

gus; la primera, reconocida por todos los autores, consiste en la salida á través de las cubiertas escrotorales del testículo mismo, con la túnica fibro-serosa (albugínea); se recubre de granulaciones que hacen que se dé á este tumor el nombre de *fungus* ó *granular swelling* empleado por Cooper (1); la segunda comprendería además la emergencia, á través de un punto fistuloso de la túnica albugínea, de la sustancia tubulosa de la glándula, sustancia que se mortifica pedazo por pedazo, á medida que llegan al exterior. Este sería el verdadero fungus por su relación á la integridad del órgano, no siendo la primera forma mas que una hernia del testículo.

Este tumor es indolente, pero revela frecuentemente por la presión, la sensibilidad particular del testículo; por la abertura se vierten detritus y productos saniosos que le adelgazan poco á poco, y concluyen por vaciar el escroto. En este momento cesa todo dolor.

Es muy raro que la orquitis crónica se termine por *resolución*. La destrucción espontánea del fungus es algunas veces un modo natural de curación; otras veces esta destrucción no es sino parcial; el tumor se contrae, se reduce y tiene lugar en seguida la cauterización de la abertura ulcerosa.

La orquitis crónica se termina también por *supuración*. En este caso, ó bien el absceso se abre al exterior por una *fistula expermatíca* que vierte hácia fuera un pus mezclado algunas veces con el líquido seminal; Gosselin, algunas veces, no ha encontrado animalillos, y cree que la obliteración de los vasos seminíferos alrededor del absceso impide absolutamente su presencia en el líquido purulento; también se produce un absceso enquistado, como A. Cooper, A. Nélaton (2) y Denonvilliers han observado.

En fin, los productos inflamatorios pueden persistir simplemente y aumentar por una dureza indefinida el volumen y la consistencia del órgano.

#### § IV.—Lesiones anatómicas.

Curling (3) ha establecido el carácter anatómico mas constante cuando el testículo padece inflamación crónica. Esta lesión consiste en la exudación de una *materia plástica*, en el parénquima del testículo ó del epididimo, es *amarilla, homogénea y blanda*, que se solidifica en seguida y se adhiere fuertemente al tejido propio del órgano. Esta sustancia se deposita en pequeñas masas aisladas, que se reúnen, y engrosándose pueden concluir por penetrar en todo el testículo, fundiéndole en una masa de un color blanco amarillo uni-

(1) A. Cooper, *Observations on the structure and diseases of the Testis*, 1830.

(2) A. Nélaton, *Abscés chronique ou kyste suppuré du testicule*. (*Moniteur des hôpitaux*, 1855, p. 156.)

(3) Curling, *loc. cit.*, p. 318.

forme. Hay además un derrame de 60 á 80 gramos en la túnica vaginal (hidro-sarcocele).

La sustancia amarilla es fibrilar, sin elementos microscópicos determinados; se deposita en el tejido celular intertubular; algunas veces se la encuentra en los tubos seminíferos, pareciéndose entonces á los productos tuberculosos. Curling mira esta exudación amarilla como una de las causas mecánicas de la hernia del testículo ó *fungus* benigno. El fungus, en el sentido que le da Hennequin, tendría por causa una inflamación parenquimatosa aguda del testículo. En uno y otro caso, la parte granulosa de estos tumores se asemeja en general á los mamelones carnosos, estando constituido por tubos seminíferos el cuerpo del tumor. En una época avanzada se manifiesta atrofia ó desaparición de la glándula, ó la presencia de un cuerpo fibroso en su lugar.

En una observación de orquitis supurada de A. Nélaton, la túnica albugínea persistía con algunas señales del tejido propio del testículo, la cavidad era enorme y tenía las paredes de un espesor parecido al del corazón izquierdo.

#### § V.—Diagnóstico y pronóstico.

*Diagnóstico*.—La orquitis crónica se caracteriza por la presencia de un tumor poco voluminoso, con no mucho dolor, y de un curso lento.

Se distingue del *hematocele* en que este sobreviene rápidamente y forma un tumor blando muy considerable, que no determina nunca la hernia del testículo. El *encefaloide* tiene una superficie mas irregular, abollada, de un volumen muy grande, con infarto del cordón y de los gánglios inguinales; empieza por el epididimo.

El fungus benigno del testículo se ha confundido frecuentemente, bajo el nombre de *sarcocele*, con las degeneraciones cancerosa y tuberculosa del mismo órgano. Nosotros hablaremos de este diagnóstico mas adelante.

*Pronóstico*.—En general es favorable, en cuanto á la existencia del sugeto, pero grave relativamente á la integridad de la función generatriz.

#### § VI.—Tratamiento.

*Antiflogísticos*.—Están rara vez indicados; alguna vez se hace una aplicación de sanguijuelas en las exacerbaciones de la enfermedad.

*Medios internos*.—El *mercurio* y el *ioduro potásico* juegan un papel importante en Inglaterra, en el tratamiento de esta afección; lo que hace creer á Gosselin que se confunde algunas veces en esta parte con un sarcocele benigno, el sarcocele sifilítico, cuya curación se obtiene tan fácilmente en general por medio del ioduro potásico,

á no ser que este medicamento no tenga propiedades terapéuticas en la resolución de los infartos no sífilíticos, cuya hipótesis debe tenerse en cuenta.

Se da el mercurio hasta salivación, bajo la forma de *píldoras azules*, ayudando el tratamiento con fricciones ó emplastos mercuriales.

El ioduro potásico se administra á las dosis, desde 1 á 4 y 5 centigramos, durante un mes y mas.

*Medios externos.*—Se practican algunas veces la cauterización ó la escisión del fungus benigno, cuyos procedimientos quirúrgicos no debemos describir.

En nuestros días, conociendo la posibilidad de reducción espontánea del tumor, los cirujanos tienden á favorecer este resultado, cauterizando superficialmente la parte granulosa y practicando una *compresión* metódica para reducir la glándula Syme (1) incide además la túnica albugínea, reúne los labios de la incisión sobre el fungus, y se les fija por medio de puntos de sutura.

La cauterización es en algunos casos el último y único recurso que se puede emplear. Aug. Nélaton la ha practicado en el sugeto de la observación citada.

#### 4.º DEGENERACIONES DEL TESTÍCULO.

1.º *Tumores fibrosos.*—No haremos mas que mencionar los tumores *fibrosos*, sobre los cuales Poisson (2) ha llamado especialmente la atención; tumores benignos se desarrollan en la túnica serosa parietal ó sobre la testicular, formados únicamente de tejido fibroso (Robin), van acompañados algunas veces de pequeños quistes y de hidrocele, y que sin alterar la textura del testículo pueden determinar cierto grado de atrofia. Según Curling, estos cuerpos fibrosos se desarrollan sobre las prolongaciones celulares de la albugínea, entre los tubos seminíferos, y serian una consecuencia de la inflamación; para Gosselin resultan algunas veces de la *anemia testicular*.

*Enfermedad quística.*—*Quistes.*—Son una rareza patológica muy interesante, bien bajo el punto de vista de las lesiones, como los síntomas, que son poco característicos. El sarcoma quístico se desarrolla lentamente y sin dolor, forma un tumor oval, elástico, de superficie ordinariamente lisa, algunas veces irregular. Se nota un poco de fluctuación cuando al mismo tiempo hay derrame vaginal. En el momento que el tumor se hace de mayor volumen, se oculta dicha fluctuación por su volumen y peso. El diagnóstico directo no se puede asegurar sino por una punción exploratriz; el tumor quístico no tiene apariencia piriforme ni la transparencia del *hidrocele*, y no se nota la sensibilidad propia del testículo. Este último signo se distingue del hema-

(1) Syme, *London and Edinb. monthly Journal*, 1845.

(2) Poisson, *Des tumeurs fibreuses pérididymaires*, thèse de Paris, 1858, p. 290.

tocele, que sobreviene bruscamente. El cáncer encefaloide se parece mucho á él exteriormente, siendo este diagnóstico bastante difícil; daremos de él mas adelante los principales elementos.

Curling mira el cuerpo de Higmoro como el punto de partida de la enfermedad quística y en general de todos los sarcocelos; Charles Robin (1) piensa, según sus investigaciones y las de Lebert, que la epididimitis es el sitio primitivo de estas alteraciones (quistes y cáncer). El tumor quístico está en el interior de la túnica albugínea, y forma un conjunto de quistes múltiples de volumen desigual, colocados en un tejido celular mas ó menos denso: su pared es algunas veces granulosa. La sustancia tuberculosa del testículo está rechazada á la periferia bajo la forma de una lámina bastante delgada; el epididimo se atrofia igualmente. El tumor adquiere á veces un gran volumen; se le ve hasta de 15 centímetros de largo y 9 de ancho.

Esta alteración es generalmente *benigna*; sin embargo, algunos hechos demuestran que con facilidad suele sobrevenir el encondroma y el encefaloide: se encuentran en efecto en algunos de estos quistes núcleos de cartilago ó de materia encefaloidea, que se reconocen con el microscopio por sus grandes células con núcleos. Hay, pues, una forma benigna y otra maligna. Esta última, despues de la ablación del testículo, manifiesta su naturaleza por la aparición del cáncer en otros puntos de la economía.

El único medio de *tratamiento* es la *castración*.

3.º *Encondroma.*—Esta enfermedad puede presentarse ó simple ó con quiste, ó asociada al encefaloide. La tesis de Gyoux (2) ha recogido once casos de encondroma del testículo pertenecientes á diversos observadores. El carácter anatómico de la enfermedad es la presencia del tejido cartilaginoso, reconocible por el microscopio (células de cartilago). Cuando no hay nada mas que encondroma, se le encuentra en la glándula bajo la forma de núcleos blancos ó amarillentos, parecidos en ocasiones á las perlas. El análisis químico ha demostrado la existencia de la *condrina* (Muller). Por sí mismo el encondroma es benigno, según Paget (3) y Nélaton; según Lebert, puede generalizarse.

4.º *Cáncer del testículo.*—La forma mas comun es el encefaloide; principia por aumento de volumen progresivo, lento, poco doloroso, y dejando al órgano su forma oval. El menor accidente determina bruscamente un aumento rápido del tumor: es abollado, y presenta puntos *reblandecidos*, y causa dolor local y sensación de peso hácia los riñones. El cordon se infarta y los gánglios lumbares linfáticos se interesan; la salud general se deteriora, pronunciándose las apariencias de caquexia. Un poco mas tarde se altera el escroto, se enrojece

(1) Charles Robin, *Recherches prouvant que diverses tumeurs dites sarcocèles du testicule siègent dans l'épididyme* (Mém. de la Soc. de biologie, 2.ª série, t. III, 1856).

(2) Gyoux, *De l'encondrome du testicule*, thèse de Paris, 1861, núm. 79.

(3) Paget, *Médico-chirurgical Transactions*, vol. XXXVIII, p. 247.

su piel y se adhiere al tumor, y concluye por ofrecer un punto ulcerado, á través del cual se escapa un fungus, sanguinolento y sanioso. Este es el sitio entonces de una gangrena rápida y de hemorragias peligrosas. La muerte puede sobrevenir por los progresos del mal, y sobre todo por la infección de la economía.

El encefalóide del testículo se ha confundido con el hidrocele por la falsa fluctuacion que tiene algunas veces. La puncion exploradora suministrará siempre el medio de hacer esta diferencia. La superficie del encefalóide es en general menos lisa, su consistencia menos uniforme, y su marcha mas rápida que la del testículo quístico. El diagnóstico no puede dudarse sino en los primeros períodos, aunque no es muy importante, pues en los dos casos hay que hacer la ablacion. Los antecedentes nos pondrán en guia para conocer el hematocele.

En cuanto al *sitio* anatómico no podemos sino repetir lo que hemos dicho hablando de la degeneracion quística. Para Curling el punto de partida es el *rete testis*; para Robin, en el epididimo; la sustancia seminífera está rechazada y atrofiada de la misma manera que en esta enfermedad. Nos remitimos á los tratados especiales sobre detalles de histología patológica (1).

El *tratamiento* es puramente quirúrgico.

El *escirro* es bastante raro en el testículo; marcha mas lentamente que en el encefalóide, es mas duro, mas abollado, menos voluminoso, y se generaliza con menos frecuencia. Cuando el escroto se ha ulcerado, el tumor se arruga y se retrae por puntos. La salud general se conserva bastante tiempo; algunas veces, sin embargo, se manifiesta la caquexia al mismo tiempo que el tumor se ulcera. Los gánglios abdominales participan de la degeneracion.

El tratamiento es evidentemente el mismo que en el caso precedente.

5.º *Tubérculos*.—No es una enfermedad rara el testículo tuberculoso, se le encuentra algunas veces en los niños, pero pertenece sobre todo á la edad adulta.

El tubérculo del testículo, muy rara vez limitado á este órgano, empieza insidiosamente, y se manifiesta en general, en el *epididimo*, al contrario de las alteraciones de que ya hemos tratado. Se hace doloroso un punto del órgano, se *entumece* poniéndose endurecido; mas tarde el órgano está todo él *exponetáneamente doloroso*, sin ser sensible á la presión, y forma un *tumor* de superficie *rugosa abollada*, con la cual la piel contrae *adherencias* en algunos puntos. A este nivel el tegumento no tarda en tomar un tinte lívido, se adelgaza y por fin se ulcera; estando libre la solucion de continuidad da paso á una materia blanda, caseosa. Despues el *orificio se hace fistuloso*, y se escapa por él incesantemente un *pus seroso* mezclado con *granulaciones tuberculosas*, y algunas veces con materia espermática. Estos orificios

(1) Véase Lebert, *Traité d'anat. pathol. gén. et spéciale*. Paris, 1857, t. I.

pueden ser múltiples y persistir mucho tiempo; otras veces se forman al contrario, no evacuándose materiales y dejando una depresion cicatricial para señalar su antiguo sitio. Pero entonces el testículo está en parte distribuido y atrofiado.

Por coincidencia se pueden comprobar los signos *de la tuberculosis de otros órganos*, y en particular de la *próstata* y de las *vesículas seminales*, como lo ha demostrado Ch. Dufour (1); de donde resultan los fenómenos de disuria de los cuales se puede suponer cuál es la causa conociendo la naturaleza de la degeneracion del testículo (Gosselin). Los gánglios linfáticos, la columna vertebral, los pulmones, manifiestan asimismo la degeneracion de la diátesis.

Los tubérculos afectan mas frecuentemente el epididimo que el testículo y mas la cabeza que la cola de este órgano, al contrario de la orquitis, en la cual la cola enferma primero. Segun Curling, la enfermedad se desarrolla primitivamente en el interior de los vasos seminíferos: «unos pequeños cuerpos grises algo amarillentos que se encuentran aislados en el testículo en el primer período de la enfermedad, están formados por el apelonamiento de los tubos seminíferos llenos de un producto morboso, y algo de tejido fibroso, y de ramas vasculares alteradas.» El desarrollo del producto tuberculoso está aquí, como en otros órganos, precedido de congestion, pero no hay nada que se parezca á la exudacion de linfa plástica, pues la materia depositada se parece exactamente al tubérculo reconocido por tal en otros órganos. Para A. Villemín (1) el sitio de preferencia del verdadero tubérculo del testículo es el tejido conjuntivo y los tabiques interlobulares del testículo en el que se atan los conductillos y sobre todo el epididimo, y en fin, tambien se encuentran en la capa subyacente á la túnica albugínea; en los tabiques hay nudosidades bastante considerables, debidas á la aglomeracion de granulaciones múltiples, pero su presencia ocasiona al epiteliun de los conductitos alteraciones secundarias que son modificaciones de la nutricion de la especie de inflamacion; los productos inflamatorios y tuberculosos se confunden, y en su evolucion sucesiva llegan simultáneamente al grumó caseoso, el cual es por lo tanto de naturaleza compleja.

El tubérculo del testículo sufre tambien la degeneracion calcárea y cretácea como en los pulmones.

En fin, en las autopsias se encuentran pruebas de la generalizacion de la enfermedad, y en particular de la tisis pulmonar.

El *diagnóstico* de la orquitis tuberculosa no es difícil mientras el tumor no se haya ulcerado. Se puede confundir con la orquitis crónica, y con otras degeneraciones. La orquitis crónica es rara, empieza por la cola del epididimo, es menos indolente, y marcha mas rápida-

(1) Charles Dufour, *Etudes sur la tuberculisation des organes génito-urinaires*. Paris, 1854.

(2) A. Villemín, *Du tubercule*. Paris, 1862.

según Lallemand, sucede en tales casos. Esta longitud del prepucio con estrechez de su abertura produce una acumulación de materia sebácea entre esta parte y el glande, que mantiene una irritación continua, provoca los deseos venéreos y escita á la masturbación seguida en una época mas ó menos distante de la espermatórea. Veremos, pues, que la acción de esta causa es muy indirecta, y que necesita para obrar de la masturbación, causa determinante que es provocada á su vez por la irritación que produce la materia sebácea. El profesor Lallemand cita varios hechos (1) en los cuales se ha producido de este modo la enfermedad, y en los que también se obtuvo una curación pronta después de hecha la escisión del prepucio.

Del mismo modo obran una *afección herpética* fija en el prepucio y una *inflamación crónica* de esta misma parte. También una afección herpética del ano y del escroto pueden producir los mismos deseos venéreos é iguales resultados irradiando su excitación hácia las vexículas seminales.

Lallemand, y después de él H. Kaula, han colocado casi en la misma línea que acabamos de mencionar á la *debilidad congénita de los órganos genitales*, á su *relajación* y al *varicocele*; pero después de haber examinado los hechos que refiere, queda la duda de si este estado de los órganos es causa ó efecto de la enfermedad. La misma reflexión es aplicable al *epispadias*, al *hipospadias* y á la *atrofia de un testículo*.

Lallemand considera á una disposición primitiva de los conductos eyaculadores, ó *atonía congénita de estos conductos*, como una causa probable en casos en que no se hallan otras.

También le ha parecido á Lallemand que la *anchura* exagerada del *conducto urinario* y la flacidez de los cuerpos cavernosos es el indicio de una disposición congénita á las pérdidas seminales involuntarias; pero se contenta con hacer esta indicación general. Este mismo autor ha llegado á señalar la *desproporción del glande* con los cuerpos cavernosos, la *pequeñez de los testículos*, su *descenso tardío*, una *hernia congénita*, y otras muchas circunstancias de igual naturaleza, que creemos inútil mencionar aquí. En efecto, en general se puede decir que este autor ha colocado en este orden de causas todo estado anormal que anuncie la debilidad ó la falta de desarrollo. Pero bien podemos volver á repetir que nada prueba que deban considerarse estas circunstancias, á lo menos en todos los casos, como causas predisponentes y no como efectos.

Según el autor citado, uno de los principales caracteres del *temperamento* de los sujetos que padecen pérdidas seminales involuntarias es una *susceptibilidad nerviosa* bastante manifiesta. En general estos enfermos eran de *constitución delgada*, de temperamento mas ó menos pronunciado, habían sido delicados durante su niñez y pre-

(1) Lallemand, *Des pertes séminales*, t. II, obs. 91 et suiv.

sentado diversos síntomas espasmódicos. Algunos habían conservado contracciones involuntarias en los músculos de la cara y de los párpados, cierta dificultad de pronunciar y varios movimientos convulsivos; su imaginación era ardiente y movable, y tenía una sensibilidad física y moral sumamente viva; les costaba trabajo estar quietos en un sitio, y no podían soportar ni la menor contrariedad ni un trabajo mental prolongado.

Lallemand refiere en seguida algunos hechos en favor de la influencia *hereditaria*. Estos hechos son poco numerosos, y aunque muy notables, puesto que en uno, entre otros, se trata de poluciones nocturnas y diurnas en tres hermanos, debemos desear se presenten otros nuevos, porque la cuestión de la herencia de las enfermedades es una de las que exigen para su resolución mayor número de hecho. Lo mismo digo de la influencia de la *educación*.

Trousseau (1) admite la predisposición hereditaria, pero en un sentido mas lato; depende la espermatórea, según él, de un estado de enfermedad del encéfalo, y sobre todo de la médula espinal; no titubea en considerarla como trasmisión morbosa á las enfermedades mentales, y á las diversas neurosis que pueden existir en el incremento de las enfermedades, y cuya influencia ya se ha podido notar en la primera edad, bajo la forma de *incontinencia de orina nocturna*.

Por último, conviene este autor en que hay cierto número de casos en que la afección se desarrolla *sin causa apreciable*.

2.º *Causas ocasionales*.—Entre las causas ocasionales hallamos en primera línea la *blenorragia* mas ó menos repetida, y Lallemand cita un gran número de observaciones en las cuales se han desarrollado los síntomas después de contraer esta enfermedad, y sobre todo cuando ha sido mal curada. Ya debía esperarse este resultado, en atención á que la inflamación de la próstata y de los conductos eyaculadores es la condición principal de la emisión involuntaria del esperma en los hechos que refiere este autor, y que suele estar ligada á esta enfermedad la inflamación crónica ó aguda del cuello de la vejiga. En el párrafo *Diagnóstico* veremos cómo se pueden interpretar estos hechos, á lo menos en un gran número de casos.

J. Rollet, de Lyon (2), está muy lejos de admitir el poder de la blenorragia como causa de las pérdidas seminales como quiere Lallemand; admite solamente que una irritación establecida en el conducto excretor simula habitualmente la secreción del glande, y cuando la inflamación blenorragica se propaga de la mucosa uretral á los órganos expermáticos, resultan alteraciones que son de tal naturaleza que provocan ó facilitan la emisión involuntaria del esperma.

Luego siguen las *afecciones cutáneas*, tales como la *sarna*, la *tiña* y diversos *herpes*, especialmente cuando residen cerca del ano,

(1) Trousseau, *Cliniq. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 636.

(2) J. Rollet, *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1865, p. 369 et suiv.

como ya hemos dicho antes de ahora. Lallemand cita un corto número de observaciones para probar su influencia, número que tiene que parecer insuficiente á los que saben cuánto se necesita para poder consignar bien los hechos de este género.

Se han colocado tambien entre estas causas las diversas *afecciones del recto*, y entre ellas las *hemorroides*, los *obstáculos mecánicos á la defecacion*, las *lombrices intestinales* y el *estreñimiento*, cualquiera que sea su causa. Este último, con especialidad, ha llamado la atención de todos los autores que se han ocupado del asunto que estamos tratando, en razon á que los esfuerzos considerables para mover el vientre y la presión que ejercen las materias fecales sobre la próstata y las vexículas seminales, producen casi constantemente en los enfermos la expulsion del líquido que se considera como esperma. Entre las lombrices intestinales, los *oxiuros* son los que ocasionan mas particularmente la *expermatorrea*; pero, sin embargo, se puede desarrollar la enfermedad bajo la influencia de las ascárides lumbricoides, y el doctor Ossieur (1) ha citado un ejemplo notable de esto relativo tan solo á pérdidas seminales nocturnas; habiéndose prescrito un *tratamiento vermífugo* despues que el enfermo arrojó dos lombrices, salieron mas de veinte de estos entozoarios y se obtuvo la curacion completa. Son muy raros los casos de este género.

Se han indicado tambien generalmente á la *masturbacion* y á los *excesos venéreos* de todo género. Estas causas obran, sea provocando el *eretismo nervioso* de los órganos genitales, y en particular de las vexículas seminales, ó sea, por el contrario, poniéndoles en un estado de *atonía* que hace á los conductos eyaculadores incapaces de resistir á la débil contraccion de las vexículas y de retener el esperma que las atraviesa (Trousseau). Tambien ha incluido Lallemand en el número de las causas de esta enfermedad á una *continencia excesiva*, al *estar sentado* mucho tiempo, la *equitacion* y al *decúbito supino*, que en una época avanzada se continúa por la razon sola de que ya existe y por el poder del *hábito*.

Cree en seguida Lallemand que el *abuso de algunas sustancias usuales ó medicinales*, tales como los *astringentes*, los *tónicos*, los *purgantes*, las *cantáridas*, el *alcanfor*, el *nitrate de potasa*, el *cornezuelo de centeno*, el *café*, el *té* y el *tabaco de fumar*, ejercen cierta influencia en la produccion de las pérdidas seminales involuntarias.

Se reconoce aquí, como en otros puntos de etiología de que acabamos de trazar, la complacencia de Lallemand por una obra que le ha sido tan personal, pero en la que ciertamente ha pasado con frecuencia la verdad y colocado hipótesis en lugar de observacion razonada.

(1) Ossieur, *Annales de la Société d'émulation*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Octubre, 1849.

### § III.—Síntomas.

1.º *Síntomas locales*.—*Poluciones nocturnas con ó sin ereccion y placer*.—En un individuo jóven y continente las poluciones nocturnas, resultado por lo comun de sueños lascivos, son un signo de salud y de potencia y no de debilidad ni enfermedad, si solo se repiten á intervalos bastante largos, y si no dejan en pos de sí una sensacion excesiva de languidez ú otros síntomas nerviosos alarmantes; pero si se reproducen á menudo, por ejemplo, muchas veces por semana, y si el sugeto queda en un estado manifiesto de debilidad, si se halla menos apto para el trabajo, en una palabra, si se presenta en cierto grado los síntomas generales que describiremos mas adelante, entonces empieza la enfermedad; es decir, su primer grado.

En una época mas adelantada tienen los sugetos evacuaciones *expermáticas sin sueños lascivos*, no se *despiertan inmediatamente*, y cuando llegan á hacerlo se sienten quebrantados; la enfermedad ha llegado ya entonces á un grado bastante avanzado, y segun los autores que se han ocupado de este asunto, y en particular Lallemand, debe esperarse que pronto sobrevengan las *poluciones diurnas*, y por último, la *expermatorrea propiamente dicha*, si es que ya los enfermos no arrojan al orinar ó defecar una cierta cantidad de sémen sin que ellos lo perciban.

Cualquiera que sea el modo con que se verifiquen las poluciones nocturnas, la *materia de la evacuacion* se encuentra en sustancia, bien sea derramada por el cuerpo del enfermo, bien en sus ropas, de modo que la comprobacion del hecho no ofrece ninguna de las dificultades que hallaremos al tratar de la evacuacion de la esperma con la orina. En los casos en que se efectúa la polucion con ereccion y orgasmo los enfermos despiertan por lo comun inmediatamente despues de la *eyaculacion* que siempre se observa en tales casos, y encuentran el esperma líquido, con su color, su consistencia y su olor característicos. Examinado con el microscopio este líquido presenta un gran número de *animatillos* bien conformados y vivaces. (Fig. 130.) Los espermatozoarios forman á menudo copos blanquecinos con el moco de los tubos seminales. Estos copos están en suspension en la orina, pero pueden caer en el fondo y formar un depósito invisible á la simple vista, que presente en el microscopio la apariencia de la figura 131 (L. Beale).

Cuando la enfermedad llega al punto de que existiendo todavía la *eyaculacion* se verifique sin ereccion ni placer, entonces los enfermos no suelen despertar inmediatamente, á lo menos en el mayor número de casos, y luego que despiertan hallan en la raíz del miembro, en los muslos y en la camisa manchas que en los primeros puntos se presentan bajo la forma de costras muy delgadas y brillantes y que se asemejan, segun la comparacion de Lallemand, á los rastros

que deja el caracol. La *materia de estas manchas* diluida en un poco de agua, todavía presenta animalillos vista con el microscopio; pero

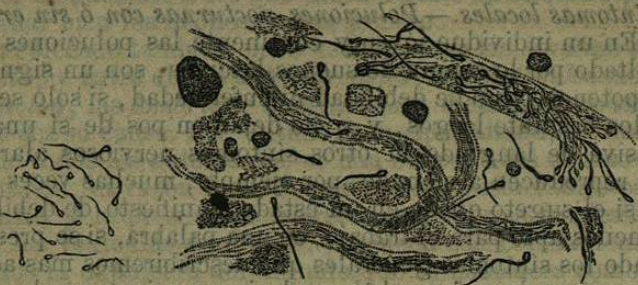


Fig. 130.—Espermatozoarios. (Beale, pl. XVI.) Fig. 131.—Moldes de los tubos seminales, que contienen un gran número de espermatozoarios. (Beale, pl. XVI.)

según que la enfermedad está más ó menos adelantada, estos animalillos son más ó menos vivaces, y en algunos casos en que llega á un extremo bastante avanzado de gravedad, ya no tienen completamente su figura natural, no presentan cola, son notablemente más pequeños, en menor número, y nadan en un líquido más acuoso y más abundante que en el estado normal.

*Poluciones diurnas con cierto grado de orgasmo.*—Los enfermos presentan las poluciones diurnas de que vamos á ocuparnos, casi siempre, si no siempre, después de haberlas tenido nocturnas por un espacio de tiempo más ó menos largo. En el primer grado se verifican estas poluciones con *erección casi completa*, pero *por el más ligero roce y á veces sin que este roce sea necesario*. Mas tarde, no tan sólo la *erección es muy incompleta*, y hasta nula, según algunos hechos, sino que también llega á ser inútil el contacto, y la frotación del miembro con un cuerpo cualquiera, bastando para provocar la eyaculación un simple deseo ó la vista de un objeto que despierte ideas lascivas, y hasta ha habido algunos enfermos en los cuales ha sido muy difícil hallar ni aun está pequeña causa.

Quando aun se efectúa cierto grado de erección, hay *eyaculación*, pero débil, y por lo general sale el esperma babeando del meato urinario; si no sobreviene erección, todo induce á creer que solo hay, por decirlo así, un flujo de semen.

Los caracteres que presenta la *materia de la emisión* son los mismos que acabo de indicar al hablar de las poluciones nocturnas.

*Flujo de esperma durante la defecación ó el acto de orinar, ó espermatorrea propiamente dicha.*—Por lo común han durado los fenómenos que preceden un espacio de tiempo bastante largo, cuando aparece esta forma de las pérdidas seminales involuntarias; entonces, bien sea que estos síntomas hayan cesado completamente, ó que todavía persistan en cierto grado, los enfermos empiezan á arrojar

sin placer, y por lo común sin ninguna sensación particular, con más ó menos frecuencia, al *mover el vientre*, ó tan solo *al orinar*, que es el caso más grave, cierta cantidad de una *materia* que se halla descrita en las observaciones del modo siguiente:

Su *cantidad* es muy variable, y en general, según Lallemand, va siendo cada vez menor, según que las emisiones son más frecuentes, y por consiguiente la enfermedad hace mayores progresos. No varía menos su *aspecto*; semejante unas veces á un cocimiento espeso de cebada, otras á una masa grumosa semitransparente, ó á copos viscosos, se presenta algunas veces como un *depósito* cenagoso y fétido, ó hasta puriforme. En cuanto al *olor*, no hallamos en las observaciones que sea ese olor *sui generis* tan notable en el esperma normal, sino que es, como acabamos de decirlo, una fetidez que se desarrolla más ó menos pronto ó un olor de carne podrida.

En los casos menos graves de esta especie arrojan los enfermos, al concluir el acto de la defecación, la *materia* cuyas propiedades físicas acabamos de indicar; y en los más graves la expelen lo mismo cuando solo orinan que cuando mueven también el vientre, siendo especialmente con las últimas gotas de orina cuando sale el líquido particular de que nos estamos ocupando, aunque, sin embargo, el microscopio ha demostrado que á veces sale con los primeros chorros de orina. No sucede esto constantemente y siempre que los enfermos orinan y mueven el vientre, sino solo á *intervalos más ó menos cortos, según la mayor ó menor gravedad de los casos*, y estas emisiones coinciden principalmente con el estreñimiento, con una irritación exasperada del ano y del recto, con una congestión hemorroidal, etc.

En este caso es bastante raro que se puedan encontrar vestigios de los caracteres del esperma, su consistencia, olor, en la *materia* arrojada; la manera de emitirla no tiene semejanza con el fenómeno de la eyaculación. Lo que lo prueba es que un gran número de enfermos no se dan razón de lo que les pasa.

*Orinas.*—La *orina* presenta también, á causa de la existencia del esperma, algunos caracteres que importa mucho dar á conocer. «Las últimas gotas, dice Lallemand, son espesas, pegajosas viscosas, y se detienen á veces en la abertura del glande como *grumos de cuajada*, de una consistencia que puede igualar á la del almidón; solo estas son las que dejan en la camisa manchas semejantes á las del engrudo. Los enfermos conocen fácilmente por sí mismos en la consistencia particular de estas últimas gotas y en su untuosidad entre los dedos, que acaban de tener una polución diurna.

»En los casos recientes, añade este autor, se ven rodar por el fondo de la vasija unas granulaciones pequeñas de volumen variable, semitransparentes, irregularmente esféricas y bastante parecidas á granos de sémola. No es posible confundir estas granulaciones con ninguna sal urinaria, porque aparecen antes del enfriamiento, son blandas y nunca se pegan á las paredes de la vasija.