

EL CICLO SEXUAL MASCULINO

Por el Profesor Francisco Guccio Mozo.

(Continuación del número anterior).

La introducción y movimientos del pene en la vagina.

Esta etapa del "ciclo sexual" es una de las esenciales del coito. Tanto el acto de inmisión o introducción como los movimientos de vaivén son actos voluntarios, conscientes, aun cuando no hay duda de que una vez iniciados los movimientos de frote, estos se pueden seguir produciendo inconscientemente, con un automatismo comparable al de los irracionales.

Para el acto de la introducción, la erección es de absoluta necesidad, no sólo porque al aumentar la longitud el pene es posible alcanzar la entrada a la vagina, a pesar de la relativa distancia que por los miembros inferiores y los tegumentos aparta los órganos genitales masculinos y femeninos (al menos, en la posición habitual, de frente); el pene erecto y rígido despliega fácilmente la mucosa vaginal, y abre la cavidad virtual de la vagina, nada de lo cual es posible sin la erección. Esta, además, como veíamos en párrafos anteriores, lleva consigo una distensión de la piel del pene que hace sensible el órgano viril a los más leves estímulos voluptuosos.

Los movimientos de fricción o roce del pene dentro de la vagina, necesitan la integridad del sistema muscular de los miembros inferiores. Sin esta fuerza, los movimientos, y por tanto el coito perfecto, son imposibles, como naturalmente se comprende, a pesar de que exista una perfecta erección, y que haya sido posible la introducción. Bien claro resulta así que en ciertas parálisis que no afectan la erección, haya sin embargo una impotencia conyugal. Pero poco se ha insistido sobre la frecuencia con que, no ya una parálisis, sino la simple fatigabilidad excesiva del músculo, como sucede en los estados addisonianos, o en la insuficiencia suprarrenal constitucional, sea causante de que una gran fatiga suceda a los primeros movimientos, y el coito se verifique en varias etapas (cuando la erección subsiste) o sea absolutamente imposible. Nuestra constancia en averiguar los datos de disfunciones endocrinas en la impotencia, nos ha

premiado el esfuerzo de este estudio, con el hallazgo de que esta clase de impotencia, que no hemos visto citada hasta ahora por ningún investigador, es tal vez la que más frecuente e inicialmente se produce en la mayoría de los adisonianos. A veces nos hemos preguntado si al fin y a la postre no es esta imposibilidad muscular, la causante de todo el síndrome de impotencia de las insuficiencias suprarrenales, obrando mediante un mecanismo psíquico que, a raíz del primer fracaso, hiciera desistir poco a poco del intento del coito, y perdiéndose al fin la erección y hasta el impulso sexual. La eyaculación asténica, o sin fuerza, que se observa también a veces en la insuficiencia suprarrenal, sería también por poca fuerza, o más bien, por excesiva fatiga de los músculos de la eyaculación; sin embargo, a nuestro modo de ver, este fenómeno de la eyaculación asténica es mucho menos frecuente en estos enfermos. Es verdad que para explicar la impotencia general de la mayoría de los addisonianos, bastaría el argumento de que en muchas ocasiones se observa una atrofia de los órganos genitales en la enfermedad de Addison; sin embargo, una atrofia genital que explique la impotencia addisoniana, no es tan frecuente como generalmente se cree. En los enfermos de Addison que hemos observado tanto en Colombia como en el exterior, unos doscientos casos típicos, sólo unas cinco veces hemos observado una gran blandura de los testículos; nunca disminución del tamaño normal de éstos, que algunos autores anotan; en cuanto al pene en sí, no hemos apreciado ninguna modificación notoria). Los trastornos de la erección en los addisonianos sólo los hemos encontrado cuando existe ya una verdadera pérdida del impulso sexual, y aun estos podrían tener también su explicación en la hiperfatigabilidad de los músculos que en la erección actúan habitualmente (transverso del periné e isquicavernoso).

La eyaculación.

Todas las etapas del ciclo sexual que hasta ahora hemos analizado, no tienen, desde el punto de vista del interés de la especie humana, sino la importancia de preparar el camino para que se produzca en las mejores condiciones, el fenómeno de la eyaculación, sin el cual no sería posible la fecundación natural. La eyaculación, fenómeno reflejo, sobre el cual la voluntad no tiene control ninguno, es el fin del coito, y se acompaña de otro fenómeno de orden principalmente psicológico, el *orgasmo*, de que hablaremos más tarde. Cuando los estímulos acumulados que han obrado sobre los centros nerviosos medulares y sagrado en el tiempo de la excitación precopulatoria, y en el mismo acto del coito, llegan a un máximo, se produce bruscamente la expulsión del esperma por sacudidas que llevan

hacia la vagina a veces hasta 500 millones de espermatozoides fecundantes.

En el hombre adulto y normal, es esta brusca descarga espermática la que causa el placer del orgasmo (satisfacción de la tendencia a la detumescencia), e inmediatamente que esta descarga se produce, la erección comienza a extinguirse, habiendo llegado a su máximo inmediatamente antes.

La mayor parte de los sexuólogos dividen fisiológicamente el fenómeno de la eyaculación en dos períodos o fases: en la primera, se produce una hipersecreción del testículo (aumento exagerado de la secreción, porque está probado que ésta es constante), que envía el esperma a través de los conductos espermáticos (canales deferentes, vesículas seminales) hacia la uretra posterior; la presencia del líquido fecundante en la mucosa uretral despierta un segundo movimiento reflejo que contrae la musculatura del rededor de la uretra y hace ceder el esfínter externo, lanzando el chorro espermático hacia afuera. (Este líquido está compuesto, al salir, no sólo de la secreción espermatozoica del testículo, sino también de la excreción de la glándula prostática, del verum montanum, y de la secreción de las glándulas de Littre y Cowper que producen la uretrorrea que a menudo acompaña el comienzo de la erección.

Se admite generalmente que la progresión de esperma, desde los testículos hasta las vesículas seminales y la uretra posterior, comienza con los estímulos primeros del acto sexual. La excitación copulatoria con su conjunto de sensaciones y excitaciones psicogénicas es capaz de hacer aparecer este reflejo probablemente tan en la iniciación de la erección, como la uretrorrea. Sin embargo, a pesar de que las imágenes mentales, pueden despertar una erección y la uretrorrea ex-líbido, no serían capaces por sí solas, fuera del período de sueño, de provocar una eyaculación en un hombre normal. (Este hecho es importante para diferenciar de la "espermaterrea", afección en que el esperma sale de la uretra fácilmente, aun sin la más leve excitación copulatoria o sensual).

La erección y la eyaculación tienen muchas relaciones importantes: en primer lugar, las mismas sensaciones que hacen posible la erección y que la mantienen durante el coito, son las que luego producen la eyaculación. "No hay eyaculación normal, sin erección normal", dicen todos los sexuólogos, aun cuando hay que anotar que en las llamadas "poluciones del sueño" pueda haber eyaculaciones fáciles sin erección. Estas "poluciones o descargas nocturnas tienen cierta importancia en nuestro estudio, porque a menudo es por medio de una de ellas como se manifiesta el principio de la pubertad... Sin embargo, es muy dudoso que se pueda admitir la aparición de la eyaculación como síntoma indispensable para declarar que las glándulas genitales han iniciado su período de actividad. Conocemos ca-

sos de muchachos masturbadores, que tienen impulso y deseo sexuales bien manifiestos, y que llegan hasta un orgasmo a veces intenso, sin que se presente en ellos eyaculación verdadera, aun cuando hay emisión del líquido glandular de la uretrorrea. Las poluciones nocturnas de los muchachos que aún no han tenido relaciones sexuales, se han comparado a las de los hombres ya bien desarrollados, que también tienen emisiones involuntarias de semen, a veces acompañadas de sueños eróticos, en los períodos de abstinencia. Algunos autores han querido relacionar estas poluciones con la depleción del semen en las vesículas seminales, de donde partirían los estímulos eróticos que procurarían su vaciamiento. En cierta clase de impotentes, estas poluciones son muy frecuentes. Pertenecen estos casos casi siempre a las impotencias llamadas psíquicas: no hay en ellos trastornos orgánicos o funcionales, endocrinos o no, que impidan el coito (aun cuando en ciertos casos hay dificultad erectiva, pero por cualquier causa psíquica (timidez, miedo al fracaso sexual, miedo a las enfermedades, etc.). Estos pacientes dejan de practicar el coito durante algún tiempo, y sobrevienen entonces estas poluciones que son objeto de una gran preocupación, porque generalmente se les atribuye una influencia debilitadora orgánica aun mayor que la del coito regular.

Durante los diferentes períodos por que atraviesa la vida del hombre, la eyaculación se modifica más o menos: en general, en el despertar de la pabertad, con las primeras relaciones sexuales, las eyaculaciones son rápidas, y a veces muy precoces: el coito, así, es habitualmente corto; después de los cuarenta años se observa regularmente un retardo fisiológico de la eyaculación, pudiendo llegar el coito en ciertos viejos hasta a 15 y veinte minutos de duración. De un individuo a otro, como anotábamos para la erección, hay también variedades en el orden de la rapidez eyaculativa, a veces bien notorias: hay individuos cuyo coito puede durar un minuto o minuto y medio, y en otros puede no producirse la eyaculación hasta el cabo de media hora después de haberse comenzado los movimientos de fricción dentro ya de la vagina. A pesar de las dificultades que una encuesta de esta clase presenta, así como de la poca costumbre que naturalmente tienen los hombres de *medir con reloj* el tiempo preciso gastado en sus relaciones sexuales, nosotros admitimos que en el trópico las relaciones sexuales son en general más cortas que en ciertos países nórdicos. Aún creemos poder observar que para el mismo individuo, es más corto el coito durante el verano que durante el invierno. ¿Sería este fenómeno, si lo aceptáramos, dependiente de la influencia que en sentido antagónico manifiesta el frío sobre la erección? ¿Contribuye el calor a hacer más sensibles los centros nerviosos eyaculadores, presentándose así más pronto el mandato nervioso de descarga? Ciertos hechos, como el calor de la cama, causa frecuente

de poluciones nocturnas, la posición de sueño en decúbito dorsal, etc., parece dar alguna fuerza a esta concepción, así como la acción benéfica de las sesiones de diatermia en cierta clase de impotencias. Algunos investigadores han pretendido hacer del carácter cronológico de la eyaculación un distintivo para la constitución sexual. Serían, en general, de más fuerte, más ardiente, constitución sexual, los hombres cuya eyaculación fuera rápida (coito corto) y, análogamente a los viejos, tendrían una constitución débil los individuos de coito retardado. Bien se echan de ver las dificultades de esta clasificación, cuando se considera que la eyaculación precoz (eyaculación antepostas, por ejemplo), es signo de cierto grado de impotencia sexual, y hasta algunos autores la han hecho síntoma del síndrome de "debilidad irritable" de los autores alemanes. También se ha pretendido diferenciar la sexualidad individual contando el número de espermatozoides de cada eyaculación, y serían "hipersexuales" los que tuvieran mayor número: otros han pretendido que el volumen total de la eyaculación sería otro medio de determinar la constitución sexual.... Estas intentonas clasificadoras, no han tenido, lógicamente, ningún resultado.

En el orden patológico, en cambio, la precocidad o el retardo de la eyaculación adquieren una importancia enorme. La mayor parte de los impotentes que buscan la ayuda del médico lo hacen por un desarreglo de la eyaculación, y en las más de las veces, por eyaculación precipitada. La precocidad de la eyaculación se opone frecuentemente a la fecundación, porque no da tiempo a que se produzca el orgasmo femenino, pero lo que más mortifica a los enfermos no es esta causa de esterilidad, sino que la emisión prematura del espermatozoide deja una sensación de insatisfacción del impulso sexual, porque las más de las veces estas eyaculaciones, o no se acompañan del fenómeno del orgasmo, o éste es muy ligero; también influye, naturalmente, en la preocupación de los impotentes de esta clase, la insatisfacción en que habitualmente dejan a la compañera sexual. Los casos de eyaculación retardada, que son mucho más raros, sobre todo en la zona tropical, se deben en algunas ocasiones a simple "hábito": se trata de individuos que han pretendido autoeducarse, *para beber la copa del placer despacio*; algunos de ellos, con pensar mucho durante el coito en contener la eyaculación, han logrado el efecto contrario: la eyaculación precoz; pero en otros, los que han usado un método más lógico (distracción, poniendo la mente en la resolución de un problema político o financiero, por ejemplo) llegan a obtener a la larga una costumbre que apaga los reflejos eyaculativos, convirtiéndose en verdaderos casos patológicos. Conocimos un individuo de esta clase que, después de muchos años de practicar el coito con esta carga voluntaria *contra natura*, vió de repente cómo la erección casi se extinguía en cuanto comenzaba el coito. Se trataba

en este caso de una impotencia psicógena a todas luces, y ni nosotros ni el psiquiatra que luégo lo tratara, encontramos remedios para corregir la situación en que él mismo se había colocado.

Es importante observar que los trastornos de la eyaculación, y sobre todo la eyaculación precoz, es en muchas ocasiones pasajera. El médico ha de cerciorarse de que se trata de un desarreglo permanente de la eyaculación, antes de intentar un tratamiento que en muchísimos casos es innecesario. El hecho de instituir un tratamiento en un hombre potente que por cualquier causa accidental ha tenido en una o dos ocasiones una eyaculación precoz, es, no sólo inútil sino perjudicial, sobre todo en los individuos con predisposición psicopática. Sucede, en efecto, que bien por excesiva excitación precopulatoria (caricias, sobre todo en las zonas erectógenas) o por algunas otras emociones (disgusto hacia la compañera sexual, por ejemplo, o después de larga abstinencia, el coito se acorta de vez en cuando, sin que haya una causa orgánica o funcional constante que explique el desarreglo. El deber del médico en estos casos es antes que todo averiguar con sus pormenores las circunstancias en que se verificaron los actos sexuales a que se refiere el consultante, verificar su número y frecuencia, y, para buscar un asidero que muchas veces es la tranquilidad espiritual misma del paciente, ordenarle cambiar aun cuando sea por una sola vez, de compañera sexual, procurando que ésta llene todos los requisitos de salud, atractivo físico, etc. Es muy frecuente el caso de individuos monógamos cuya compañera sexual ha perdido toda su atracción por culpa de la intimidad y de la costumbre, que, teniendo habitualmente eyaculaciones precoces con ella, son capaces de verificar el acto sexual con una duración absolutamente normal con otras mujeres. Por algo los psicoanalistas atribuyen las eyaculaciones precoces al sentimiento de "compromiso" con que se verifica el coito. El miedo a las enfermedades, tan frecuente y justificado en el coito con prostitutas, es causa de muchas impotencias o pseudo-impotencias de esta clase entre los solteros. Ciertos deportes, según Higier, son capaces de provocar eyaculaciones precoces. En algunos países las prostitutas llaman "coito del jinete" a los de eyaculación precoz.

Muy otros son los casos de eyaculación precoz inveterada, en que hay un fondo causal endocrino, o psíquico o de orden nervioso vegetativo, que necesita un tratamiento apropiado.

En lo que a nuestro estudio sobre la impotencia de causa endocrina respecta, ya veremos, en los capítulos especiales que según la glándula causante estudiaremos por separado, que el desequilibrio hormonal es capaz por sí solo de producir muy frecuentes irregularidades de la eyaculación, (sobre todo, eyaculación precoz), pero hemos de subrayar la importancia de usar, sobre todo en esta clase de enfermos, un que dijéramos "ojo clínico endocrinológico" desde

las primeras consultas. De la frecuencia con que los médicos olvidan la importancia de los trastornos de las secreciones glandulares en la patogenia de la impotencia sexual masculina, es de donde proviene ese buen número de impotencias impropriadamente rotuladas como psíquicas que pasean los consultorios médicos sin esperanza de alivio.

En la introducción a este estudio, hemos relatado una historia sencilla: la de un diabético con eyaculación precoz, diagnosticada como "psíquica" o "psicógena" en el cual encontramos una diabetes. Los casos como éste son frecuentísimos, y si el médico que no ha encontrado una lesión medular, ni una psicosis bien caracterizada, ni una inflamación crónica de origen infeccioso uretral, se contenta con clasificar de modo bien simplista la impotencia del paciente como "psicógena" porque no se encuentra una causa orgánica clara, habrá perdido un cliente, puesto en peligro, su prestigio, y habrá dejado escapar un motivo de investigación biológica de los más interesantes. En los centros populosos, en donde hay especialistas endocrinólogos, es bien fácil obtener su concurso, pero este estudio lo hemos llevado a cabo pensando muy principalmente en el médico rural, tan digno de admiración, que si no tiene a mano todos los medios para el diagnóstico de buen número de desarreglos glandulares, estamos seguros, de que, teniendo al menos más en cuenta la endocrinología, no dejará de descubrir y diagnosticar los casos en que hasta una simple ojeada clínica basta para aclarar todo el síndrome.

Bien conocida es la importancia del sistema nervioso vegetativo en los fenómenos reflejos de la erección y la eyaculación. Tendremos ocasión de recordarlos muy sintéticamente en un capítulo especial destinado al mecanismo "neuro-humoral" de los fenómenos del "ciclo sexual" que ahora estudiamos. Y estudiaremos en conjunto entonces los mecanismos nerviosos y hormonales, porque así lo permiten las estrechas relaciones de las glándulas de secreción interna con el sistema nervioso en general (psíquico y vegetativo).

Es en virtud de estas estrechas relaciones con el sistema nervioso vago-simpático o vegetativo como influyen indirectamente las glándulas de secreción interna sobre la eyaculación considerada desde el punto de vista fisiológico o patológico. Hay, además, una acción más directa de estas glándulas, o, mejor, de las genitales, cuya importancia se echa de ver cuando no estudiamos simplemente el tiempo en que se produce la eyaculación (precoz o retardada) y consideramos la cantidad de secreción eyaculativa, o la desaparición de la secreción espermatozoica. Siendo la glándula sexual masculina, el testículo, la natural y única manufacturera de espermatozoides, al faltar o al decaer en extremo su función, es lógico que no haya eyaculación (eunucos, eunucoides, castrados, etc.); la acción

de otras glándulas, como la hipófisis, que tanta influencia tiene sobre la producción de espermatozoides, o el tiroides, sin cuya contribución fisiológica las glándulas sexuales no llegan a su completo desarrollo, todas serían acciones indirectas, dependientes del efecto primordial de sus trastornos sobre las glándulas genitales.

Pero fuera de los casos extremos, en que naturalmente hay deficiencia eyaculadora, porque no hay elaboración testicular, en los que hay además deficiencias de secreción interna de la gonada masculina, la insuficiencia de esperma no nos interesa de modo importante en nuestro estudio, porque bien sabemos que esta es una función testicular no endocrina. El esperma es una secreción externa testicular, y según la concepción de muchos endocrinólogos (Steinach entre otros) su producción iría en razón inversa de la de hormonas endocrinas, como lo probaría la hiperplasia de la glándula intersticial (endocrina) al ligar los canales deferentes para excluir la secreción externa, (método de "rejuvenecimiento").

La enfermedad endocrina que más frecuentemente produce trastornos de la eyaculación es indudablemente la diabetes; (pero hay que tener en cuenta que ésta también es asimismo una de las más frecuentes enfermedades del sistema hormonal). La insuficiencia insulínica no sólo puede producir trastornos erectivos, como lo explicáramos en párrafos anteriores, y acabar literalmente con el impulso sexual, sino que lleva a menudo a trastornos muy serios del sistema eyaculativo.

Algunos sexuólogos son partidarios de atribuir al páncreas en su función insulínica, una influencia erotizante, análoga a la de las hormonas testiculares. Pero por el hecho de que falte a menudo el impulso sexual y el desec del coito en las impotencias diabéticas no creemos que tengamos derecho a aceptar esta acción de erotización, al menos mientras no haya comprobación más abundante. En las insuficiencias suprarrenales (enfermedad de Addison, así como en ciertas insuficiencias hipofisarias por neoplasmas, también se llega con el tiempo a observar una disminución o desaparición de la libido, y habría razón entonces para atribuir una acción erotizante a las suprarrenales y a la hipófisis. Por lo demás, en los varios tratamientos de engorde insulínico que hemos tenido ocasión de llevar a cabo, jamás hemos observado un aumento de la potencia sexual, ni del impulso; ni hemos leído y oído decir cosa análoga. El mecanismo por el cual la diabetes puede producir impotencia es un tanto obscuro. Bien se comprende el desequilibrio general que ha de producirse en el organismo cuando su humor principal, la sangre, va cargada de azúcar; esta sangre exageradamente azucarada puede que disminuya la excitabilidad de los centros nerviosos vagosimpáticos que regulan la erección y la eyaculación.

A un aumento probable de la excitabilidad del sistema nervioso general, y sobre todo al vegetativo, se deberían, por el contrario, los trastornos de eyaculación del hipertiroidismo, y sobre todo, de la enfermedad de Basedow, que son mucho más frecuentes de lo que generalmente se cree. Bien aceptada está la hipersimpaticotonía de los hipertiroidianos que se manifiesta en la clínica por síntomas tan salientes como la taquicardia y el temblor. Bien sabido es también cómo los hipertiroidianos "todo lo hacen de prisa". Los más frecuentes síndromes de hipertiroidismo que hemos encontrado con trastornos de la potencia sexual, corresponden precisamente a este tipo de hiperemotivos e hiperquinéticos, y la mayor parte de ellos sufrían de eyaculación precocísima. Alguno de estos enfermos, intelectual, nos explicaba su emoción ante el coito comparándola a todas sus otras actividades: "Hablo de prisa, cómo de prisa; cuando voy a una entrevista o de visita, no bien he llegado y ya deseo salir de nuevo; así es en el coito". Los centros de la eyaculación (medular y sacro) tienen normalmente la facultad de acumular los estímulos, hasta cuando llega un momento más o menos tardío en que se produce la descarga; pero cuando hay una excitabilidad más fácil, la eyaculación se produce más rápidamente. Esta es la explicación que ensayamos, por no encontrar una más apropiada en el estado actual de la ciencia.

Por hiperexcitabilidad, pero principalmente de orden muscular, se producen también a nuestro modo de ver los trastornos de la eyaculación que se observan en las tetanias latentes o evidentes de los adultos. Esta hiperexcitabilidad sería capaz de desencadenar la segunda fase de la eyaculación con el más leve estímulo, así como se necesita menor corriente eléctrica para producir la contracción muscular en la insuficiencia paratiroidiana. En nuestro análisis de las historias clínicas correspondientes a las *impotencias paratiroidianas* daremos cuenta de cómo estos impotentes tienen a veces un orgasmo exagerado, con contracciones tónicas violentas de algunos grupos musculares del muslo, y hasta reflejo carpopedal. Quizá por este orgasmo intenso, o por las pérdidas de calcio que el coito supone, el período de depleción (o descanso) que sigue al coito es habitualmente muy largo, en estos enfermos. Uno de ellos no era capaz de una nueva relación sexual antes de quince días después del último coito. Las contracciones musculares de estos casos, cuando se convierten en movimientos desordenados, pueden hacer aparecer verdaderos ataques tetánicos, y entonces no hay eyaculación. Estos estados se parecen mucho a lo que ciertos autores llaman "furia erótica", en que hay ataques epileptoides verdaderos, después de los primeros movimientos de fricción. Es lástima que en casos como estos no se hubieran verificado pruebas de insuficiencia paratiroidiana, y que no se hubiera ensayado en ellos la paratiroidina, y el calcio

en vez del tratamiento sintomático de los calmantes del sistema nervioso.

Menos frecuentemente de lo que pretendíamos al buscarlos con insistencia, son los trastornos eyaculadores por insuficiencia hipofisaria y tiroidiana. Y es que el síndrome más frecuente de insuficiencia hipofisaria, la enfermedad de Frölich, o síndrome adiposogenital, retarda, como sabemos la pubertad; en las insuficiencias, de origen tumoral que producen impotencia, ésta es a menudo una impotencia total, con pérdida de la libido y falta de erección, de suerte que no hay manera de estudiar la eyaculación, porque en ambas clases de enfermos falta el coito. Podemos anotar, esto sí, que la "inocencia" de los hipofisarios, con síndrome adiposogenital es de tal grado, que rara vez surge del interrogatorio la certidumbre de que estos niños hayan tenido un sueño erótico, de los tan frecuentes en las edades cercanas a la pubertad, y menos cuentan de una polución del sueño. Los hipotiroidianos en que no ha habido desarrollo corporal suficiente, y en los que existe aplasia de los órganos genitales (no en todos sucede así) no practican tampoco el coito, y es por tanto imposible en ellos sacar conclusiones acerca de su probable manera de eyacular.

Los trastornos de eyaculación en los hipotiroidianos leves son menos raros. Cuando los síntomas clínicos no son muy manifiestos y sólo la baja del metabolismo, u otros datos laboratorísticos (yodemia, colesterol sanguíneo) autorizan para sospechar de la disminución de hormonas tiroidianas circulantes, hemos obtenido mejorías sorprendentes de esta clase de impotencias con la tiroxina, lo que comprueba el origen endocrino del trastorno. Hay casos, sin embargo, en que aun estando el metabolismo basal bajo, o habiendo una colesterinemia alta, y con síntomas clínicos claros de hipotiroidismo, las hormonas tiroidianas no han tenido influencia ninguna sobre los trastornos eyaculadores. Aconsejamos, a pesar de la enseñanza de estos casos en que probablemente se trata de simple coincidencia, tratar con tiroidina, al menos como prueba, todos los casos de impotencia en que se constate siquiera un signo laboratorístico de insuficiencia tiroidiana, antes de verificar cualquier otro tratamiento. Los trastornos eyaculativos de la insuficiencia tiroidiana, en oposición a los del hipertiroidismo, habrían de ser, según nuestra explicación de excitabilidad vagosimpática, todos, como correspondientes a una hipoexcitabilidad nerviosa, de orden retardado. Sin embargo, en la práctica no sucede así al menos en los casos que nos ha sido dable observar: muchos de ellos se quejaban más bien de una insatisfacción orgánica, por eyaculación relativamente precoz.

Cuando la insuficiencia suprarrenal no es muy grave y se efectúan erecciones que permiten el coito, la eyaculación está relativa-

mente retardada. Decimos relativamente, porque es muy probable que si se efectuaran con la diligencia normal los movimientos de fricción que permitieran una acumulación suficiente de estímulos sensuales en los centros nerviosos, la eyacuación se verificaría en tiempo normal. Lo que sucede en estos enfermos, o en los individuos constitucionalmente de función suprarrenal débil, es que los movimientos de frote del pene dentro de la vagina no son posibles por mucho tiempo, a causa de la fatigabilidad general del sistema muscular; al sobrevenir la fatiga, los movimientos cesan, llevando consigo algunas veces la desaparición o el debilitamiento de la erección misma; cuando ésta subsiste o vuelve, y se producen de nuevo los movimientos de frotamiento, puede aún sobrevenir de nuevo la fatiga muscular que haga necesario otro descanso; así el coito, cuando es posible que termine con éxito, aparece con una eyacuación retardada. De nuestro interrogatorio a estos enfermos, no hemos podido concluir, pues, que haya en ellos un trastorno eyaculador verdadero, y el retardo de que generalmente se quejan es dependiente de la falta de estímulos suficientes de orden local. La averiguación que conduce a saber si los movimientos de frotamiento han sido suficientes es tanto más importante, cuanto hay enfermos de éstos que dicen no tener eyacuación.

El orgasmo.

Uno de los fenómenos más interesantes del acto sexual, es el que lleva a la satisfacción suprema de todas las tendencias físicas del instinto. La tendencia a la contrectación se satisface, porque el abrazo ha sido más íntimo; la tendencia a la inmisión y amplexación ha llegado a la realización del deseo, porque un instante antes de la eyacuación, la erección ha sido máxima, y el pene ha logrado introducirse casi hasta tocar el cuello del útero femenino, para dejar allí la semilla fecundante, y las tendencias a la detumescencia y y deturgencia encuentran su plena solución con la descarga espermiática.

La sola explicación de la satisfacción de todas las tendencias admitidas como constituyentes del instinto sexual, la realización de todos estos complejos deseos de conquista, de dominio, de intimidad (aproximación), etc., es suficiente para explicar, al menos en buena parte, esa sensación psíquica de placer intenso que se traduce en el aspecto físico orgánico con características de una emoción suprema. El corazón aumenta su trabajo, hay un mayor número de pulsaciones por minuto, la cara se enrojece, y una sensación agradable, comparable a la del descanso muscular, invade todo el cuerpo. Es el orgasmo a la vez satisfacción viril de vencedor, realización de deseos anhelados, descanso emotivo y muscular, todo en una sola grande

emoción que el hombre busca sin descanso, mientras dura el influjo de sus hormonas genitales.

El orgasmo es fenómeno muy principalmente psíquico. Como todas las emociones tiene naturalmente repercusión física orgánica (taquicardia, enrojecimiento de los tegumentos, etc.), pero querer hacer depender de estos fenómenos la emoción, es tomar el efecto por la causa. (Kronfeld). Nadie podría sostener que la emoción de la ira, por ejemplo, dependa de la descarga adrenalínica de que se acompaña, y menos de la palidez del rostro, del temblor de las manos o de la trabazón del lenguaje. Los fenómenos físicos del orgasmo son causados por la emoción psíquica, aun cuando esta emoción se acompañe de una acción humoral erotizante o a ella se deba. Por la importancia que este dato, si llegara a comprobarse, tendría para nuestro estudio, es preciso que anotemos la insistencia con que muchos investigadores han sustentado la teoría de que el orgasmo psíquico se debería a la erotización súbita de ciertos centros cerebrales o medulares (centros de la eyaculación), por secreción brusca de las glándulas endocrinas, y especialmente las genitales, durante el coito. (Loeschke sitúa el centro de la eyaculación en la región hipofisaria). ¿Quién podría negar, en efecto, que al pasar la secreción externa testicular de las glándulas sexuales hacia la uretra posterior no se verificara a la vez una súbita y fuerte absorción de hormonas endocrinas que fueran a proveer esta acción erotizante de los centros nerviosos medulares o cerebrales? Hirschfeld supone que la erotización se va acumulando poco a poco en un centro especial (desconocido), que en el momento preciso pondría en libertad las hormonas erotizantes del sistema nervioso. Estas son teorías puras, pero que han surgido de la importancia que indudablemente tienen las hormonas endocrinas en los fenómenos genitales, de donde proviene una necesidad, tal vez exagerada, pero que de todas maneras tiene ciertos visos de justificación, de tratar de explicar todos los fenómenos genitales, y aun los de carácter netamente o esencialmente psíquicos, como provenientes de una acción inmediata del quimismo hormonal. La concepción de Higier, según la cual los fenómenos físicos del orgasmo serían comparables a una "descarga simpaticotónica" se presta mejor a una explicación endocrina con tener en cuenta simplemente las relaciones estrechísimas, de que ya hemos hablado, de las glándulas genitales con el sistema nervioso vasosimpático.

Las relaciones entre el orgasmo y la eyaculación son tan íntimas, que la independencia de uno y otro de estos fenómenos es imposible en el coito del adulto normal. Es cierto que hay orgasmos sin eyaculación (al menos sin eyaculación aparente) y este fenómeno es muy evidente en los muchachos que se hallan cerca a la pubertad, por ejemplo, y sobre todo en los masturbadores. Muy de distinto modo hay que interpretar las apariencias de orgasmo que, según cuen-

tan algunos autores, de niños a los cuales se les efectúan malevolamente manipulaciones en el pene tendientes a la masturbación; en estos casos, se dice que no hay eyaculación, y que sin embargo se produce el orgasmo.... ¿Podría interpretarse como tal los signos de contracciones musculares y vasomotores de origen puro reflejo, como el que sucede a las cosquillas en zonas no erectógenas?....

La importancia de la eyaculación en el orgasmo es tan grande, que muchísimos autores hacen de aquélla la causa desencadenante de éste. La salida del chorro de esperma coincidiría con los fenómenos psíquicos en la gran mayoría de las veces, aun cuando haya divergencia respecto de si el estímulo principal serían las contracciones musculares de la eyaculación (músculos perineales) o proviene de la distensión de los canales excretores del esperma. Los casos en que falta el orgasmo, y sobre todo sus fenómenos físicos (taquicardia, etc.), casi siempre se acompañan de falta de eyaculación. En lo general, la eyaculación coincide con el período de mayor emoción orgástica, y hasta se puede localizar esta coincidencia con el primer chorro de esperma que recorre la uretra anterior. La emoción se va aminorando en las descargas posteriores, hasta terminar en el período de depleción que sigue inmediatamente a la eyaculación. Es muy difícil saber a ciencia cierta si los últimos movimientos de frote del pene entre la vagina, cuando, con un máximum de erección, estos movimientos se hacen inconscientes o casi inconscientes, coinciden con el principio del orgasmo o nó; de todos modos, estos movimientos rápidos del final preparan y causan la llegada de la eyaculación, y con ella de la emoción orgástica. Cuando hay trastornos eyaculadores, por ejemplo, en la eyaculación precoz, el orgasmo puede faltar, o mejor, hacerse tan débil que no sea perceptible. En los casos patológicos, sin embargo, puede haber orgasmos sin eyaculación, o la intensidad de ésta puede hacer contraste con la intensidad de la emoción y de la motricidad orgástica. En algunos casos de la por nosotros llamada impotencia hipoparatiroidiana, pueden sobrevenir orgasmos que toman el carácter de un ataque de tetania típico; los movimientos se vuelven tan desordenados que el pene sale de la vagina, y puede que por la falta de nuevos estímulos eróticos, o porque la gran motricidad epileptoide lo impida, la eyaculación no se produce. En otros casos de estos, en cambio, la eyaculación es normal pero va acompañada de movimientos musculares anormales y a veces violentos. En un individuo en que no obtuvimos comprobación de nuestra primera sospecha de insuficiencia paratiroidea, que no había tenido en su niñez tampoco síntoma ninguno de tetania, pero que practicaba el "birth control" por medio del coito interrumpido, en cuanto sentía aproximarse la eyaculación, aparecían contracciones musculares violentas, sobre todo de los miembros inferiores, de carácter epileptiforme, a la vez que se torcía la boca y

en los ojos se marcaba (al decir de su esposa) un estrabismo divergente. Los casos de orgasmos violentos de esta clase, van seguidos frecuentemente de un período de descanso muy prolongado, que en algunas ocasiones, como sucede en la insuficiencia paratiroidea con trastornos potenciales, llega a provocar incapacidad para el coito durante un período más largo que el ordinario.

No tenemos certeza de que el orgasmo de los hipertirodianos sea más intenso que el de los otros individuos como sería de suponer. Al contrario, la mayor parte de los hipertirodianos y basedowianos que hemos tratado por trastornos de la potencia, se quejaban de una insatisfacción orgástica, producida más que todo por una eyaculación precoz. Los addisonianos, que con frecuencia sufren de una eyaculación retardada relativa, también se ven privados de la sensación del orgasmo, por no poder terminar normalmente el coito en muchas ocasiones.

Para probar que el orgasmo es desencadenado por la eyaculación algunos investigadores han llegado a suprimirlo, cocainizando la uretra; y a pesar de todas las críticas que estas investigaciones han levantado, no hay duda de que ellas prueban, si no una importancia única, al menos una muy grande de la eyaculación en el orgasmo. El hecho de que el paso de la esperma por la uretra en ocasiones distintas del coito normal no produzca sensaciones orgásticas, tiene una fácil explicación al considerar que en la espermatorea (emisión involuntaria de esperma) no se ha preparado el sistema nervioso para la emoción por medio de los estímulos mentales y locales de la excitación precopulatoria y del coito.

El período de descanso o depleción.

Después de la eyaculación y el orgasmo, la erección desaparece, lenta o bruscamente, dejando una sensación de cansancio muscular (dependiente sin duda de la energía mayor o menor que se haya gastado en el coito), que se acompaña de la desaparición de todos los fenómenos físicos del orgasmo (disminuye el número de pulsaciones cardíacas, desaparece el enrojecimiento de los tegumentos, etc., etc.). Pero esta última fase del ciclo sexual tiene también su parte psíquica (*cansancio psíquico*) que tiene mucha importancia. Este período de descanso necesario en que parece que hasta el mismo impulso sexual se hubiera perdido, en que la erotización orgánica parece haber desaparecido por completo; esta fase del ciclo sexual en que no es posible, al menos generalmente hablando, obtener una nueva erección, puede ser más o menos larga, pero siempre, y para el mismo individuo tiene un contenido psíquico más o menos fijo. Un viejísimo proverbio latino habla de la tristeza del hombre y los animales después del coito ("omne animal post coitus triste est") pero a nuestro

ver no es un sentimiento de tristeza el más generalizado después del coito. Hay, en general, más bien cierto disgusto o repugnancia, que se pone bien de manifiesto cuando una compañera sexual insaciable trata de acercarse de nuevo, después de terminadas las relaciones sexuales. No pocos matrimonios tienen en este disgusto del período depletivo la causa única de su destrucción o al menos de una continua incomprensión de los cónyuges. ("El hombre destruye lo que más ama"). Carrell piensa que es más fácil para un obrero manual satisfacer a su compañera hasta la saciedad que para un intelectual. Y a fe que tiene mucha razón. El período de depleción tiene a nuestro ver un sùmmum de contenido de *arrepentimiento o repugnancia* en los hombres cultos. Y esto es así, apartando toda idea religiosa de pecado en las relaciones sexuales ilícitas. Es en el período de depleción donde más tacto y paciencia necesita usar la mujer para no buscar la infelicidad conyugal. Los hombres más amantes, y aun conservando latente íntimamente la misma afección hacia su compañera sexual (a veces hasta el amor mismo sufre) tienen que hacer un verdadero esfuerzo de voluntad para no demostrar su disgusto en las horas que siguen al coito (a veces en varios días siguientes). En las horas que siguen al coito, el marido es generalmente más difícil de satisfacer a la mesa: el vestido de la mujer parece desarreglado y extravagante, el arreglo de la casa es deficiente, etc., etc. Tanto mayor es este sentimiento de insatisfacción y de disgusto cuanto más intimidad haya en las costumbres de los cónyuges. Un caso conocemos en que sobrevino una verdadera impotencia a todas veras psíquica, porque la mujer, que compartía la misma cama que el hombre, no tenía cuidado de ocultar los menesteres de su aseo íntimo. "Es que esta mujer no me deja descansar de verla", decía el marido; y ella: "Este hombre es insoportable: todo le disgusta, nunca está de buen humor"... Y aun cuando la experiencia de este caso no tenga mucha importancia en la terapéutica de los trastornos de potencia de origen endocrino, hemos de hacer notar que las relaciones sexuales, que se hicieron a lo último imposibles, recobraron su normalidad en cuanto el marido, por nuestro consejo, dió en efectuar frecuentes viajes cuyas despedidas coincidían con el final de las copulaciones.

Hirschfeld cree que después del coito las substancias erotizantes se destruyen por completo, necesitando un período más o menos largo para volverse a formar. Los testículos quedan más blandos y menos voluminosos después del coito, lo que bien se puede explicar por la excreción espermática, pero quien podría asegurar que en esta disminución de volumen y en esta blandura no tiene también su parte la disminución de increción hormonal endocrina, al menos por un mecanismo de descongestión circulatoria?

El período de depleción es generalmente más corto en los jóve-

nes. La literatura médica no cuenta que sepamos de un viejo que, aun conservando la aptitud para el coito, sea capaz de verificarlo con una frecuencia comparable a la de la juventud. En los muchachos masturbadores es sorprendente cómo a veces parece que no hubiera en absoluto período de depleción: a una masturbación siguen otra y otra. En los deseos desenfrenados de los adolescentes también es frecuente oír contar hasta de diez coitos en 24 horas. Estos ejemplos, comparados con los largos períodos depletivos de los viejos, tienden naturalmente a hacer pensar en la importancia directa que tiene la abundancia de hormonas sexuales en este período que sería tanto más corto cuanto mayor fuera la actividad glandular endocrina, para producir hormonas en abundancia, o para reintegrarlas a la circulación una vez destruidas por la descarga erótica del orgasmo.

Tiene gran influencia el hábito en la duración del período de depleción: en los hombres que tienen una compañera sexual fija (matrimonio o amancebamiento) es frecuente observar cómo las etapas o fases de ciclo sexual se suceden con un verdadero ritmo periódico; las relaciones se producen todos los días, o cada tercer día o dos o tres veces por semana o semanalmente, pero siempre el período depletivo tiene poco más o menos la misma duración. Cuando surge dentro del hábito un accidente (relaciones extraconyugales por ejemplo), el período de depleción conserva a menudo el mismo ritmo con la compañera sexual habitual, como si el hábito impusiera un verdadero compromiso, o como si la atracción de la compañera accidental fuera capaz de despertar con más facilidad la erección, sin menoscabar la potencia regular constitucional o de costumbre.

Los sexuólogos están de acuerdo en atribuir al período de depleción un abajamiento del tono del sistema nervioso vegetativo, lo que tiene gran importancia para explicar el por qué a raíz de un coito se necesitan excitaciones estimulantes más continuas o fuertes a fin de lograr una nueva erección. El descanso del período depletivo tendría por objeto dar tiempo a la recuperación del tono normal de excitación nerviosa. En la consulta endocrinológica es posible observar algunos casos de hipertiroidismo en que el período de depleción es bien corto, y la explicación probable sería la hiperexcitabilidad simpática que bien sabemos existe en estos enfermos. En algunos casos de hipotiroidismo hemos creído poder atribuir una depleción relativamente larga a la hipoexcitabilidad vegetativa, pero hemos de confesar que el tratamiento en estos casos, a pesar de mejorar otros síntomas de hipotiroidismo concomitantes, no ha hecho más cierto el período depletivo. En los hipertiroidismos con eyaculación precoz, los períodos depletivos no parecen siempre anormales; sin embargo, hay algunos casos en que esta misma eyaculación precipitada lleva consigo una verdadera insatisfacción, (ansiedad

sexual), y para satisfacer el impulso sexual que, dicho sea de paso, es en los hipertiroideos a veces muy intenso, buscan una nueva relación sexual casi inmediatamente. Con estos coitos frecuentes, se consigue en buen número de ocasiones una eyaculación menos precoz o francamente retardada, que lleva consigo al fin el orgasmo y la satisfacción completa; después de este coito satisfactorio, el período de depleción vuelve a ser en ellos normal, y esta es una de las razones por las que nosotros pensamos que el período de depleción tiene, por los menos en un buen número de casos, gran relación con la intensidad emotiva del orgasmo, siendo aquél tanto más largo cuanto mayor satisfacción de las tendencias sexuales haya procurado el coito. Esta relación explicaría también en parte el fenómeno del acostumbriamiento en un hombre normal: siendo en él la eyaculación poco más o menos siempre de la misma cantidad de esperma, y siendo la tensión erótica orgástica más o menos la misma en todas las relaciones sexuales, los períodos depletivos serían asimismo de igual duración. Claro está que estas relaciones orgásmico-depletivas serían aceptables solamente con referencia a cada caso individual aparte; porque un hombre tenga orgasmos más fuertes que otros no se ha de seguir que el primero ha de tener un período de depleción más largo, pero para el mismo individuo muy probablemente sí sucede que a un orgasmo más intenso siga un período de descanso o depleción mayor.

Algunos autores señalan entre los casos patológicos de depleción muy corta, los tumores de la hipófisis. Nosotros no hemos conocido un sólo caso de estos, a pesar de haber tenido ocasión de observar varias impotencias por tumores hipofisarios. Como explicaremos en lugar oportuno, lo más notorio en estos tumores es un apagamiento del impulso sexual y dificultades de la erección que bien podrían atribuirse a períodos depletivos alargados, pero a condición de que el tiempo entre coito y coito no pasara de algunos días. Cuando después de un coito transcurren meses sin que se manifieste la necesidad de uno nuevo, ya no se puede hablar simplemente de alargamiento del período de depleción, sino de impotencia permanente, o de desaparición de las tendencias del impulso. No tenemos constancia, pues, de que los tumores de la hipófisis influyan en ningún sentido sobre el tiempo de duración del período depletivo.

La insuficiencia suprarrenal, sobre todo la constitucional, sin adisonismo y la endocrinosis hipotensiva de Laignel Lavastine, sí acusan claramente una influencia sobre el período de depleción, alargándole frecuentemente. Y esta ampliación del descanso sexual no la podemos atribuir simplemente a la fatigabilidad muscular, como lo hiciéramos en el caso de los trastornos de eyaculación y de los movimientos de frotamiento.

La diabetes es capaz de alargar también los períodos de descanso

genital, y en ocasiones no por dificultad de la erección sino por falta de estímulos psíquicos, de impulso sexual o libido. En las diabetes graves con desnutrición, es fácil observar cómo sin sugestión alguna de parte del médico, los períodos depletivos se acortan, coincidiendo a veces con un aumento de peso, y gracias al tratamiento adecuado; cuando la diabetes no ha sido bien tratada, los períodos de depleción van haciéndose más y más largos, hasta terminar en la impotencia verdadera, por falta de estímulos psíquicos.