

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 salivacion, bajo la forma de *pildoras 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 cauterizacion ó la escision del fungus benigno, cuyos procedimientos quirúrgicos no debemos describir.

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

La cauterizacion es en algunos casos el último y único recurso que se puede emplear. Aug. Nélaton la ha practicado en el sugeto de la observacion 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 expecialmente la atencion; 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. Segun Curling, estos cuerpos fibrosos se desarrollan sobre las prolongaciones celulosas de la albugínea, entre los tubos seminíferos, y serian una consecuencia de la inflamacion; para Gosselin resultan algunas veces de la *anemia testicular*.

Enfermedad cística.—*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 fluctuacion cuando al mismo tiempo hay derrame vaginal. En el momento que el tumor se hace de mayor volumen, se oculta dicha fluctuacion por su volumen y peso. El diagnóstico directo no se puede asegurar sino por una puncion 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 encefalóide se parece mucho á él exteriormente, siendo este diagnóstico bastante difícil; daremos de él mas adelante los principales elementos.

Curling mira el cuerpo de Hígmoro como el punto de partida de la enfermedad quística y en general de todos los sarcocelos; Charles Robin (1) piensa, segun 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 alteracion es generalmente *benigna*; sin embargo, algunos hechos demuestran que con facilidad suele sobrevenir el encondroma y el encefalóide: se encuentran en efecto en algunos de estos quistes núcleos de cartilago ó de materia encefalóidea, 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 ablacion del testículo, manifiesta su naturaleza por la aparicion del cáncer en otros puntos de la economía.

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

3.º *Encondroma.*—Esta enfermedad puede presentarse ó simple ó con quiste, ó asociada al encefalóide. La tésis 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, segun Paget (3) y Nélaton; segun Lebert, puede generalizarse.

4.º *Cáncer del testículo.*—La forma mas comun es el encefalóide; 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 sensacion 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 eseroto, 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 *expontáneamente doloroso*, sin ser sensible á la presion, 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 *veículas 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 morbosos, 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 grumo 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.

mente que el tubérculo del testículo: este diagnóstico es, sin embargo, difícil. En cuanto á las degeneraciones, ya hemos dado sus signos: los tumores que determinan son mas voluminosos, blandos, y mas dolorosos, y por último mas incómodos que el testículo tuberculoso.

El *tratamiento es general ó local*. El primero no es otra cosa que el conjunto de los medios ordinarios usados contra la tuberculosis, y cuyos detalles se han dado anteriormente. El tratamiento local contraindica casi siempre los antiflogísticos; se hacen aplicaciones resolutivas, y en particular la tintura de iodo y la pomada iodurada. Cuando el absceso se ha formado, se abre, poniendo despues cataplasmas emolientes. La permanencia de las fistulas, la desorganizacion del escróto indican algunas veces la castracion. Curling hace notar, supérfluamente sin duda, que está contraindicada la operacion cuando existe una afeccion pulmonar avanzada.

Se encontrará (tomo I) la historia del *sarcocele sífilítico*, que falta en las degeneraciones que hemos descrito. La neuralgia del testículo ha sido estudiada en dicho tomo I.

ARTÍCULO III.

PÉRDIDAS SEMINALES INVOLUNTARIAS, Ó ESPERMATORREA.

Quando el profesor Lallemand emprendió sus investigaciones, la ciencia no poseia mas nociones respecto á este asunto que algunas palabras de Hipócrates (1) acerca de la *consuncion dorsal*; varias indicaciones mas ó menos estensas en algunos autores, una Memoria de Wichmann (2) dirigida en forma de carta á Hensler, algunos comentarios de su traductor Sainte-Marie (3) y descripciones cortas de algunos sífilígrafos.

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

Se da el nombre de *pérdidas seminales involuntarias ó espermatorrea* á la evacuacion de esperma que se verifica durante el sueño con y sin ereccion y placer (poluciones nocturnas) y en estado de vigilia, bien sea con cierto orgasmo y un principio de ereccion, pero sin ninguna de las maniobras ordinarias, bien de un modo hasta cierto punto mecánico durante los actos de orinar y defecar.

Vemos, pues, que no se hallan exactamente marcados los límites de la enfermedad, y que la voz espermatorrea no se aplica igualmente bien á los diversos casos que acabamos de mencionar. Así las poluciones nocturnas que se efectúan con ereccion y placer son muy

(1) Hippocrate, *Œuvres complètes*, trad. par Littré, t. VI: *Des maladies*.

(2) Wichmann, *De pollut. diurn. frequentiori, sed rarius observ., tabesc. causa* (Göttingue, 1782), trad. avec des notes par Sainte-Marie (Lyon, 1817).

(3) Sainte Marie, Lyon, 1817.

compatibles con una completa salud cuando sobrevienen en un sugeto muy continente y no son frecuentes; es decir, que en estos casos no hay espermatorrea. Este nombre solo conviene perfectamente á los casos en que sale el esperma sin ereccion, sin placer y en el acto de orinar ó defecar. Sea como quiera, resulta de esta definicion que las pérdidas seminales involuntarias deben distinguirse en tres especies bien distintas. La primera consiste en las *poluciones nocturnas*, y corresponde por un punto á la salud perfecta, como acabamos de decirlo, y por otro á la enfermedad. En la segunda hallamos las *poluciones diurnas*, que sin estar sometidas á la voluntad, puesto que se verifican sin maniobras de ninguna especie, presentan sin embargo cierto orgasmo y una apariencia del acto de la generacion. La tercera especie es una *espermatorrea* propiamente dicha.

Además de los nombres de *pérdidas seminales involuntarias* y de *espermatorrea*, se han dado tambien á esta afeccion los de *poluciones nocturnas ó diurnas*, *blenorrea de la próstata* (Swediaur), *consuncion dorsal* (Hipócrates), *evacuacion de semen* y *flujo de semen*.

Resulta de las investigaciones del profesor Lallemand que esta enfermedad es bastante frecuente, puesto que la ha reconocido en un gran número de casos, en los que antes de este autor solo se veia una simple impotencia, una inflamacion crónica de la uretra y de la vejiga, ó bien una afeccion puramente nerviosa, la *hipocondria*.

Segun las observaciones de B. Phillips (1) todavía es mucho mas frecuente, puesto que este autor ha podido reunir seiscientos veintitres casos; pero conviene advertir que Phillips ha observado un gran número de hechos de simples poluciones nocturnas en personas jóvenes y continentes, poluciones que por lo comun no se repetian con mucha frecuencia, y que no pueden considerarse como una enfermedad. Esta aclaracion quita mucho valor á los resultados que ha deducido de sus hechos. Pero es prematuro ocuparnos aquí de esta cuestion, en la cual tendremos necesariamente que entrar en el párrafo del *Diagnóstico*.

§ II.—Causas.

1.º *Causas predisponentes*.—Son muy oscuras.

Edad.—B. Phillips (2) ha observado que de los seiscientos veintitres sugetos cuya historia ha consultado, quinientos ochenta y uno eran menores de veinticinco años, en lo cual no hay nada que no sea muy natural, puesto que el autor ha tenido principalmente á la vista las poluciones nocturnas supletorias hasta cierto punto del coito.

Entre las disposiciones congénitas hallamos en primera línea la *longitud del prepucio* y la *estrechez de su abertura*, y hé aquí lo que

(1) B. Phillips, *Lond. med. Gaz.*, 1848.

(2) B. Phillips, *Lug cit.*