normal, ó con una atrofia mas ó menos considerable, pero la testura glandular del órgano no está alterada. Solamente los conductitos seminíferos no

(1) O. Lecomte, *Des ectopies congénitales du testicule et des maladies de ces organes engagés dans l'aîne*, thèse de Paris, 1851, n.º 159.