

ANALES DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA

AGUSTÍN SEBASTIÁN IRANZO

ESTUDIO DEL CONCEPTO Y VALORACIÓN
MÉDICO - LEGAL DE LA IMPOTENCIA
GENITAL



VOL. XXXIII - CURSO 1959-60
CUADERNO II - MEDICINA

Presentada y leída esta Tesis Doctoral con fecha 13 de junio de 1959, ante el Tribunal constituido por los catedráticos de la Facultad de Medicina de Valencia: † Excmo. Sr. Dr. D. Rafael Alcalá Santaella, Catedrático de Anatomía; Dr. D. Manuel Valdés Ruiz, Catedrático de Patología Médica; Dr. D. Francisco Bonilla Martí, Catedrático de Obstetricia y Ginecología; Dr. D. Román Alberca Lorente, Catedrático de Psiquiatría, y el Director y padrino de Tesis: Dr. D. Leopoldo López Gómez, Catedrático de Medicina Legal. Obtuvo la calificación de *Sobresaliente*.

ILMOS. SEÑORES :

La elección de un tema de medicina legal para mi memoria doctoral no ha sido cosa de casualidad o de coger lo que primero se presenta al alcance de la mano para cumplir un requisito formal y salir airoso del trance de un examen.

Parece que ello tenía que ser así tratándose de que en mí sólo figuran los dotes de un médico general, ocupado únicamente en la labor cotidiana de la medicina práctica.

Sin embargo, el hacer este estudio médico legal responde a una tarea de años dedicados, en las horas que el tiempo me permite, a la lectura de obras de Medicina Legal antiguas y modernas, aparte de textos de contenido jurídico-social e histórico.

De todo ello, como Alonso Quijano, cuando después de pasar tantas noches en vigilia leyendo ávidamente libros de Caballerías, se lanzó a vivir la realidad de aquellas historias que en su fantasía se le representaban de continuo, así yo también, con parecida decisión, me he animado a lanzarme a la aventura de llevar a cabo una tesis doctoral.

A ello me ha inducido no sólo la pretensión de alcanzar el grado de doctor, que siempre es una ilusión para todo el que siente el recuerdo de la vocación universitaria, sino la necesidad de dar a conocer el interés que tienen temas como este de la impotencia, a los que pocos se atreven a desmenuzar porque han de tropezarse en ellos con obstáculos difíciles de abordar para el que sólo entiende de medicina, puesto que aquí ha de enfrentarse muchas veces con conocimientos jurídicos y morales.

Mi favorable situación en este sentido me ha impulsado a profundizar el tema y destacar la falta de coincidencia que muchas veces se deja sentir entre la ciencia médica y la del Derecho, para lo cual somos los médicos los que debemos dar nuestra aportación aclaratoria que tanto ha de beneficiar a médicos y juristas.

Nada de lo que me prometía hubiera conseguido si no hubiese encontrado la valiosa dirección y los acertados consejos de mi querido maestro, el profesor López Gómez, a quien debo mi formación médico-legal, que adquirí cuando fui su discípulo en la Facultad, y en quien he hallado nuevamente al maestro y al amigo, ya que no sólo me ha ayudado a la elección y desarrollo de este estudio, sino que, generosamente, ha puesto a mi disposición su biblioteca particular, en donde he encontrado copioso material para mi trabajo.

La buena acogida que en todo momento me ha dispensado el doctor López Gómez, dedicando con paciencia horas enteras, quitadas a sus trabajos profesionales, para resolverme los problemas y dificultades que forzosamente se van presentando a lo largo de las tareas de elaboración de la tesis, ha hecho factible el ver coronado con éxito mis esfuerzos.

Que sirvan estas breves líneas de manifestación de la gratitud que le debo por ello, y también a mi hermano, actualmente profesor encargado de la Cátedra de Derecho Canónico de nuestra Universidad, que me ha proporcionado los textos jurídicos necesarios para completar la parte legal y estadística del tema.

Quizá pueda achacarse a la presente tesis el que sea de tipo bibliográfico, en vez de lo que es corriente en las memorias del doctorado de medicina, que suelen estar realizadas en las mesas de laboratorio. Pero ¡qué mejor laboratorio que el formado por nuestros pensamientos, observaciones y lecturas, donde se forjan las ideas que vienen a dar nuevas aportaciones a la ciencia!

La Medicina Legal es amplia y variada y, así, son muchos los cultivadores de ella que han sido en sus gabinetes de estudio, tan experimentalistas como los más exigentes de los que trabajan con aparatos y reactivos.

Siendo éste mi primer ensayo de investigador, suplico al Tribunal que ha de juzgar esta tesis, benevolencia, siquiera en consideración de las horas que, robadas al descanso y a la distracción, he dedicado en la confección de este trabajo, ya que de él sólo deseo como recompensa el que me sirva de estímulo y de espaldarazo para continuar indagando en los libros de la Medicina Legal, las cuestiones relacionadas con la Sociología y el Derecho.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

Cuando entre 1830 y 1842 Augusto Comte, profesor auxiliar de la Escuela Politécnica de Montpellier, publicó su *Curso de Filosofía*, vino a ejercer con esta obra una marcada influencia en la dirección científica de la segunda mitad del siglo XIX, haciendo aparecer la nueva corriente filosófica del positivismo.

Según esta doctrina, los conocimientos pasan por tres estados teóricos distintos: el teológico, el metafísico y el final positivo.

Aplicado a la historia de la medicina, podríamos ver, según este concepto positivista, los tres estados antes dichos en la evolución de la Humanidad; así, a la etapa teológica corresponde la medicina teúrgica, en que ésta es ejercida por el mago, curandero y sacerdote a la vez, como hoy vemos ocurre con los hechiceros de las tribus salvajes de Africa y Oceanía. Al período metafísico pertenecerían los sistemas teóricos de la medicina, como el metodismo de Themison de Laodicea, que supone la enfermedad causada por un estado de tensión o relajación anormal; el galenismo, que explicaba todo por medio de los cuatro elementos: agua, aire, tierra y fuego, con sus cuatro cualidades: caliente, húmedo, frío y seco, dando cuenta de los fenómenos de la vida por la admisión del principio vital, la escuela iatromecánica que hace dimanar todas las fuerzas vitales de acciones mecánicas. Ultimamente, la era positiva de la medicina verdaderamente científica, comenzaría en Bichat con sus descubrimientos de los tejidos del organismo humano, operando sobre cadáveres en su anfiteatro anatómico; Laenec, que realiza la auscultación inmediata, viendo después en los cadáveres las lesiones que corresponden a los sonidos auscultatorios, y Magendie, que señaló el valor del experimento en el conocimiento científico de la naturaleza.

Sin tratar de tomar ideas de ninguna escuela filosófica, sí que podríamos marcar, en la evolución histórica del concepto de la IMPOTENCIA,

análogamente a lo que decíamos de la historia de la Medicina, tres etapas bien definidas.

Claro está que en la visión histórica del impedimento de IMPOTENCIA podíamos hacer otras divisiones, como, por ejemplo, ver cómo se interpretaba este concepto en la medicina antigua, griega y romana, a través de la tenebrosa Edad Media, en el Renacimiento del saber (1400), en el barroco, en la medicina de la Ilustración, en la mentalidad romántica y en el relativismo positivista, pero esto nos alejaría de nuestro propósito, dando materia suficiente de por sí a una tesis de tipo histórico. Por otra parte, estando tan relacionado el estudio médico de la IMPOTENCIA con la legislación civil y canónica, creemos más práctico y más adecuado el ajustarlo a las etapas que marcan las disposiciones legislativas canónicas.

Así, tendríamos: un primer período que comprende desde la aparición del Derecho romano, en el cual hay textos que se refieren a este impedimento, pasando por las disposiciones de las *Decretales*, hasta el concilio de Trento (1545-1563). Viene este período caracterizado por las creencias supersticiosas en el maleficio o influencia diabólica como causa de muchas IMPOTENCIAS funcionales, teniendo aplicación como medios de prueba, además del juramento, los juicios de Dios, que se supone que su introducción tuviera lugar en conexión con la cristianización. Como tales se conocían las ordalías del fuego (*iudicium ignis*) y del agua (*examen aquae frigidae*), la ordalía de la suerte (*ad sortem ponatur*) y el duelo (*pugna duorum*).

El segundo período se inicia a raíz de un documento de trascendental importancia, pues va a ser factor principal en el concepto de la IMPOTENCIA del hombre, es la bula *Cum frequenter*, de Sixto V, del 22 de junio de 1587. Las pruebas casi teóricas e inseguras del Congreso y de la experiencia trienal en los casos de IMPOTENCIA dudosa van a llenar este período, llegando la primera hasta el siglo XVII, y la segunda, hasta principios del XIX.

El tercer período empezaría con la introducción de nuevas normas procesales sobre los juicios de nulidad por IMPOTENCIA con la famosa Constitución *Dei miseratione*, de Benedicto XIV (3 de noviembre de 1741), y las instrucciones de las Sagradas Congregaciones, sobre todo la del concilio de 1840 y la del Santo Oficio a los Obispos de los Ritos Orientales, de 20 de enero de 1883. La prueba de la experiencia trienal se aplicó por última vez en el año 1817, siendo entonces sustituida por

la prueba pericial. Es período de inquietud científica en los métodos exploratorios.

Vamos a desarrollar ahora los principales aspectos médicos y jurídicos del primer período que, como hemos señalado, empieza con el Derecho romano. En éste no se consideraba la IMPOTENCIA como causa de nulidad de matrimonio; sin embargo, estaba permitido el divorcio en forma de repudio, el cual estaba perfectamente justificado, admitiéndose así la separación de los cónyuges cuando éste tenía por causa la IMPOTENCIA.

En Roma, como en Atenas y Esparta, el hombre impotente podía buscar la ayuda del pariente más próximo para que tuviera relaciones con su mujer y asegurar así la descendencia. Así se cita que Catón prestó su mujer a Hortensio hasta que aquélla concibió.

La impotencia fue una de las causas legítimas de repudiación que figuraba en una constitución de Justiniano. Para probar esta impotencia se requería la prueba bienal, o sea el tener un plazo de dos años, en los cuales no hubiese sido posible tener relaciones conyugales. Solamente aparece la prohibición y nulidad del matrimonio de los eunucos por una regla nueva dada por el emperador León *el Filósofo* (865-911).

Las costumbres germánicas no tenían en cuenta la impotencia por lo que atañe a la validez del matrimonio. En ellas era posible el divorcio por consentimiento mutuo, perteneciendo el derecho de repudiación exclusivamente al marido, salvo en el caso de que lo hiciera sin justa causa, pues entonces tenía que pagar una multa a la mujer o a sus parientes.

La Iglesia aceptó primeramente las soluciones del Derecho Romano, prefiriéndolas a las de origen extranjero. En el Penitencial de Teodoro de Canterbury se manifiesta el principio de igualdad de la mujer y del marido como consta en la siguiente regla: "Si un hombre y una mujer se unieran en matrimonio y después dijera la mujer que el varón no puede cohabitar con ella y pudiere probar que ésta es verdad, puede casarse con otro." Esta regla contenida en el Penitencial de Teodoro pasó al derecho público y eclesiástico de la monarquía carolingia y confirmada después en el Concilio de Leptine (año 743).

En el Sínodo de Leptine fue admitido el divorcio fundado sobre la impotencia del marido, y en el Concilio de Verberie (768) fue retocado este punto, siendo entonces sustituido como medio de prueba de la impotencia, a la afirmación del marido la de someter a los esposos a la de la cruz.

Hay un texto que se atribuye en el Decreto de Graciano al Papa Gregorio I y en el que es reconocido el divorcio por impotencia del marido, pero éste no podía alegar su propia impotencia para pedir la disolución, ya que se entendía que si era verdaderamente impotente no tendría un interés suficiente en hacer anular la primera unión, no pudiendo ser admitido a contraer un nuevo enlace, por lo que se podía creer justificadamente que él había hecho un fingimiento para librarse de una esposa que le resultaba molesta.

Para tratar de conciliar la indisolubilidad del matrimonio con el divorcio de impotencia, Hincmar, de Reims, afirma que el vínculo conyugal no sería jurídicamente perfecto y, por lo tanto, tampoco un sacramento indisoluble en tanto no se diera la cópula carnal entre los esposos. Por tanto, esta impotencia que impide la consumación del acto conyugal es un justo motivo de disolución más que de nulidad del vínculo, ya que el matrimonio jurídicamente no había tenido lugar. Esta teoría de Hincmar, de Reims, recoge también las supersticiones populares que atribuían a veces la impotencia a la influencia del sortilegio o maleficio diabólico, ya que dice que antes de pronunciarse la sentencia de la disolución hay que percatarse de si la impotencia es natural o es debida al referido sortilegio, en cuyo caso era tenida como permisión divina por los pecados de los hombres, que así habían sido atacados por el demonio, recomendándoles entonces que confesaran sus culpas e hicieran penitencia, empleándose también los exorcismos. Solamente después de haber probado estos remedios espirituales y visto su ineficaz resultado, la autoridad eclesiástica pronunciaba su sentencia de divorcio. En este divorcio quedaba excluida la impotencia sobrevenida después de la consumación del matrimonio. En el primer caso se permitía a la mujer de un marido impotente no sólo el contraer nuevas nupcias, sino de permanecer en ellas aunque fuese enseguida demostrado que el primer marido no era realmente impotente.

La impotencia del *hombre* podía ser natural por órganos defectuosos o atrofiados o por frigidez, y accidental por acción traumática o por maleficio. Hincmar hizo admitir a los canonistas de su época esta causa del sortilegio o maleficio en la nulidad del matrimonio, tomándolo de las ideas supersticiosas populares y llegándose a insertar también este concepto en el Decreto de Graciano.

Inocencio IV rechazó el ver el maleficio como causa de nulidad, ya que para que fuese impedimento dirimente tenía que ser perpetua e irreparable, lo cual no se podía considerar la impotencia por maleficio, puesto que éste se podía hacer desaparecer si los esposos obtenían la gracia de Dios con sus oraciones y penitencias, acabándose el encanto. Sin embargo, esta doctrina tuvo en contra la opinión popular, ya que le argumentaba diciendo que era suficiente que aquel que había lanzado el encanto hubiese muerto o no supiese destruir su obra para que el medio por el cual el maleficio había sido producido desapareciese. Entonces este mal se hacía perpetuo e irreparable, dando lugar a un impedimento dirimente. Considerando el carácter perpetuo del maleficio hay una decretal de Honorio III en la que se declara la nulidad del matrimonio por sortilegio.

Contra la citada teoría de la cópula de Hincmar, de Reims, se alzó la opinión de Pedro Lombardo, haciendo la impotencia causa no de disolución, sino de nulidad del matrimonio, siempre que contase la ignorancia de la esposa al contraer las nupcias, porque si ella había conocido la impotencia tiene entonces el matrimonio por válido.

La Iglesia romana, justificándose en el alto concepto del matrimonio, no se pronunciaba por la nulidad del matrimonio, ordenando a los cónyuges el vivir como hermano y hermana, ya que no podían vivir como marido y mujer. Además, se cogía a las dificultades de prueba casi insuperables que se daban en esta materia.

Esta doctrina no fue recibida por toda la cristiandad, ya que en la Iglesia galicana se reconocía la impotencia como causa de nulidad del matrimonio, siendo esto admitido por los mismos Pontífices; así, Alejandro III y sus sucesores escribieron mensajes al clero galicano, admitiendo esta nulidad por impotencia. Esta opinión tenía una razón muy poderosa en su favor, y es la de que retener en los lazos del matrimonio a dos esposos, uno de los cuales era impotente, ¿no sería colocarlo en una situación intolerable que podía inducirlo a salir de ella con el asesinato o el envenenamiento? Lo cual bien entendido hizo que esta doctrina se impusiera universalmente como resulta del conjunto de las Decretales insertas en la colección de Gregorio IX, admitiéndose asimismo sin el apartado propuesto por Pedro Lombardo, siendo la impotencia causante de nulidad también si había sido conocida del otro cónyuge al contraer el matrimonio. San Raimundo de Peñafort dejó inadvertidamente inserta una de las

Decretales que reproducía la tesis rigurosa de la Iglesia, ordenando a los esposos el vivir como hermano y hermana.

La impotencia en la *mujer* consistía en la inaptitud de sus órganos genitales para el acto sexual. En la respuesta del Papa Gregorio II (724) a San Bonifacio se vislumbra por primera vez la impotencia femenina. Sin embargo, durante muchos siglos el Derecho Canónico no se había ocupado de esta clase de impotencia porque en los tiempos antiguos estas anomalías se disimulaban con dificultad y era muy raro que se llevara a cabo el matrimonio con una mujer en estas condiciones.

No se habla de esta impotencia hasta las Decretales dadas por los Papas en los siglos XII y XIII, en que se la reconoce como impedimento dirimente. Tratándose de la estrechez vaginal, ésta era considerada como impotencia relativa si podía restablecerse por medios médicos o mediante operación quirúrgica o si permitía las relaciones con otro hombre. Pero si la intervención entrañaba algún peligro para la vida de la mujer, ésta no podía ser obligada a someterse a ella y entonces se declaraba la nulidad del matrimonio.

La esterilidad no era considerada por la Iglesia como causa de nulidad ya que teniendo el matrimonio dos fines, que son la procreación de los hijos y remedio de la concupiscencia, si no se podía cumplir uno de éstos, pero sí el otro, era suficiente para la validez.

A partir de Celestino III (1191-98), se estableció el juicio de nulidad del matrimonio por causa de impotencia, adoptando la Iglesia la prueba de la experiencia trienal que figuraba en el Derecho Romano, el juramento de credibilidad de los testigos llamados de séptima mano propio del proceso germánico y la inspección corporal.

En el Código de las Siete Partidas de Alfonso X, comenzado en la víspera de San Juan de 1256 y terminado en el mes de agosto de 1265, se contienen leyes referentes a nulidad de matrimonio por impotencia, a embarazos y partos fuera de tiempo, a la locura y su importancia médico judicial, a virginidad, hermafroditismo, sodomía y responsabilidad médica. La ley II del título VIII de la partida IV define la impotencia, sinónima de no poder, la imposibilidad de yacer con las mujeres y la divide en temporal y perpetua. Las leyes III, IV, V, VI y VII del título VIII de la misma partida IV, están destinadas a aclarar el procedimiento que debe seguirse en esos diversos casos de impotencia. Una mujer que haya sido departida de su marido o divorciada por lo cerrado de los órganos geni-

tales, si se casa con otro y con éste yace sin obstáculos, debe volver al primer marido, a no ser que resultase estar el pene de éste en desproporción por lo voluminoso con la vulva o vagina de aquélla (ley III).

La ley IV se refiere a los castrados y a los diversos modos como esta mutilación puede efectuarse; y añade que, acaecido después de contraído el matrimonio, no sea impedimento dirimente. La ley V habla de la prueba de los tres años en la impotencia por maleficio. "Cuando el hombre o la mujer son impotentes por malfecho y piden divorcio, como este malfecho o fechizo puede ser temporal o duradero, establece la ley V que se les dé un plazo de tres años para vivir juntos, tomándoles juramento de que se trabajarán cuanto pudiesen para ayuntarse carnalmente. Antes de divorciarlos han de nombrar siete hombres buenos y siete mujeres buenas, parientes o no, que juren con los cónyuges que éstos han dicho la verdad sobre su impotencia mutua." Hecho esto, el matrimonio queda disuelto. La ley VI aclara lo anterior, diciendo que la mujer debe ser virgen y así se conocerá si hubo o no cópula.

Entre las causas famosas de divorcio del período que tratamos tenemos la de Enrique IV, *el Impotente*, en la cual su esposa, la reina Blanca de Navarra, fue examinada por diferentes matronas que reconocieron su virginidad.

En el final de este primer tiempo histórico, el siglo XVI, muy floreciente para la medicina legal, tenemos la Constitución Carolina (1532), en la que se exige el peritaje médico en las lesiones, homicidio, aborto, infanticidio, IMPOTENCIA, parto clandestino.

El médico judío portugués Rodrigo de Castro (1547-1627), profesor de medicina en Hamburgo, conoce cuatro tareas del médico legista: una de ellas, la investigación de la virginidad y de las causas de esterilidad en los procesos de divorcio, y, las otras tres, decisión sobre envenenamiento, enjuiciamiento de lesiones; especialmente heridas de la cabeza y exploración de los esclavos comprados.

Luis Lovera, también de este siglo, escribió un notable *Tratado sobre la esterilidad del hombre y de la mujer*.

No podemos terminar este período pasando por alto la figura de Pablo Zacchia, médico del Papa Inocencio X, protomédico de los Estados Pontificios y que escribió obras tan interesantes sobre las cuestiones médico legales del matrimonio, que se le conoce con el título de "Padre de la medicina legal canonística" (1584-1659). El fue el que iluminó al Tribunal

de la Sagrada Rota afirmando que la potencia del varón debe suponer “el miembro genital en erección hasta la consumación de la obra con efusión del semen, debiéndose introducir el mismo miembro en el vaso de la mujer, y el semen eyaculado en el útero”.

Medios de prueba de la impotencia en este primer período: tenemos como más antiguo un medio de prueba siempre oscuro, que tuvo gran favor en esta época; es el proceder de la *judicia Dei*, admitido todavía por Graciano a mediados del siglo XII y que fue condenado a finales de dicho siglo y principios del XIII por Gregorio IX en las Decretales de *Purgatione vulgari*.

El concilio de Verberie adoptó someter a los esposos, para asegurarse de la impotencia del marido, a la prueba llamada de la cruz, prueba que se dejó de practicar cuando el Capitular de 818-819 lo prohibió de una manera general.

En las siguientes palabras de las Colecciones Canónicas atribuidas al Papa Gregorio IX y en las que se dice de la mujer: *Si potest probare per justum iudicium quod verum sit, accipiat alium* (si puede probar por justo juicio lo que sea verdadero, reciba otro). Graciano las entiende como designando la prueba judicial, “el juicio del hierro o del agua” (*iudicium ferri aut aquae*).

Otra prueba imputada a las costumbres germánicas es la del juramento llamado de *septima manus propinquorum* (de los próximos), por la cual se exige no sólo la afirmación de los dos esposos de la impotencia del marido, sino que además ésta fuera corroborada por su juramento y por el de siete de sus allegados que figuran como conjurantes. Estos debían ser parientes, pero en caso de necesidad podían ser reemplazados por siete vecinos de buena reputación. Más tarde se decidió que no fuera preciso exigir el número de siete, pudiendo bastar sólo dos testigos.

La prueba del período trienal prescribía a los esposos la cohabitación durante tres años, después de los cuales si la consumación no se había alcanzado se concluía por la existencia del impedimento y, por consiguiente, la invalidez del vínculo. Respecto a la fecha a partir de la cual debían contarse los tres años, había dos opiniones: una de ellas era la de ser contado a partir del matrimonio y comienzo de la vida en común; ésta estaba conforme a las leyes de Justiniano, y la otra lo hacía a partir del día del juicio sobre la demanda de nulidad; ésta estaba más conforme

al sentido de una prueba judicial, siendo enseñada por Enrique de Susa, cardenal Hostiense.

Un último modo de prueba fue la inspección corporal de los esposos por los expertos. El marido impotente era llevado por su mujer ante un jurado compuesto de un sacerdote, un médico, un cirujano, una matrona y un escribano, y allí, delante de ellos, pedía su demanda, diciendo: "Quiero ser madre, quiero crear hijos, pero el varón que recibí es de naturaleza frígida; y él, por tanto, no puede hacer que yo los tenga." Después de esto los dos esposos eran visitados y según el estado de sus órganos genitales el matrimonio era o no anulado. Esta prueba duró hasta el siglo xiv.

Estas pruebas, ¿cómo se debían emplear, indistintamente una de ellas o combinándolas en conjunto? Inocencio IV opinaba que esto debía dejarse al arbitrio del juez; a él correspondería disponer si bastaba un solo medio de prueba o varios a la vez. En cambio, la teoría de las pruebas legales que imperaba en el derecho canónico y civil era contraria a aquella prudente opinión, proponiendo las siguientes principales distinciones: Cuando la causa de impotencia era material y ostensible, como en la sección del miembro viril en el hombre o la estrechez de la vagina en la mujer, sería suficiente la visita corporal, y con el informe de los expertos podía ser pronunciada la nulidad del matrimonio.

Si la causa alegada era la frigidez, entonces había que distinguir: que los esposos estuvieran de acuerdo reconociendo la existencia de la impotencia, o que uno de ellos la negara. En el primer caso era suficiente el testimonio solemne de los esposos con los siete conjurantes, no haciendo falta entonces la cohabitación trienal. En el segundo caso había que distinguir: si era el marido el que alegaba la impotencia y, en cambio, la mujer pretendía que había sido conocida por él, se atendía a la afirmación de ésta, aunque si el marido tenía medios para refutar la aseguración de la mujer podía hacer que ella fuese sometida a una visita corporal, y si era encontrada virgen, la opinión del marido recobraba toda su fuerza, pudiéndose ser pronunciada la nulidad. Si, al contrario, era el marido el que pretendía impotente a su mujer, sosteniendo haber tenido comercio carnal con ella, se atendería a la palabra del marido. La mujer podía pedir la visita corporal para hacer valer que ella era virgen, pero esto no bastaba para anular el matrimonio porque ella podía por malicia rehusar

la consumación del matrimonio, exigiendo por ello Nicolás de Tudeschis, *el Panormitano*, la prueba del trienio.

Cuando la causa de impotencia invocada era el maleficio, la cohabitación trienal era siempre exigida, pues ella sola podría demostrar el carácter de perpetuidad necesario para hacerlo impedimento dirimente.

Para la nulidad del matrimonio no era suficiente que la impotencia existiera en la actualidad, sino que era preciso que ella fuera anterior a las nupcias. El probar que la impotencia hubiera precedido o seguido al matrimonio en el caso de frigidez o maleficio era imposible y era suplida por la presunción.

Estando el espíritu del derecho canónico en favor del matrimonio, parece se debía suponer la posterioridad de la impotencia, y siendo ésta adquirida la Iglesia hacía valer la validez del vínculo. Pero esta norma, en vez de servir al fin del matrimonio de ser remedio de la incontinencia, se convertía en un suplicio diario con incitación al adulterio o a la muerte, por lo que Nicolás Tudeschis, *el Panormitano*, admitía la doctrina contraria de presumir la impotencia que había precedido al matrimonio como más ajustada al espíritu del derecho canónico.

Como a pesar de todas estas pruebas, ellas no podían ofrecer gran seguridad y esto era reconocido por los canonistas, la Iglesia, velando por la verdad, resolvía que si la jurisdicción eclesiástica había pronunciado la nulidad de un matrimonio y algún hecho demostraba después que ella había sido engañada y que la causa de la nulidad no existía, como, por ejemplo, una segunda unión contraída y consumada por el esposo antiguamente declarado impotente, era posible hacer reparar judicialmente este error reuniendo a los cónyuges separados y siendo el matrimonio anulado injustamente proclamado válido.

Segundo período: después de las Decretales y de las disposiciones del Concilio de Trento, el texto legislativo más importante definitorio en materia de impotencia es la Constitución *Cum frequenter* de Sixto V al Nuncio Apostólico en España, del 22 de junio de 1587, en la cual se declara ilícitos y nulos de derecho público el matrimonio de los eunucos y espadones, los cuales, por carecer de ambos testículos, no pueden emitir el verdadero semen.

En virtud de esta Constitución, no podían contraer el matrimonio estos individuos así privados de testículos, y los que lo hubieran contraído debían separarse de sus cónyuges. Parece que eran bastantes frecuentes

estas uniones, ya que aparentemente estos individuos podían cumplir el acto sexual y eran requeridos como compañeros de lujuria de mujeres libidinosas. La misma Constitución así expresa: "La experiencia enseña que estos que se jactan de potentes a la cópula, como las mujeres que se casan con ellos, no viven castamente, sino que se unen entre sí carnalmente con intención depravada y libidinosa."

Aunque esta nulidad era admitida por el derecho anterior habían algunos que estimaban que un tal matrimonio era válido; mientras que la opinión común exigía, por el contrario, para la validez, que el marido pudiera emitir verdadero semen. Sixto V definió este punto haciendo de este caso de impotencia un impedimento público.

Por el espíritu de erudición y amplio conocimiento de las cosas de este período son justamente criticadas las dos teorías: la del maleficio y la de la prueba, cuando se trataba de frigidez. No es que los canonistas modernos rechazaran que la impotencia pudiera provenir del maleficio, como constaba en numerosísimos textos antiguos, sino que la mayor parte de los hechos que se imputaban a aquél provenían de causas naturales. Además, descartaban que la impotencia por maleficio pudiera ser impedimento dirimente, ya que para ello se requería que fuera perpetua y anterior al matrimonio, cosa difícil de probar en este caso. Los autores de esta época no rechazan del todo esta teoría y conservan sólo la forma por respeto a la tradición.

En cuanto a la teoría de la prueba en los casos de frigidez, aunque continúan usándose, la visita corporal, el *juramentum septimae manus* y la cohabitación trienal a partir del comienzo de la vida común, sin embargo, son consideradas como pasadas de moda y que raramente sirven a lo más para preparar una solución al litigio. Se busca el uso del poder del Papa, que le es reconocido por el derecho canónico, de disolver por una dispensa los matrimonios no consumados. Se evita rebuscar las causas y naturaleza de la impotencia, descartando así los escándalos y las incertidumbres de un proceso de esta materia.

El concepto de esterilidad no dependiente de la impotencia *coeundi* va íntimamente relacionado con el mayor conocimiento que por los descubrimientos de la fisiología se va teniendo de aquel otro de la fecundación. Durante mucho tiempo es aquélla atribuida a influencias ocultas y al maleficio, ya que los conocimientos que se tiene sobre la fecundación son relativamente recientes. Hammer, discípulo de Leuvenhock, descubre

los espermatozoides en 1691, y un siglo después el ilustre fisiólogo italiano Lázaro Spallanzani, uno de los observadores más sagaces del siglo xviii, continúa los estudios experimentales sobre la fecundación. Al holandés Reniero Graaf (1641-1673) se le deben interesantes investigaciones sobre los órganos de la generación, habiendo dado su nombre a las vesículas de Graaf, descubiertas por él en el ovario. Este atribuía la fecundación a un "aura sexual"; en los siglos xvii y xviii y en casi toda la primera mitad del siglo xix, se creía comúnmente que el individuo estaba preformado en el germen, y también, en tiempo de Spallanzani, se disentía entre si el feto se preformaba en el óvulo o en el zoospermo. A finales del xix (1883-1890), von Benedek, Boveri, Hertwig, Fol, añadieron nuevos estudios sobre la madurez del óvulo.

Juan Frago, verdadero creador de la Medicina legal en España en el siglo xvii, incluye en la segunda parte de su *Cirugía Universal* un tratado de las declaraciones que han de hacer los cirujanos acerca de diversas enfermedades y muchas maneras de muerte que suceden, y en él, entre otras materias, contiene unas declaraciones de IMPOTENCIA y de virginidad.

En la parte legislativa de este período hemos citado la disposición más importante en materia de impotencia, la Constitución Sixtina; en la jurisprudencia llama la atención la famosa y desvergonzada prueba del Congreso carnal que llena la historia canónica francesa del siglo xvi.

Según Brouardel y Palmieri es a partir del siglo xiv cuando se inicia la práctica de esta prueba. Esmein y Antonio Hotman colocan su introducción hacia la segunda mitad del siglo xvi, que parece ser el momento más propicio, ya que los procesos de nulidad de matrimonio por causa de impotencia eran muy numerosos.

Las causas que hicieron instituir esta prueba eran la incertidumbre y poca confianza que inspiraban las otras clásicas admitidas por el derecho canónico y algunos ven entre los antecedentes de ella la erudición de este siglo xvi tan influido de la antigüedad clásica griega y latina.

Esta prueba era ordenada por la justicia en los procesos donde la impotencia era pretendida de un lado y negada de otro.

Tenía dos formas, una privada o secreta y otra pública u oficial.

En la prueba privada el médico autorizado por el magistrado examinaba el temperamento y la conformación de las partes de los sujetos sometidos a este procedimiento. Después él nombra de oficio y elige una

matrona experimentada en esta materia y ordenará que el marido y la mujer se acuesten juntos en su presencia durante varios días. Ella les aconsejará y les untará las partes genitales con un ungüento apropiado e informará al médico de lo que haya observado.

En los Congresos públicos se toma primero juramento a los esposos de que fueron de buena fe, sin intención de disimular el cumplimiento de la obra del matrimonio y sin procurar impedimento de una parte ni de otra.

También a los expertos, constituidos por cirujanos y matronas, se les presta juramento de informar lo que ocurriese en el Congreso. Luego, unos y otros se retiran a una habitación preparada para esto y son examinados el hombre y la mujer, en la cual se consideran el estado de sus órganos genitales para ver la diferencia de su abertura y dilatación antes y después del Congreso para conocer si la intromisión del miembro viril ha sido hecha o no. En algunos Congresos son examinados los dos cónyuges desnudos desde la cabeza hasta los pies para saber si hay en ellos algo anormal que impida el ayuntamiento; en el hombre sus partes vergonzosas son lavadas con agua tibia y la mujer es metida en un medio baño durante cierto tiempo.

Terminada esta primera parte el hombre y la mujer se acuestan en una cama oculta por unas cortinas, haciendo el hombre prueba de su potencia cohabitando con su cónyuge. Al cabo de una hora o dos de estar en el lecho, los expertos abrían las cortinas informándose de lo que había pasado entre ellos, examinando a la mujer para deducir si sus partes genitales están más abiertas y dilatadas que antes de ser sometida a la prueba y si la intromisión ha sido hecha. En algunos casos esta prueba daba lugar a discusiones vergonzosas entre ambas partes, alegando el hombre que su consorte no le dejaba realizar su obra, impidiendo a cada erección del miembro su intromisión y que nada podía hacer si no le sujetaban las manos y las rodillas, mientras que ella aseguraba que él trataba de introducir el dedo y dilatar por este medio el conducto vaginal.

Se ve por esto y por algunos ejemplos, lo poco probatorio del Congreso. Es nombrado el famoso proceso del marqués de Langrey, el cual, habiendo fracasado en la prueba del Congreso, su matrimonio fue declarado nulo. Habiendo contraído éste segundas nupcias con Diana de Navailles, tuvo de esta nueva unión siete hijos. Este y otros muchos procesos escandalosos movió a la opinión pública por su supresión, dando la ocasión al Parlamento de París de dar una disposición aboliendo

esta prueba por un decreto de 18 de febrero de 1677. Por este decreto, la jurisprudencia francesa se volvió a las solas pruebas de la impotencia que conocía el Derecho canónico clásico.

Abolido el Congreso, se acudió, para la comprobación de la impotencia, al examen de los órganos genitales por médicos y matronas, habiendo partidarios de que éste se llevara a cabo sólo sobre el hombre, y otros, al contrario, sobre el hombre y la mujer. El resultado obtenido con este examen no parece haber sido mejor que el que se consigue con la prueba del Congreso. Así lo atestigua otro proceso escandaloso, el del Marqués de Gesvres.

Casado en 1709, a los diecinueve años, con Mlle. Mascranni, de veintitrés años, puso ésta, en 1714, un proceso de nulidad de matrimonio por causa de impotencia de su marido. El marqués aseguraba que el matrimonio había sido consumado, habiendo sido realizado el acto conyugal, mientras que la mujer afirmaba que todo quedaba reducido a ensayos superficiales y sin resultado, que ella había aceptado hasta entonces creyéndolos objeto del matrimonio, hasta que fue instruida por una joven amiga suya casada. Después de muchos años de discusión sobre el solo examen del marido, el matrimonio fue anulado por causa de impotencia. Al cabo de un tiempo, el marqués volvió a presentar una demanda, tratándose entonces de su manceba, que pretendía que él era el padre de un hijo que ella iba a tener. Este segundo proceso terminó de nuevo con la condena del desgraciado marqués, que fue reconocido potente como amante, no habiéndolo sido como marido.

Tercer período: Benedicto XIV, gran amante de la cultura, protector de las artes y las letras, perseguidor de supersticiones y visionarios, viene a señalar en la jurisprudencia canónica un marcado signo científico con su famosa constitución *Dei miseratione*, de 3 de noviembre de 1741, donde establece detalladamente nuevas normas procesales relativas a los juicios de nulidad por impotencia. Viendo este Pontífice cómo había muchos matrimonios que eran disueltos sin causa justificada, unas veces por culpa de los jueces del Tribunal que había dictaminado sentencia, otras por la de los cónyuges litigantes, compuso la dicha Constitución, en la cual se crea en los juicios de nulidad un nuevo cargo llamado defensor del vínculo, cuya misión fiscal es la de evitar que éste sea anulado.

El mismo objeto procesal tienen las instrucciones de las Sagradas Congregaciones, especialmente las del concilio de 22 de agosto de 1840 y la

del Santo Oficio a los Obispos de los Ritos Orientales de 20 de enero de 1883.

Otro de los monumentos legislativos importantes de este período es, sin duda, la Novísima Recopilación, en que aparecen las leyes ordenadas en doce libros y que fue mandada promulgar y ejecutar como ley del reino el 15 de julio de 1805. Algunas leyes de las Partidas de la Novísima Recopilación y otras posteriores permiten establecer cierta doctrina con respecto a esponsales y matrimonio. Habla también, entre otras cosas, de la responsabilidad de médicos, cirujanos y parteras, y en el libro doce, del adulterio.

De gran interés médico legal es el siglo XIX, siglo de gran actividad científica oficial, divorciada un tanto de la credulidad popular, propensa a las medicaciones misteriosas, al espiritismo terapéutico y a los remedios secretos, siglo en el que la intromisión de las camarillas políticas en asuntos profesionales contribuyó, junto con el mayor despegue de los profesores y autores médicos de los asuntos relacionados con su profesión, y una dedicación fervorosa al cultivo de la filosofía y de la política, a la desconfianza del vulgo hacia los licenciados y doctores.

Entre los médico-legistas de Europa que adquirieron más prestigio en este siglo, en el estudio del tema que tratamos, tenemos a Francisco Manuel Foderé, médico del hospital de la Caridad, en Marsella, que con su *Tratado de Medicina legal y de higiene pública*, ha dado base para los que se han escrito posteriormente. En esta obra, de gran valor científico, aun cuando con alguna falsa idea cuando trata de la medicina legal civil, define la virginidad, habla del matrimonio, de las opiniones que sobre el mismo tenían los lacedemonios y Licurgo, y sobre el divorcio los egipcios, griegos y romanos. Sobre este último punto, Foderé tiene el criterio de que cuando la IMPOTENCIA es accidental no se debe separar a los cónyuges, pero reclama el divorcio cuando aquélla es incurable. También, respecto a la fecundación, admite la teoría de que ésta tiene lugar en las trompas y en los ovarios, probando que el germen existe pasivamente en las hembras, pero necesitando del licor espermático.

El médico alemán Juan Daniel Metzger, que publicó a primeros del siglo (1804) unos principios de medicina legal o judiciaria, en la que dedica, en la parte séptima, artículos especiales para tratar la impotencia del hombre, de la mujer y del hermafroditismo.

Juan Jacobo Belloc escribió también a principios de siglo un compendio de medicina legal que estuvo muy recomendado en aquella época para los principiantes. Aunque no puede considerársele como obra de consulta, tiene algunos aciertos, y uno de ellos es la claridad con que presenta en artículos separados los temas de matrimonio, virginidad e IMPOTENCIA.

Trebuchet, Briand y Brosson tratan, en sus escritos, del divorcio por impotencia de uno de los cónyuges; estos dos últimos, en su *Manual completo de Medicina legal*, enseñan cómo son muy inciertos los signos de desfloración; solamente tiene importancia la presencia del himen, siendo esto, a su vez, insuficiente para probar la virginidad de la mujer.

Las obras de los autores franceses fueron las que más influencia ejercieron en el estudio de la medicina legal en España; así, tuvieron gran éxito el curso de Medicina legal de Belloc, traducido al español por Francisco Burgos Olmos; el *Manual de Medicina legal*, de Bierre de Boismont, del que se publicó una edición vertida al castellano por Martínez. Suma importancia tuvieron en la cultura médico-legista francesa y española las obras de Mateo Orfila, que aunque nacido en Mahón (España), se nacionalizó en Francia, siendo catedrático de Medicina legal y Decano de la Facultad de Medicina de París. En nuestra patria vieron la luz sus *Lecciones de Medicina legal y forense*, traducción de Grimaut de Valaunde (Madrid, 1825) y el *Tratado de Medicina legal*, traducido de la 4.^a edición por E. Ataide (1847). Las enseñanzas de éste, de Dévergie, Foderé y Belloc influyeron en el compendio que compuso don Ramón Ferrer y Garcés al ser encargado por el gobierno de explicar la Medicina legal en la Facultad de Medicina de Barcelona, así como en los tratados de sus contemporáneos médico-legistas. Esta obra, la de Pedro Mata y la de Peiró y Rodrigo, fueron los libros de texto recomendados por el gobierno español para la enseñanza de la Medicina legal en el año 1853. Ellas contienen interesantes opiniones personales sobre el divorcio por IMPOTENCIA que no podemos menos de mencionar. Creemos, pues, conveniente hacer referencia a estas obras, sobre todo las dos últimas, que yo, personalmente, he leído íntegramente, desde la primera hasta la última página, y las cuales nos ilustran del estado de los conocimientos de esta asignatura en este período histórico de la medicina y, por consiguiente, en la apreciación médica del tema que nos ocupa en la presente tesis.

Pedro Mata y Fontanet fue espíritu inquieto, temperamento fogoso y revolucionario en política y medicina, introductor en España de teorías radicales y atrevidas, puesto que estuvo emigrado en París desde 1838 hasta 1840, en donde asistió a la cátedra de Orfila, progresista ardoroso, profesor elocuente e ilustrado, sin comprobaciones experimentales, propugnador y divulgador del positivismo en nuestra patria. Romántico en la novela, positivista en sus obras de ciencia, tomó los conceptos anatómopatológicos de Corvisat y Laenec, los fisiopatológicos de Claudio Bernad, los de etiología, constitución y Medicina legal de Orfila y los filosóficos de Compté. La Medicina legal, auxiliándose de otras ciencias, va retrasada en cuanto a las influencias de la época. También las ideas políticas tienen su influencia en el saber científico, como en Virchow, que huyendo de la monarquía, buscando las masas populares, lo más inferior (célula), concibió su teoría celular. Tuvo el doctor Mata, a pesar de sus errores, tres grandes aciertos; su principal gloria es el desarrollo sistemático de la Medicina legal, al que contribuyó con esfuerzos que culminaron en la creación de la cátedra en 1843; siendo el primer catedrático de la corte, procuró llamar la atención de los gobiernos sobre la necesidad del establecimiento del cuerpo de médicos forenses retribuidos y dio lugar a la aparición de su célebre tratado. A pesar de ser tan experimentalista y tan empírico en teoría, no era hombre clínico ni de laboratorio. Fue un vulgarizador de la ciencia, un popularizador de los conocimientos antropológicos relacionados con su especialidad. Tuvo buenos intentos y gran humanitarismo, como se advierte en algunas proposiciones de su Medicina legal, tales como las de proscribir el empleo del hierro candente en el diagnóstico de los enfermos mentales y el empleo de ciertos exámenes de IMPOTENTES y embarazadas que comprometían el pudor del examinado. Trató de revalorizar la medicina procurando que los médicos entiendan los problemas médico-legales y no sean tenidos ante los jueces y juriconsultos como no conocedores de los asuntos que se les haya confiado.

Divide la IMPOTENCIA en su misma Medicina y cirugía legal, en absoluta y relativa, perpetua y temporal. Trata de impotentes absolutos e incurables a los que carecen de testículos, a los afectados de sarcocele total, de extrofia de vejiga, la obliteración de los vasos eyaculadores, a los de naturaleza fría, a la falta de vulva, vagina, útero, trompas, ovarios, arterias espermáticas, obliteración del cuello del útero y estrechez extremada de los labios de vulva y paredes de vagina. Es curioso cómo considera a los

dotados de naturaleza fría de impotentes incurables; en cambio, coloca la ausencia total de pene como impotencia perpetua, pero relativa. Así, dice en la página 48 de su tratado, que en todas las conformaciones viciosas del pene puede haber emisión de esperma y, por lo tanto, no hay impotencia, y si la hay, es relativa. En tal de que se pueda deponer el semen en vagina, si no natural, artificialmente, los coitos, aunque incompletos, imperfectos o anormales, pueden ser seguidos de procreación y, por lo tanto, no son impotentes absolutos porque cumplen las condiciones finales del matrimonio, que son la de procrear hijos, educarlos y ayudarse mutuamente, aunque falte el placer, ya que no considera esta falta como condición legítima de la cópula y como para declarar impedimento. Pone como ejemplo individuos que sin tener pene, pero sí abertura por la que pueda salir esperma y la orina, aplicando esta abertura a la vulva han introducido por ella el licor prolífico, saliendo éste mediante la contracción eyaculadora con cierta fuerza, capaz de llevarlo al fondo de la vagina. Ya veremos, cuando tratemos del concepto de impotencia más adelante, en el capítulo correspondiente, cómo ésta no es la cópula perfecta ordenada por la naturaleza. Al final de este capítulo da sus razones para que no se admitan demandas de disolución de matrimonio fundadas en la impotencia de uno de los cónyuges o de los dos a la vez. Lo hace con una elocuencia tan persuasiva, con una forma tan elegante y pulcra, con tan altas miras, que me siento tentado a describirlo casi literalmente, como él lo narra, aunque muchos de sus conceptos encierren una doctrina casi herética.

Dice que la reproducción no es el único fin esencial del matrimonio, sino que éste tiene, además, por objeto la ayuda mutua de los cónyuges. Es un fin complejo el del matrimonio y por eso al unirse los esposos no lo hacen sólo para reproducirse, sino que lo hacen para gozar, para satisfacer las necesidades imperiosas del instinto, para mejorar en la sociedad y por otros muchos motivos. Muchos de estos objetos pueden cumplirse sea cual fuere el estado de los órganos genitales. Cree que el legislador, al formar la ley, debe prescindir de los motivos particulares que puede tener un individuo para contraer matrimonio, debe preverlos todos y de todos constituir uno, sin establecer ningún privilegio entre los mismos; cúmplase uno o más de los fines del matrimonio, éste debe ser válido.

Pone algunas opiniones de teólogos y santos para corroborar la suya como la de la epístola de San Pablo a los Corintios, que debe ser la Epístola I, VII, II, que dice, *propter fornicationem autem unusquisque*

suam uxorem habeat et unaquaeque suum virum habeat, que quiere decir: "mas para evitar la fornicación, viva cada uno con su mujer y cada una con su marido". Y el ilustrísimo Calmet, refiriéndose a ésta, añade que el matrimonio es una medicina contra la incontinencia. Sostiene cómo Escoto afirma que Dios instituyó el matrimonio más para remedio de la incontinencia que para aumentar el género humano, y que el padre Antonio José Rodríguez dice que el matrimonio se estableció para aquel que no haya merecido de Dios el don de la continencia, tratando de probar que tal es el objeto del sacramento en su "Nuevo aspecto de teología", tomo 3, página 5 y siguientes. Pone también el ejemplo de que la Iglesia permite el matrimonio de los viejos aunque sepa que no tienen facultad para procrear porque pueden efectuar la cópula, y asimismo establece que el matrimonio no sea disuelto cuando sobreviene la impotencia después de la celebración del mismo. Así ve, pues, Mata, que el impedimento no está en la esencia del hecho, sino en el tiempo en que acontece. Parece deducirse de las anteriores explicaciones que no debe disolverse el matrimonio de impotente, entre otras causas convenientes para la sociedad, por la de evitar la incontinencia del que quedara así apartado de este sacramento. Pero es que el uso del matrimonio sin las miras de la descendencia haría éste de suyo inmoral, aunque también en el caso de esterilidad podría objetarse de lo mismo, pero ya veremos en el transcurso de este trabajo cómo las posibilidades de procreación, aunque remotas, caben en la impotencia *generandi* y es en lo que se basa la Iglesia.

Sigue razonando el doctor Mata que toda causa que tenga por motivo la impotencia es escandalosa de suyo, ya que el que ha de ser examinado ha de pasar por ese espectáculo impúdico y sufrir esa mortificación de ser reputado de impotente, lo cual es incompatible con la moral y los respetos debidos a la virtud y al pudor. Además, tanto el hombre como la mujer declarados impotentes pueden ser objeto de rechifla general y tener que soportar el ser señalados con el dedo por todo el mundo, y cuando es la mujer la que haga la demanda, no se le verá que defiende sus derechos matrimoniales, sino que la malignidad de las gentes encontraría en ella el fuego inmundo del mismo libertinaje.

Son razones aceptables en cuanto defienden la dignidad de la persona humana, pero ¿es que la impotencia puede considerarse como una baja o indignidad del individuo que la sufre? ¿O es que por una enfermedad, que tal es la impotencia, puede menospreciarse a una persona? Si todo

ser humano debe ser objeto de nuestro respeto y atención, aún mayor lo debe ser el enfermo, cualquiera que sea la afección que él sufra, aunque ésta sea de las que lo hagan incompatible con su encajamiento social. Así creo lo reconocerán en nuestro siglo cualquier persona culta y comprensible. No pueden ser estos motivos expuestos por el doctor Pedro Mata como suficientes para suprimir las causas de nulidad, tal vez un poco demasiado escrupulosos.

Por último, se refiere que, así como antes de realizarse el matrimonio, se investiga la moralidad, la salud y los bienes materiales, también se debe, por los medios que el ingenio y la decencia les consientan, enterarse de este punto interesante, y si ellos mismos, a pesar de sus investigaciones, resultan engañados en lo que respecta al genio, moral y riquezas, también puede considerarse como caso análogo si lo fuere por alguna de estas impotencias. Es decir, que no debería haber, pues, derecho a reclamación.

Don Marcelino Menéndez y Pelayo declara a este autor, casi jefe de secta por su ardor polémico, fe científica y el prestigio que tuvo en su enseñanza entre numerosos oyentes. Sin embargo, veamos esta frase escrita por el mismo doctor Mata en la *España Médica*: "Ninguna de mis doctrinas puede con fundamento ser clasificada de contraria al dogma del país. Nunca ha salido de mis labios ninguna negación de Dios y del alma. En diecinueve años que tengo de enseñanza de la medicina legal y de la toxicología, 1862, no ha brotado de mis labios ni una frase que autorice a llamarme materialista." Si fue algo materialista, no fue ateo; aunque en sus relatos sea crudo, realista, no es inmoral.

Otro de los textos que estuvieron en boga por aquellas fechas, aunque sea, comparado con el anterior, de menos extensión, originalidad y experimentación, son los *Elementos de medicina y cirugía legal*, de Pedro Miguel de Peiró, doctor en leyes, abogado del Ilustre Colegio de Madrid, y José Rodrigo, doctor en medicina y cirugía. Estos autores consideran como causas ciertas de impotencia, en el hombre, la falta de miembro, de testículos y la extrofia vesical o ausencia de pared anterior de vejiga, y en la mujer, la falta u obliteración de vulva y vagina, a no ser que tenga comunicación con la pared anterior del abdomen o se abra en recto. En cuanto a la ausencia de útero, si ésta no se puede reconocer en vida, no puede declararse como causa de impotencia, pero si, por falta de menstruación y por terminación de la vagina en un fondo sin salida, se reconoce con una sonda por la vejiga y un dedo en el recto que no existe la matriz,

están por considerarla como impotente, ya que, siendo imposible la fecundación, no se consigue el fin principal del matrimonio.

Por último, don Ramón Ferrer y Garcés, catedrático de Elementos de medicina legal de Barcelona, en su *Tratado de medicina legal* de 1867, con un criterio más afinado en estos problemas, clasifica la impotencia en absoluta y relativa, temporal y perpetua, evidente o indudable y problemática o dudosa. Sostiene que la falta parcial del pene no es causa de impotencia, siempre que el individuo conserve, aunque pequeña, una porción de miembro capaz de excitar el estro venéreo en la mujer y lanzar a bastante distancia el esperma. Esto sería más aceptable con tal de que, en cuanto a la penetración en vagina, todo el glande se removiese dentro de ella, ejecutando parcialmente la inseminación, cosa no muy segura en este caso.

También asegura que el criptorquismo no arguye impotencia. La eyaculación seminal sería una prueba convincente de ello, cosa que el médico-legista no puede exigir. Lo mismo que Mata, tanto el hipospadias como el epispadias no los considera como causa de impotencia mientras no pasen de aquel límite en dirección a la raíz del pene.

Recientemente, las obras colectivas de Brouardel, Thoinot y Gilbert marchan en cabeza.

Pruebas de la impotencia.—En cuanto a las pruebas de esta época, la pericial vino a sustituir a la de experiencia trienal, que se aplicó por última vez en el año 1817. Los nuevos adelantos científicos han encontrado su aplicación en la exploración clínica de la impotencia.

Vamos a ver ahora el proceso seguido en caso de nulidad de matrimonio religioso, según lo indicado en las instrucciones dadas por la bula del Papa Benedicto XIV en 1750. He aquí las formalidades que preceden y acompañan al examen de los esposos.

En primer lugar, el médico presta juramento sobre los Santos Evangelios y, después de haber sido interrogado sobre sus relaciones anteriores con los esposos, es llamado a examinar por separado. En el examen del hombre debe apreciarse el volumen y la consistencia del miembro. En el de la mujer, según las reglas establecidas, es precedido de un baño de tres cuartos de hora, después del cual se la examina; y, terminado el examen, se redacta un informe que se añade al respaldo del que hizo el médico que ha sido encargado de la apreciación delante de los tribunales civiles. Si hay duda, el examen se vuelve a comenzar por uno o dos médicos y

éstos suministran un certificado común. El respaldo completo es dirigido a Roma, donde una comisión, después del examen de las notas, declara el matrimonio consumado o no consumado. En este último caso, la unión es sellada de nulidad.

Hemos visto, a lo largo de las distintas etapas de la historia, el planteamiento de este problema de la impotencia y cómo no se llega nunca a esa fase final utópica con que soñaron los progresistas, en que el hombre conozca plenamente, para su beneficio, todos los resortes de la Naturaleza. No se cumplieron aquellas esperanzas en el progreso científico de Berthelot acerca de las síntesis químicas, ni las de Erlich cuando creyó llegar a curar con una sola inyección *therapia sterilisans magna* las enfermedades infecciosas, ni las de Voronoff de la consecución con extractos glandulares del sueño de la eterna juventud, ni las ilusiones de Cajal respecto a la eficacia salvadora de la investigación. Y, en el terreno político, tampoco existe ese estado de justicia final del proletariado que adivinaban con sus doctrinas socialista y anarquista Marx y Bakunin. Hemos recorrido un estado de creencias supersticiosas, otro de teorías especulativas y, finalmente, el de los estudios más serios, por no decir científicos, de la impotencia; sin embargo, actualmente distamos mucho de haber llegado a un pensamiento acorde entre la ciencia médica y la jurídica. No hemos de confiar en el progresismo científico que nos resuelva definitivamente estos problemas. La civilización, el progreso, no siguen, en su curso en la historia, una línea recta, sino que ésta está quebrada por altos y bajos. Pensemos un poco cómo en la Antigüedad había unos aparatos que levantaban tres y cuatro columnas para la construcción de magníficos templos, que en Babilonia se hablaba de carros de fuego y en tiempos del emperador Tito fue condenado el inventor de un cristal plástico porque amenazaba arruinar las fábricas de vidrio del Estado. Los primeros aparatos existen hoy en día, pero ha habido necesidad de inventarlos de nuevo. Respecto a los carros de fuego, ¿no existirían ya entonces los motores de explosión? Y de los vidrios de plástico, ¿no serían análogos a nuestros objetos de plexiglás? Todos sabemos cómo muchos lugares en que hoy reina la barbarie fueron en tiempos pasados imperios florecientes y civilizados y puede ocurrir que muchos de nuestros más modernos pueblos vuelvan, de aquí a unos años, a convertirse en hordas esteparias. No desdénemos, pues, las fuentes antiguas para el estudio del impedimento de impotencia, ya que ellas pueden abrirnos horizontes que no hayan llegado

a acertar las actuales generaciones. No dejemos tampoco de tener interés por el estudio médico de este problema de impotencia, pues no sólo es importante para los juristas, los que ordinariamente descargan toda su responsabilidad en el informe médico, sino que es para el médico no ya forense, sino el simplemente licenciado en medicina el que necesita, siquiera como cultura indispensable, para que no se den casos como el que refiere el profesor Pellegrini de aquel médico impotente, ignorante de su anomalía, que, realizando una cópula superficial, sin penetrar en vagina, con su mujer, se creía cumplir sus deberes de esposo y realizar un coito normal.

Para terminar esta introducción, diremos cuatro palabras sobre la debatida cuestión de la concordancia entre la Iglesia y la Ciencia. Por parte de la Iglesia, ésta no ha negado nunca el ser ayudada del progreso de la ciencia biológica para definir su propia actitud en determinados problemas. Así, por ejemplo, en el caso del aborto, que fue por muchos siglos ciertamente tolerado entre estrechos límites cronológicos, en los cuales se suponía, de acuerdo con la ciencia del tiempo, que el producto de la concepción fuese todavía una proliferación inanimada del organismo materno. Estos defectos se ven en las bulas y decretales de Inocencio III, Sixto V, Gregorio XIV y Clemente VIII, donde se habla de feto inanimado y de feto animado. Después, con el más exacto conocimiento embriológico que ha demostrado la precisa individualidad del nuevo ser ya desde la fusión de los elementos germinales, la actitud de la Iglesia se ha hecho rígida en su actual prohibición de toda interrupción del embarazo. En materia de impotencia, existen una doctrina y una jurisprudencia que, aunque dignas de la máxima consideración, no tienen un valor definitivo, tanto que hay que tratarlas ampliamente para no juzgar defectuosamente. Por lo tanto, la dirección prevalente de la doctrina canónica puede seguirse de mudanzas. Sólo hay en materia de impotencia una declaración definitiva, que es la Constitución *Cum frequenter*, de Sixto V, y cuya definición, aunque lleva ya varios siglos, en nada se aparta de exactitud científica y de la cual hemos de distinguir entre lo que es definición, que es lo estable, y los medios de prueba, los cuales, en cierto modo, igual da que se apliquen para demostrar la incapacidad con pruebas de un siglo que de otro. Por eso, en materia definida por la Iglesia y contenida en sus leyes del Código Canónico, debemos acatarlas no sólo con la inteligencia, sino también con el corazón, pues en dicho Código, como dice el prólogo del mismo de 1952, Cristo está detrás de él.

CAPÍTULO II

CONCEPTO MÉDICO Y JURÍDICO DE LA IMPOTENCIA

Clasificación

No es tarea fácil unificar criterios, y mucho menos cuando ellos se refieren a un concepto que puede ser mirado desde tantos puntos de vista como es éste de la impotencia. Podríamos compararlo a lo que ocurre cuando examinamos un brillante, que si vamos dándole vueltas, según desde donde lo observemos iremos viendo cómo unas veces da unos reflejos verdes, otras azulados y así destellos de diferentes colores. Exactamente lo mismo sucede cuando tratemos de definir qué concebimos por impotencia, pues según seamos los médicos los que lo enfoquemos, o sean los juristas o los moralistas, cada uno tendrá su especial opinión, tomando de su estudio sólo aquello que le interese para el objeto de su profesión.

Por lo que se refiere al camino que vamos a seguir para la exposición del tema en este segundo capítulo, estudiaremos primero el concepto médico de la impotencia; hemos dicho primero, no porque seamos nosotros médicos o el tema sea de una tesis de medicina en su base fundamental, sino porque resulta muy conveniente hacerlo así, siguiendo tal vez un orden inverso a como lo hacían algunos textos antiguos de medicina legal, que trataban antes de la parte legislativa. Además, es la medicina la llamada a esclarecer materia tan intrínsecamente médica como esta de la impotencia.

También a nuestro arte han acudido muchas veces otras ciencias para valorar temas que naturalmente necesitan de él. Veamos cómo, si no, es el estudio médico el que reivindica figuras históricas desfiguradas que, tal vez juzgadas sólo históricamente, hayan sido consideradas un poco rígida o ignorantemente de casos extraordinarios de perversidad, como así parece lo son en realidad si no escarbamos las verdaderas raíces de sus acciones. Todos sabemos que el sanguinario y cruel Nerón no fue más que

un demente epiléptico cuyos ataques de furia tenían que ser calmados por su médico Andrómaco con el célebre antídoto de Mitridates de extracto de víboras y adormideras. Rousseau, que se le incluye entre los afectados de impotencia, era un anormal, psicópata con pequeño masochismo. El soberbio y procaz Lutero, un tarado mental depresivo, que por el temor se encerró en la austeridad de un claustro agustiniano donde, presa de las mayores inquietudes y escrúpulos respecto a su salvación, quiso acogerse a un párrafo bíblico para asegurarse la bienaventuranza eterna, justificando sus obras por la fe y dando origen a la mayor de las revoluciones religiosas. ¡Y qué de los clásicos avaros hambrientos de los cuentos y de la prensa diaria, que no son más que el tipo mental del viejo presbiofrénico! Cuántas personas habrán pagado su enfermedad mental en el patíbulo, como aquel loco de Cañamás, bárbaramente ejecutado por su atentado contra Fernando el Católico, cuando, en verdad, de haberse conocido mejor entonces la psiquiatría forense, tenía que haber sido tratado con la consideración que requiere un demente.

Véase, pues, luego de lo dicho cómo es necesario, ante todo, una adecuada preparación médica para interpretar certeramente este problema de la impotencia como otros tantos que por igual pertenecen a la Jurisprudencia, estudiando después las fuentes del Derecho, sobre todo sus leyes contenidas en los Códigos Civil y Canónico. Lo haremos recogiendo la descripción y clasificación dada por los principales autores de las diferentes escuelas extranjeras, desarrollando luego las opiniones de los más destacados canonistas a través de los tres siguientes puntos: 1.º Cuáles son los fines del matrimonio. — 2.º En qué consiste la consumación del matrimonio. — 3.º Condiciones requeridas al hombre y a la mujer para el acto sexual apto a la generación; y así, después de ello, comprender más fácilmente el concepto jurídico, marcando sus diferencias esenciales con el punto de vista médico.

Concepto médico y clasificación.—Como vimos en la introducción histórica, fue la escuela francesa la que más influencia ejerció en la medicina legal española, sobre todo a partir del siglo XIX, y, por tanto, siendo la impotencia un capítulo de dicha disciplina, vamos a ver, en primer lugar, este concepto de impotencia a través de los autores de dicha escuela, principalmente Brouardel y Thoinot, haciendo luego alusión a la italiana, alemana y española como más importantes, para relacionarlo después con el concepto civil y canónico de este mismo tema.

Según los representantes de esta primera escuela, impotencia será la inaptitud para el coito, lo cual llevaría consigo la imposibilidad de la generación, aunque ésta a veces pueda no tener lugar tampoco con la realización del acto sexual. En el hombre podría haber una impotencia propiamente dicha o *coeundi*, en la cual los órganos externos de la generación no tendrían las condiciones necesarias para que se realice la erección e intromisión del miembro viril en vagina, y otra llamada *generandi*, que consistiría en una ineptitud a la fecundación por falta de uno de los dos siguientes requisitos: vías seminales permeables que permitan la eyaculación normal y glándulas testiculares que elaboren semen fecundo.

La *coeundi* se dividiría en fisiológica y patológica, y ésta, a su vez, en psíquica y orgánica. En la *generandi* habría una azoospermia por falta de espermatozoides en el eyaculado y un aspermatismo y dispermatismo que resulta, respectivamente, cuando el líquido seminal es normal, pero no tiene lugar la eyaculación, o, en el caso de que ésta se realice, no alcance su destino corriente. Hay también aspermatismo nervioso por inhibición psíquica de la eyaculación.

Habría dos variedades de impotencia: una, absoluta, para toda clase de personas, rara, que supone la ausencia del miembro o de los testículos, como ocurriría con los castrados, eunucos, anorquídeos, los que han sufrido amputación traumática o quirúrgica del pene, y otra, relativa, más frecuente, que provendría de malformaciones de los órganos genitales externos o de un estado nervioso particular. Esta última forma, relativa, no sería, según Brouardel, desde el punto de vista legal, causa suficiente para ocasionar la disolución del matrimonio, a no ser por falta de identidad de sexo entre los contrayentes. Esto no es completamente exacto, ya que una impotencia relativa entre un sujeto y una determinada persona, si es permanente, es causa bastante para producir impedimento, ocasionando la disolución justificada del matrimonio.

En la mujer, la impotencia puede provenir de una ineptitud al coito (impotencia *coeundi*), lo cual supondría tener algún obstáculo vulvar o vaginal que impidiera la intromisión del pene. Esta forma es más rara en la mujer que en el hombre. Sólo los casos extremos de oclusión total de la vulva o la falta de vagina se opondrían de un modo absoluto a la fecundación.

Aunque, como hemos dicho, los autores de esta escuela consideran la falta de miembro en el hombre y la ausencia de vagina en la mujer como

anomalías que se oponen en absoluto a la realización del coito, sin embargo, Brouardel hace la advertencia de que estos casos pueden con frecuencia dar sólo una impotencia relativa, que vendría dada por una disminución de la potencia en el hombre y una resistencia mayor de lo normal en la mujer; seguramente querrá referirse a los casos en que el pene no ha desaparecido del todo y cuando queda algo, aunque rudimentario, del conducto vaginal.

Puede también haber inhabilidad a la fecundación, llamada impotencia *generandi* o esterilidad propiamente dicha, aunque, en realidad, esterilidad da toda clase de impotencia en la mujer. La causa de esta esterilidad puede residir en el útero, en las trompas o en los ovarios, esto es, en el resto del aparato genital de la mujer que no interviene directamente en la cópula, sino que su funcionamiento en cuanto a la generación es posterior a ella.

La escuela italiana, con Palmieri y Sorrentino, considera también en los dos sexos una impotencia al coito y una impotencia a la generación. Se entiende por impotencia al coito o *coeundi* la incapacidad más o menos completa a la conjunción o cópula carnal. En el hombre, esta unión carnal supondría la realización sucesiva de las siguientes fases: 1.ª, excitamiento; 2.ª, erección del miembro; 3.ª, compenetración en vagina; 4.ª, orgasmo consecutivo al contacto de las partes; 5.ª, la eyaculación del esperma. La erección puede estar disminuida en su desenvolvimiento o en su duración, dando lugar a una impotencia incompleta que, si llega a faltar totalmente, constituiría impotencia completa. Hemos de tener en cuenta que la potencia sexual puede estar sujeta a variaciones fisiológicas pasajeras que no hay que tomarlas como impotencia.

Esta impotencia *coeundi* del hombre se divide en: 1.º, instrumental, en la cual la erección es impedida por obstáculos de orden mecánico, como pueden ser la falta congénita o por mutilación del miembro, las malformaciones y procesos morbosos del mismo o de los órganos circundantes, y 2.º, la impotencia funcional, en la cual, aunque la estructura del pene sea normal, puede faltar la erección por disturbios de la esfera psicosensorial o por condiciones generales del organismo. Los disturbios de la esfera psicosensorial pueden ser debidos a fenómenos de inhibición, lesiones de los centros y de las vías nerviosas y defectos del excitamiento, de lo cual hablaremos más detalladamente cuando tratemos de la etiopatogenia. Entre las condiciones generales del organismo tendríamos las

enfermedades febriles, consuntivas, y la diabetes. Resulta evidente que es más fácil de reconocer la impotencia instrumental, perfectamente manifiesta en las alteraciones congénitas o adquiridas del pene o de los órganos circundantes, que la impotencia funcional, cuyo diagnóstico es, por mucho, difícil y peliagudo, en lo cual nos entretendremos en el próximo capítulo, ya que es de suma importancia fijar claramente la posición médica en estos conocimientos.

En cuanto a la impotencia *coeundi* en la mujer también cabría distinguir, como en el hombre, una instrumental y otra funcional. La primera dependería del estado de la vagina, de lo expedito que se halle este órgano copulatorio destinado a acoger el miembro viril, pudiendo también provenir el impedimento de procesos que obstaculicen a la mujer de adoptar una posición favorable a la penetración del pene. La segunda, funcional, vendría dada casi exclusivamente por el vaginismo, o sea la hipersensibilidad de vulva y vagina, la cual responde con contracciones espasmódicas de origen nervioso ante cualquier estímulo.

Dentro de la impotencia *coeundi*, y al lado de ésta que hemos descrito como absoluta, fundamental, cabría distinguir también otra relativa, tanto en el hombre como en la mujer, y la cual se manifestaría sólo ante determinada persona. Habría en ella, lo mismo que en la anterior, dos formas, una instrumental y otra más frecuente o funcional. La instrumental estaría ocasionada por desproporción entre los órganos copulatorios, no pudiendo tener lugar la recíproca compenetración de ellos por exceso o por defecto de los mismos. Esto no impide que tales sujetos puedan tener el ayuntamiento con otras personas normalmente conformadas. Esta desproporción puede ser completamente normal y fisiológica, como ocurre con individuos de ciertas razas. A este propósito recuerdo haber oído referir a un capitán, que, habiendo llegado durante nuestra Guerra de Liberación unos soldados moros de Regulares a un pueblo de la retaguardia del frente, y conseguida en él la amistad de unas libertinas muchachas, de las que obtuvieron su favor para la condescendencia de livianas pretensiones, oyeron los que cuentan este caso unas lamentaciones y gritos que provenían del lugar en donde se hallaban aquellas meretrices, las cuales huían despavoridas al percatarse de la enorme desproporción de los órganos sexuales de aquellos incontinentes soldados que iban a cohabitar con ellas. Es un impedimento relativo a una persona determinada, pero puede no serlo para otra cualquiera. Claro está que si las dimensiones de

los órganos copulatorios en más o en menos fueran excesivamente enormes, se trataría ya de una impotencia absoluta.

En la relativa funcional tendríamos la impotencia psíquica por inhibición, la cual acción inhibitoria estaría causada por un estado ansioso o por la repugnancia producida por una deformidad, enfermedad o exhalaciones desagradables del otro cónyuge. Esta impotencia ocasionada por estos defectos puede desaparecer por la cooperación de ambos cónyuges y con la ayuda de un afecto recíproco, pero en el neuropático esta anafrodisia relativa puede persistir por autosugestión, mientras continúe la causa desencadenante de la inhibición. También se consideraría como en la impotencia relativa el caso de aquellos individuos que por excesos y por prácticas viciosas tienen el umbral de excitación sexual a un nivel más alto que el de los individuos normales, y para ellos ya no es suficiente, para excitarles el apetito venéreo, el atractivo casto de su esposa que les resulta sin gusto, sino que necesitan de los halagos de mujeres lascivas y peritas que les provoquen el impulso genésico. Esta clase de individuos, en realidad, no pueden considerarse como afectos solamente de impotencia relativa, ya que ésta no es solamente ante una sola mujer, sino que lo es ante la mayoría de las mujeres educadas y de buenas costumbres.

La impotencia *generandi* es la falta de capacidad para la procreación. Según la misma escuela italiana de Palmieri, para que la generación tenga lugar se requiere en el hombre dos condiciones: 1.ª, elaboración de semen fecundo; y 2.ª, eyaculación de éste en la vagina; y, en la mujer: 1.ª, la existencia de óvulos idóneos a la fecundación; y 2.ª, la permeabilidad de los órganos genitales internos.

Sorrentino separa en la impotencia instrumental del hombre una forma dependiente de alteraciones genitales congénitas o adquiridas y otra de condiciones extragenitales que hacen no utilizable el órgano copulatorio. La impotencia *generandi* en el mismo podría ser de origen secretorio o de origen excretorio (por obstrucción de las vías seminales).

El alemán Albert Ponsold hace una clasificación de las causas de impotencia en el hombre, que reúne en pocas líneas todos los motivos fundamentales de la inhabilidad masculina a la generación. Como fiel reflejo del espíritu germano, es Ponsold de claro estilo, escueto, pero sin dejar olvidada en su obra ninguna causa etiológica de la esterilidad del varón.

Lástima que en su *Manual de Medicina legal* no haga referencia a la impotencia de la mujer para tener de este tema una clasificación com-

pleta, fácil y didáctica. Distingue una incapacidad para efectuar el acto sexual (impotencia *coeundi*) y una incapacidad procreadora (impotencia *generandi*), señalando cómo la ausencia de una de ambas capacidades no obliga de ninguna manera la falta simultánea de la otra. La impotencia *coeundi* en el hombre la divide según sea originada por causas anatómicas, como la aplasia del pene, hipospadias, epispadias y fimosis, o por causas funcionales, como en ciertas enfermedades endocrinas, nerviosas y febriles. Aunque coloca aquí el epispadias y el hipospadias, en estas afecciones se reúnen con frecuencia los dos tipos de impotencia, la *coeundi* por mala conformación del pene y la *generandi* por dispermatisio. Considera como condiciones esenciales para la capacidad procreadora masculina, la presencia de testículos en el escroto (no, por tanto, los criptórquidos), espermatogénesis normal, vías espermáticas libres de obstáculos (epidídimo, conductos seminal y eyaculador) y presencia del reflejo eyaculador.

Por último, los médicos forenses españoles Sánchez Morate, Vidaurreta y Piga, en sus apuntes publicados para oposiciones a médicos del Registro Civil, dan como definición de impotencia sexual a la imposibilidad permanente o frecuente de realización del coito, que en el hombre vendría dada por la imperfección o falta de erección del miembro viril. Aunque distinguen entre la infecundidad o esterilidad y la incapacidad para el coito, sólo se ocupan de esta última impotencia, llamada así por antonomasia. La dividen por su origen en fisiológica y patológica, y ésta, a su vez, en orgánica, por causas locales, generales y neurológicas, y la psíquica, de la cual desgajan una fisiopática o semiorgánica, como la causada por neurastenia o hipogenitalismo, y otra que llaman pseudoimpotencia, que abarca los fracasos sexuales aislados, por fobia, alienación, asco, distracción o perversión. En la mujer separa una forma obstructiva por cicatriz, aplasia, y una neurótica que comprende el vaginismo, siendo ambas impedimento absoluto al coito. Después de haber visto las opiniones que se refieren al concepto de impotencia, encontramos en esta última descrita un vacío al no tratar medicolegalmente de la impotencia *generandi*, la más importante y difícil de apreciar de las dos, y de cómo en la definición no se tiene en cuenta la eyaculación del líquido seminal en vagina.

No podemos terminar este estudio médico del concepto y clasificación de la impotencia sin destacar entre los españoles, y como más próximo a nosotros, la clasificación dada por el profesor de nuestra Facultad, doctor Gisbert Calabuig, el cual no se aparta en las definiciones de impotencia

y esterilidad de lo que hemos ya dicho, o sea en la primera la ineptitud al coito y en la segunda cuando, existiendo erección y pudiendo realizar el coito, no tiene lugar la fecundación. En cuanto a la clasificación, sigue también a Thoinot, aunque corrigiéndola acertadamente en su distribución; así, separa una impotencia *coeundi*, otra *generandi* y otra *conci- piende*. En la primera comprende a la del hombre y la de la mujer en dos apartados distintos. En la del hombre distingue una fisiológica y otra patológica. En la patológica hay una psíquica y otra orgánica, y ésta, a su vez, de causa local (por factores peneanos o escrotales) y de causa extragenital o impotencia sintomática que acompaña a otras enfermedades generales. En la impotencia *coeundi* en la mujer, la divide por causa vulvar y por causa vaginal.

En la impotencia *generandi* estudia la esterilidad masculina haciendo dos grupos: 1.º El de la azoospermia, que es cuando hay eyacu- lación, pero el esperma carece de espermatozoides, pudiendo ser esta azoospermia fisiológica o patológica, y esta última, a su vez, testicular y epididimaria y funicular (consecuencia éstas de obliteraciones de las vías espermáticas altas debidas a infecciones blenorragicas de localización bi- lateral). 2.º Aspermatismo y dispermatismo, en los cuales el semen contiene espermatozoides, pero no pueden depositarse en la vagina por obstrucción de las vías bajas de la excreción seminal (en el canal eyaculador o en la uretra).

En la impotencia *conci- piendi* incluye la esterilidad de la mujer, pudien- do radicar en el útero, trompa o en el ovario, distinguiendo en las causas ováricas las fisiológicas y las patológicas.

Comparada con la clasificación de Thoinot; observamos que este médico- legista francés pone la impotencia *coeundi* de la mujer en el grupo des- tinado a la esterilidad femenina y separado de la similar del hombre, y en la que Gisbert denomina impotencia *conci- piendi*, Thoinot hace una subdivisión de ineptitud para la impregnación que abarca las causas ute- rinas y tubáricas y una ineptitud para la germinación que corresponde a la esterilidad ovárica.

Esta clasificación del doctor Gisbert es precisa, clara, esquemática y completa.

De todas estas definiciones y clasificaciones, nosotros nos inclinaremos, de tener que aceptar una, por la francesa, no sólo por seguir la línea tradicional que ha guiado a los médicolegistas españoles, influenciados de

añaño por la cultura médica de nuestra vecina nación, sino por presentar, sobre todo Thoinot, una perfecta división, la que tomaremos como modelo para el estudio de la etiología, aunque haciendo algunas modificaciones que, según nuestro criterio, son necesarias para que resulte más completa.

A continuación exponemos la clasificación que creemos más acabada en lo que se refiere al tema de nuestro estudio, en la que, como Gisbert, tomamos como patrón la escuela francesa. Hacemos una discrepancia en la impotencia *coeundi* patológica del hombre, que dividimos en funcional (ésta, a su vez, en psíquica, psicosomática y de origen somático) e instrumental. La funcional, de origen somático, corresponde a la orgánica, de causa extragenital, y la instrumental, a la orgánica, de causa local en la clasificación de Thoinot. En la *generandi* masculina separamos, en el aspermatismo, el causado por obstáculo mecánico y en el cual el reflejo eyaculador se conserva normal, y el producido por alteración del centro eyaculador, que puede, a su vez, ser originado por lesiones medulares o por depresión funcional.

En la clasificación de la impotencia de la mujer haremos algunas variaciones para ajustarla más exactamente a las modernas orientaciones, siguiendo para la impotencia *concupiendi* la que para la esterilidad hacen el profesor Salvatierra y el doctor Galbis.

La *coeundi* la dividimos en orgánica y funcional. La orgánica, a su vez, en genital (por causas vulvares o vaginales) y extragenital (dependiente de malformaciones no correspondientes al aparato genital y que impiden a la mujer adoptar una posición adecuada para el coito). En la funcional incluimos el vaginismo puramente psíquico. La impotencia psíquica por horror a la cópula no constituye impotencia en sentido estricto, ya que el funcionamiento genital está normal. No puede dar lugar a impedimento, y sí únicamente, si la consumación no se ha verificado, podría disolverse el matrimonio por no consumado. Generalmente acompaña a muchas causas orgánicas que constituyen el verdadero motivo de la impotencia.

A la esterilidad propiamente dicha denominaremos, como lo hace Gisbert, impotencia *concupiendi*, que es la denominación más adecuada, ya que así como en el varón su misión es la de engendrar en la mujer es la de concebir. Distinguiremos en ella una fisiológica y otra patológica, comprendiendo esta última una forma orgánica y otra funcional. En la orgánica, aunque hay en ella incluidas muchas causas de tipo funcional,

CONCEPTO Y VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA IMPOTENCIA GENITAL

sin embargo éstas obedecen, en último término, a un trastorno de tipo orgánico, ya sea ovárico o endocrino. Añadimos en ella, además de las causas clásicas que citan los textos corrientes (uterina, tubárica y ovárica), la vaginal y cervical. La funcional corresponde a la esterilidad psicógena.

En realidad, la clasificación médica de la impotencia debíamos hacerla después de haber estudiado sus causas en la etiopatogenia, que es cuando realmente se está en condiciones de hacerla de una manera deductiva; pero como ésta ha de servirnos para la exposición y desarrollo del tema de nuestra tesis, damos a continuación el esquema de la misma.

IMPOTENCIA EN EL HOMBRE

I. *Coeundi* (impotencia al coito):

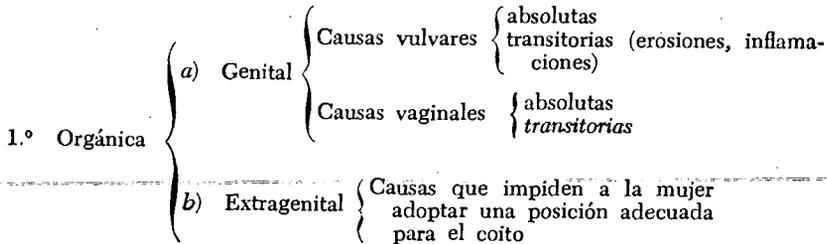
- 1.º Fisiológica (en los muy jóvenes o demasiado viejos)
- 2.º Patológica
 - Funcional
 - Psíquica
 - Psicosomática
 - De origen somático
 - Instrumental
 - Factores peneanos
 - Factores escrotales

II. *Generandi* (impotencia a la fecundación):

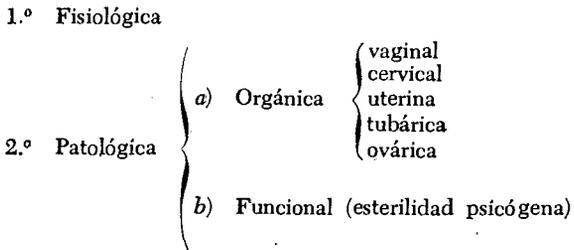
- 1.º Azoospermia
 - Fisiológica
 - Patológica
 - Testicular
 - Por falta o pérdida de los testículos
 - Por atrofia testicular
 - De evolución
 - Por afecciones adquiridas
 - Epididimaria y funicular
- 2.º Aspermatismo y dispermatismo
 - Por obstáculo mecánico (el reflejo eyaculador se conserva normal)
 - Lesiones de los conductos eyaculadores
 - Lesiones de la uretra (hipospadias, epispadias)
 - Por alteración del centro eyaculador
 - Por lesiones medulares
 - Por depresión funcional

IMPOTENCIA EN LA MUJER

I. *Coeundi* (impotencia al coito):



II. Impotencia *concupiendi*:



De cuanto llevamos ya dicho podríamos sacar una idea clara de qué entendemos médicamente por impotencia, distinguiendo en el hombre una *coeundi* o impotencia propiamente dicha, la cual supondría ineptitud para el coito por falta de órganos genitales externos adecuados para la erección e introducción del pene en vagina, y una impotencia *generandi* o ineptitud a la generación, para la que se requiere esperma fecundante y conductos seminales expeditos para la eyaculación normal. En la mujer se necesitaría vagina capaz de recibir el órgano copulatorio del varón para la potencia copulatrix, y ovarios capaces de elaborar óvulos idóneos a la generación, con permeabilidad de las vías genitales internas para la generatrix.

Aunque la *coeundi* es la impotencia por antonomasia, sin embargo clínicamente resultaría más importante la segunda, ya que la primera es más fácil de evidenciar.

Dejando ya sentado claramente este sentido del concepto médico de impotencia, vamos ahora a tratar del otro concepto, el jurídico, para comparar sus diferencias, resolviendo las dificultades que esto puede presentar.

Concepto jurídico de impotencia.—Canónicamente hemos de distinguir los dos conceptos de impotencia y de esterilidad, los cuales no coinciden con lo que de los mismos hemos dicho en el estudio médico, y los cuales tenemos que definir exactamente, puesto que así como la impotencia es impedimento dirimente del matrimonio, la esterilidad no lo dirime ni lo impide.

Veamos a lo que se refiere en el derecho cada una de estas palabras. Realmente, a pesar del creciente progreso que la Biología ha aportado para conocer los obstáculos que se oponen a la cópula y a la fecundación, y de los cuales ha de valerse la jurisprudencia para definir con exactitud los términos de impotencia y esterilidad, no obstante, no se ha llegado a una concordancia entre lo que suministra la ciencia biológica y lo que define el Derecho; de aquí que tengan un sentido especial en una y otra ciencia y, sobre todo, porque entre lo que entendemos por impotencia y por esterilidad, hay casos mixtos o de transición entre la una y la otra, a más de otros verdaderamente dudosos, que es a lo que precisamente los médicos estamos llamados a aclarar en este asunto y que son por los que la jurisprudencia se resuelve, como en caso de duda, sea ésta de hecho o de derecho, por la no impedición del matrimonio, *si impedimentum impotentiae dubium sit vel dubio juris vel dubio facti, matrimonium non est impediendum* (si el impedimento de impotencia es dudoso, duda de hecho o de derecho, el matrimonio no debe impedirse).

El cardenal Gasparri, verdadera autoridad en Derecho Canónico, dice que para que la cópula matrimonial sea cópula verdadera, ha de introducirse el miembro viril en el vaso de la mujer, o sea en la vagina, y derramarse en la misma el verdadero semen del varón, estimándose, en consecuencia, como impotencia la imposibilidad de penetrar en el vaso femenino y derramar en él el semen viril, siendo, en cambio, la esterilidad la imposibilidad de tener hijos, supuesta la penetración y seminación, cualquiera que sea la causa de que proceda, bien por parte del varón o de la mujer, ya sea perpetua o temporal.

Podemos definir, por lo tanto, jurídicamente, que la impotencia supone incapacidad del ejercicio de la cópula idónea al acto de la generación, y esterilidad, tanto en el hombre como en la mujer, es el defecto, ya natural, ya accidental, que de modo permanente impide que de la cópula perfecta se siga la generación de la prole.

Para comprender las razones que apoyan el concepto jurídico canónico de impotencia es preciso que analicemos los tres puntos siguientes:

- 1.º Cuáles son los fines del matrimonio.
- 2.º Qué entendemos por cópula perfecta y por consumación del matrimonio; y
- 3.º Condiciones requeridas al hombre y a la mujer para el acto sexual apto a la generación.

Fin esencial del matrimonio.—De cuál sea el fin esencial del matrimonio, viene esto dado por el canon 1.013, que dice: “El fin primario del matrimonio es la procreación y educación de los hijos; el fin secundario es el mutuo auxilio y remedio de la concupiscencia. Propiedades esenciales del matrimonio son la unidad e indisolubilidad, que en el matrimonio cristiano adquiere peculiar firmeza en razón de ser sacramento”. Se ha querido ver en este canon cómo se habla de fin primario, la procreación y educación de la descendencia, pero no se dice fin esencial. Por lo que el fin esencial del matrimonio es la mutua entrega de los cuerpos, y el fin accidental o primario, la generación de la prole. Por la cópula carnal, el hombre otorga a su mujer y recibe, a su vez, de ésta el derecho sobre el cuerpo en orden a realizar el acto sexual apto para obtener descendencia.

Esto, en realidad, está bien claro y sólo añadiremos algunas ideas más para que quede bien explicado este segundo punto del fin esencial del matrimonio.

Pongamos dos ejemplos que vengán a grabar más el concepto fundamental. ¿Qué ocurre con los ancianos, cualquiera que sea su edad? La Iglesia permite su matrimonio aunque se sepa ciertamente que de él no haya de sobrevenir descendencia, la cual a cierta edad es totalmente imposible, ya que ello constituiría un hecho maravilloso. Es un caso de esterilidad que no impide las nupcias entre estos sujetos. ¿Qué ocurriría con un individuo que, carente de miembro viril, consiguiera obtener hijos por coito vulvar o por fecundación artificial? Evidentemente, aunque él puede alcanzar la procreación y educación de la prole, sin embargo, no sería admitido al matrimonio. ¿Cómo puede compaginarse esto? Pues, sencillamente, porque el fin del matrimonio es los hijos, pero el objeto inmediato del contrato es la cópula, a cuyo acto las partes ponen por sí mismas aptitud para la generación de los hijos; aunque supuesta esta cópula perfectamente realizada a este fin, de ella no sobreviniere la prole.

Por consiguiente, aunque falta el fin, es necesario que no falte el contrato. Por eso la esterilidad no dirime el matrimonio si ambas partes ponen por sí mismas todo lo necesario al coito; entonces el matrimonio es válido, como ocurre en los viejos, en los que, si falta de su unión el fin primario, se les supone, sin embargo, habilidad para la cópula ordenada a dicho fin, y también porque, además de este fin primario de la propagación de la especie que no puede ser excluido, el matrimonio se ordena a los fines secundarios del mutuo auxilio y sedación de la concupiscencia, cuyos dos fines se obtienen plenamente a pesar de la esterilidad que pueda afectarles, siempre que el acto conyugal sea de suyo apto para la generación o esté formalmente dispuesto para este fin, aunque, supuesta su realización conforme a la naturaleza y a la dignidad de la especie humana, el dicho fin no pueda ser alcanzado; y los varones viejos son capaces de erección y de verdadera seminación, aunque su semen sea accidentalmente no prolífico. Por el contrario, no sería válida la cópula verificada por simple allegamiento de los órganos sexuales con inseminación en la boca de la vagina, aunque de ello se siguiese la fecundación.

Terminemos este punto observando con De Smet que el vínculo conyugal no consiste en el derecho y obligación a la procreación, sino al acto ordenado a la misma generación.

Consumación del matrimonio por la cópula perfecta.—Según el canon 1.015, el matrimonio es consumado *si inter coniuges locum habuerit coniugalis actus, ad quem natura sua ordinatur contractus matrimonialis et quo coniuges fiunt una caro* (cuando entre los cónyuges ha tenido lugar el acto conyugal, al que por su misma naturaleza se ordena el contrato matrimonial y por el que los esposos se hacen una sola carne). Se entiende por acto conyugal la cópula perfecta, necesitándose para realizar ésta las siguientes condiciones: En el varón, 1.º, miembro viril eréctil que pueda permitir su penetración y efusión del semen en la vagina; 2.º, testículos, o al menos uno, que puedan elaborar verdadero semen, y 3.º, canales deferentes expeditos; y en cuanto a la mujer, únicamente vagina en condiciones adecuadas para recibir la penetración del pene y el semen emitido por el mismo.

Digamos unas palabras aclaratorias sobre este punto. Referente a la penetración del miembro viril, para la consumación del matrimonio, de ninguna manera se requiere que todo él penetre en la vagina, sino que es suficiente que al menos de algún modo él se introduzca e inmediata-

mente, de manera natural, emita el semen. El bastar la penetración incompleta, parcial o total, excluye toda otra forma de fecundación. En efecto, recordaremos cómo en la escala animal hay especies en las cuales la fecundación tiene lugar sin el contacto físico de los cuerpos masculino y femenino; es externa, es decir, que la copulación de los gametos se efectúa en el medio exterior, fuera del cuerpo de los progenitores; tal ocurre en la mayoría de los animales acuáticos. Otras hay en las cuales este contacto es requerido, pero simplemente, por el modo de aposición en que perdura el semen emitido; y, por último, en las especies más perfectas, entre las que está el hombre, el contacto de los cuerpos se ejerce, no por la mera aposición, sino por la introducción del órgano especial destinado a la emisión y transferencia del semen. No se puede, pues, contravenir en cada especie el modo establecido por la naturaleza. Así, en el hombre no es lícita ni válida la fecundación cuando ésta sea verificada por simple cópula apositiva o por inseminación artificial, aun cuando de ella pueda seguirse la generación. Además, esto mismo confirma el canon 1.081 cuando dice: *Consensus matrimonialis est actus voluntatis quo utraque pars tradit et acceptat ins in corpus, perpetuum et exclusivum, in ordine ad actus per se aptos ad prolis generationem* (el objeto del contrato matrimonial es el derecho en el cuerpo, perpetuo y exclusivo en orden al acto por sí apto para la generación de la prole). Entendiéndose por acto por sí apto para la generación, actos que sean naturales, pues el matrimonio es contrato natural, de cuyo objeto es autora la naturaleza, la cual ha establecido para la especie humana el acto *coeundi* inmisivo y no el apositivo o el conseguido solitariamente, aunque la intención y arte humanas lo dirijan a la procreación.

El otro requisito que se necesita para la consumación del matrimonio es que, después de introducido el miembro, pueda deponer el semen elaborado en los testículos dentro de la misma vagina. No se precisa que el semen depositado permanezca después en la vagina y llegue hasta el útero, pues ahí ya no alcanza el acto humano ni depende del mismo. Por tanto, no atañe a la potencia de la mujer que recibe el semen el que lo expulse en seguida, tanto por tener la vagina cerrada hacia el útero como si la expulsión es debida a la contracción de los músculos vaginales, que impide que el semen recibido penetre en la parte superior de la misma por estar contraída la parte media durante la cópula. La razón es que

hay probabilidad de que siempre pase alguna cantidad, aunque pequeña, de semen.

Por último, Sixto V, en la Constitución *Cum frequenter*, al prohibir el matrimonio de los eunucos y espadones, declara que dichos individuos, careciendo de ambos testículos, no pueden emitir verdadero semen, sino que lo que eyaculan es cierto humor semejante al semen y que está constituido por las destilaciones de las glándulas seminales de Cowper, próstata y uretra, pero que de ninguna manera es apto para la generación y para la causa del matrimonio.

También este concepto de verdadero semen o *verum semen* ha sido objeto de discusiones, creyendo algunos que sería requisito también, para ser verdadero semen, el estar provisto de espermatozoides, lo cual sería rebatido por el hecho de que cuando Sixto V promulgó esta Bula no se conocían los nemaspermios, y, además, que la presencia de éstos no supone ciertamente que hayan de ser fecundantes, ya que esto depende de varias circunstancias, como que sean vivos, movilidad, tamaño, etcétera, de los mismos, detalles difíciles todos de precisar, valiendo, por tanto, solamente que el esperma haya sido elaborado en los testículos.

Condiciones requeridas al hombre y a la mujer para el acto sexual apto a la generación.—En cuanto a este tercer punto de participación del hombre y de la mujer en la generación, vamos a tratar de los defectos que jurídicamente hacen al hombre y a la mujer impotentes o estériles para, en otro capítulo, valorarlos comparativamente con la apreciación médico-legal de los mismos.

Hemos dicho que, para el varón, la cópula consiste en la introducción del miembro viril erecto en vagina y emisión en la misma del semen producido en los testículos.

Este semen está constituido principalmente por espermatozoides, pero, aunque éstos puedan debilitarse o faltar, no por eso dejaría de considerarse como verdadero semen con tal de que proceda de las gonadas masculinas. No será, en cambio, verdadero semen cuando falten los testículos o estén atrofiados o, aun cuando éstos no falten y sean normales, el semen formado en ellos no pueda ser emitido por oclusión de los canales que lo conducen de los testículos a la vesícula seminal y de ésta a la uretra, siendo, además, esta oclusión perfecta e incurable.

Tendremos que los defectos y enfermedades que suponen impotencia en el varón y, por lo tanto, impedimento en Derecho, y esta impotencia

a la que se refiere el canon 1.068 es para la cópula y no para la generación, serían: 1.º Carencia del pene o de ambos testículos, así como la atrofia total e incurable de los mismos, que impide la elaboración del semen verdadero. Forcellini llama espadones a los que carecen de testículos, bien por naturaleza o por operación quirúrgica, y castrados, aquellos a quienes se les han extirpado los testículos por operación, mientras otros llaman castrados a los que se les quitan sólo los testículos, y eunucos cuando se han eliminado todos los órganos de la generación. 2.º Hipospadias y epispadias, a no ser que mediante la penetración se pudiese efectuar la efusión seminal dentro de la vagina. En muchas sentencias totales se dice que los cirujanos dudan acerca de la posibilidad de corrección de este defecto por operación quirúrgica, que por otra parte debería considerarse como difícil y peligrosa. 3.º Pene enormemente grande o desmesuradamente exiguo, lo cual constituye, en la mayoría de los casos, impotencia relativa. 4.º Absoluta obstrucción o discontinuidad de los canales deferentes. 5.º Defecto de erectibilidad del pene en enfermedades nerviosas, carencia de estímulo químico por abuso venéreo, alcohólico o nicotínico, o por toxicomanía, enfermedades sexuales, anomalías del apetito sexual, autosugestión inhibitoria por repugnancia física o aversión anímica invencibles. Aquí hemos de considerar los términos de anafrodisia, que es la ausencia de erectibilidad para una cópula perfecta, que puede provenir de alguna enfermedad nerviosa, algún vicio funcional o causa psíquica, por ejemplo, la indiferencia para la propia mujer por algún temor infundado o por haber recibido autosugestión que en otro tiempo se atribuiría a maleficio (frigiditas o frigidez), y la afrodisia, que consistiría en una excesiva excitación venérea que hace que el semen se derrame antes de la penetración (caliditas).

Serían estériles propiamente dichos, y la esterilidad, según el canon 1.068, 3, no impide ni dirime el matrimonio: 1.º Los varones de edad propecta, ya que su esperma carece de espermatozoides o éstos son débiles. Habría también esterilidad en los jóvenes antes de la pubertad, siendo ésta temporal. 2.º Los varones que padecen determinadas enfermedades que afectan a los testículos, vesículas seminales o próstata, o al funcionamiento de dichos órganos, dando lugar a que el semen que segregan carezca de espermatozoides (azoospermia), haya pocos o estén mal desarrollados (oligospermia), sean débiles (astenospermia) o carezcan de vitalidad (necrospermia).

Aquí sí que podemos ver, por lo que llevamos ya estudiado, aunque aún no tengamos tratada la etiología donde encontraremos todos los casos médicos de impotencia, cómo en el varón el hecho de que elabore o no verdadero semen, viene a ser un factor fundamental para separar determinados casos colocados médicamente entre la impotencia *generandi* y situados como impotentes propiamente dichos cuando se les trata jurídicamente. Así, tenemos que los individuos carentes de testículos congénita o accidentalmente, o que éstos devinieran atróficos, diciendo lo mismo de los vasectomizados, todos los cuales médicamente situaríamos como infecundos pero con aptitud al coito, en el cual habría su eyaculación, aunque no de *verum semen*, sin embargo éstos son claramente considerados, en sentido canónico, como impotentes y no estériles.

Otro punto de discrepancia en la concepción de la impotencia médica y jurídica es lo que se refiere a la capacidad eyaculatoria, considerada médicamente como condición necesaria para la potencia *generandi* y que para la doctrina jurídica canónica forma parte de la potencia *coeundi*. Ya hemos señalado la afrodisia o eyaculación precoz en que ésta tiene lugar antes de que el miembro se ereccione lo suficiente para penetrar en vagina; este caso, tanto en Medicina como en Derecho, entraría dentro de la impotencia a la cópula, pero es el caso de la eyaculación retardada, en la cual, habiendo sido introducido el miembro en vagina, puede haber disociación entre el orgasmo y la eyaculación, teniendo lugar ésta cuando ya el pene está aflojado y ha salido del vaso femenino en forma adinámica y sin sensaciones voluptuosas. Es a esta última forma a la que nos referimos al hablar de la distinta interpretación dada canónicamente y por la medicina, y a la cual puede añadirse el retardo o la falta completa de eyaculación, trastornos todos que suponen tener, no obstante, unos testículos sanos y unas vías de conducción libres.

Por lo que respecta a la mujer, se considera impotencia, jurídicamente hablando: 1.º La carencia, deformación o estado anormal de la vagina que impida la introducción del pene. Infantilismo vulvar. 2.º Oclusión u obstrucción de la vagina que la haga impenetrable. 3.º Excesiva estrechez de la vagina, ya absoluta, ya relativa. 4.º Vaginismo, contracción espasmódica del músculo constrictor del esfínter de la vagina, que, cuando es perpetuo e incurable, produce impotencia, ya que, aunque el miembro pueda llegar hasta la vulva y allí depositar semen, pudiendo algunos de

los espermatozoides, en virtud de sus movimientos vitales, penetrar y producir una fecundación, sin embargo no es una verdadera cópula.

Resultan estériles: 1.º Las mujeres después de la menopausia (45 y 50 años). 2.º Falta de la ovulación por atrofia de los ovarios. 3.º Cuando los óvulos no alcanzan la madurez. 4.º Si resulta impedida la ascensión de los espermatozoides a los órganos postvaginales y la consiguiente unión de éstos con los óvulos por oclusión de la vagina en su extremo superior o por retroversoflexión del útero, desviación de la boca del mismo o cuando, por efecto de las secreciones anormales de las mucosas vaginales o uterinas, perdieron su vitalidad los espermatozoides existentes en el semen recibido. También devendría esterilidad cuando se haya llevado a cabo la técnica quirúrgica de la tubectomía o fallocotomía, así como la deformación o desplazamiento de las trompas.

Aquí sí que, médica y jurídicamente, la distinción entre impotencia y esterilidad vienen al mismo resultado. Lo que no resulta equivalente es la consideración del hombre con respecto a la mujer, ya que si el primero está dotado de un miembro capaz de erigirse, pero está privado de testículos o de la capacidad de emitir esperma por vasectomía, se le ha de considerar canónicamente como impotente, mientras que no lo sería la mujer exenta de útero u ovarios. Aunque el Derecho matrimonial de la Iglesia tenga como principio fundamental que sean considerados el marido y la mujer en plano de igualdad, hay tres razones que diferencian al varón vasectomizado o privado de testículos, de la mujer que carece de matriz y ovarios, y que son: 1.º La ovulación es independiente de la cópula. 2.º Puede tener la mujer algún ovario suplementario o fragmento de alguno de los ovarios. 3.º No consta por la Iglesia la impotencia de la mujer excisa, o sea privada de útero y ovarios.

Esta última razón quiere decir que no hay ninguna definición de la Iglesia que declare la impotencia de tales mujeres, y, en cambio, la hay en la Constitución de Sixto V con respecto a los varones que no pueden emitir verdadero semen producido por los testículos.

En esto de la mujer excisa ha habido algo de controversia. Hay autores como Antonelli, Mariano de Luca y otros, que propugnan por considerar a la mujer privada de útero y ovarios como impotente, aduciendo para ello las siguientes razones: 1.ª Que no puede adoptarse un criterio distinto para los dos sexos, pues si para el hombre se exige la emisión de verdadero semen, lo mismo se debe requerir sea capaz de emitir la mujer. 2.ª Si falta

la esperanza de los hijos, viene a faltar el fin primario del matrimonio; por lo tanto, la posibilidad de realizar los fines secundarios no llena la exigencia del vínculo canónico, ya que ellos no se pueden valorar de tal manera que sean suficientes para constituir un matrimonio válido y verdadero. 3.^a La falta del útero o de los ovarios no puede considerarse equivalente a esterilidad; en ésta, la falta de prole es incierta y accidental; en la mujer privada de aquellos órganos es certísimo el que no tenga descendencia; la cópula en estas condiciones no sería apta para la generación. 4.^a La mujer excluida de útero y ovarios es equiparable, anatómicamente, al eunuco, y el eunuco es impotente. 5.^a El matrimonio contraído por quien tiene la certeza de la imposibilidad de tener hijos, sería inválido por falta de consentimiento sobre el fin de la obra del matrimonio, fin primario que es el de la procreación. 6.^a Que la Congregación del Concilio ha declarado reiteradamente la nulidad de un matrimonio con mujer que estaba privada de útero; y 7.^a El matrimonio con una mujer privada de los órganos precisos para la generación es contrario a las buenas costumbres, por: a) los esposos darían libre suelta a la concupiscencia sin ningún temor a la carga de la prole; b) se consideraría también lícita la cópula contra natura; c) los hombres que no desearan tener prole buscarían el matrimonio con una mujer así formada; d) la misma mujer sería inducida a procurarse la impotencia a la generación para evitar el peligro de la prole.

En contra de esta teoría de los que se inclinaran por la impotencia de la mujer excisa, tenemos a los defensores de considerarla afecta de esterilidad, como Gasparri, Sebastianelli, De Smet, Ferreres, Vermeersch, viendo en estos defectos una infecundidad, no una incapacidad para el matrimonio, según los argumentos que siguen: 1.º Un matrimonio válido exige solamente una potencia *coeundi*, no una potencia *generandi*. Una mujer carente de útero y ovarios también puede hacer perfectamente una cópula conyugal. 2.º El tercer fin del matrimonio, remedio de la concupiscencia, aunque sea secundario, justifica y autoriza por sí mismo el matrimonio con tal de que no se excluya positivamente el fin principal. 3.º El matrimonio por naturaleza necesita una regulación de la autoridad humana en relación al orden externo y social, y las disposiciones que ésta determine respecto al derecho, validez o invalidez de aquél, deben basarse en circunstancias generales y cognoscibles, y una cópula cuyas partes hagan la *una caro* representa un acto externo y demostrable jurídicamente.

Los defectos que no pueden reconocerse por vía ordinaria no pueden servir de base para las normas jurídicas. 4.º Que también son considerados los matrimonios de los ancianos como lícitos y válidos, aunque carecen de la capacidad de procreación, así como los que quedan mutilados después del matrimonio.

Hay otros que hacen una distinción entre que la falta de útero o de los ovarios sea congénita, por aplasia, o sea resultado de una extirpación quirúrgica. En el primer caso, por ser oculta e ignorada, sería dudosa su existencia y no impediría el matrimonio, mientras que en el segundo esta circunstancia sería manifiesta y tendría un valor cierto de impotencia. Por último, hay quienes opinan que la mujer es impotente si tiene la vagina cerrada por su extremo proximal, o sea el que se inserta en el cuello uterino, aunque su entrada esté abierta, como ocurre en la retroflexión del útero, que impide la transmisión al mismo del semen viril. También la oclusión de la vagina sería el resultado fatal de toda histerectomía, ya que naturalmente aquélla ha de estar cerrada en su fondo, pues de lo contrario comunicaría con el abdomen, lo cual queda desechado completamente.

La Sagrada Rota Romana, en sus sentencias, no considera impotencia para la cópula los casos de vagina cerrada en su parte superior, tomando la opinión del cardenal Gasparri que dice que hay que adherirse firmemente a la sana doctrina que sostiene que la mujer operada de histerectomía padece esterilidad y no impotencia para la cópula, y así consta en todos los fallos dados a partir de la importante sentencia de 7 de febrero de 1927 ante Jullien, confirmada por la Signatura Apostólica en 27 de junio de 1931.

Por tanto, las Congregaciones del Santo Oficio y de Sacramentos y las sentencias de la Signatura Apostólica y de la Rota Romana se han declarado favorablemente por la libertad de contraer matrimonio en todos los casos de histerectomía, falta de útero y de los dos ovarios, atrofia de estos órganos y vagina cerrada en su fondo por operación o por desviación del útero.

Queremos hacer resaltar cómo con criterio médico nada hay que diferencie a un eunuco de una mujer excisa, o sea privada de útero y ovarios, pues si ésta puede realizar el coito, también aquél no está incapacitado para hacerlo, y si el hombre castrado o vasectomizado es infecundo por falta de semen verdadero, también lo es la mujer castrada, ya que no

sólo no puede proporcionar óvulos, elemento indispensable con el espermatozoide para la concepción, sino que ni posee el útero y las trompas, órganos en donde tiene lugar la conjugación de los gametos y el ulterior anidamiento del óvulo fecundado. La generación, como la digestión o la respiración, son funciones complejas que requieren la participación de todos sus órganos componentes para que ellas se realicen. No concebimos que puede nutrirse una persona con sólo realizar el acto de la masticación si posteriormente estos alimentos no siguen por la faringe, esófago, y llegan al estómago. ¿Qué diríamos de un sujeto que después de triturar la comida en la boca, sin tragársela, la escupiera inmediatamente sin hacerla pasar al esófago? De igual modo podremos decir que, por perfecta que sea la cópula, si en la mujer faltan los órganos postvaginales, este acto no ha ido dirigido a la generación, que se sabía de antemano que no podía verificarse, sino que ha sido una parodia de acto apto para la procreación. De inverosímil podemos calificar el que puedan haber ovarios supernumerarios o restos de ellos, pues es cosa anormal como lo es el que posee seis dedos en una mano u otras monstruosidades por el estilo, con las que no hay que contar en un sujeto corriente. Queda, por lo tanto, descartada toda posibilidad para declarar a la mujer excisa como un caso dudoso sobre impotencia con duda de hecho, como pretende declarar el Derecho, y sí únicamente que, siendo la autoridad pontificia juez inapelable en esta materia de los santos sacramentos, y habiendo sido las decisiones dadas por las Sagradas Congregaciones Romanas favorables a no considerar impedimento el caso de la mujer castrada, basado en que en ella se dan todos los requisitos para la cópula perfecta, se mantiene esta opinión de la doctrina canónica, con la que sale ventajosamente favorecida, con respecto al varón, la mujer privada de útero y ovarios.

Esta aparente desigualdad que existe entre lo que se le exige al hombre para la cópula perfecta (miembro viril capaz de ereccionarse e introducirse en vagina, con eyaculación de semen verdadero que venga a depositarse en el fondo del recipiente femíneo) y lo que se requiere en la mujer (receptáculo vaginal que no ofrezca obstáculo a la intromisión del pene, aunque aquél esté ocluido en su extremo interior y carezca del resto del aparato genital como útero, ovarios y trompas), se debe a la aportación que cada uno lleva al coito idóneo para la generación. En la mujer, la acción de la naturaleza es posterior al acto de la cópula; la misión del óvulo como elemento fecundante tiene lugar después de ella. En cambio, en el

hombre la acción de la naturaleza es anterior a la unión sexual y de aquélla depende en parte el acto humano con la penetración y emisión del semen testicular. Es decir, que con esta cópula así dispuesta se principia la acción de la naturaleza para que de allí pueda sobrevenir la generación. Lo demás sería posterior y ya no alcanza la acción humana. Con esta idea de los requisitos necesarios para que la cópula sea idónea para la generación, queda ya suficientemente explicado el concepto canónico de impotencia y el porqué unos defectos entren en la impotencia y otros en la esterilidad.

Resumen.—Con esto podemos sacar como conclusión de lo dicho en el capítulo, que hay una diferencia entre cómo concibe la impotencia el médico legista y el jurisperito canonista. Aquél interpreta una impotencia a la cópula que viene dada por una inhabilidad a la erección del miembro viril con intromisión en vagina seguida al menos de eyaculación, no especificando de qué está formado el eyaculado, ni que sea preciso haya esta emisión de esperma, y otra impotencia a la fecundación o *generandi*. El canonista toma muy en cuenta al definir qué es la potencia a la cópula, diciendo que sea ésta por sí idónea a la generación y, por lo tanto, que en ella tenga lugar la efusión de verdadero semen elaborado en los testículos, en el fondo de la vagina. No es la potencia simplemente la capacidad al coito, entendido éste como la compenetración de los órganos copulatorios, sino que ésta ha de ser idónea a la plenitud de la acción humana a la generación, necesitando para ello la introducción del miembro viril en vagina con deposición en la misma de *verum semen*. Otra, la esterilidad o ineptitud a la fecundación, no es considerada impotencia para los efectos canónicos. Notamos una evidente desigualdad entre los requisitos exigidos al varón y los que debe aportar la mujer, en la cual la delimitación entre impotencia propiamente dicha y esterilidad coinciden en la ciencia del Derecho y en la Medicina, mientras que no ocurre lo mismo en el hombre porque en él la acción de la naturaleza para el acto sexual es antecedente por su elemento fecundante, y en ella, en cambio, es posterior y allí no llega la acción humana; de aquí que un hombre con miembro capaz de erección, pero privado de testículos o de capacidad de emitir esperma verdadero, es tenido por impotente, mientras no lo sería una mujer privada de útero y ovarios.

El Derecho mira también al factor tiempo como decisivo en la consideración de la impotencia, puesto que ésta ha de ser antecedente y per-

petua para considerarla impedimento de derecho natural, el cual no puede ser dispensado por la Iglesia, puesto que ni la impotencia subsiguiente ni la antecedente temporal dirimen el matrimonio, así como tampoco la dudosa. Y en esto de la dudosa, como hemos apuntado anteriormente, hemos de hacer hincapié en los vasectomizados, en la impotencia funcional, difícil de distinguir en algunas ocasiones entre la puramente psíquica y la somática perpetua, teniendo que hacer quizás también alusión a los criptórquidos y castrados por irradiación radiológica.

Hemos dicho al principio de esta exposición que era imprescindible el auxilio de la Medicina para la interpretación y resolución de los problemas que en el campo de otras disciplinas pueda presentar el concepto de impotencia, y esto lo acabaremos de ver en el capítulo siguiente. Tengamos presente, como final, que es al adelanto de las nuevas armas terapéuticas, especialmente hormonas y antibióticos, a las que se debe la menor frecuencia de casos de esterilidad, así como a la perfección de las técnicas quirúrgicas la resolución de determinadas formas de impotencia, de lo que debemos esperar en lo sucesivo un diferente aprecio en la valoración de ellas.

CAPÍTULO III

ETIOPATOGENIA DE LA IMPOTENCIA

En la producción de la impotencia intervienen ordinariamente varios factores íntimamente concadenados entre sí. Aparte del papel principal que corresponde al aparato genital como ejecutor inmediato del mecanismo de la unión sexual, hay que considerar la participación que pueden tener en muchas ocasiones el sistema cerebroespinal y las influencias endocrinas, siendo trabajo que corresponde al médico averiguar dónde radica la causa fundamental de la incapacidad, sea al coito o la fecundación.

Es algo parecido a lo que ocurre en el ciclo industrial de una empresa en donde existen tres oficinas: la de estudios o de normas, que es donde están los ingenieros, los creadores de las normas, los que conocen la parte técnica y administrativa de la empresa; la segunda, u oficina de plan, en la que se encuentran los que distribuyen el trabajo, aplicando a los casos concretos que plantea la vida industrial esas normas de tipo general dadas por la primera oficina; y, por último, el taller, que es la tercera oficina, en la que se da solamente la ejecución; allí no se improvisa, porque en una empresa bien organizada el obrero no tiene más que seguir fielmente las reglas recibidas. Vemos, pues, por este esquema cómo la función del trabajo está perfectamente eslabonada desde la parte intelectual que elabora las órdenes, la parte intermediaria que las reparte y la última, que es la ejecutora de los mandatos llegados.

Cualquier anomalía que ocurriese en alguna de estas oficinas o partes del ciclo industrial, anularía por completo la eficacia del trabajo organizado. Este ejemplo de organización del trabajo puede aplicarse por entero a la gran fábrica de nuestro organismo, donde simultáneamente trabajan sus diferentes órganos y donde para cualquier mecanismo fisiológico hay una parte rectora que es el sistema nervioso central; otra parte distribuidora, que es el sistema nervioso periférico, y una porción ejecutora, que son los músculos y aparatos corporales. De ahí que cualquier motivo

que dificulte uno de estos tres dispositivos ha de alcanzar, necesariamente, a toda la función. Por eso en el caso de la impotencia hemos de estudiar no sólo los disturbios que afectan al aparato genital, motor esencial en la marcha de la actividad sexual, sino todo el organismo para localizar el punto de donde parte la alteración, investigando cuáles sean sus consecuencias.

Primero que nada comenzaremos por la parte más elevada que rige la vida sexual: la función nerviosa.

Antes de iniciar el estudio etiopatogénico de la impotencia es conveniente hacer un repaso del complicado mecanismo nervioso que controla el proceso de la erección y eyaculación, recordando también a la ligera la fisiología genital femenina.

Fisiología de la erección y eyaculación.—El mecanismo más corriente en cuanto se refiere al reflejo de la erección es aquel cuyo punto de partida es la excitación de los corpúsculos genitales del glande o del surco balánico (probablemente los mismos corpúsculos táctiles). Estos estímulos periféricos siguen la vía sensitiva por el nervio dorsal del pene, pudiendo, cuarto ganglio sacroespinal hasta llegar al centro de erección sacro, situado en los segmentos medulares sacros segundo y tercero; de aquí se transmite la impresión nerviosa por las raíces posteriores, pasando al sistema parasimpático por el plexo genital y sacro, constituyéndose luego en el nervio pélvico o erector, siguiendo por la pelvis hasta alcanzar las células excitadoras, que se encuentran en la misma substancia del órgano que van a inervar. La estimulación de estos nervios relaja las túnicas musculares de las arterias de los cuerpos cavernosos y el bulbo esponjoso; la distensión de los espacios sanguíneos del órgano hacen que éste, en cuanto la elasticidad de los tejidos lo permiten, se hinche y se endurezca, produciendo la erección.

Otros estímulos erectógenos pueden partir de las terminaciones sensitivas de la uretra posterior, de la próstata, de las vesículas seminales y de los conductos deferentes; también la repleción vesical puede ser causa de erección, así como la posición de decúbito supino, en la que la congestión lumbar puede producir el mismo efecto; tal es la sensación que corrientemente podemos percibir cuando llevamos varias horas de descanso en cama (erecciones matutinas).

Hay una erección de origen psicosensoorial, que recoge las excitaciones nerviosas periféricas, habiendo en la corteza cerebral un centro especial

de la vida sexual consciente (centro psicosexual), en el cual se adquiere conocimiento de esta excitación periférica, que generalmente se transforma en una percepción placentera (líbido). De aquí parten, a través de las vías extrapiramidales de las conducciones nerviosas, impulsos excitatorios e inhibitorios de un centro sexual lumbar distinto del centro sacro de la erección. Del centro lumbar parten impulsos paralizantes de los centros vasoconstrictores que disminuyen el tono de inervación simpática, dando lugar a una vasodilatación de las arterias de la red cortical interna de los cuerpos cavernosos. El centro sacro ejerce una acción antagónica, pero al remate el efecto es idéntico, ya que produce una acción vasodilatadora que dará el mismo resultado que el del otro.

Los estímulos excitatorios de origen central lo forman representaciones sexuales que proceden de recuerdos, lecturas, movimientos afectivos de belleza o sensaciones visuales, táctiles, auditivas u olfativas.

Los estímulos inhibitorios pueden provenir por efecto de la voluntad, emociones, repugnancia, temor, preocupaciones de la más variada naturaleza.

La eyaculación es un fenómeno reflejo análogo al de la erección que tiene sus vías centrípetas en los nervios sensitivos del pene y de la mucosa uretral

Hay dos centros de la eyaculación, uno situado en la médula a nivel del cuarto segmento lumbar, más abajo del centro lumbar de la erección, y el otro en los ganglios simpáticos de la pelvis. Los estímulos sensitivos provocan la salida del esperma recogido en las vesículas seminales y su intromisión en la uretra membranosa, que se distiende; cuando la presión alcanzada por el líquido es suficiente para excitar el centro eyaculatorio de la médula espinal, se produce por vía refleja la contracción del músculo bulbo cavernoso, que, comprimiendo la uretra posterior, lanza violentamente el contenido. El centro eyaculatorio de los ganglios simpáticos interviene sobre todo en el paso del esperma a lo largo de la uretra.

Hay algunos que admiten dos centros lumbares eyaculatorios, uno situado arriba, que recibe los estímulos psicógenos, y otro más abajo, sensible para los estímulos periféricos.

En la eyaculación hay que distinguir dos tiempos, un primer momento en que se producen contracciones rítmicas de las fibrocélulas musculares de los conductos deferentes y del tejido fibromuscular de la próstata y vesículas seminales; en la segunda parte de la eyaculación hay emisión

del espermatozoide por la parte prostática de la uretra, debido a la contracción de los músculos estriados isquio y bulbo cavernosos y del perineo superior y profundo.

La aparición de la eyaculación varía entre dos y veinte minutos, realizándose la emisión del espermatozoide en tres o cuatro oleadas, de las que la primera es la más fuerte y abundante. Cuando la eyaculación está por debajo o por arriba de aquellos límites, se habla de eyaculación precoz o retardada.

La elaboración del espermatozoide tiene lugar en el tejido propio del testículo, en los lóbulos espermatogénicos constituidos cada uno por tres o cuatro conductillos seminíferos. Estos están formados por una pared fibroelástica muscular (túnica propia) que está tapizada de células, las células de Sertoli, que tienen la función nutritiva y de sostén, produciendo una hormona, inhibina u hormona X, que ejerce una acción inhibitoria de la actividad gonadotropa de la hipófisis y las células seminales destinadas a la producción de los elementos sexuales, o sea los espermatozoides. Los túbulos están sostenidos por una trama conectiva que son células intersticiales, entre las que se encuentran las de Leydig, que originan la testosterona, a la que se deben los caracteres sexuales secundarios. Desde los conductillos seminíferos, el semen pasa por los conductos rectos que forman la red de Haller, los conos eferentes, y de aquí al conducto epididimario, tubo colector que recoge todos los conos eferentes, recorre el epidídimo (cuerpo que corona el borde posterior del testículo) desde la cabeza hasta la cola del mismo, donde toma el nombre de conducto deferente, que consta de tres porciones, funicular, inguinal y abdominopelvicana, y se extiende hasta la vesícula seminal. Estas, en número de dos, están situadas entre la vejiga y el recto. De la reunión de la ampolla del conducto deferente y de la vesícula seminal correspondiente se forman los conductos eyaculadores, uno derecho y otro izquierdo, que conducen a la uretra el espermatozoide recogido en estos dos recipientes, pasando por la próstata y abriéndose por dos pequeños orificios en el *veru montanum*, a ambos lados del utrículo prostático.

Conviene que a continuación hagamos una breve referencia a las influencias que las increciones internas ejercen sobre las funciones genitales.

Aparte de la acción hormonal de las gonadas testicular y ovárica, intervienen también en el fisiologismo sexual varias glándulas endocrinas, así como algunos centros de la región hipotalámica del encéfalo.

En el lóbulo anterior de la hipófisis se han aislado unas hormonas que estimulan en la mujer la función ovárica por medio de los prolanes, el A, que excita la maduración del folículo; el B, la luteinización y la prolactina, que ejerce su acción sobre la glándula mamaria; en el hombre actúan favoreciendo el desarrollo de los testículos y órganos accesorios de la reproducción.

Las glándulas suprarrenales también están en relación con el aparato genital, como se ha visto en casos de hiperplasia o de tumores de la corteza suprarrenal que han dado lugar a desarrollo sexual precoz, tanto en el hombre como en la mujer.

También tendrían influencia sobre los órganos sexuales los islotes del páncreas.

En la región hipotalámica o diencefálica, el *tuber cinereum* tiene relaciones con la hipófisis. En él asentaría un centro a través del cual actuarían los impulsos nerviosos procedentes de centros corticales. Según Spatz, este órgano intervendría en las funciones sexuales y todo lo que le condujera a un aumento de su función produciría el síndrome de la pubertad precoz.

También la epífisis tiene una acción endocrina genital. Berblinger ha señalado a nivel del tercer ventrículo un centro neurótropo bajo la dependencia de la epífisis. Por lo tanto, las lesiones que sufra el tercer ventrículo afectarán a los centros controlados por la glándula pineal. Se han visto casos de impotencia sobrevenida a causa de trauma en la base del cerebro y que había alterado los centros que más o menos controlan las funciones sexuales.

Los datos que hemos apuntado al principio de las nociones preliminares fisiológicas nos harán comprender lo que sucede cuando tratemos de la distinción entre una impotencia puramente psíquica, dependiente de los estímulos inhibitorios de la esfera psicosensorial, y una impotencia orgánica en la que haya una lesión irreparable de los centros medulares, siendo en el primer caso una impotencia temporal y pasajera y, en el segundo, permanente.

La división más amplia separa, como ya bien sabemos, una impotencia *coeundi* y otra *generandi*.

Impotencia al coito en el hombre.—Distinguiremos en esta ineptitud a la cópula una fisiológica o natural y otra patológica o accidental.

En la fisiológica hemos de incluir a los sujetos muy jóvenes o viejos, que no han adquirido o han perdido la facultad de la erección.

CONCEPTO Y VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA IMPOTENCIA GENITAL

La aptitud fisiológica al coito comienza en la pubertad, cuya aparición, aunque no puede sujetarse a una ley matemática, parece que tiene lugar corrientemente a los trece años con el principio de la secreción espermiática, pero ésta no está todavía apta para la fecundación hasta dos o tres años después, en que se adquiere la facultad procreadora, por término medio a los quince años.

En los viejos puede conservarse la aptitud para las relaciones sexuales hasta edades avanzadas, en que ya no se presentan espermatozoides en el semen eyaculado.

En la patológica nos fijaremos, sobre todo, en la impotencia funcional, porque es precisamente en ésta donde hay que delimitar con claridad sus diferentes formas y la proporción en que participan lo somático y lo psíquico, para así dar luz en los casos dudosos que pueden presentarse en demandas de nulidad en las que reine la inseguridad respecto a su perpetuidad.

Quedará esta impotencia *coeundi* patológica, en el hombre, dividida, para su estudio, en funcional e instrumental o anatómica, comprendiendo aquélla, además de la psíquica propiamente dicha, la orgánica de causa extragenital.

Funcional.—Hemos visto más arriba lo que entendemos por impotencia funcional y el alcance que damos a la misma. En ella puede faltar la erección del pene, aunque su estructura sea normal, por disturbios de la esfera psicosensoorial o por condiciones generales del organismo. Es decir, que aunque la morfología del aparato genital no muestre ninguna anomalía, puede estar alterado el mecanismo fisiológico y psíquico del coito o haber lesiones en otros aparatos o sistemas del organismo humano, principalmente el sistema nervioso cerebroespinal, endocrino, metabólico, así como enfermedades infecciosas agudas o crónicas y mentales que repercuten en el funcionamiento sexual.

En esta impotencia funcional distinguiremos tres formas, una puramente psíquica, otra psicósomática y una tercera de origen somático.

Estas pueden ser de tipo congénito, como en las graves atroñas glandulares, cuya evolución es generalmente fatal, y otras son adquiridas, las cuales pueden presentarse de varias maneras: bien repentinamente, en un momento preciso, el individuo nota que no puede efectuar el coito, siendo la dificultad unas veces a la erección, otras a la eyaculación o a ambas a la

vez, dependiendo casi siempre de trastornos funcionales que pueden ser fácilmente resueltos por la terapéutica.

Otras veces sobreviene de una manera lenta en un espacio más o menos largo de tiempo, manifestándose por dificultades erectivas, eyaculatorias o juntamente de las dos, y teniendo un pronóstico más sombrío respecto a su curación. Por último, hay una forma intermedia en que unas veces los individuos hacen el acto normalmente y otras, en cambio, en las mismas condiciones no pueden efectuarlo.

En la sintomatología de estos individuos afectos de impotencia funcional, lo primero que les llama la atención es que la erección es menos rígida, más incompleta y poco duradera. Este fenómeno va acentuándose, haciéndose las erecciones cada vez más fugaces y difíciles.

Pueden manifestarse síntomas de honda preocupación en los sujetos que, conservando su erotismo, consideran su impotencia como una verdadera tragedia; por el contrario, hay otros dotados de absoluta frialdad; no sienten la menor atracción sexual hacia la mujer, tomando su impotencia con la mayor tranquilidad y como la cosa más natural.

Funcional psíquica.—Esta impotencia psíquica propiamente dicha, es taría producida por estímulos inhibitorios de origen central (centro cortical psicosexual), que refrenarían las manifestaciones sexuales por mecanismo totalmente psíquico.

Puede haber una impotencia psíquica precoz y otra tardía. La primera es la que aparece en las primeras tentativas de realizar la cópula; puede estar en relación con un inconsciente y profundo sentido de culpa, subsiguiente a un acto sexual con fuerte descarga emotiva, generalmente de carácter incestuoso, ocurrido en la mocedad y del que la conciencia intenta librarse, aminorándolo y haciendo por tenerlo en el olvido. Rechazada esta idea al subconsciente, cosa que puede ocurrir por el temor a castigos o escándalos, o en los predispuestos a la neurosis, se manifestará después por inhibición de aquella función que ha efectuado y gozado del acto reprochable. El psicoanálisis será en estos casos muy conveniente y necesario. Estos individuos podrán recuperar la potencia sexual al considerar el suceso bajo otro aspecto, atenuando su importancia y gravedad.

Otros tipos de impotencia psíquica tardía aparecerán después de haber gozado el sujeto de una normal actividad sexual, obedeciendo a una de estas dos tendencias, que a veces estarán más o menos en estado potencial: la sadomasoquista y la homosexual. Si indagamos en estos enfermos cuáles

han sido los momentos de su actividad sexual en los que han experimentado una mayor satisfacción, encontraremos cómo en los sadistas aquéllos han ocurrido coincidiendo con alguna escena de crueldad o violencia, y en los masoquistas, cuando por cualquier motivo habían recibido, durante el acto sexual, algún daño por parte de la mujer con la cual cohabitaban. En los homosexuales larvados, no será extraño encontrar un estado de inmadurez psicosexual o una influencia desfavorable del medio cultural y social en que viven.

Entre las causas inhibitorias psíquicas que pueden producir impotencia, tenemos las emociones, como el deseo vivo de una mujer o el temor de fracasar en los primeros intentos de desfloración; la repugnancia provocada por deformidad, enfermedad o exhalaciones desagradables del otro cónyuge, el temor de contagio, las fobias, el horror a la cópula. Igualmente serán motivo de inhibición para las relaciones sexuales la fealdad, suciedad, antipatía, así como la falta de reciprocidad por parte de la mujer que no corresponde emocionalmente a la acción afectiva del hombre.

Se cita por Thoinot el caso de un matrimonio, casados por amor, en que al día siguiente de la boda el marido pedía el divorcio por haber encontrado a su mujer cubierta, desde el pecho hasta las rodillas, por pelos negros, espesos y lanosos como los de un perro de aguas.

Las preocupaciones intelectuales en hombres obsesionados en la resolución de problemas científicos, hace que, absorbida toda su atención en estas ideas, no sientan necesidad sexual y no sea para ellos la guarda de la castidad una virtud forzada.

También los temores, prisas y preocupaciones pueden hacer que la voluntad actúe inhibitoriamente sobre la función sexual, ya que ésta requiere para su realización una plena tranquilidad, seguridad y aislamiento de toda otra persona.

Asimismo, hay quienes, agotados por excesos intelectuales o sexuales, necesitan para su capacidad al coito el excitamiento de prostitutas o mujeres expertas en el erotismo, cosa que no puede darse a veces en una púdica consorte.

Citaremos también, dentro de este tipo de impotencia, el caso de las perversidades sexuales, en las cuales, si bien puede realizarse la erección, ésta no tiene lugar ordinariamente ante el estímulo normal de la mujer, sino que se realiza ante las circunstancias más inconcebibles, como es el caso de los fetichistas, uranistas, sadistas, necrófilos. Se han señalado ejem-

plos en los que la erección no tenía lugar si no era en presencia de un delantal de cocinera, un sombrero, pañuelo, camisa, calzones o zapatos. Como caso citado por Brouardel tenemos el de un individuo que no podía ver un empleado de pompas fúnebres sin sentir intensos deseos venéreos, hasta el extremo de que no pudo asistir al entierro de su padre.

La situación económica por la que atraviesa el mundo actual es muy apropiada para que, retrasándose la edad de los matrimonios, sea frecuente el desarrollo de las prácticas no naturales en la satisfacción del instinto sexual, así como se den en mayor número las aberraciones sexuales, todo lo cual predispone, a la postre, a la aparición de esta forma de impotencia funcional.

Los canonistas no son partidarios, en general, de admitir la impotencia psíquica relativa como causa dirimente, poniendo reservas acerca de su perpetuidad, tal vez por lo difícil que resulta su demostración.

Aunque hemos nombrado las causas principales que dan origen a la impotencia psíquica, nos detendremos un momento para acabar de explicar la motivada por el abuso de las prácticas sexuales no naturales.

La masturbación puede conducir a este tipo de impotencia que hemos referido, pero la masturbación excesiva, no los casos aislados que de cuando en cuando pueda realizar un sujeto joven, apremiado por el estímulo venéreo que no puede satisfacer de otro modo y que carece de importancia clínica. Es, sobre todo, interesante desde el punto de vista médico, la masturbación interrumpida, en la cual se pretende conseguir el goce sin llegar a derramar el semen, por creer que así se evita el desgaste de energías, siendo ésta la que conduce más rápidamente a la impotencia.

Biswanger opina que la influencia de la masturbación en la producción de la impotencia sería debida a que el frecuente y rápido vaciamiento del semen llega a ocasionar alteraciones en el mecanismo nervioso del acto sexual, produciendo esa continua eliminación de secreciones una disminución del coeficiente necesario al que se debe la acción refleja y química estimulante del desarrollo de los genitales; además, puede dar lugar a alteraciones y desviaciones de la excitabilidad psicosexual.

La masturbación origina también una disminución en el desarrollo de la capacidad de erección, pudiendo llegar a anularla. Hay veces que no se altera la potencia sexual, pero por el hecho de que una persona se masturbe no quiere decir que tenga aptitud para realizar la cópula, ya

que puede suceder que esta erección no sea suficiente para conseguir el ayuntamiento carnal y la fecundación.

Igualmente ocurre con la práctica del coito interrumpido o eyaculación fuera del vaso de la mujer, que consiste en la realización del coito normal hasta llegar al momento antes de la eyaculación, en que el varón retira de la vagina el miembro viril, no acabándose de verificar aquélla o haciéndolo fuera del vaso femenino.

Este fraude hecho al acto reflejo que representa el coito normal, repercute sobre el mecanismo psíquico sexual, conduciendo a la impotencia funcional, primero de manera no muy acusada, pero que poco a poco va acentuándose hasta llegar a la impotencia absoluta.

Aún, si cabe, más rápidamente que en los casos anteriores, aparece la impotencia funcional cuando son practicadas las aberraciones sexuales y los actos contra natura. Aquí quedarían incluidos no sólo los homosexuales activos y los que cometen actos de bestialidad, sino los que, aunque satisfagan el impulso sexual con mujeres, lo hagan por medios no naturales, como el coito bucal, anal, etc., que tal es el extremo a que llegan muchos de los que frecuentan los burdeles, que, hastiados ya de la forma natural, buscan en la novedad de estos actos un mayor aliciente de refinamiento sexual. La naturaleza se venga de estos individuos que así se han desviado de seguir las normas naturales por ella establecidas para la realización de este acto, noble en sí en cuanto vaya dirigido al fin dispuesto por el Creador, y hace que la impotencia sea el castigo irremisible que sobreviene a los que así han conculcado el orden normal de las cosas. Así, pues, este remordimiento de conciencia, obrando psíquicamente, hace que sobrevenga repentinamente esta impotencia más rápidamente que en los otros casos, ya que aquí el engaño hecho al mecanismo fisiológico es más pronunciado, habiéndose dado el caso de sujetos que, inmediatamente después de un coito bucal, les ha sobrevenido una impotencia total y absoluta.

Aquí el pronóstico es más sombrío, puesto que lo más importante para su curación es el abandono completo de aquellos vicios, y esto, desgraciadamente, ya sabemos cuán difícil es de conseguir para los que así se hallan predispuestos y han caído en ellos, y tanto más cuanto que muchas veces no es la seducción, el refinamiento sexual o las toxicomanías lo que les ha conducido a estado tan deplorable y tan desdichado a la vez, sino que

son taras psicopáticas hereditarias o adquiridas que probablemente no abandonarán jamás a estos enfermos.

Recientemente Marañón señala la existencia en algunos homosexuales de un sexo cromático distinto al sexo aparente de ellos, lo que haría considerar esta anomalía en ciertos casos debida no sólo a factores psíquicos, sino también somáticos.

Funcional psicósomática.—Después de la impotencia funcional que acabamos de describir, enteramente psíquica, sin lesiones anatómicas y por ende casi siempre curable y relativa (por eso es llamada también por algunos pseudoimpotencia, aunque, como hemos descrito, puede darse el caso en que las causas que motivan esta insuficiencia para el coito puedan persistir y llegar a hacerse permanente), a continuación tratamos un segundo grupo de impotencia funcional en la que, junto a la participación de la psique ante el fracaso del impotente para el acto matrimonial, hay alguna causa somática en el organismo cuya lesión o anomalía puede ser reparable o no, en cuyo caso la impotencia se hace perpetua y debe ser causa de nulidad. Es la que llamaremos, por esta doble participación de la psique y del organismo anatómico, *impotencia funcional psicósomática*, y en ella podemos colocar, como ejemplos más claros, a la neurastenia, al hipogenitalismo y a la incapacidad que sobreviene de los residuos de una espina bífida oculta.

Claro que éste es un grupo bastante confuso, ya que, siendo casi idénticos los efectos producidos por la impotencia psíquica y la somática, es difícil delimitar lo que corresponde a cada uno, y así puede ser que tengamos que incorporar algunos más de impotencia somática a medida que se demuestre la participación que en ellas tenga también la psique.

La neurastenia sexual da lugar a una impotencia más de tipo psíquico, causada por el abuso de la masturbación, coito interrumpido y, en general, en todas las excitaciones sexuales que no van seguidas de la eyaculación. También se ha visto sobrevenir en las neurosis traumáticas y suele ir acompañada a veces por enfermedades de la uretra, próstata y vesículas seminales. No son, como vemos, lesiones graves las que produce la neurastenia sexual; son cosas insignificantes, pero que por su monótona persistencia actúan como una espina clavada en la mente de los que la sufren, dando lugar, por asociaciones subconscientes y conscientes, a las fobias e ideas fijas que perturban su psiquismo, haciéndolos inútiles para cualquier empresa. Suprimida la noxa responsable, el enfermo recupera

rápidamente su psiquismo normal. La neurastenia sexual nunca es primaria, siempre está subordinada a lesiones orgánicas o disfunciones sexuales.

No haremos, por tanto, mal en colocarla en este tipo intermedio entre las funcionales psíquicas y las somáticas.

Otra causa de impotencia correspondiente a este grupo que estamos tratando es la que origina la falta de líbido por hipogenitalismo. Esta, siempre congénita, comprende desde los individuos que con un tamaño normal de sus genitales presentan una disminución de su apetito sexual y de la fuerza de sus erecciones, hasta aquellos afectos de grave atrofia glandular.

La mayoría tienen sus órganos normalmente constituidos, pero esto no es suficiente si no va acompañado de un fisiologismo también normal, así como igualmente es preciso que lo sea el psicologismo sexual. Otros presentan insuficiencia funcional de las glándulas endocrinas, especialmente hipofisaria o córticosuprarrenal, que colaboran con el testículo en el desarrollo de la sexualidad.

Están dotados estos sujetos de una gran afectividad, casi de ternura femenina, siendo envueltos muchos de ellos en un complejo de inferioridad, o los que, faltos de líbido, viven tranquilamente sin preocupaciones, sino aquellos que lograron acertar algunas eyaculaciones, sobre todo en la época del mayor vigor físico, o sea desde los veinte a los veinticinco años, lo que les hace volverse melancólicos, no teniendo más cuidado que su impotencia, y no es raro que estén obsesionados por esta idea y por el recelo de que pueda ser sospechada su incapacidad sexual, ocurriendo algunas veces que los que por determinadas circunstancias se vieren en necesidad de contraer matrimonio, al verse en la apurada situación de cumplir sus deberes de esposos, traten de librarse de este estado de cosas con el suicidio.

Otros enfermos que pueden sufrir de impotencia son los idiotas, cuyo estado puede depender de alteraciones físicas del sistema nervioso (hidrocefalia, microcefalia, esclerosis, todo ello secuelas de una encefalitis o meningitis sufrida en la primera infancia) o de sus órganos genitales (ectopia unilateral, varicocele, malformaciones del meato urinario), pero también desde un punto de vista psíquico, ya que muchos de ellos son ya impotentes, ya masturbadores, dándose con mucha frecuencia la comisión de atentados contra el pudor por estos individuos.

En cuanto a la impotencia producida por la espina bífida oculta, aunque ésta corresponde a las de tipo somático, hay en ella, como veremos después, una participación psíquica que contribuye a su manifestación y que enmascara notoriamente a la orgánica.

Se conoce con el nombre de raquisquisis o espina bífida la falta de oclusión de los arcos posteriores de las vértebras a cualquier altura de la columna, pero especialmente en las regiones inferiores, sobre todo la lumbosacra. Esta falta de oclusión es parcial, pues una total sería incompatible con la vida. En la espina bífida en sentido estricto, tiene lugar la formación de un saco herniario constituido por las membranas medulares (meningocele) o, además, la substancia medular (mielomeningocele). En la espina bífida oculta no hay protusión de saco herniario. Muchos casos de espina bífida oculta no dan síntomas y su descubrimiento es puramente casual al ser practicada una radiografía de la columna vertebral. En otras ocasiones hay alteraciones sensitivas de las extremidades inferiores, úlcera perforante plantar, enuresis nocturna, anomalías del esqueleto del pie, especialmente pie equino varo y pie escavado con dedos en garra. Esto se debe a que unas veces el defecto congénito está limitado a la incompleta fusión del arco vertebral, no dando entonces síntomas, mientras que en otras la lesión afecta también a la médula y es cuando nos encontramos con los síntomas citados. Los centros espinales de la médula siguen la misma suerte que la durameninge, la cual es replegada o estirada en la época del consolidamiento de los huesos, dando lugar a espesamientos o adherencias cicatriciales que producen una inhibición o alteración de la función de dichos centros.

Esta lesión medular es la que daría lugar ya en la infancia a la aparición de la enuresis por alteración del centro de la micción, y más adelante, dada la vecindad con los centros de la erección y eyaculación, a trastornos genitales que pueden conducir a la impotencia. Siempre que en un individuo afecto de espina bífida vaya acompañado de impotencia *coeundi*, habrá que pensar que junto a la malformación de la columna vertebral vaya ésta acompañada de otra alteración anatómica y funcional a nivel del centro de la erección, dando lugar esta lesión anatómica a impotencia perpetua. Hay veces que, aunque exista la malformación, han sido respetados los centros de la erección y de la eyaculación como puede haberlo sido el de la micción.

La impotencia psíquica que acompaña a esta alteración somática es debida a la íntima correlación que existe entre soma y psique, o sea entre alma y cuerpo.

Tiene la siguiente explicación: Como su nombre indica, la espina bífida es oculta, es decir, que puede existir sin que se dé cuenta el enfermo de que la tiene, descubriéndose a veces casualmente al practicarse una radiografía de columna vertebral con otro motivo. Por afectar casi siempre a la porción lumbosacra de la médula, cualquiera que sea el grado de esta alteración, se encuentran la mayoría de las veces, en más o en menos, trastornados los centros de la erección y eyaculación. De aquí resulta que pueda ser el primer síntoma conocido del que la padece su mayor o menor fracaso para realizar la cópula. Como estos sujetos conservan la libido y como, por otra parte, no tenían la menor noticia de su anomalía, no es como el tabético o el que padece de mielitis, que tiene conocimiento de su enfermedad y de la repercusión que pueda tener en su función genital; este fracaso en sus relaciones sexuales vendrá a constituir un verdadero trauma psíquico que creará en él un evidente complejo de inferioridad, y cada vez que intente realizar el coito se sumarán los efectos somáticos de su impotencia más la fuerte inhibición psíquica ejercida por el recuerdo de la impresión desagradable que en él causó su ineptitud en la primera vez que se acercó sexualmente a una mujer.

Que en la espina bífida hay parte de impotencia funcional no orgánica, no cabe duda, y la prueba está en que en la doctrina de las sentencias Rotaes, aunque se reconoce la incurabilidad de la impotencia por espina bífida oculta, sin embargo no se han atrevido a declarar nulo el matrimonio por si acaso sucedía que en el futuro tal impotencia fuese sanable, lo cual demuestra que en la mente de los peritos existía una imprecisión para concretar la naturaleza de la incapacidad a que nos referimos.

A medida que los conocimientos médicos sobre este asunto se han ido perfeccionando, podemos decir que la impotencia por espina bífida cae en la mayoría de las veces, tanto clínica como legalmente, más en la parte de lo somático que de lo psíquico, y así, en este grupo de impotencias funcionales mixtas psicósomáticas, hemos empezado por las que tenían más de psíquico que de orgánico, poniendo en primer lugar a la neurastenia sexual, terminando por las que, aunque participando de las dos, hay un indiscutible predominio de lo somático, como es ésta que

estamos tratando, que, aunque hubiera hecho mejor papel en el grupo que sigue, no obstante, por sistemática hay que dejarle un lugar en este grupo intermedio de impotencias funcionales.

Funcional de origen somático.—En el grupo de impotencias funcionales de base exclusivamente *somática*, tenemos aquellas debidas a enfermedades del neuroeje cerebrales o medulares que por causas morbosas o traumáticas han dado lugar a degeneración, cicatrización o compresión de las vías nerviosas que ponen en relación el cerebro con los centros erectores lumbares, pasando de allí a la médula espinal, médula oblongada, puente de Varolio, pedúnculos cerebrales hasta la corteza.

De donde están situados los centros nerviosos que rigen los instintos sexuales, se ha hablado de su localización en el cerebelo, según unos; otros lo hacen radicar en el engrosamiento lumbar de la médula, aunque se ha visto que enfermos fallecidos y que en la autopsia presentaban alteraciones del cerebelo, han tenido algunos de ellos conservada y aun aumentada su excitabilidad sexual; lo mismo ha ocurrido con otros que sufrían de paraplejía y que tenían, por consiguiente, lesionada la médula en su nivel lumbar.

No obstante, hay que desechar las teorías puramente fisiológicas, haciendo constar que siempre que exista una lesión del sistema nervioso cerebroespinal, hay perturbaciones por parte de las facultades genésicas, sea en más o en menos.

En todas las afecciones en foco que afecten a la médula lumbosacra, en la que se halla localizado el centro de la erección, serán frecuentes los trastornos erectorios junto con la demás sintomatología por ellas presentada. Pero, según el nivel en que resida la lesión medular, habrá una característica particular de presentarse la impotencia. Así, si ésta está por encima de los centros lumbares, la erección puede lograrse mediante estímulos locales (masturbación), pero no tendrá lugar bajo la influencia de estímulos de origen cerebral (imágenes eróticas).

En casi todas las afecciones medulares sobreviene impotencia, como las tabes, esclerosis múltiple, mielitis.

El curso, como en todas ellas, es inalterable, salvo algunas remisiones, no pudiéndose esperar su curación, y, por lo tanto, la impotencia que de allí resulta es permanente.

Esto no quiere decir que estos enfermos puedan tener una primera fase de hiperexcitabilidad genital, lo cual se explica perfectamente si tene-

mos en cuenta que en todas las formas neuropáticas el proceso morboso actúa primeramente como irritativo, que es lo que produce el aumento de sensibilidad, y luego como destructivo, paralizando la actividad sexual.

Se han visto, no obstante, casos de individuos parapléjicos en los que no sólo han sido capaces de erecciones, sino que se han entregado activamente a la masturbación o han sufrido de forma satiriásica. Brouardel cita el ejemplo de un enfermo que, afecto de ataxia locomotriz, era presa de erecciones continuas y dolorosas durante la noche sin ir acompañadas de pensamientos lúbricos que le impedían el descanso y que no le aliviaba con ningún tratamiento, durándole esta excitabilidad dieciocho meses. Esto se debe a que los traumas que tienen lugar a un nivel bastante alto de la médula producen priapismo (erecciones permanentes) por irritación, mientras que las lesiones de la porción lumbar dan lugar a impotencia con perturbaciones en la eyaculación.

También en los procesos cerebrales, tumores, traumatismos del cráneo que afectan a los centros que en la base del cerebro controlan más o menos parcialmente las funciones sexuales, parálisis progresiva, sífilis cerebral, se da en ellos la impotencia funcional somática.

En las enfermedades infecciosas, agudas y crónicas; en las consuntivas, anemia, hemorragia, caquexia e hipoalimentación, van acompañadas de una disminución de las funciones genésicas. No quiere esto decir que en algunas ocasiones haya habido individuos que en pleno período febril de una enfermedad contagiosa, como la viruela, pulmonía o tifoidea, hayan tenido relaciones sexuales. Brouardel refiere el caso de un tuberculoso que pudo practicar el coito treinta y cuatro horas antes de su muerte.

Igual ocurre en las intoxicaciones por alcoholismo, morfina, cocaína y especialmente en la bromurada y en la arsenical.

En el alcoholismo puede haber antes de la embriaguez un período de excitación, pero, pasado éste, el individuo suele perder sus facultades genitales.

En la intoxicación crónica por la morfina hay, junto a la anorexia, estreñimiento, oliguria, una pérdida del apetito sexual, observándose en el período de convalecencia o deshabitación un aumento del mismo.

Esta falta de erección por mecanismo tóxico sería debida a la depresión nerviosa producida por la acción inhibitoria de las toxinas y venenos sobre los centros.

Tenemos, además, en este grupo el conjunto de trastornos endocrinos que producen impotencia, entre ellos los siguientes:

Acromegalia, que es debida a una hiperfunción o disfunción del lóbulo anterior de la hipófisis. Ya dijimos al principio de este capítulo la relación entre la hipófisis y el desarrollo de los órganos genitales, originándose por disfunción de aquélla la disminución de la libido. Esta enfermedad de la hipófisis da lugar a un aumento del tamaño de los órganos externos, pero no coincidiendo con un aumento de la libido, sino todo lo contrario: hay una disminución que conduce a la impotencia, aunque haya, como suele ocurrir en estas impotencias funcionales, una excitación al principio del proceso morboso. Cuando cesa la actividad sexual se atrofian los testículos, lo cual también sucede cuando la acromegalia aparece antes de la pubertad.

Parecido a lo que hemos visto en la acromegalia podríamos decir de la distrofia adiposogenital o enfermedad de Froelich, en la que, como ya da a entender su nombre, hay una obesidad con una marcada hipotrofia de los órganos genitales, con frecuencia criptorquidia, notándose en el hombre, al llegar a la edad adulta, impotencia con falta de libido y de los caracteres sexuales secundarios, barba y bigote. En la mujer también ocurriría una cosa análoga.

En las afecciones del tiroides hay perturbaciones en la esfera genital; así, en el hipertiroidismo o enfermedad de Basedow habría, en los casos poco acentuados, aumento de la libido; en los graves, impotencia. En el mixedema o hipotiroidismo hay apagamiento del deseo sexual.

También en la diabetes se encuentra impotencia y disminución de la libido.

Asimismo, pueden ser causa de impotencia ciertas enfermedades que producen dolores y parálisis, como la poliartritis reumática y las hemorragias cerebrales.

Con esto habremos pasado revista a los principales defectos que dan origen a la impotencia funcional, una de las más interesantes por lo que respecta a su estudio, ya que, como sabemos, es muy difícil de evidenciar. Cualquiera es capaz de reconocer una falta o atrofia del pene, de testículos, una elefantiasis como causas que crean impotencia, pero será difícil distinguir cuándo se trata de una de tipo funcional, tanto más si ésta se acompaña de un desarrollo normal de los caracteres sexuales secundarios.

Siguiendo el orden previsto, nos referimos ahora, dentro aún de la *coeundi*, a la llamada

Impotencia instrumental u orgánica local.—En ella no se puede realizar el coito por obstáculo mecánico dependiente de alteraciones anatómicas del pene, escroto o tejidos circundantes.

Entre los defectos del pene tenemos unos congénitos, la aplasia; la falta de pene por esta causa es muy rara; más corrientes son las lesiones adquiridas por causa traumática o morbosa.

La forma traumática reconoce algunas veces un fin religioso, como ocurre con los *Skoptzi*, miembros de una secta de Rumania y Rusia que han sufrido la amputación de la verga con una idea mística, ya que estos fanáticos tienen como base de sus creencias que el hombre es esencialmente malo, enemigo de Dios, y, por lo tanto, se proponen la destrucción de la humanidad para que ésta no se reproduzca y quede en el mundo sólo Dios, que es únicamente bueno y justo.

El mismo Orígenes, célebre doctor de la Iglesia, se hizo la castración cuando tenía dieciocho años, para evitar sospechas en sus relaciones con las catecúmenas, al confiársele la instrucción de los fieles de Alejandría.

Y los discípulos de otro Orígenes, hereje de Egipto, consideraban pecaminoso el ayuntamiento carnal aun dentro del matrimonio, sosteniendo que éste había sido inventado por el diablo.

La amputación traumática del pene puede haber sido consecuencia de una herida de guerra por explosión de alguna bala.

Las enfermedades que ocasiona la mutilación de la verga pueden ser la gangrena, los chancros fagedénicos, el cáncer, que puede presentarse en los que padecen de fimosis, debido a la acción irritativa local. Este cáncer de pene va corroyendo poco a poco los tejidos del órgano. Siendo yo estudiante en nuestra Facultad, tuve ocasión de ver un enfermo presentado en la policlínica universitaria, en el cual había desaparecido casi por completo su miembro viril, destruido por carcinoma de tipo infiltrante ulceroso

La fimosis puede dificultar el coito, pues, si es muy cerrada, hace la erección dolorosa. Aunque esta anomalía tiene fácil arreglo con la circuncisión, si el cónyuge se niega a someterse al tratamiento quirúrgico, puede ser causa suficiente para la anulación del matrimonio. Aunque la operación es sencilla, puede a veces llegarse a un resultado desastroso cuando es hecha por quien, no practicando habitualmente la cirugía, la

misma sencillez ocasionalmente le ha hecho atreverse a practicarla, como un caso referido por Brouardel de un hombre joven, recién casado, que tenía una fimosis que le estorbaba grandemente para las relaciones sexuales; queriendo librarse de estas molestias para mejor cumplir sus deberes de esposo, se dirigió a un médico, el cual, sin haber sido cirujano, se resolvió a realizar la operación, descuidándose de dejar la piel suficiente de prepucio, de tal manera que, al cicatrizar la herida, la cubierta del pene era tan corta que impedía la erección del mismo por el intenso dolor experimentado por este desdichado.

Otras veces son cicatrices consecutivas a procesos gangrenosos o traumáticos, los que, deformando por tracción el pene, le impiden realizar la cópula. Igualmente, infiltraciones sifilíticas o carcinomatosas de los cuerpos cavernosos dificultan la erección.

Pueden haber dificultades por el tamaño del pene, cuando sea excesivamente pequeño por infantilismo o hipoplasia, o desmesuradamente grande por causa natural o patológica (elefantiasis).

El que sea muy pequeño o esté parcialmente mutilado no impide el que pueda ereccionarse y realizar la cópula. Hay que pensar que muchas veces, si no ha sido desflorada la mujer, es debido a anormal resistencia de su himen y estos individuos pueden realizar el coito con otras muchas mujeres, siendo, por lo tanto, su impotencia a lo sumo relativa y no absoluta. Cuando el tamaño del pene es excesivo, ocurre lo mismo, como ya dijimos al hablar en el capítulo anterior de la impotencia relativa, pero en una elefantiasis, por ejemplo, ya la impotencia que resulta es completa.

También la imposibilidad para el coito puede nacer de alteraciones patológicas del escroto y tejidos vecinos, como en los tumores y elefantiasis; tal es el caso observado por Hofman de un sujeto en el cual el escroto llegaba hasta la rodilla, teniendo el tamaño equivalente al volumen de tres veces la cabeza de un adulto. Este individuo no podía realizar la cópula con su mujer, ya que el miembro en erección estaba totalmente ocultado por el tumor.

Iguales obstáculos se darían en la hernia escrotal irreductible, de uno o ambos lados, y en los hidroceles voluminosos.

La excesiva obesidad del abdomen del sujeto hará muy difícil, si no imposible, la inmisión del pene, especialmente si también el abdomen de la mujer es excesivamente grueso.

Vistas las causas productoras de la impotencia *coeundi*, pasamos a continuación al estudio de la etiología de la imposibilidad de generar en el varón.

IMPOTENCIA "GENERANDI"

Tanto la impotencia al coito como la de la generación son independientes la una de la otra, en cuanto un individuo impotente para engendrar puede ser plenamente potente desde el punto de vista *coeundi*, y otro afecto de impotencia para la cópula puede resultar fecundante aun con una erección insuficiente que dé lugar a deposición de semen *ante portam*.

Sin embargo, jurídicamente no puede decirse que exista potencia *generandi* cuando, obtenido el semen por aspiración, onanismo o poluciones, es llevado artificialmente a las vías genitales femeninas y se obtuviera así la fecundación.

Para que haya capacidad para la procreación se necesita elaboración de semen fecundo, lo cual supone testículos y espermatogénesis normales y eyaculación del esperma en vagina, para lo que se requieren vías espermáticas expeditas y que tenga lugar el reflejo eyaculador.

Cuando faltan las dos primeras condiciones enunciadas, a saber, el semen fecundo o la permeabilidad de las vías espermáticas, tendremos la azoospermia.

Azoospermia.—Esta puede ser fisiológica o patológica, y esta última, a su vez, de origen secretorio cuando faltan o están atróficos los testículos, y de origen excretorio cuando hay obstrucción de las vías seminales en el epidídimo o en los conductos deferentes.

Azoospermia fisiológica.—Como dijimos anteriormente, la facultad de la fecundación comienza en los jóvenes unos dos años después que se ha iniciado con la pubertad la aptitud al coito, viniendo a suceder, si ésta tiene lugar normalmente a los trece años, la potencia procreadora lo sería a los quince, siendo raro encontrar espermatozoides en los menores de trece años. Hay casos, no obstante, en la literatura médica de capacidad

generadora en menores de esta edad, como el observado por Klose, de un embarazo en una muchacha de quince años cuyo autor no tenía más que nueve años; y otro citado por Mata, sucedido en Barcelona, en el que dos hermanitos de corta edad durmieron juntos, quedando la hermana, que aún no tenía los signos de la pubertad, embarazada, y sucumbiendo por dicha causa al no poder dar a luz.

De la época en que termina la aptitud a la fecundación se han señalado paternidades en edades muy avanzadas, acabándose, por término general, la presencia de espermatozoides en el eyaculado antes que la aptitud al coito. Son muchos los autores que citan casos de ancianos que han conservado su aptitud procreadora; así, tomaremos como ejemplos el comunicado por Manunza de un viejo que, provisto de tres testículos, conservaba la capacidad al coito y a la procreación a los ochenta y cinco años; otros que nombra Zacchias, igualmente hábiles para la generación a los ochenta y seis y noventa y dos años. Casper, citado por Sappey, hace mención de un individuo de noventa y seis años en el cual se encontraron filamentos espermáticos, y Duplay, examinando el esperma de varios sujetos seniles, entre los setenta y tres y noventa años, ha visto que tenían tantos espermatozoides como en un adulto aún joven.

Azoospermia patológica.—Puede ser de causa testicular o epididimaria. La *testicular*, a su vez, puede deberse a falta o pérdida de los testículos y a atrofia de los mismos.

La falta de testículos sobreviene por anorquidia, o sea la ausencia congénita, afección que es extremadamente rara y casi siempre se descubre en la autopsia. No es lo mismo el criptorquismo o falta de descenso de los testículos a las bolsas, y que estudiaremos a renglón seguido en las atrofas testiculares. Puede haber también ausencia congénita de los conductos deferentes.

Más frecuente es la pérdida de los testículos por lesión traumática, ablación quirúrgica (castración) o enfermedad.

Entre las lesiones traumáticas puede ocurrir por heridas accidentales, por el fuego. La castración puede ser realizada como práctica religiosa en los *Skoptzi*, haciéndose también en los eunucos en operaciones quirúrgicas. Esta mutilación no quita la capacidad al coito, ya que permite la erección, siendo muchos los que, así privados de testículos, se entregan desenfrenadamente a los excesos genitales. No ocurre lo mismo con la capacidad para la fecundación, y, aunque se haya dado algún caso en que

sujetos castrados después de la pubertad hayan podido engendrar, esto sólo podrá haber ocurrido con el primer coito tenido poco tiempo después de la operación, debido al semen contenido en las vesículas seminales, y así ellos podrán tener un hijo, pero nunca dos.

Si la castración ha ocurrido antes de la pubertad, no se desarrollarán los caracteres sexuales secundarios.

Puede ser suprimida la función testicular por neoplasias o por infección sífilítica o gonocócica. La sífilis puede atacar al testículo en el período secundario y terciario. La forma esclerogomosa produce destrucción de los lóbulos y esclerosis difusa del parénquima. En la forma esclerosa el testículo se transforma en un nódulo fibroso, en el cual los túbulos seminíferos están completamente destruidos.

Dentro de la azoospermia testicular tenemos la producida por *atrofia glandular*, pudiendo ser ésta evolutiva o patológica.

Las atrofas evolutivas pueden resultar por defecto congénito o por detención del desarrollo del testículo unido a otros síntomas de infantilismo; son éstos los casos de eunucoidismo, que por insuficiencia gonadal presentan los mismos caracteres de los eunucos, pero sin haber sufrido la extirpación de los testículos.

En el otro extremo de la vida, es la atrofia senil la que reduce la actividad de estas glándulas.

A este mismo grupo pertenece el criptorquismo, en el cual quedan los testículos detenidos en su recorrido hacia el escroto durante la vida embrionaria, permaneciendo en el canal inguinal, cavidad abdominal o siguiendo un falso camino que les haga quedar situados en la región perineal, subabdominal, retrovesical o crural.

Según donde el testículo quede detenido, columna lumbar, fosa ilíaca o conducto inguinal, será una ectopia lumbar, ilíaca o inguinal, respectivamente. En el embrión, el testículo se desarrolla en el abdomen junto a la columna lumbar, por detrás del riñón.

En realidad, el término criptorquidia debería reservarse para los testículos situados en la porción lumbar o abdominal, que son los que verdaderamente están ocultos. Las causas mecánicas que se oponen al descenso de los testículos son las malformaciones del canal inguinal, las bridas que obstruyen este canal, la epiploiditis de la primera infancia, el uso de ciertos vendajes en la hernia del lactante, así como algunas medidas del tratamiento precoz de la hernia inguinal. Otras causas pueden ser las de origen

endocrino, entre ellas la existencia de un ligamento suspensor demasiado corto que, aunque en realidad se trata de un factor mecánico, sin embargo está en relación el alargamiento del cordón con influencias hormonales. La fase final del descenso y desarrollo de los testículos se debe a las gonadoestimulinas hipofisarias. Los andrógenos favorecen el alargamiento del cordón; los estrógenos y la progesterona, por el contrario, se oponen al descenso del testículo. De aquí que, entre las causas endocrinas que conducen a la ectopia, tendríamos las de origen hipofisario o hipotálamo-hipofisario, como el infantilismo y el síndrome adiposogenital; las de origen testicular por aplasia o atrofia primitiva de esta glándula, y las de origen estrogénico por exceso de estrógenos circulantes durante la gestación en una madre muy femenina o sometida a un tratamiento hormonal que inhibirían las estimulinas hipofisarias, deteniendo el descenso y desarrollo del testículo en el niño.

En cuanto a si la criptorquidia produce o no impotencia a la generación, ha habido muy variadas opiniones, lo cual nos obliga a detenernos un poco en este punto. Es de recordar cómo Sixto V, en una carta dirigida en 1587 al nuncio en España le ordena que declare nulo el matrimonio entre criptórquidos. Ya Hunter, en 1786, señalaba la anormalidad del testículo ectópico y se declaran igualmente por la impotencia producida por efectos de este trastorno, Curling, Godard, Gosselin y Liegeois. Felizet y Branca aseguran que en los individuos con testículos ectópicos no se produce generalmente la secreción espermática, y Kolicko no encontró zoospermos en los testículos de un criptórquido doble asfixiado por óxido de carbono. Entre los modernos, Argüelles considera a los criptórquidos infecundos porque en ellos está abolida la espermatogénesis, pero no son impotentes, pues en ellos se conserva la capacidad para el coito. Ponsold también considera a la criptorquidia como determinante de infecundidad por la misma razón de falta de espermatogénesis, pero ella no da lugar a los síntomas de la castración ni a la ausencia de los caracteres sexuales secundarios.

Estiman, por el contrario, como potentes a los criptórquidos, entre otros Taylor, que cita cuatro casos de hombres afectos de criptorquismo que tuvieron hijos en diferentes matrimonios. Pelikan también enseña casos parecidos, así como Rolfinck, Hallen y Ziebert. Beigel encontró espermatozoides en gran número en el esperma de un hombre afecto de criptorquidia doble. Palmieri se expresa en este punto diciendo que el criptorquismo

no es intrínsecamente causa de impotencia *generandi*; lo que ocurre es que los testículos fuera de su sitio están con frecuencia atrofiados, siendo incapaces de la producción de semen.

En la vida fetal, los testículos emigran al orificio inguinal interno al cuarto mes, viniendo a llenar las bolsas al octavo mes de gestación. Los testículos en condiciones normales van aumentando hasta llegar a la pubertad, en la que se produce un mayor diámetro de los tubos seminíferos, tiene lugar la espermatogénesis, la maduración de las células de Sertoli, que proceden de las células indiferenciadas, y se multiplican en el estroma intertubular las células intersticiales de Leydig. Si el testículo queda detenido en la porción abdominal, quedarán hipoplásticos los tubos seminíferos, pero no se alterarán las células de Sertoli y de Leydig, a las cuales se atribuye la función endócrina del testículo, lo que explica que en los criptórquidos se conserve íntegra la libidine y sea posible la cópula. Si ha ocurrido algunas veces la impotencia en los afectos de criptorquidia, podría ser debido a coito doloroso por compresión abdominal o por congestión de los testículos contenidos en las ingles, por escasez de las citadas células de Leydig y deficiencia en su función o cuando este defecto se asocia a otras anomalías genitales.

Yo he tenido la ocasión de ver en mi consulta un niño de cuatro años con criptorquidia doble, en el cual llamaba la atención el escroto vacío, replegado, recogido en la base del pene; los testículos se podían percibir en el orificio externo del conducto inguinal, desde donde se les podía hacer descender a las bolsas, pero volvían en seguida a subir debido a la elasticidad del cordón demasiado corto.

Parece deducirse, después de consultados diversos pareceres, que en la criptorquidia se conserva la libidine y se es capaz de realizar el coito, pero éste es completamente infecundo por falta de elaboración del semen, lo que explicaría perfectamente que los criptórquidos fueran declarados impotentes, análogamente a los eunucos, por la Santidad de Sixto V en 1587 y por un decreto del Parlamento de París de 1664; además, no cabría duda de que este impedimento siempre es antecedente a la celebración del matrimonio. También la patología parece dar la razón cuando considera la criptorquidia bilateral como causa de esterilidad en la mayoría de los casos, ya que el testículo sólo podría madurarse a la temperatura que posee en el escroto y no en la de la cavidad abdominal, cuyo calor impediría la espermatogénesis posterior, aunque sin alterar la función inters-

ticial, que es la que permitiría la presencia de la libidine. Sin embargo, de lo dicho hay que tener en cuenta, por el contrario, otras razones no despreciables. Aparte de los casos citados por los diversos autores que dijimos anteriormente, en los que se ve individuos que a pesar de su anomalía han tenido hijos del matrimonio, hemos de considerar que la diferencia entre la temperatura del escroto y la del abdomen o de la ingle no debe ser tan grande, y además tenemos el ejemplo de muchos mamíferos en los cuales los testículos situados habitualmente en el abdomen no descienden al escroto más que en la época de actividad sexual, lo que demuestra que su estancia en la cavidad abdominal no le resulta perjudicial

H. Anderson y colaboradores, realizando treinta biopsias en niños entre los seis y catorce años, han observado que ningún testículo ectópico estaba degenerado; en cambio, en los niños en que esta ectopia iba unida a una aplasia genital por enfermedad encefálica, sí que presentaban los testículos signos de degeneración.

Es, sobre todo, a los estímulos hormonales, al estado histológico o funcional del testículo ectópico, a los que debe atribuirse las alteraciones de la espermatogénesis y su consecuencia la esterilidad, más que a la situación anormal o al calor del abdomen; por eso, a veces, después de la orquidopexia no por eso se evita la infecundidad.

Esto nos hace pensar si no será la atrofia del testículo consecuencia de la ectopia, sino, al contrario, que muchas veces ésta sea el resultado de una alteración primitiva de aquél, como vimos en las causas endocrinas de esta anomalía.

No podemos tampoco comparar la criptorquidia con el eunucoidismo, pues, aunque es una manifestación hipogenital, se diferencia de éste en que aquélla es un trastorno topográfico y éste es histológico, y, además, también, que, aunque el testículo criptorquídeo esté igualmente lesionado, estas lesiones son distintas de las del eunucoidismo, pues así como en éste están afectados la totalidad del parénquima, epitelio germinal y tejido intersticial, las lesiones criptorquídeas están localizadas generalmente en el germinal, no alterando en absoluto el intersticial.

Según esto, en el criptórquido habría esterilidad, pero se conservaría la secreción interna del testículo que se debe a la parte intersticial, desarrollándose, por lo tanto, perfectamente los caracteres sexuales secundarios y la libido. Hay autores que opinan que en la criptorquidia hay no sólo

pérdida de aptitud fecundante, sino también de la secreción interna general. Por el contrario, Oslund, Ratterer y Wininwarter, entre otros, no aceptan la desaparición del tejido germinal en el testículo criptorquídeo, afirmando que o está explícitamente desarrollado, o por lo menos que, aunque esté disminuído, existe siempre.

Por todo lo dicho, creo que no debemos considerar la criptorquidia como causa sola de impotencia e infecundidad, sino sólo en algunos casos, aunque sean en mayoría, debiéndose, por tanto, antes de declarar la impotencia en los criptórquidos, hacer un estudio del caso en particular con las anormalidades que le puedan acompañar, y, de no obtenerse un resultado claro, proponerlo como dudoso.

La *atrofia testicular patológica* puede sobrevenir por causas de tipo general, como la obesidad, acción de factores físico-químicos, así como las inflamaciones originadas por enfermedades infecciosas. Entre estas últimas tenemos las orquitis de causa gonocócica, que producen el 65 por 100 de los casos de esterilidad; la sifilítica y, sobre todo, la consecutiva a la parotiditis, en la cual sucede la atrofia en la proporción de dos por cada tres orquitis. En la parotiditis, si el enfermo no ha llegado a la pubertad, la complicación orquítea es excepcional; en cambio, si ha alcanzado aquélla, la orquitis es una complicación bastante frecuente. En la orquitis parenquimatosa hay destrucción total o parcial del epitelio germinal. Es causa del 13 por 100 de esterilidad en el hombre. Algunos autores aconsejan la intervención precoz en la orquitis eurliana con incisión de la túnica albugínea y drenaje del líquido hidrocélico para evitar la atrofia.

Las fiebres de Malta producen igualmente atrofia de los túbulos seminíferos del testículo.

Por último, también entre las enfermedades infecciosas la tuberculosis genital, atacando todas las formaciones, testículos, epidídimo, deferentes, vesículas seminales y próstata, dará lugar a azoospermia secretoria y excretoria, ya que ocasionará modificaciones cualitativas y cuantitativas del semen por la atrofia testicular y por la alteración prostatovesicular, y además producirá oclusión de los conductos deferentes.

Ya señalamos el papel que los procesos morbosos del cerebro, cerebelo y médula espinal podían ejercer como alteradores de la potencia genital, debiéndose la atrofia de causa encefálica a la lesión del centro sexual del *tuber cinereum*.

Entre las atroñas debidas a la acción de factores generales físico-químicos, tenemos las intoxicaciones crónicas por alcohol, plomo, estupefacientes, morfinismo y tabaquismo. Estas producen oligospermia y astenospermia que desaparecen en cuanto cesa la acción tóxica. El empleo de tóxicos mitóticos del tipo de mostazas nitrogenadas para el tratamiento del linfogranuloma y otros tumores malignos, al mismo tiempo que atacan las formaciones de la médula ósea, también pueden ocasionar una atroña testicular.

La administración de estrógenos puede, igualmente, dar lugar a una verdadera castración química con atroña de los testículos por neutralización de la hormona testicular. Experimentalmente se ha visto que en los animales machos adultos las hormonas estrógenas provocan una disminución de tamaño en el testículo, atroña de los conductos seminíferos, cese de la espermatogénesis, produciéndose al final también la atroña de las células intersticiales. En clínica humana se han observado trastornos degenerativos en los testículos después de administrar hormonas estrógenas. Estas alteraciones se atribuyen a la inhibición funcional gonadótropa del lóbulo anterior de la hipófisis, pues se ha visto que la atroña testicular cesa cuando son administrados simultáneamente con los estrógenos los extractos gonadótropos.

Las alteraciones por rayos X pueden dar lugar a oligospermia y azoospermia por disminución considerable del epitelio germinal. Estas lesiones serán unas veces reversibles y otras definitivas, siendo proporcionales: 1.º, a la dosis y al tiempo de la irradiación; 2.º, a la edad del sujeto (los dídimos de los jóvenes son más radiosensibles), y 3.º, a la sensibilidad individual.

Es importante el estudio médico de la castración radiológica, tanto más cuanto que ella puede entrar en lo que se llama impotencia procurada, más frecuente en la mujer que en el hombre.

Esta atroña testicular por radiaciones, cuando es definitiva, deberá causar impotencia canónica por falta de semen fecundo, pero esto será difícil de evidenciar, ya que el Derecho Canónico reprueba los medios corrientes de obtención del esperma, como masturbación y coito condonado, que serían los que demostrarían la existencia de azoospermia; y, por otra parte, Sixto V, en su antigua Bula, no podía prevenir la presentación de este caso, análogo al eunuco, cuando aún no se conocían los métodos radiológicos.

Las radiaciones de la energía nuclear, bomba atómica, dan lugar a que la espermatogénesis sea abolida por destrucción del epitelio seminífero, como se ha podido observar en algunos individuos de los lugares afectados por las explosiones atómicas.

Las avitaminosis A, B y E originan experimentalmente en los animales de laboratorio atrofia testicular. Las alteraciones genitales ocasionadas por la falta de vitamina D se deben más a los efectos de la distrofia general producida por dicha avitaminosis.

Entre las causas locales que producen la atrofia del testículo tenemos las originadas por compresión, como en el hidrocele, varicocele, hematocele, hernia escrotal voluminosa e irreductible, tumores. En el varicocele, la flebectasia de las venas espermáticas produce, por regla general, una oligospermia; solamente cuando adquiere proporciones más notables puede ocasionar una azoospermia.

Conducen a lo mismo la trombosis de los vasos espermáticos, la torsión del cordón, así como la sección del nervio espermático, que, practicada experimentalmente en los animales, se ha visto que ocasiona una atrofia testicular completa.

Puede haber también orquitis traumática por contusiones, por traumas obstétricos, sobre todo en partos difíciles que pueden ocasionar infartos hemorrágicos en el testículo del recién nacido, de lo que se puede seguir una atrofia completa del órgano. Traumas quirúrgicos son producidos con ocasión de operaciones de hernias, varicocele, hidrocele, orquiopexia o sobre el escroto, que originan alteraciones en la vascularización del testículo o ligaduras del conducto deferente. Sobre todo si la glándula ya estaba comprometida, la atrofia es más fácilmente alcanzada.

También las punturas exploradoras del testículo para un estudio microscópico de algunos trozos de tejido, dan lugar en el punto de introducción del trócar a una reacción inflamatoria que produce lesión en la glándula. Pueden dañarse igualmente los testículos por accidentes banales o deportivos en la práctica del fútbol, ciclismo, equitación. Hemos visto sobrevenir una orquitis traumática en un futbolista *amateur* causada por un fuerte golpe de balón recibido sobre sus órganos genitales.

Azoospermia de causa epididimaria y funicular.—La orquiepididimitis bilateral de origen blenorragico es una de las causas más frecuentes de esterilidad en el varón. La infección gonocócica, siguiendo desde la uretra un camino ascendente, viene a dejar secuelas en todo el trayecto de las

vías espermáticas, pasando por el *veru montanum*, conductos eyaculadores, vesículas seminales, conducto deferente hasta el epidídimo. El proceso cicatricial que sigue a la fase aguda de la inflamación da lugar a obliteración unilateral o bilateral de las vías seminales, que produce la detención de los espermatozoides y es causa de la esterilidad. Se reconocen estos casos por una induración que se encuentra de preferencia en la cola del epidídimo, apreciándose por palpación un nódulo situado en el canal seminal correspondiente a cada testículo. La época en que se inicia la esterilidad corresponde, generalmente, a la de iniciación del proceso inflamatorio en la mucosa del epidídimo que origina la inmovilidad de los espermatozoides.

Sin embargo, esta oclusión no siempre es permanente, sino que a veces se restablece la comunicación, espontáneamente o por medio de la intervención quirúrgica, que se hace practicando la anastómosis deferento-deferencial término-terminal o látero-lateral y la deferento-testicular, con las que se obtienen, tanto para las obstrucciones de causa infecciosa como para los casos de vasectomía, un 42 por 100 de curaciones, según la casuística de M. Sorrentino, y un 64 por 100 en la registrada por Bayle. La tuberculosis genital es contraindicación para la intervención quirúrgica con anastómosis epidídimo-deferencial, por la multiplicidad de focos propios de esta afección y por la consideración de que la tuberculosis genital es casi siempre secundaria a la tuberculosis renal.

Además del gonococo, las epididimitis pueden ser causadas por otros gérmenes como el de la tuberculosis ya citado, el cual generalmente se extiende más allá del cuerpo epididimario a la región prostatovesicular y al parénquima testicular, también por la infección sifilítica en el período terciario, por el colibacilo, del que hemos visto una dispensa por matrimonio no consumado en una sentencia rotal de 16 de febrero de 1940 (S. R. R. Dec. seu Sent., vol. xxxii, 1940, Dec. xiii, pág. 119) y por el estafilococo y otros gérmenes banales, las cuales, si no son tratadas oportunamente, pueden conducir a una verdadera esterilidad de tipo excretorio.

Hoy, la medicación quimioterápica y antibiótica han hecho disminuir la proporción de casos de esterilidad por enfermedades infecciosas, aunque, con todo, es siempre un factor importante digno de ser tenido en cuenta.

Llegados aquí, vamos a detenernos brevemente para tratar del problema de los vasectomizados, que son considerados jurídicamente como

impotentes por no poder aportar el semen en el acto conyugal y que, además, plantea serias dudas en lo que respecta a la perpetuidad de este defecto y sobre si puede ser restablecida la continuidad de los conductos deferentes por medio de intervención quirúrgica.

Si se prueba con certeza que la vasectomía doble es incurable, constituye verdadero impedimento de impotencia, declarándose nulo el matrimonio por falta de semen testicular. Así lo establece la Sagrada Rota Romana, como se deduce de recientes sentencias, entre ellas la decisión dada por el Sagrado Tribunal en 25 de abril de 1941. Como hay opiniones médicas que afirman que puede restablecerse la comunicación de los conductos deferentes por medio de otra operación, aunque este criterio no es general, ello daría lugar a considerar la vasectomía como temporal, pero con cierta duda, y, por lo tanto, mientras sea la impotencia dudosa no puede impedirse el matrimonio, como declara el canon 1.068, 2, cuando la impotencia es dudosa con duda de hecho o de derecho. Mientras persistan los efectos de la vasectomía, el matrimonio no puede considerarse consumado, y aunque no puede declararse nulo por no haber impotencia perpetua, sin embargo puede pedirse dispensa de la Santa Sede por matrimonio rato no consumado.

Los resultados alcanzados por la operación destinada a la reparación de los efectos de la vasectomía es lo que ha dado lugar a los más variados pareceres sobre la utilidad de la acción quirúrgica, y es en lo que hemos de recoger el mayor número de opiniones posibles para juzgar con arreglo a las que nos parezcan más certeras sobre esta posibilidad de rehabilitar al vasectomizado, ya que se trata de un punto dudoso y de cuya resolución o aclaramiento tiene que decidirse el que no sea considerada esta anomalía (esterilidad médicamente) como impotencia perpetua en el Derecho, sino simplemente como impotencia temporal con posibilidad grande de recuperación.

Entre los canonistas, De Smet, Gasparri, Wernz-Widal y otros, consideran la intervención difícil y delicada, con resultados dudosos, constituyendo, por lo tanto, un impedimento dirimente. También, entre los médicos, los doctores Blanch y Cardenal juzgaban el restablecimiento poco menos que imposible. El padre Gemelli y el doctor O'Malley creen posible la reconstrucción de los conductos y, además, consideran a los vasectomizados como estériles y no impotentes.

Estos valiosos juicios dados por ilustres autores del Derecho y de la Medicina no son suficientes para decidimos a llegar a una conclusión convincente del asunto, siendo preciso que hagamos algo de historia y veamos los porcentajes dados por nuestros colegas cirujanos.

Fue Bardenheuer el primero que, en 1881, trató de restablecer la permeabilidad de los canales seminales para curar por medio quirúrgico una azoospermia cuya causa estaba en la oclusión mecánica de las vías excretorias. Poco después, Martin, en los Estados Unidos, intervino con éxito una azoospermia de este mismo origen. Desde entonces fue intentado este proceder operatorio en casos parecidos, pero sin resultados satisfactorios, siendo, por fin, Hagner, de Filadelfia, el que en 1936, perfeccionando la técnica de la intervención, obtuvo una proporción, entre 45 operados de anastómosis epidídimo-deferencial, de 26 curaciones. Los porcentajes de otros cirujanos fueron bastante halagüeños, entre ellos el de Bayle, de París, que consiguió el 70 por 100 de éxitos; Carver y Young, de Londres, el 30 por 100; O'Connor, de 61 operaciones, el 23 por 100, y Popelka, de Praga, el 41 por 100. Estos distintos resultados a que se llegan en las casuísticas citadas se debe a las diferentes técnicas empleadas por los autores, siendo la que ofrece mayor garantía la anastómosis epidídimo-deferencial látero-lateral, según el método de Martin descrito por Hagner. Bayle, haciendo algunas variantes a aquella técnica, es el que presenta el mayor número de casos tratados y el que ha conseguido también la mayor proporción de curaciones; con él podemos afirmar que ésta llega a un 70 por 100.

Este 70 por 100 de curaciones es ya una cifra que supone una mayor probabilidad de aciertos que de fracasos en la operación y muy digna de tenerse en cuenta para juzgar el futuro del vasetomizado, en el que la reanudación de la comunicación canalicular iría seguida inmediatamente del paso del semen con capacidad fecundante, ya que aun después de un cierre de las vías seminales, mantenido durante mucho tiempo, se conserva perfectamente la actividad del epitelio germinativo del testículo, no resulta como en los criptórquidos, en los que aun después de un tratamiento quirúrgico coronado de pleno éxito no se puede responder del estado de los órganos genitales, ya que éstos pueden sufrir alteraciones congénitas o desequilibrios endocrinos. Las alteraciones que se pueden encontrar en los vasetomizados sólo consisten en engrosamientos nodu-

lares en la porción libre del conducto seminal, en el epidídimo y una distensión testicular.

Esta práctica de la resección del conducto deferente (vasectomía) o de la ligadura del mismo fue realizada en Alemania al aplicar la ley de esterilización, con miras racistas, para evitar la descendencia de los que pudieran transmitir taras patológicas.

Aunque la operación encaminada a resarcir al individuo de este defecto, realizada exactamente según las modernas medidas quirúrgicas del método de Martin modificado por Bayle, deba ser de indudable eficacia, las perspectivas de un resultado positivo para hacer nuevamente permeables los conductos deferentes dependerán de la cantidad de aquellos que se haya resecaado y de las probabilidades de unir los cabos, reconstruyendo las vías interceptadas.

Continuando el camino anatómico seguido por el semen testicular llegamos a la vesícula seminal, donde la inflamación de la misma o vesiculitis, así como la de la próstata, pueden dar lugar a astenozoospermia o necrozoospermia, ya que la normalidad del líquido seminal es necesario para la actividad espermática. La esterilidad por esta causa remitirá con la curación de estos procesos.

Así alcanzamos, al reunirse la ampolla del conducto deferente con la vesícula seminal, el conducto eyaculador, pasando así al estudio del tema siguiente donde tratamos los disturbios de la eyaculación.

Aspermatismo y dispermatismo.—Se conoce por aspermatismo la dificultad o imposibilidad de realizar la eyaculación, y dispermatismo cuando, aunque aquélla se verifique, el semen no se vierte en su sitio adecuado.

Estos trastornos tendrán lugar por obstáculos mecánicos en las vías excretorias inferiores (conductos eyaculadores y uretra), conservándose normal el reflejo eyaculador, o por alteración del centro de la eyaculación.

Lesiones de los conductos eyaculadores.—La emisión del esperma estará dificultada cuando los conductos eyaculadores resulten comprimidos por afecciones de próstata o vesículas seminales y en las alteraciones sufridas por los mismos durante la operación de la talla. También como secuela de la blenorragia se pueden producir cicatrices en el *veru montanum*, junto a la desembocadura de los conductos eyaculadores, siendo éstos desviados de su dirección por bridas fibrosas que los hacen abocar

en el cuello de la vejiga, no pudiéndose entonces verificar la eyaculación, sino que fluye el esperma goteando y en pos del coito.

Lesiones de la uretra.—Las estrecheces de la uretra pueden también retener el semen, ya que la obstrucción se acentúa más en la erección, saliendo después con dificultad el eyaculado, goteando o mezclado con orina cuando el miembro se encuentra en estado de flaccidez.

En las inflamaciones de la uretra posterior podía resultar retardada la eyaculación por intervención de factores a la vez psíquicos y somáticos. En efecto, al obstáculo mecánico que da la inflamación se asocia el dolor, el cual a su vez produce una inhibición psíquica que conduce a entretener el esperma, retrasando su emisión.

Otras alteraciones de la uretra son las ocasionadas por una anormal abertura de su meato y que vienen representadas por el hipospadias y el epispadias.

En el hipospadias el meato urinario se abre en la parte inferior del pene, distinguiéndose varios grados según su situación; así, habrá un hipospadias balánico (en la cara inferior del glande), peniano (cara inferior del pene inmediatamente por detrás del glande), peniescrotal (ángulo del pene y del escroto), escrotal (en el escroto), perineal (en el periné). Su gravedad corresponde al mismo orden, adquiriendo solamente importancia cuando la abertura de la uretra se encuentra en la porción posterior, en la raíz del pene, pues entonces está dificultada la inmisión del semen en la vagina, sobre todo cuando existe al mismo tiempo una brida que da al pene una forma curva de concavidad inferior. Esta alteración es la más corriente y va acompañada frecuentemente de pene hipoplásico y de ectopía testicular; con todo, se han visto individuos con este defecto que han tenido hijos, observándose muchas veces en ellos la transmisión hereditaria.

En cierta ocasión vino a consultarme un muchacho de 15 años acompañado de su madre y que padecía de uretritis hemorrágica. Cuando después del interrogatorio iba ya a recetarle para su inflamación de uretra, la madre me refirió que también tenía su hijo una anomalía en su órgano genital, que me fijara en él. El chico, con un poco de reparo, me enseñó sus partes pudendas y efectivamente era portador de un hipospadias balánico.

De peores consecuencias puede ser el epispadias, o sea cuando la uretra se abre en la parte superior del pene, pudiéndolo hacer en el glande

(epispadias balánico) o en el dorso del pene junto a su unión con la sínfisis (epispadias penopubiano). Se comprende que en las formas más leves carezca de importancia, aunque pueda en ellas estar dificultada la micción y el coito, pero en las más graves, en que el meato se abre bajo de la sínfisis, el coito y la fecundación son completamente imposibles. Puede haber además extrofia de la vejiga y defecto de sutura de la sínfisis púbica.

Aspermatismo por alteración del centro eyaculador.—Puede haber falta o retardo de la eyaculación con los testículos normales y de las vías seminales expeditas.

Esto será debido a causa orgánica central en las lesiones de la médula lumbosacra por traumas, tumores, esclerosis en placas que alteren el centro nervioso de la eyaculación, respetando el de la erección, y a causa funcional cuando haya una depresión primaria de dicho centro o a consecuencia de acciones inhibitorias de origen psíquico, como ocurre en los neurasténicos y sujetos nerviosos, en los que puede darse algunas veces erección normal durante el coito sin eyaculación.

Habrá también retardado de la eyaculación de causa funcional en la hipertonicidad del sistema vegetativo, congénita o transitoria, así como en los disturbios de los órganos sexuales o del centro eyaculador, casi siempre consecuencia de la práctica del coito interrumpido que ocasiona una adaptación anormal del reflejo eyaculatorio a este nuevo mecanismo no natural. Lo mismo ocurriría por las relaciones sexuales realizadas en estado de intoxicación alcohólica.

En estas formas cesaría el orgasmo sin emisión de semen y después del coito tendría lugar la salida del eyaculado sin sensaciones voluptuosas con la primera micción.

Finalmente, como apéndice de lo dicho de la esterilidad masculina, podemos añadir que ésta tendrá lugar cuando haya deficiencia en el semen de hialuronidasa, enzima que forma parte del líquido espermático y que es necesario para contrarrestar el ácido hialurónico que protege al óvulo y dispersa las células foliculares de su corona radiata, permitiendo la penetración de un espermatozoide.

IMPOTENCIA EN LA MUJER

Análogamente a como hemos hecho para el hombre, distinguiremos también en la impotencia femenina una *coeundi* o ineptitud para el coito y otra que aquí llamaremos *conciendi*, que entraña la imposibilidad de la fecundación. La existencia de una impotencia *coeundi* no supone que haya de ocasionar necesariamente esterilidad, ya que, por ejemplo, puede darse la fecundación con persistencia del himen.

En la primera habrá que considerar una orgánica dependiente de obstáculos mecánicos de origen genital o extragenital que se oponen a la intromisión del pene y otra funcional que proviene de factores nerviosos.

Impotencia al coito.—Orgánica genital.—Según donde radiquen los obstáculos separaremos unas causas vulvares y otras vaginales. Ambas pueden oponerse a la cópula de un modo absoluto o relativo. Pueden ser también transitorias, como las erosiones, inflamaciones.

Causas vulvares.—Pueden ser congénitas, entre ellas la atresia de la vulva, anomalías por detención del desarrollo, que dan lugar a casos en los que el ano y la vulva vienen a unirse en un orificio único, formando una cloaca; otras veces existe un ano sin vulva, abriéndose la vagina en el recto y teniéndose que hacer el coito por vía anal.

Estos casos son sumamente raros y en ellos puede darse la fecundación. Thoinot refiere uno, citado a su vez por Louis, en el que a una muchacha le faltaba la parte externa o inferior de la vagina, cuya porción superior abocaba en el recto, por donde ella tenía la menstruación. Esta joven tenía un amante y éste, llevado por la pasión, le pidió tener relaciones sexuales; entonces ella tuvo que manifestarle su anomalía, y, con todo, llegaron a cohabitar, teniendo lugar la unión por la única vía posible que era la rectal. Quedó embarazada, realizándose el parto por el ano.

Estos casos de abertura de vagina en recto que citan Thoinot o Brouardel más parece que deben ser desembocadura de recto en vagina o vulva. Esto es debido a que si en el desarrollo embrionario la cloaca no se tabica de forma completa, se puede encontrar un ano preternatural; el canal urogenital se ha dividido de manera normal y, por lo tanto, hay en la mujer una uretra y una vagina bien desarrolladas y un útero normal, pero por falta de crecimiento del espolón perineal no se encuentra el periné, con lo que el recto se abre en la vagina y se origina el fenómeno llamado ano preternatural, vaginal si la desembocadura tiene lugar en la vagina y vestibular si lo hace en el vestíbulo. Se engendran así cuadros muy análogos a las fistulas rectovaginales o rectovestibulares, aunque de carácter congénito y no traumático.

También pueden haber anormalidades por parte del himen que en ocasiones ofrece mayor resistencia de lo normal.

Antiguamente, Bufón negaba la existencia del himen, llevado por el escepticismo material de su época. Otros han considerado su presencia como signo de virginidad, pero esta señal no puede considerarse como absoluta, ya que aunque su lesión constituye el éxito habitual de la cópula, sin embargo, puede muy bien, dado el grado de flexibilidad de esta membrana y más si el miembro es poco voluminoso, mantenerse íntegra, incluso llegando a quedar encinta la mujer.

Entre los obstáculos que parten de esta formación tenemos la imperforación del himen y el espesamiento del mismo. En el primer caso el orificio vaginal está cerrado, pero es raro que se llegue con esta anomalía al matrimonio, pues es con la llegada de la pubertad cuando al establecerse las reglas y no poder ser éstas evacuadas, se acumulan en vagina, la distienden, causando vivos dolores que obligan a examinar a la mujer, descubriendo la causa, que se resuelve con la intervención. El espesamiento del himen puede ser tal que permita la intromisión del miembro viril sin desgarrarse, permaneciendo completo incluso después del parto. Pero al lado de éstos hay otros que son tan resistentes que impiden por completo la intromisión del pene. Se ha visto muchas veces que estos hímenes estaban compuestos de tejido fibrocartilaginoso, siendo esta constitución producida por inflamaciones banales o microbianas, vulvitis, vaginitis.

En las causas patológicas están las cicatrices consecutivas a ciertas afecciones generales, sarampión, ulceraciones, quemaduras, chancros fage-

dénicos, difteria vulvar, viruela, gangrena, heridas, que pueden llegar a producir retracciones que impiden la posibilidad de realizar la cópula. Entre los impedimentos que surgen de lesiones de vecindad, tenemos los tumores de los genitales externos, las proliferaciones floridas condilomatosas vulvares, prolapso vaginal o uterino, obesidad, hernias inguinales voluminosas, elefantiasis de los pequeños y grandes labios, que pueden, formando un tumor, llegar hasta casi las rodillas.

El prolapso del útero hace más difícil la intromisión del pene, pero no imposible, pudiendo impedir el coito por disgusto o repugnancia por parte del varón y originando una impotencia relativa.

Causas vaginales.—Entre ellas podemos encontrar la ausencia congénita de vagina y la atrofia por infantilismo; la estrechez congénita que puede afectar a toda o a parte de la vagina y que no constituye un obstáculo insuperable, sino al coito, en el cual generalmente no se puede llevar a cabo la intromisión, al menos para la fecundación, la cual ha tenido lugar muchas veces a pesar del impedimento.

Más frecuente es el tabicamiento de la vagina, que consiste en la existencia de uno, dos, tres y hasta cuatro tabiques o diafragmas situados de manera que vienen a obstruir el conducto vaginal, imposibilitando el coito. Su espesor varía de uno a seis milímetros y pueden cerrar completa o incompletamente la luz del canal.

La oclusión vaginal puede ser debida a cicatrices consecutivas a diversos procesos infecciosos o ulcerativos o a lesiones traumáticas por heridas accidentales, obstétricas o por quemaduras. También ocasionarán la estrechez vaginal adquirida la compresión ejercida por tumoraciones vecinas o por prolapso uterinos y vaginales no reducibles.

Impotencia "coeundi" orgánica extragenital.—Puede sobrevenir ineptitud para el coito por procesos inflamatorios de las articulaciones de la cadera, parálisis de los músculos del muslo, acortamiento congénito de los aductores femorales que impiden a la mujer adoptar una posición favorable para la intromisión del miembro viril.

Aparte de las enfermedades generales que entrañan grave peligro para la vida de la mujer que queda encinta, como afecciones cardíacas, tuberculosis, hemos de considerar la estrechez de los diámetros pélvicos por raquitismo o procesos del sistema óseo, que constituyen un obstáculo para la realización del coito o para el parto.

Brouardel refiere que una mujer de 31 años fue llevada al matrimonio instada por sus parientes. Tenía, según las observaciones de los peritos médicolegistas, un aspecto enflaquecido, pálido, sin senos, presentando cifoescoliosis, pelvis estrecha y deformada con un diámetro anteroposterior de apenas una pulgada; la vagina estaba también muy estrechada, permitiendo apenas la intromisión del dedo. Ella estuvo dos años soportando las tentativas brutales de su marido, que la forzaba para tener comercio sexual sin conseguirlo, dado el lamentable estado físico de su persona. Fue pedida la separación y los médicos declararon a la mujer no apropiada para tener la cópula carnal.

Si algunas de estas mujeres mal formadas llegan a concebir, luego no pueden realizar el parto por vía natural y hay que recurrir a la intervención quirúrgica. Mata, muy acertadamente, hace la proposición de qué impresión causaría si a una de éstas que marchan al altar a desposarse, le presentásemos en el ramo nupcial, entremezclados junto con las flores, bisturys, forceps, tijeras, a los cuales ella ha de recurrir bien pronto. Lo arrojaría horrorizada sobre el lecho de himeneo, renunciando a los íntimos goces de la vida conyugal que habían de llevarla después a tales sufrimientos. Es, pues, nuestro deber así advertir a las que, mal dotadas por la naturaleza, no reúnen las condiciones necesarias para llevar una normal vida sexual.

Impotencia "coeundi" funcional.—Viene dada en la mujer solamente por la perturbación local de tipo nervioso conocida con el nombre de vaginismo.

La mujer, por ser el elemento pasivo de la cópula, aunque posee un conjunto psiconervioso que interviene en la unión sexual, determinando, análogamente al hombre, excitamiento, erección del clítoris, orgasmo y emisión de secreciones vaginales, sin embargo no le es indispensable para llevar a cabo eficazmente el ayuntamiento carnal. No quiere esto decir que no pueda haber impotencia psíquica en la mujer, pues las mismas causas que la producen al hombre pueden darse en la mujer, y quizás en ésta, dada su especial psicología, pueda reaccionar inhibitoriamente a mayor número de motivos éticos; sin embargo, es ella más fácil de sobreponerse a la repugnancia física.

Ya sabemos cómo se han dado casos de mujeres que se han casado ignorando en qué consistía la esencia del matrimonio, prestándose después de mala gana al débito conyugal, pues han sentido viva repugnancia para

la realización de la unión carnal, y no obstante, a pesar de ello, han concebido perfectamente. También se han referido casos de mujeres que en estado de inconsciencia o de muerte aparente han sido violadas, ajenas por completo al consentimiento o al conocimiento del acto realizado, del cual, sin embargo, ha salido fruto. Thoinot, tomando el relato de Louis, refiere que una vez un joven religioso pasaba por un pueblo de viaje, y en la casa en que él ordinariamente se hospedaba se encontró con que había fallecido una hija de los dueños. Prestóse a velarla por la noche y, cuando ya se había quedado solo con el cadáver, se acercó, miróla y, viéndola hermosa, no pudo resistir el ardor de la concupiscencia, llevando a cabo su sacrílego deseo. Al día siguiente despidióse de aquella familia, que, reconocida, le expresó su agradecimiento por el santo servicio prestado. Sucedió después que, habiendo sido solamente un estado de muerte aparente el de aquella muchacha, resucitó, y a los nueve meses, con gran asombro de todos, dio a luz un niño. Al cabo de cierto tiempo volvió a pasar por aquel lugar otra vez aquel religioso, enterándose de lo sucedido. El joven fraile fue a casa de la que había vuelto a la vida y confesó que era él el padre de aquella criatura. Pedida la correspondiente dispensa de Roma, le fue otorgada, eximiéndosele de los votos hechos por fuerza y permitiéndosele el casarse con la joven resucitada. Este y otros casos semejantes, aunque tengan más de leyenda que de realidad, nos darán a entender cómo el papel de la mujer en la cópula es de intervención pasiva, en la cual ella pueda sentir no sólo indiferencia, sino hasta repugnancia, odio o inconsciencia hacia el acto que realiza, y sin embargo no por eso deja de llevarse a cabo una conjunción eficaz y fecundante. En el capítulo de la casuística citaremos una historia clínica de un caso de impotencia psíquica por horror a la cópula, impotencia que casi siempre es relativa. Tengamos en cuenta que muchas veces, si la mujer rehusa la aproximación del marido, se trata de una frialdad que tal vez tenga como causa el que ella tiene otros afectos y casi siempre afectos femeninos, teniendo tendencia al tribadismo.

Particular importancia requiere el estudio del vaginismo, por el que entendemos la contracción espasmódica, dolorosa e involuntaria del conducto vulvovaginal debida a hiperestesia de los órganos genitales, y que se opone al coito. En esta constricción intervienen principalmente el músculo constrictor *cunni*, llegando también a interesar a las fibras del elevador

del ano y al transverso perineal, pudiéndose extender la reacción de defensa hasta los aductores de los muslos.

Las causas pueden ser ulceraciones del orificio de la vagina, erupciones herpéticas, eczema vulvar, derrames leucorreicos, cuerpos extraños, fisuras de ano, escoriaciones y rasgaduras de la mucosa vaginal.

Esto obedece a que todo plano muscular recubierto por una mucosa, si ésta se inflama, las fibras musculares subyacentes pueden sufrir una contracción espasmódica, que es lo que ocurre en el vaginismo, que hay una reacción de defensa de las capas musculares citadas ante la irritación producida en el conducto genital.

El vaginismo producido por estos motivos casi podría incluirse dentro de la impotencia orgánica, reservando el concepto de verdadero vaginismo a cuando falta toda lesión visible y la constricción es motivo de una fuerte hiperestesia en las mujeres histéricas o frías.

Esta hiperestesia es a veces tan acentuada que basta el menor contacto, no sólo el del dedo o el de una tentativa de coito, sino el simple roce de los muslos al andar y hasta el simple pensamiento o el temor de una agresión sexual para que sobrevengan contracciones dolorosas.

El vaginismo se achaca frecuentemente como sobrevenido a continuación de los intentos de desfloración.

Se trata de maridos ansiosos que, al realizar las primeras relaciones sexuales, lo hacen de manera tan torpe y tan brutal que determinan en la mujer sensaciones dolorosas, sin dar ocasión a que ella reciba la percepción placentera que deba hacerle olvidar la primitiva impresión desagradable. Entonces, en lo sucesivo, a cada intento del marido de realizar el coito se despierta en la mujer esa idea de dolor que viene a producir una enérgica constricción del conducto vaginal que rechaza todo propósito de acercarse sexualmente a ella. Puede ocurrir que unas relaciones llevadas normalmente durante cierto tiempo puedan, de repente, sufrir una dificultad de este tipo.

Hildebrandt refiere que un hombre casado con una mujer nerviosa, con la que llevaba un año teniendo perfectamente relaciones con ella, quedó asombrado, a continuación del coito, de no poder retirar su miembro a pesar de los esfuerzos realizados para ello. Al cabo de algunos minutos, la contracción vaginal cesó y el pene quedó en libertad (pene cautivo).

El vaginismo origina un obstáculo casi insuperable para la cópula, ya que, si se quiere realizar ésta, puede ocasionarse roturas vaginales

y hemorragias. Otras veces la mujer puede ser acometida de trastornos mentales, que la conducen a la locura y a tentativas de suicidio, al reconocer que no puede satisfacer los justos deseos del marido y ver cómo desaparecen las bellas ilusiones que ella se había forjado en su juventud, sintiéndose en un futuro próximo rechazada y abandonada.

Esto no obsta para que se hayan dado casos en que, prestándose, aunque con repugnancia, a un contacto solamente vestibular, haya seguido de fecundación. Faure refiere haber visto una mujer que teniendo un vaginismo bien manifiesto, sin embargo era madre de cuatro hijos, y en cambio su marido nunca había podido realizar un coito completo con ella.

Hemos de señalar las diferencias entre vaginismo y dispareunia. Esta última, o coito doloroso, que es subsiguiente a anexitis, secuelas cicatriciales e hiperestésicas de la *portio* de la pelvis menor, endometritis, vagina arqueada, produce un obstáculo solamente bajo la influencia dolorosa causada por el traumatismo local, mientras que en el vaginismo ocurre la contracción antes de que se intente la realización de la cópula. La dispareunia no debe considerarse, ciertamente, como impotencia, ya que en ella la cópula puede realizarse aunque sea con dolor.

El vaginismo rara vez es perpetuo e incurable, pero cuando lo es produce impedimento de impotencia.

De todas las causas de impotencia femenina citadas, sólo la obliteración de la vulva y la falta de vagina se oponen de un modo absoluto a la realización del coito.

CAPÍTULO IV

EL MÉDICO COMO PERITO EN EL RECONOCIMIENTO DE LA IMPOTENCIA

Así como para el jurista el estudio de la impotencia acaba con el concepto y valoración de la misma, el médico legista tiene, además, la misión de actuar de perito para diagnosticar y justipreciar los casos que a él le sean presentados por la autoridad eclesiástica o civil que tiene que dictaminar.

Para comprender lo delicado de esta labor encomendada al médico, pensemos en la importancia canónica y moral que tiene esta materia de matrimonio, pues si de una parte dicen los Santos Evangelios, por lo que a la unidad e indisolubilidad de aquél se refiere, que lo que Dios juntó el hombre no lo separe, también, por otra parte, pensemos la sorpresa desagradable que supone el caso de aquellos esposos en los que, llegado el momento de descorrer el velo de la intimidad conyugal, y llenos de hermosas ilusiones, se encuentran con que, por defectos o anomalías de los órganos genitales de uno de ellos, no pueden llevar a cabo la satisfacción de los goces lícitos de la vida matrimonial y las justas esperanzas de tener descendencia.

Siempre es grave la responsabilidad del médico que después de examinar al paciente ha de dar un diagnóstico; pero, si gran exactitud se pide en los casos ordinarios, tanto más se habrá de precisar cuando haya de dar su dictamen en informes de tanta trascendencia social y moral como los que se refieren a la perpetuidad de un defecto que puede conducir a la anulación de un matrimonio. Su opinión ha de decidir en la sentencia que se dé a la demanda presentada con este fin. Por esto habrá de afirmar lo que crea cierto y manifestar sus dudas en lo que no vea suficientemente claro; no ocurre lo que en la práctica corriente, que podemos dar como diagnóstico cierto lo que en realidad nos conste como probable, ya que nuestro titubéo influiría desfavorablemente en la psicolo-

gía del enfermo o de sus familiares, y sería tenido casi siempre por ellos como deficiencia en nuestra formación profesional. ¡Cuántas veces en un diagnóstico dudoso se emplea una terapéutica al azar o sintomática, y la enfermedad, por naturaleza, ha evolucionado favorablemente y aquella intervención facultativa mediocre ha sido para la mente del enfermo y su familia un éxito de la ciencia del médico! Por el contrario, en otras ocasiones, haciendo un diagnóstico feliz y aplicando una terapéutica adecuada en la que el facultativo ha quedado en conciencia satisfecho, sin embargo, luego, por complicaciones o porque el organismo no ha respondido convenientemente, no ha sido apreciada debidamente la acertada actuación del médico, y no en pocas veces atribuido a él un desenlace que naturalmente tenía que ser fatal.

No es que con lo que acabamos de decir queramos fomentar los medios empíricos para el tratamiento de las enfermedades, sino que queremos hacer resaltar que, si es importante y básico en el médico, más que nada, sentar en todo momento un buen diagnóstico, con mayor necesidad se requerirá cuando de su informe depende una sentencia en la que se ventilan intereses personales de indudable importancia.

Después de ver en el capítulo anterior las causas etiológicas de la impotencia, podremos comprender que el diagnóstico de ésta será fácil cuando se trate de una forma instrumental con una lesión externa de los genitales perfectamente visible, pero no ocurrirá lo mismo cuando se nos presente una forma funcional debida a una alteración interna o cuando, como se da con frecuencia, hay superpuestas en un mismo individuo dos formas de impotencia; por eso en todo reconocimiento no nos limitaremos a la inspección o a un examen local superficial, sino que habrá que hacer un estudio, lo más completo y minucioso posible, del presunto impotente.

Para facilitar su estudio, y como hemos procurado hacer en los capítulos precedentes, seguiremos un orden esquemático, tratando primero de las reglas canónicas que ha de seguir el perito en el examen de los cónyuges cuyo matrimonio se trata de anular; después, del reconocimiento de la impotencia *coeundi*, que es la causa de la inconsumación del acto sexual, y por último estudiaremos los medios para llevar a cabo el diagnóstico de la esterilidad en el hombre.

Normas que se deben seguir para la inspección corporal.—Están contenidas éstas en los cánones 1.976 a 1.982 del Código de Derecho Canónico. Según ellos, siempre que en las causas de impotencia y de inconsu-

mación se requiera el examen físico de uno o de ambos cónyuges, éste será llevado a cabo, en el hombre, por dos médicos, y en la mujer, por dos comadronas diplomadas y designadas de oficio, a no ser que la mujer prefiera ser reconocida por dos médicos, que han de ser igualmente designados de oficio, o que el Ordinario lo considere necesario por falta de aquéllas, en cuyo caso, y previo el consentimiento de la interesada, se encarga la pericia a los hombres. Estos han de reunir cierta gravedad, siendo recomendables no sólo por su saber en la ciencia médica, sino por sus costumbres religiosas y honestas, habiendo de llevar a cabo la inspección según las normas de la modestia cristiana y siempre en presencia de una matrona honesta que se designará de oficio.

Según el canon 1.980, las comadronas o los peritos deben practicar el reconocimiento de la mujer cada uno de ellos por separado, redactando sus dictámenes aisladamente, y lo entregarán en el plazo señalado por el juez. Este podrá nombrar un tercer perito para que emita juicio sobre el dictamen de los primeros, o bien designar nuevos peritos que repitan el examen pericial. Deben los peritos expresar claramente el procedimiento y método que siguieron en el desempeño del cargo que se les confió, y sobre todo en qué argumentos o razones apoyan su dictamen y fundan sus conclusiones.

Para el cargo de peritos no podrá admitirse a quienes hayan reconocido privadamente a los cónyuges acerca del hecho en que se funda la petición de declaración de nulidad o inconsumación, y sólo podrán presentarse como testigos.

El examen físico de los cónyuges, y especialmente de la mujer, podrá omitirse en los casos siguientes: 1.º Si la consumación no ha podido efectuarse por falta de tiempo o de lugar. 2.º Si ya consta de la desfloración de la mujer. 3.º Si, considerada la excelencia moral de las partes o de los testigos, y conocida la disposición de ánimo de aquéllos, el Ordinario juzga ya suficientemente probada la impotencia o inconsumación. 4.º Si, reconocido ya el hombre, había quedado ya plenamente demostrada la incapacidad de éste a consumir el matrimonio.

Llevada a cabo la prueba pericial en la mujer, después es ésta interrogada verbalmente por el Tribunal, en presencia de un médico experto y de probada honestidad, que puede proponer sus objeciones.

El peritaje médico en la impotencia "coeundi".—Debe ser esto lo suficientemente demostrativo para probar el asunto de que se trata, de tal ma-

nera que no debe fundarse en una simple impresión u opinión personal, sino que ha de apoyarse en hechos bien examinados, indiscutibles y perfectamente razonados.

Casi siempre se busca probar la impotencia *coeundi* masculina, que, además de ser lo más frecuentemente la parte demandada, está su diagnóstico lleno de dificultades. Habrá que demostrar en este caso que el miembro no puede ereccionarse o que lo hace tan débil e imperfectamente que no es capaz de poder realizar el acto sexual. Hay veces que con un solo dato objetivo es suficiente para que podamos demostrar la impotencia, como en los casos de ausencia congénita o adquirida del pene. Mientras que en otras, por regla general, será necesario reunir una serie de datos en los que cada uno de por sí puede tener poco valor, pero que todos reunidos pueden proporcionar un juicio suficiente que permita llegar a una conclusión.

Por lo tanto, para llegar a formar una prueba convincente de la impotencia tendremos que agrupar los diferentes elementos de juicio, que nos serán proporcionados por los siguientes datos: 1.º Estudio de los autos. 2.º Examen del demandado. 3.º Examen del otro cónyuge.

Estudio de los autos.—Este tiene escasa importancia y se reduce a examinar lo más destacado de las distintas piezas del sumario, como son el escrito de la demanda, la contestación del demandado, la declaración de ambos cónyuges, prueba testifical, si hubiera algún certificado médico, etcétera. Hay que fijarse, sobre todo, en las posibles contradicciones o coincidencias que puedan hallarse en estos documentos.

Examen del demandado.—Constará éste de la historia sexual del sujeto y del examen médico propiamente dicho. En la primera interrogaremos sobre el presente y pasado de su instinto sexual, remontándonos a la pubertad e indagando sobre el carácter de las erecciones, época en que comenzó la práctica de la masturbación, estado del erotismo y características de la libido, existencia de poluciones nocturnas, espermatorea, cuándo practicó por primera vez el acto sexual, frecuencia, anormalidades, fracasos, adquisición de alguna enfermedad venérea, fecha de aparición de su impotencia, causas a que lo atribuye.

En el interrogatorio hemos de tener en cuenta que algunas veces el sujeto puede tener interés en ocultar su impotencia; en cambio, en otras puede ocurrir que pretenda aparecer como impotente no siéndolo en rea-

lidad, por lo que no habrá que dar demasiado valor a los datos referidos por el sujeto examinado, sobre todo cuando no encontremos concordancia entre los datos que nos suministra la exploración y lo que nos ha contado el demandado. Hay que advertir que es sobre todo en la mujer en la que la confesión propia de su impotencia ha de considerársela como de un valor relativo, pues ellas no suelen darle gran importancia a la capacidad sexual como componente de la personalidad, y fácilmente quieren hacerse pasar por impotentes cuando tienen en juego otros intereses que les convengan más. Por el contrario, para un hombre el signo de la virilidad es un elemento de primerísimo orden, y cuando él confiesa este defecto físico es muy digno de tenerse en cuenta y de darle muchas probabilidades de veracidad. Hay también que reconocer que cuando un individuo haga valer el que realiza la masturbación o que tiene poluciones nocturnas, no es que ello le ha de servir como equivalente de potencia sexual, pues aquellas erecciones pueden ser insuficientes para la realización del acto conyugal, aparte de que, fuera de la anafrodisia total, siempre se conserva cierto grado de erotismo.

Hecho este interrogatorio sobre sus antecedentes sexuales, pasaremos al examen médico propiamente dicho, haciendo una historia clínica completa del examinado.

La prueba de un coito como recomiendan algunos autores, carece en absoluto de valor, puesto que, además de su inmoralidad, ya vimos en la parte histórica el fracaso de la llamada prueba del congreso, pudiendo darse el caso de que individuos normales en su potencia sexual queden en situación poco favorable por la acción depresiva causada por el hecho de sentirse observados en un acto tan íntimo, y, por el contrario, otros, incapaces de realizar la cópula carnal, podrán por las mismas circunstancias tener un estímulo incitante que les haga parecer como potentes.

Antes de explorar al enfermo haremos una anamnesis de sus antecedentes familiares e individuales, buscando la existencia de alteraciones endocrinas, neurológicas, intoxicaciones crónicas y otras afecciones que pueden tener relación con la supuesta impotencia.

Investigaremos si la impotencia se debe a falta de erotismo o a una dificultad de verificar la erección, viniendo éste expresado por la actitud del sujeto, pues mientras en el primer caso él lo toma con indiferencia y como la cosa más natural, en el segundo le resultará su impotencia una humillación que tomará como una verdadera desgracia.

En la exploración clínica no nos limitaremos a examinar sólo los órganos genitales, pues la función sexual es bien compleja y en ella intervienen factores de orden anatómico, fisiológico y psíquico, habiendo, por lo tanto, que hacer un estudio completo del individuo en lo somático y en lo psíquico, acompañado, si es preciso, de los medios auxiliares exploratorios, como análisis de sangre, de orina, metabolismo, radiografías de cráneo que vengan a darnos el origen y autenticidad de la impotencia.

La exploración somática irá dirigida hacia todos aquellos aparatos, órganos y sistemas en los que pueden residir procesos morbosos que repercutan sobre la función genital; es particularmente en el sistema nervioso y en las glándulas endocrinas donde habremos de investigar más detenidamente, observando luego los órganos sexuales.

En el sistema nervioso haremos un examen de los pares craneales, de la sensibilidad general, de la motilidad, de los reflejos, sobre todo de aquellos que están relacionados con el acto sexual. Nos fijaremos en todas aquellas alteraciones patológicas de este sistema que afectan a los segmentos medulares que intervienen en el acto reflejo del coito, el cual quedaría interrumpido dando lugar a una impotencia funcional por no poder verificarse el mecanismo fisiológico del acto sexual. Ya dijimos en la etiología que cuando la lesión de la médula radica por encima del asiento de los centros lumbares de la erección, ésta puede lograrse mediante el estímulo local de la masturbación, pero no tendría lugar por la acción de los estímulos de origen central, como son las representaciones eróticas.

Pasaremos después a examinar las glándulas de secreción interna, las cuales desempeñan un papel muy importante, ya que pequeñas alteraciones de las mismas pueden ocasionar un desequilibrio hormonal que origine una disminución o abolición de la libido con trastornos en la erección. Ya vimos en el capítulo anterior como causa de impotencia la debida a la distrofia adiposogenital, a la acromegalia, al hipotiroidismo, enfermedad de Addison y eunucoïdismo. Para buscar estas causas practicaremos el metabolismo basal en las afecciones del tiroides, la tensión arterial para descubrir los casos de enfermedad de Addison y radiografías del cráneo que nos revelen alteraciones de la silla turca en relación con una probable existencia de un tumor hipofisario.

En el reconocimiento de los órganos genitales nos fijaremos en su estado anatómico y en los signos que revelen una alteración de su función, siguiendo los medios que sean científicos y decorosos.

Podremos reconocer en este examen local todas las alteraciones y anomalías que sean causa de una impotencia instrumental, tanto en los genitales como en sus partes vecinas, y que serán fácilmente apreciadas, así como la impotencia que de ellas pueda derivar. Tendremos en cuenta que muchas de estas malformaciones serán fácilmente reparables por medio de una intervención quirúrgica y no entrañarán, por lo tanto, una impotencia definitiva incurable. Así, tendremos como ejemplos de esta impotencia temporal y sanable los casos de elefantiasis del escroto, los hidroceles y hernias escrotales voluminosas, ciertos tumores y malformaciones génito-uritarias que indirectamente impiden el coito. Merecen considerarse como motivo de impotencia las que se refieren al tamaño del pene, sobre todo cuando se halla reducido en sus dimensiones por hipoplasia genital o como resultado de una lesión traumática o morbosa. No seamos, sin embargo, demasiado diligentes en declarar a éstos, impotentes, pues hasta los antiguos medicolegistas eran de la opinión de que ello constituiría frecuentemente impotencia relativa. En efecto, el pene hipoplásico o morbooso puede, al entrar en erección, alcanzar el volumen suficiente que le permita su introducción y la realización de un coito normal.

Por lo que se refiere al hipospadias y al epispadias, si no van acompañados de otras anomalías como la incurvación del pene, puede, a pesar de ello, realizarse el coito; sin embargo, jurídicamente daría impotencia *coeundi*, ya que en estas condiciones la eyaculación o emisión del semen no se verificaría en la vagina, no teniendo, por lo tanto, lugar la cópula perfecta. Recordando la etiopatogenia, nosotros colocamos estas anomalías en el dispermatismo, dentro de la impotencia *generandi*. Con todo, pensemos en los casos citados por Brouardel de hipospádicos, uno de ellos padre de dos hijos y otro de cinco. Los hijos presentaban el mismo vicio de conformación de sus progenitores, lo cual demostraba que era cierta la paternidad de éstos, excluyéndose toda sospecha de colaboración, ya que aquéllos habían adquirido hereditariamente esta disposición del meato. En los vasectomizados se puede encontrar, a la palpación, la presencia de engrosamientos nodulares en la región libre del conducto seminal, pero es raro hallar cicatrices en la piel del escroto.

Finalmente, habrá que investigar la existencia de una impotencia funcional, la más difícil de probar, tratando de encontrar los signos característicos de ésta y que son los siguientes: notable grado de laxitud y gracilidad del pene, revelable aun en el estado de flaccidez; la no per-

cepción de los latidos de la arteria dorsal del pene o su percepción debilitada, y el reflejo viril de Onanoff abolido o disminuido. La investigación de este reflejo se realiza del siguiente modo: el dedo índice de la mano izquierda del observador es aplicado sobre la uretra bulbar del reconocido, por detrás del escroto, mientras que los dedos pulgar e índice de su mano derecha ejercen una compresión sobre el glande, el cual se deja después escapar bruscamente. En este momento entran en contracción los músculos bulbocavernoso e isquiocavernoso, apreciándose netamente esa contracción por el dedo aplicado sobre la uretra bulbar. Se dice entonces que el reflejo "viril" o de Onanoff es positivo. De todos estos signos, el reflejo de Onanoff es el más característico y constante de todos, ya que él no existe o es muy débil cuando está abolida la capacidad de erección del pene, dado el papel importante que en la misma juega el músculo bulbocavernoso.

En la impotencia funcional se completará su estudio con la exploración del sistema cerebroespinal, examinando en el cerebro los pares craneales y el reflejo pupilar y, en la médula, la sensibilidad y la motilidad, según hemos apuntado en páginas anteriores. Hemos de tener en cuenta que las intoxicaciones crónicas, como el alcoholismo y la morfínomanía, pueden afectar al sistema nervioso central, siendo causa de impotencia.

Una atención especial requiere que le dediquemos a la neurastenia sexual, como una de las neurosis que repercuten en la esfera genital. En ella habrá disminución de los reflejos cutáneos y mucosos, exaltación de los tendinosos, temblor de la lengua y de los párpados, trastornos de la función circulatoria y sudoral; y en cuanto a la libido, ésta se conserva normal o exaltada, mientras que las erecciones son incompletas y fugaces.

Cuando toda la exploración somática resulta negativa, tendremos que pensar en la existencia de la llamada impotencia psíquica, la cual está relacionada corrientemente con la existencia de fobias, escrúpulos morbosos, temor al acto sexual, obsesión de la incapacidad para realizarlo, etcétera. En estos casos habrá que hacer un examen psíquico, buscando la presencia de psicopatías y quedando reducida la cuestión al diagnóstico del tipo de personalidad psicopática de que esté afectado el sujeto examinado.

Examen del otro cónyuge.—Este examen es el complemento habitual del peritaje en las causas de nulidad matrimonial por impotencia del marido, a fin de comprobar la inconsumación del matrimonio por el estado

de integridad de la esposa. Puede ser que este examen sea innecesario por reunir los demás elementos suficientes datos de prueba, pero particularmente importante es el hacer este reconocimiento en los casos de impotencia relativa. En este caso es obligado el hacer un examen general del otro cónyuge, ya que la impotencia puede ser por causas estéticas, anomalías locales o situaciones psíquicas especiales que no hagan posible la realización del coito. Hemos de tener en cuenta que el acto sexual no es un acto individual, sino que resulta de la cooperación de los dos participantes, cada uno de los cuales contribuye con una acción que viene a resultar complementaria de la del otro. Por lo tanto, la impotencia puede resultar de la adición de defectos de uno y otro cónyuge, los cuales por separado no constituirían ningún obstáculo para la consumación del matrimonio; pero, al no coincidir en ellos las condiciones recíprocas complementarias, resultan incapaces de llevar a cabo el acto sexual.

En cuanto al valor probatorio que en la inconsumación del matrimonio pueda tener la virginidad de la esposa, no es concluyente, ya que la persistencia de la integridad del himen será debida algunas veces a las condiciones anatómicas que éste pueda presentar referentes a su forma, consistencia, elasticidad, además de que el permanecer virgen la mujer podrá obedecer a renuncia u oposición de ésta a tener el acto sexual.

Por el contrario, el aparecer desflorada la mujer no significa que se haya consumado el matrimonio que se trata de anular, sino que la desfloración puede haber tenido lugar con anterioridad a la celebración de aquél o a consecuencia de alguna intervención masturbatoria.

Para constatar la virginidad de la mujer casada debe tomarse como primera medida la de realizar el reconocimiento en presencia de alguna persona allegada, madre, parienta o amiga, ya que de hacerse solo en una mujer nerviosa o histérica puede traer serios enojos.

La mujer debe ser colocada en posición adecuada sobre una silla ginecológica, con buena iluminación y haciéndole que abra los muslos hacia fuera (abducción), empezándose por examinar la vulva. Puede algunas veces, aunque raras, ésta tener una posición muy oblicua de delante atrás, y entonces sería la intromisión un poco difícil, teniendo lugar las relaciones sexuales incompletas, y no es extraño que en esas circunstancias permanezca intacta la membrana del himen. Después de haber examinado el volumen y estado del clítoris, de los grandes y pequeños labios, pasaremos a reconocer el himen.

Aquí el examen adquiere un gran interés, sobre todo para la certificación de la inconsumación, ya que si el demostrar objetivamente que el matrimonio no ha sido consumado tiene una importancia relativa en las causas de nulidad por impotencia, dado que el hecho de que no haya tenido lugar la unión sexual nada prueba respecto de la causa que haya impedido la realización de la cópula, la tiene muchísima en las causas de desate del vínculo por inconsumación ante el Tribunal eclesiástico, puesto que el matrimonio rato, no consumado, puede ser disuelto por la Iglesia mediante dispensa reservada al Sumo Pontífice.

Esta prueba objetiva de inconsumación viene dada por la comprobación evidente de la virginidad física de la mujer que no haya tenido otras uniones por segundas nupcias, adulterio o concubinato.

La comprobación de la virginidad física se basa en la presencia de la integridad del himen. Para examinar éste, se separan los pequeños labios y entonces podremos observarlo perfectamente.

Esta membrana tiene, como dijimos en el capítulo anterior, una cierta oblicuidad, forma semilunar, y presenta un orificio en su centro cuya anchura oscila ordinariamente entre dos y un centímetros, pudiendo ser aún menor o, en otras raras ocasiones, mayor, quedando entonces la membrana reducida a un pequeño saliente y permitiendo perfectamente la entrada de un dedo sin lesionarla. De ahí que los que tengan poca experiencia en estas observaciones pueden considerar este caso como una falta congénita de himen o como una total destrucción del mismo. Sin embargo, el volumen del miembro viril en erección viene a ser bastante mayor que el tamaño del dedo y también en esta clase de himen produce las consiguientes lesiones.

El borde de la membrana es generalmente liso, pero puede haber alguna forma en que aparezcan muescas congénitas que pueden engañar al perito y tomarlas por éxito de cópula. Brouardel aconseja en estos casos introducir el índice en la vagina y desplegar el himen sobre la pulpa del dedo, siendo entonces posible de reconocer la estructura exacta de estas muescas.

Hay veces que nos podemos encontrar con hímenes en los que falta la perforación; la presencia de éstos ya excluye ciertamente el que haya habido unión carnal por vía natural.

Las lesiones que la cópula ocasiona en el himen tienen tendencia a curar rápidamente sin dejar cicatriz. Si la desfloración no ha sido completa,

al cabo de pocos días en que desaparecen los signos de laceración reciente, como las hemorragias y tumefacción, no se puede decir de la lesión si se trata de una incisura natural o traumática. Por el contrario, si la lesión interesa a todo el borde himeneal hasta su inserción en el rodete vaginal, entonces dará lugar a una cicatriz que resulta del proceso reparativo, constituyendo ésta un hecho objetivo indudable del traumatismo ocurrido.

Las lesiones del himen, como hemos dicho antes, pueden no ser debidas a la cópula, sino que han sido originadas por la práctica de la masturbación con introducción de objetos del tamaño del pene y que pueden llegar a ocasionar una desfloración. También pueden ser producidas por caídas sobre la región perineo vulvar que han dado lugar a un traumatismo, o por ejercicios físicos como la equitación, danzas violentas, saltos, esgrima.

Cuando las lesiones son por afecciones patológicas como las sifilides, úlceras venéreas u otras enfermedades que erosionan la membrana, el carácter de las mismas y su difusión aclaran el diagnóstico.

Hábiles operaciones plásticas sobre la región himeneal pueden ocultar una desfloración y conducir a error, pero esto no pasará desapercibido para el experto que realice el examen.

Siguiendo el reconocimiento, una vez pasada la región vulvar y penetrando el dedo en vagina, observaremos que, cuando no han habido relaciones habituales, aquél queda oprimido por la estrechez del conducto vaginal; en cambio, estará éste más ensanchado en los casos en que la mujer tenga frecuente comercio carnal.

Notaremos, además, si hay vaginismo y el grado de éste, viendo la posibilidad de penetración del dedo, pero esto no es suficiente para pre-juzgar la intensidad de la contracción en el coito, pues el espasmo puede ser mayor cuando se trate de la tentativa de introducir la verga.

Una vez terminado el examen, puede hacerse el informe, pero hay que tener en cuenta que habrá casos, como ya hemos dicho antes, en que será muy difícil dar una opinión absoluta sobre la cuestión, y en ellos, en vez de dar a las conclusiones un carácter afirmativo, se debe expresar la duda en que se permanece.

Particular atención requieren en la apreciación de la inconsumación (por eso lo hemos traído al final), los casos en que hay un embarazo, conservándose, en cambio, la integridad del himen. Esto tiene muchas veces su explicación en la flexibilidad de esta membrana que puede per-

mitir la entrada de un miembro poco voluminoso sin lacerarse, y aunque lo corriente es que en el acto de la cópula el himen se desgarre, no obstante, no es esto siempre una consecuencia precisa para probar que el matrimonio ha sido consumado, y puede muy bien quedar la mujer en estado de gravidez sin presentar ningún signo de desfloración. Pero hay casos en que aquellas circunstancias no se dan y la entrada de la vagina no permite ni siquiera el paso del dedo meñique.

En este caso cabrían las dos siguientes explicaciones: o que el semen fuera llevado con una jeringa u otro objeto que sustituya al miembro viril, habiéndose efectuado una fecundación artificial; o bien que tan sólo el glande haya llegado a la membrana del himen y allí haya tenido la eyacuación en una penetración incompleta. En la primera posibilidad se tratará jurídicamente de un caso de inconsumación, por no haber tenido lugar el acto sexual; y en la segunda, aunque no haya habido la intromisión completa, el matrimonio será consumado, ya que para la cópula perfecta y consumación del matrimonio es suficiente, en el varón, que al menos de algún modo, aunque imperfectamente, penetre el miembro en la vagina e inmediatamente en ella ejecute, aunque sea parcialmente, la inseminación.

Con lo dicho tenemos explicado el proceder que debe seguir el médico para reconocer la impotencia *coeundi* en el hombre y en la mujer; a continuación veremos cómo se descubre la impotencia *generandi* o esterilidad propiamente dicha, pero antes comentaremos las condiciones que exige la ley para considerar la impotencia como motivo para la anulación del matrimonio. Son éstas que sea cierta, antecedente al matrimonio y perpetua.

De la certidumbre ya hemos indicado cómo el médico ha de dar su opinión basándose en una demostración científica, no basado en suposiciones o presunciones, sino en hechos probatorios y lógicamente razonados, así como si tuviere algún motivo de incertidumbre debe manifestar las razones en las que lo fundamenta.

Para demostrar que la impotencia es antecedente a la celebración del matrimonio, podemos comprender que, si se trata de una malformación congénita, ésta no ha de haber la menor duda que es anterior a las nupcias. Cuando sea adquirida, nos valdremos unas veces de la anamnesis, otras del testimonio o del examen del sujeto o lo deduciremos por la naturaleza de la causa determinante de la impotencia. Así, en un proceso morbosos, quirúrgico o traumático, se podrá establecer por los

documentos o por el testimonio el orden cronológico de los hechos. En otras ocasiones nos guiaremos por el cuadro clínico que presente el sujeto; así, si se trata de una castración prepuberal el individuo presentará un aspecto eunucoide. En los procesos que tienen una evolución lenta se podrá saber con seguridad que la impotencia se habrá iniciado antes de verificarse el matrimonio.

Igualmente podremos decir que ocurre cuando se trate de buscar que la impotencia es subsiguiente, pues si nos referimos a un proceso morboso, quirúrgico o traumático, las vías documental y testifical nos informarán de si ocurrió posteriormente al matrimonio, y también por el grado de evolución de la enfermedad causal puede darnos cuenta de que el comienzo de la impotencia sea reciente, mientras que la celebración matrimonial ya se remonta a épocas más lejanas.

Por último, la perpetuidad de la impotencia es un juicio pronóstico y, por tanto, es el más difícil de consignar. La perpetuidad será referida a la incurabilidad, o sea que la impotencia no pueda ser modificada por los remedios terapéuticos corrientes, esto es, que no entrañen peligro para la vida del sujeto.

La perpetuidad es más fácil de demostrar cuando se trata de una malformación general, anomalía congénita o estados constitucionales evidentemente irreductibles o inmodificables.

En las funcionales irá estrechamente unido el juicio de perpetuidad al diagnóstico causal de la impotencia; así, por ejemplo, cuando se trate de una afección medular que afecte al segmento donde asienta el centro de la erección, de cuyas resultas quede éste destruido, sobrevendrá de ahí, indudablemente, una impotencia perpetua.

También se podrá deducir el grado de perpetuidad por el tiempo transcurrido desde su producción; así, si la impotencia data de fecha muy remota, pongamos por caso desde el comienzo de la pubertad, aunque no se pueda dar un pronóstico rotundo de incurabilidad, sí que se puede presumir que lo sea. La edad del sujeto habrá que tenerla en cuenta, puesto que, cuanto más avanzada sea, más se reducen las posibilidades de curación.

Diagnóstico de la esterilidad masculina.—Será necesario el examen del líquido eyaculado para demostrar la existencia de la impotencia *generandi*.

Puede obtenerse éste por diversos procedimientos. Esto ofrece cierta dificultad, ya que el medio más sencillo, que sería su obtención por la masturbación o por el coito condonado, es rehusado canónicamente por su inmoralidad, aparte de que, si el condón es de goma, da lugar, por combinación de las substancias volátiles de la goma con la albúmina del esperma, a alteraciones en la movilidad de los espermatozoides, lo que ha hecho que se sustituya la goma, haciendo el condón de tripa. La consecución de esperma por punción de los testículos o epidídimo es técnica abandonada, pues los espermatozoides carecen de vitalidad en ausencia del líquido prostático. No es recomendable el cateterismo de los conductos eyaculadores, ya que puede ocasionar complicaciones inflamatorias, así como tampoco el lavado de las vesículas seminales y la electroeyaculación. El masaje transrectal de vesículas y próstata es de escasa conclusión porque, por momentánea vacuidad de aquéllas o por espasmo del cuello vesicular, podría dar lugar a que el líquido obtenido por expresión fuera prácticamente nulo. Por último, podrá tomarse el semen del fondo vaginal enseguida de la cópula natural, así como del que fluye de la vulva al incorporarse la mujer o del que queda en la uretra del varón después del coito, por expresión de ésta o recogiendo el primer chorro de orina. Ninguna seguridad nos ofrecerán estos procedimientos, ya que el semen recogido de los mismos órganos femeninos puede ser alterado por la acidez de las secreciones vaginales, y el que sale con el primer chorro de orina del hombre después del coito, también por una causa análoga (acidez de la orina).

De todos estos medios citados, serán lícitos, sólo para casados, la recogida de semen empleando el condón de tripa perforado para cohabitar, así como el esperma conseguido por aspiración del canal vaginal después de la cópula o del que fluye de la vulva, y serán lícitos para todos la punción absorbente de los testículos o epidídimo, la biopsia de los mismos y el masaje transrectal de vesículas y próstata, pero ya hemos indicado lo poco aceptable de sus resultados.

Vistos los inconvenientes de estos procedimientos, unos por inmorales, otros por lo inusitado de su empleo o por lo incierto de sus resultados, no creemos recomendable de estos medios más que el empleo del condón de tripa perforado, y esto únicamente en los casados. Sin embargo, como en los tratados y revistas de medicina se habla del examen del eyaculado

para investigar la esterilidad por parte del varón, expondremos aquí lo más interesante de esta cuestión.

Siguiendo con el estudio del problema, tenemos que hay causas que pueden servir a engaño en el examen del eyaculado, como son la posible sustitución del mismo, la realización de coitos o masturbaciones repetidas que hagan el eyaculado escaso y con pocos espermatozoides y el empleo de ciertas substancias perjudiciales al esperma inyectadas en la uretra. En el primer caso será difícil su evitación, ya que motivos de decoro impiden asistir al médico en el momento de la eyaculación; en el segundo se solucionará dejando que transcurra un período de reposo antes de la prueba, y en el tercero se hará orinar al sujeto, con lo que se descartará todo posible fraude.

Del eyaculado se observan primero sus caracteres físicos. La cantidad normal es de 2 a 5 c. c.; su color es opaco, lechoso, turbio; su consistencia, al principio gelatinosa o espesa, se licúa a la temperatura ordinaria en cinco o diez minutos. La rapidez de la licuefacción guarda frecuentemente relación con el número de filamentos espérmicos; así, puede faltar aquélla en la azoospermia.

Examinado el semen en el microscopio, nos fijaremos en el número, en la forma y en la movilidad de los espermatozoides. Por lo que se refiere al número, pueden éstos faltar por completo (azoospermia) o estar disminuidos (oligospermia); en este último caso, si los espermatozoos se mueven no puede excluirse la capacidad fécondante. En cuanto a la forma, pueden estar disminuidos de tamaño (microspermia) o aumentados (megalospermia), tener alteraciones como engrosamientos de su parte media, partes supernumerarias. No está aún perfectamente dilucidada la influencia que sobre la fecundidad pueda tener la presencia de estos espermatozoides anormales.

En todos los eyaculados se encuentran un cierto número de ellos, y si su proporción no pasa del 20 por 100 no tienen ninguna importancia; pero si están en más del 25 por 100, ya cabe la posibilidad de que el semen sea infecundo, sobre todo si los espermatozoos son poco móviles y escasos en número. La movilidad de los espermatozoides es también un factor necesario para que el semen sea fecundo, ya que mediante esta movilidad van ascendiendo por el útero para encontrar al elemento femenino. No es preciso que todos ellos sean móviles, ya que, de entre tantos como son, sólo a uno es confiada la fecundación. Además, la in-

movilidad de los espermatozoides no nos asegura que de ella haya de sobrevenir con certeza la esterilidad, ya que se puede tratar de una fase transitoria de reposo o debida a diversas circunstancias como variaciones de la temperatura, oscilaciones bruscas del pH ambiente, modificaciones de la presión osmótica.

Por lo que respecta a la duración de la vitalidad y del poder fecundante del espermatozoo, pues éste no se une inmediatamente con el óvulo tras la deposición del semen en vagina, hemos de tener en cuenta que el pH de ésta no le es favorable; de ahí que no se hayan encontrado en ella espermatozoides móviles después de los 65 minutos. En el cuello y cavidad uterina, la alcalinidad de las secreciones permite una supervivencia hasta las 48 horas, encontrándose luego pocas células masculinas y, además, inmóviles. La capacidad fecundante se supone desaparece entre el segundo y tercer días. Resulta, por lo tanto, algo complicado el juzgar en la práctica forense con exactitud la capacidad fecundante de un eyaculado.

CAPÍTULO V

VALORACIÓN MÉDICA Y LEGAL DE LA IMPOTENCIA

Después de haber recorrido los vastos campos médico-legales que nos han ido proveyendo de material de estudio en este tema de impotencia, cuando ya nos vamos acercando a esa fábrica terminal que sintetiza y elabora, representada por las conclusiones finales de todo trabajo, podemos ahora en este capítulo, con los datos que llevamos ya recogidos, apreciar debidamente el valor que la Medicina y el Derecho dan a cada caso particular de los que hemos tratado.

Aquí el perito medicolegista debe no solamente conceptuar cada tipo de impotencia, sino que, además, ha de pronunciarse sobre la curabilidad de la misma mediante cualquier medio, aunque sea quirúrgico, pero que no importe grave daño de la salud o posible peligro para la vida.

Para tratar esta valoración haremos dos apartados, dado el doble aspecto que científicamente tiene la impotencia: el médico y el jurídico o legal.

En el primero llevaremos el mismo orden que marca la clasificación que nosotros hemos tomado como modelo y que seguimos en el estudio de la etiopatogenia, y en el segundo haremos algunos comentarios al criterio jurídico que se refleja en los Códigos de Derecho Civil y Canónico.

Valoración médica.—Impotencia *coeundi* en el varón. La funcional tendrá tanto más de permanente cuando haya en ella mayor participación de lo somático sobre lo psíquico. Por lo tanto, siguiendo la escala de la que es puramente psíquica, la psíquica, la psicósomática y la de origen somático, encontramos la primera entre las que son corrientemente transitorias y relativas. Es la impotencia psíquica ocasional por repugnancia, preocupaciones, fobias, que cesará en cuanto deje de existir la causa productora, y en ella no dejará de prestar eficaz ayuda la consiguiente coope-

ración del otro cónyuge para que, ayudados ambos de un recíproco afecto, se estimule el impulso venéreo, ya que muchas veces la antipatía y el desacuerdo mutuo son los que originan una instintiva repulsión al acto. Esto, que es corrientemente lo que sucede en un sujeto normal, puede, sin embargo, en individuos tarados neuropáticamente, establecerse en los anteriores casos una anafrodisia, sí relativa, pero que persiste por auto-sugestión, aunque la primitiva causa de inhibición fuese desapareciendo progresivamente.

Por lo tanto, si una impotencia relativa nos consta de su certeza y de su perpetuidad es causa suficiente de anular el vínculo matrimonial, ya que éste ha sido establecido entre dos individuos determinados y poco importará que aquel que es impotente con mujer a la cual está ligado indisolublemente pueda copular con otra cualquiera. No obstante, vemos que los canonistas son, por lo general, poco tendentes a considerar la impotencia psíquica relativa como causa de nulidad, poniendo reservas a su perpetuidad.

Parece ser también que el hecho de no considerarse jurídicamente la impotencia psíquica como impedimento se debe a la circunstancia de que para ello tenga que ser antecedente a la celebración del matrimonio. Sabemos, además, que el hecho de que la impotencia sea antecedente ha de serlo con anterioridad a las nupcias, no a la tentativa de consumación del matrimonio, y resulta que, así como la impotencia absoluta y la instrumental son independientes del hecho objetivo del matrimonio, la relativa psíquica, por lo general, se manifiesta únicamente después de la celebración, cuando se intenta pasar a la consumación. Esta sería la causa por la cual en Derecho se excluiría de la nulidad esta impotencia y únicamente se considerarían los casos en que la inhibición residiera en pre-existentes caracteres repugnantes del otro cónyuge que se pudieran demostrar como datando con anterioridad a la celebración de las nupcias. A esta consideración podríamos objetar diciendo que son precisamente las taras neuropáticas las que frecuentemente datan con anterioridad al matrimonio, mientras que los motivos de repugnancia suelen ser adquiridos posteriormente o pueden ser corregidos y, por lo tanto, son temporales.

Podemos, por tanto, decir que este tipo de impotencia psíquica propiamente dicha es relativa y generalmente temporal, aunque en individuos tarados neuropáticamente puede persistir indefinidamente por autosuges-

tión, dando lugar a una impotencia perpetua y, por lo tanto, causante médicamente de impedimento para la cópula.

En otro grado tenemos las que están ocasionadas por aberraciones o excesos sexuales, o por prácticas viciosas en la realización del acto de la cópula. Estas causas dan lugar también, casi siempre, a una impotencia relativa y temporal. La debida a excesos sexuales y a prácticas antinaturales como el coito interrumpido, tienen buen pronóstico en las siguientes circunstancias: 1.º Siempre que el sujeto tenga menos de 45 años. 2.º Que no padezca de una enfermedad orgánica o funcional que mantenga la impotencia, y 3.º Que él adquiera el hábito del coito normal. Si estas circunstancias no se dan, es muy probable que la impotencia pase a ser absoluta y perpetua.

En el caso de las perversiones sexuales, no constituyen, en la mayoría de las veces, impotencia, ya que generalmente es posible la erección, aunque ésta se realice en muchas ocasiones en las circunstancias más inverosímiles que se pueda imaginar.

En la estadística que insertamos al final hemos visto algunas decisiones rotales sobre impotencia psíquica sin participación neuropática, entre ellas una por perversión sexual (homosexualidad), en las que no se ha dictado ni nulidad ni dispensa *super rato*.

La impotencia funcional psicósomática representa una de las que con mayor frecuencia se encuentran en las demandas de nulidad o de dispensa. Es, sobre todo, la que se debe a la llamada neurastenia sexual, la cual se suele referir a una constitución neuropsicopática o debilidad nerviosa que afecte a los centros sexuales de la médula. Cuando la neurastenia es congénita, la impotencia suele ser permanente, aunque por lo regular en estos enfermos, habiendo más participación psíquica que somática, la incapacidad a que da lugar es generalmente temporal.

En el resto de las psicósomáticas (hipogenitalismo, idiotez, espina bífida oculta), como entra en su constitución más lo somático que lo psíquico y son, además, congénitas, la perpetuidad es la regla.

Es de notar que ha habido retracción por parte canónica en declarar nulos matrimonios en los que había una causa funcional de origen psicósomático, como se manifiesta en algunas sentencias rotales que citaremos en la parte jurídica y en las cuales, aunque se reconocía que se daba ciertamente impotencia anterior a la celebración de las nupcias, sin embargo ponían algún reparo, suponiendo que podría suceder que en el

futuro tal impotencia fuera sanable y el varón impotente se hiciera potente.

A pesar de esto, parece que va perfilándose en sentencias más recientes un mayor valoración de la perpetuidad de la parte somática de estas clases de impotencia funcional, separando el componente psíquico que las acompaña y que son fáciles de confundir ambos tipos de impotencia (la psíquica y la somática) cuando son estudiados sólo desde el punto de vista funcional. Así ha ocurrido en casos que se han presentado de espina bífida oculta. La impotencia que sobreviene en esta alteración esencialmente somática, aunque vaya acompañada de cierta inhibición de carácter psíquico, es categóricamente perpetua. Hay autores que, fundándose en esta razón, opinan por lo tanto que la demostración radiológica de una raquisquisis ha de considerarse como causante de impotencia para la vida conyugal.

Hay individuos que a pesar de este defecto de la espina bífida pueden llevar a cabo las relaciones sexuales, de las que se ha seguido la fecundación

Esto es considerado por algunos autores como una potencia reducida y fugaz que sólo habría sido capaz de llevar a cabo un coito vestibular, habiendo sobrevenido la fecundación por medios no naturales y no realizándose, por lo tanto, la consumación del matrimonio. Otros, como Palmieri, opinan que si se ha llevado la inseminación en vagina, es suficiente este hecho para excluir la nulidad del matrimonio. En efecto, podría ocurrir que la malformación hubiese respetado los centros de la erección y de la eyaculación, del mismo modo que se admitía que podía quedar intacto el centro adyacente de la micción. Por eso el hallazgo radiológico de la raquisquisis no tiene un valor decisivo para dar médicamente una certidumbre de impotencia absoluta, y en todo caso, se requeriría para formar un juicio verdadero el ir acompañada la radiografía de un examen completo somático y psicológico del individuo, reuniendo el mayor número posible de elementos diagnósticos para llegar a una conclusión definitiva. La espina bífida oculta deberá, por lo tanto, considerarse como causante de impotencia, siempre que se presuma o pueda asegurarse la alteración de los centros de la erección y eyaculación que impida llevar a cabo la consumación del matrimonio.

En la impotencia funcional de causa somática por enfermedades del neuroeje que produzcan lesiones en los centros sexuales de la médula, de

la base del encéfalo o en las vías que ponen en relación el cerebro con los centros erectores lumbares, resulta absoluta y permanente.

En las otras alteraciones orgánicas que producen impotencia funcional de origen somático, como enfermedades infecciosas, consuntivas, intoxicaciones, endocrinopatías, poliartritis reumática, suelen ser temporales, recuperándose en cuanto regresa la sintomatología de estos procesos; únicamente cuando en las afecciones endocrinas se haya producido una atrofia total de los genitales, como en la enfermedad de Froelich, la impotencia será perpetua.

En todos los casos de impotencia funcional masculina para la intromisión del pene puede haber una falta total del poder de penetración, con lo que la impotencia sería completa, o quedar reducida a disminución en la estabilidad y duración de la erección, con lo que tendríamos una impotencia incompleta.

Por último, podemos ver en la impotencia funcional algunos casos en los que, aunque ésta pueda no ser perpetua, sin embargo hay en ella tendencia a la persistencia o a repetirse en determinadas circunstancias.

Impotencia instrumental.—Esta impotencia, cuando se debe a factores peneanos, suele ser permanente, como en la ausencia de miembro viril por causa cogénita, traumática y morbosa, en cuyo caso es de carácter absoluto; aunque no siempre, ya que con un pene hipoplásico o un muñón traumático del mismo, nada podría impedir que estimulados por el apetito venéreo entre en erección y pueda llevar a cabo la cópula.

Otras alteraciones del pene (adherencia congénita del prepucio sobre glándula, fimosis, tracción cicatricial del pene), teniendo fácil arreglo mediante sencillas operaciones, no son tenidas en cuenta como causa de impotencia, aunque si el cónyuge se niega a someterse al tratamiento, esto sería motivo suficiente para que se pudiera anular el matrimonio.

Las alteraciones dimensionales del pene constituyen por regla general, como los factores funcionales de tipo psíquico ya citados, las dos formas típicas de la llamada impotencia relativa. Solamente en los casos extremos, como la elefantiasis, por ejemplo, pueden constituir un impedimento absoluto al coito. Tendrá valor para el juicio de impotencia de los individuos afectados de estas anomalías, el carácter de las dimensiones de los órganos copulatorios del otro cónyuge.

Los factores escrotales, aunque suelen dar una impotencia absoluta, esto no es siempre, ya que la experiencia demuestra que estos obstáculos

podrán no ser insuperables cuando ambos cónyuges estén movidos de buena voluntad. Su incapacidad, además, no suele ser permanente, ya que la cirugía consigue reparar, en la mayoría de las veces, estos defectos.

Impotencia generandi.—Aunque parezca a primera intención que la importancia de esta impotencia debiera ser menor para su valoración como tal, ya que no suele impedir el acto sexual, sin embargo es su estudio de gran interés, ya que, exceptuando la esterilidad fisiológica por la edad, todas las demás van a constituir motivo de impotencia para realizar la cópula perfecta, porque en ellas viene a faltar el elemento fecundante masculino, que es factor indispensable para el acto de consumación del matrimonio.

Claro que hay casos que colocados en esta impotencia *generandi*, como el hipospadias, epispadias y trastornos de disociación de la eyaculación, se podría, a pesar de estos defectos, conseguirse la procreación mediante la fecundación artificial. Pero ya sabemos las dificultades, sobre todo de orden moral, que vienen a impedir este proceder.

Azoospermia.—Diremos aquí, en la azoospermia testicular, el valor que merecen médicamente los casos de los castrados y de la atrofia de esta glándula genital.

En el primero, bien se comprende que no habiendo testículos la fecundidad es imposible, y únicamente se ha dado el caso cuando la castración es reciente, el que haya sido el primer coito después de ella productor de un embarazo, debido al semen que aún quedaba en las vesículas seminales, pero esto ya no se repite en los sucesivos. Ahora, tengamos en cuenta que en los eunucos e individuos castrados por ablación de los testículos es posible la erección, pudiéndose realizar perfectamente el coito, por lo que, hablando en términos médicos, ellos no son impotentes y sí únicamente estériles, pero esta esterilidad, debida a la falta de *verum semen*, es tenida en cuenta por la ley canónica, ya que el esperma elaborado en los testículos es requisito indispensable para que se realice la cópula perfecta.

En las atrofiás testiculares, pensando que en el testículo hay dos tejidos: uno, el epitelio germinativo, y otro, el intersticial, el primero productor del semen, y el segundo, de las hormonas sexuales, tendríamos que cuando se reduce el primero habrá infecundidad, pero no faltarán la potencia sexual y la líbido (que es lo que se da corrientemente en las

inflamaciones por orquitis eurliana, criptorquidia); en cambio, cuando estén alterados los dos, como en el eunucoidismo, faltarán ambas funciones, la de producción del licor fecundante y la del erotismo, pudiendo entonces originarse, además, una impotencia *coeundi* funcional. A pesar de esto, no es suficiente la existencia de atrofia del tejido intersticial del testículo para excluir la potencia *coeundi*, ya que en los eunucos está suprimida toda la glándula, y, sin embargo, pueden realizar la erección y el coito, pues el mecanismo que permite al pene el erigirse es de tipo nervioso, y el erotismo que lo estimula sería suplido por otras glándulas endocrinas. La esterilidad, en la atrofia testicular, tampoco será concluyente mientras en el eyaculado haya espermatozoides vivos, llegándose solamente a la incapacidad procreadora en los casos de necrospermia o azoospermia. Se podrá considerar a un hombre normalmente fértil incluso cuando su esperma contenga un promedio de 20 a 30 millones de espermatozoos por centímetro cúbico.

Respecto a la perpetuidad de la impotencia *generandi* por atrofia testicular, tenemos que en los procesos patológicos cerebrales (encefalitis, atrofia cerebral, traumas cerebrales) sólo hay manifestaciones reversibles de oligospermia; en la debida a orquitis, rayos X, ciertas sustancias administradas con fines terapéuticos, la esterilidad ocasionada dependerá de la causa y de la intensidad de la lesión, pudiéndose esperar su curación en la fase aguda; en cambio, si las alteraciones que ellas han producido en el testículo son destructivas e irreparables, la infecundidad será definitiva. En la atrofia por involución senil o por infantilismo, en la hipoplasia genital congénita, la esterilidad es perpetua.

Para apreciar esta forma de esterilidad no nos podremos guiar por la palpación, ya que, a veces, la atrofia no es aparente, habiéndose entonces de acudir al examen del líquido seminal.

Cuando la atrofia es unilateral, la fecundidad no quedará comprometida, pues el testículo del lado opuesto, que no ha sido alterado, conserva su funcionamiento normalmente.

Por todo lo apuntado no podemos considerar estériles más que a los individuos afectos de atrofia testicular bilateral con esclerosis total de la glándula. Los canonistas consideran la atrofia total e incurable como causa de impotencia, no por la que pueda haber en la realización del ayuntamiento carnal en los grados más avanzados, en que existiría incapacidad parcial o total para la cópula por disminución del impulso sexual,

sino por la falta de elaboración del semen testicular. Nosotros, en estos casos, preguntaríamos a los juristas cómo se puede calibrar el estado de la glándula y del semen. Por inspección o palpación, evidentemente que no, ya que los resultados no serían exactos, por cuanto, que, como hemos dicho, la atrofia no puede muchas veces apreciarse por estos medios. Tendría que recurrirse al examen microscópico del eyaculado para ver si contiene espermatozoides vivos. Pero ya sabemos los inconvenientes morales que surgen para recoger el esperma. Tal vez podría obtenerse lícitamente éste por coito con condón de tripa perforado, por toma del que queda en la uretra o del que fluye en la vulva al incorporarse la mujer después de la cópula. Pero aun en este último caso se podría argüir comparando con lo que sucede en los ancianos, a los que no se excluye del matrimonio, cuando en ellos también hay atrofia senil de sus glándulas sexuales y su eyaculado puede carecer de espermatozoides fecundantes.

En la criptorquidia sólo habrá que tener en cuenta lo que se refiere a la posible atrofia testicular, para la que cabe decir lo mismo que hemos dicho anteriormente.

Azoospermia epididimaria y funicular.—Es, sobre todo, la consecutiva a orquiepididimitis blenorragica que da lugar a obliteración de los conductos deferentes, la que con más frecuencia se encuentra en las sentencias rotales.

Aunque Ponsold es de opinión que el cierre cicatricial de las vías espermáticas determina un estado permanente que sólo en casos favorables puede ser resuelto por el cirujano, sin embargo creemos que esta impotencia es frecuentemente sólo temporal. En efecto, se han dado casos de esterilidad en el varón a continuación de epididimitis blenorragica, y que al cabo de algunos años de matrimonio se han observado espermatozoides en el semen de estos enfermos, habiendo sus mujeres llegado a concebir. Es, por tanto, necesario en estos casos el examen repetido del esperma antes de declarar impotente para la generación a todo individuo afecto de epididimitis doble. Para los efectos canónicos no puede considerarse tampoco impotente al que sufre de esta epididimitis doble, según Ferreres, ya que aunque en ellos esté obstruido el conducto epididimario, no obstante esto, es temporal. Sin embargo, se hace notar en las sentencias rotales que si consta la oclusión de los canales aunque no su perpetuidad, y esto durante todo el período de la

vida conyugal, puede darse, según las prescripciones del Derecho, la dispensa sobre matrimonio rato no consumado, ya que la cópula realizada en estas condiciones no constituye canónicamente consumación del matrimonio. Hemos visto también en la estadística de sentencias rotales, que insertamos al final, algunas de nulidad por esta causa; una de ellas por epididimitis tuberculosa, siempre que la lesión sea anterior al matrimonio y no reparable. En muchos de estos casos había, además de la oclusión canalicular, una atrofia de los testículos que impedía la elaboración del semen.

Dentro de las causas de la azoospermia funicular hemos de referirnos al caso en que se ha practicado la ligadura o la resección de una parte del conducto deferente, mediante la intervención de la vasectomía, ya que su valoración jurídica ha sido objeto de interesantes discusiones, puesto que el Derecho, aun colocando este caso entre los dudosos, tiende a declararlo perpetuo, difícilmente reparable y, por consiguiente, causante de impedimento para el matrimonio. Los problemas médicos que esta situación nos plantea son, en cuanto a su valoración, en todo idénticos a los señalados en el caso de la epididimitis gonocócica, pero en cuanto a su resolución efectiva, los vasectomizados representan un caso mucho más difícil de solucionar, ya que las perspectivas de restauración de la permeabilidad de estas vías seminales están envueltas en las tinieblas de la duda. O sea que si el restablecimiento es factible, el caso queda reducido jurídicamente a una impotencia temporal (esterilidad temporal, médicamente), y, por lo tanto, en Derecho canónico sólo podría dar lugar, como en la epididimitis, a una dispensa por matrimonio rato no consumado, pero si es muy difícil la reparación de esta anomalía la impotencia o esterilidad serían perpetuas, y canónicamente sería causa de impedimento dirimente.

A los ojos de la ciencia médica, ya vimos en otro lugar que la estadística de Bayle es bastante halagüeña, ya que con su técnica operatoria había conseguido un 70 por 100 de recuperaciones en los intervenidos afectos de vasectomía, lo que nos hace decir con el Padre Gemelli y el doctor O'Malley que el restablecimiento es posible, por lo menos en la mayoría de los casos, y así, la impotencia que considera el Derecho por esta causa, es dudosa; debiéndose, por esta duda, declararse la libertad para contraer matrimonio entre los vasectomizados. Por medio de la anastomosis del epidídimo con el vaso deferente se viene a resta-

blecer la comunicación; claro está que si la porción reseca era muy extensa las perspectivas de éxito habrá que tomarlas con cierta prudencia.

Aspermatismo.—Todos los casos en que, por obstáculo mecánico, el esperma no es eyaculado, pero sí fluye goteando, no se puede excluir la potencia *generandi*.

Respecto al hipospadias y epispadias, hay autores, como Thoinot y Brouardel, que los sitúan en la impotencia *generandi*, y otros, como Palmieri, además de colocarlos en ésta, los citan también en la *coeundi*; esto tendría su explicación en los casos de hipospadias, en que estando la abertura situada en la raíz del pene, exista al mismo tiempo una brida que dé al miembro viril la forma de un gancho de concavidad inferior que hace la intromisión casi imposible, y en los epispadias más acentuados, en que el meato se encuentra colocado bajo la sínfisis y acompañado de otras anomalías, como falta de sutura de la sínfisis púbica o extrofia de vejiga, en los cuales no sólo la esterilidad es absoluta, sino que también el coito es imposible.

A pesar de las dificultades que presentan los hipospádicos para la fecundación, se han dado muchos casos de individuos que, no obstante su malformación, han tenido hijos.

Con el proceder quirúrgico, que es conveniente emplearlo antes de que el niño alcance la edad escolar, realizándolo según la técnica de Denis Browne, el problema del hipospadias ha dejado de serlo, siempre que se disponga de personal e instrumental adecuados para resolverlo. El epispadias puede corregirse mediante una operación plástica que añada el segmento del conducto uretral que falta.

También en estos casos puede facilitarse la fecundación ayudando al acto natural, inyectando, después del coito, más profundamente el esperma depositado en la vagina y sin sacarlo al exterior.

Por todo lo dicho, deben considerarse el hipospadias y el epispadias como causantes de esterilidad relativa.

En el aspermatismo producido por lesiones medulares que han destruido el centro eyaculador de la porción sacra, pero conservando intacto el centro de la erección, con lo que se puede practicar el coito, pero sin verificarse la eyaculación, se ocasionará una esterilidad absoluta y perpetua. Por no ser eyaculado el semen, será tenida jurídicamente como causa de impedimento de impotencia. En cambio, será temporal el aspermatismo debido a depresión funcional o a inhibición psíquica, que

puede coincidir con erecciones normales y que es equiparable a la impotencia psíquica; aquí le podríamos llamar esterilidad psíquica, y que, como aquélla, es relativa, ya que en muchas ocasiones o con otras personas la eyaculación se realiza.

En el retardo de la eyaculación, también la forma funcional será relativa, y la de causa orgánica central por lesión medular resultará permanente.

Valoración médica de la impotencia en la mujer. Impotencia "coeundi" orgánica genital.—La obliteración total de la vulva, la falta completa de vagina o el infantilismo de la misma que no permitan la introducción del pene y que corrientemente también van unidas a otras malformaciones de los órganos genitales internos, constituyen impotencia absoluta al coito.

La atresia de vulva y la estrechez congénita de vagina, aunque dificultan grandemente la cópula, pueden, sin embargo, algunas veces no ser obstáculo para que ocurra la fecundación, como consecuencia de un coito incompleto o vestibular. En estos casos de estrechez del aparato genital femenino, pueden introducirse ciertos aparatos en los órganos de la mujer que faciliten el acto. La atresia de la vulva y vagina es considerada en Derecho como causa de nulidad del matrimonio si ella representa para el marido un obstáculo insuperable para hacer desaparecer el estado de virginidad de su esposa.

Cuando la vagina se abre en el recto, o éste y la vulva se confunden en una cloaca común, puede tener lugar la fecundación por un coito atípico, como es el realizado por el ano.

Los otros obstáculos, como cicatrices, proliferaciones condilomatosas vulvares, elephantiasis, obesidad, prolapso vaginal o uterino, hernias voluminosas de los grandes labios, podrán dar origen corrientemente a una impotencia relativa por la repugnancia o disgusto que provocan en el marido o por la dificultad de recibir a un pene de regular tamaño.

En los casos de falta de vagina no se puede decir que este obstáculo sea perpetuo, ya que se ha intentado realizar una vagina artificial mediante intervención quirúrgica y tapizando la cavidad artificial labrada con colgajos de piel del muslo pediculados, o bien con una plastia del recto. No obstante, los resultados obtenidos son muy problemáticos.

Respecto a la licitud del empleo del procedimiento quirúrgico para conseguir una vagina artificial, ha sido objeto de diversos pareceres entre

los canonistas y, así, mientras Bender lo considera como no admisible, ya que no pudiéndose provocar las secreciones de las glándulas vulvo-vaginales, con la que se verifica la mezcla de los sémenes, la cópula no podría considerarse como acto natural, Mans opina de diferente modo, ya que recogiendo el parecer de teólogos y moralistas, encuentra que en el concepto de cópula conyugal no se tiene en cuenta la intervención del semen femenino. El ilustre moralista Padre Mondría, de la Compañía de Jesús, explica la licitud de la realización por arte quirúrgico de la vagina artificial, diciendo que esta operación está permitida desde el punto de vista canónico moral, con vistas al matrimonio, no solamente cuando se tiene la seguridad de que son normales, anatómica y funcionalmente, los órganos genitales internos de la mujer, sino también en el caso de que sea dudosa su normalidad o que sea cierta la ausencia de aquéllos. Entendiéndose que esta licitud resultaría siempre que se trate de una vagina autoplástica o isoplástica, pero no de una vagina heteroplástica o de individuo de la escala animal inferior al hombre. No será lícita la operación cuando tratándose de una mujer soltera conste claramente que ella la solicita para poder así entregarse a actos pecaminosos. Toda mujer que teniendo vagina artificial haya de contraer matrimonio, habrá de advertir previamente de este defecto al novio, ya que de no hacerlo constituiría falta grave, y aunque el matrimonio sería válido, el marido, que se ha dado cuenta después de las nupcias de este defecto, podría pedir la separación, y si no hubiera habido consumación por el acto conyugal podría solicitar la dispensa del matrimonio rato y no consumado.

Nos detendremos finalmente en la impotencia orgánica genital relativa, que viene dada en la mujer por la desproporción de su vagina con el tamaño del miembro viril y por la resistencia del himen.

Hay mujeres que rehusan el deber conyugal que tienen contraído con el marido alegando su imposibilidad por el volumen considerable del miembro. En estos casos, aunque muchas veces los primeros intentos de realizar el coito resulten dolorosos, sin embargo, en los sucesivos, la costumbre y la cierta elasticidad del conducto vaginal van creando una acomodación progresiva que permite, sin grandes molestias, practicar el acto sexual. Es difícil que en cada caso particular podamos apreciar, como médicos, la medida del dolor, emitiendo nuestra opinión, ya que nosotros podemos haber examinado los órganos sexuales, pero ellos, evi-

dentemente, no se encontraban en la situación de aproximación, por lo que no podemos darnos una cuenta cierta de lo que sucedería en tal caso. Por otra parte, el examen de los cónyuges habrá de hacerse por separado, ya que dado el estado de desacuerdo entre ellos, el recibirlos a los dos al mismo tiempo pudiera ser causa de escenas desagradables.

La persistencia del himen más se debe, muchas veces, a una incapacidad relativa por parte del varón que posee un pene exiguo, incapaz de llevar a cabo la desfloración. Otras veces la elasticidad del mismo permite la introducción sin desgarrar. Cuando la resistencia anormal es debida a un espesamiento, una incisión o la resección de los bordes de la membrana permitirán la normalidad de las actividades sexuales.

Orgánica extragenital.—En ésta hay unos defectos de tipo congénito, como acortamiento de los aductores, deformaciones y estrechamiento de pelvis, que son permanentes y que, además, hacen resaltar tan a la vista la lamentable situación de la mujer que los posee que no creemos pueda ocultársela al varón que quisiera contraer matrimonio con ella, para que después éste vaya a tener necesidad de pedir una demanda de separación. Otras alteraciones, como procesos inflamatorios de las articulaciones de la cadera, parálisis de los músculos del muslo, son adquiridos y susceptibles de remitir mediante tratamiento adecuado.

Impotencia funcional.—Suprimimos en la clasificación la impotencia psíquica en la mujer, porque realmente no es tal impotencia, cuando en ella nada hay que pueda impedir la realización de la cópula más que la especial situación nerviosa que se le ha creado.

La llamada impotencia psíquica femenina más puede encontrarse como un estado particular nervioso que acompaña a otras formas de impotencia orgánica o de dispareunia, en las que la reacción desagradable de las relaciones sexuales les hace rehuir a toda tentativa de realizar el coito.

En sentido estricto daríamos valor médico de impotencia relativa psíquica femenina, por analogía a la del hombre, a esa disociación que existe en la mujer que ama al marido sentimentalmente, con ternura, cuando se refiere al trato afectivo, amistoso; en cambio, le odia para la realización de toda intimidad carnal que representa para ella cosa sucia, brutal y repugnante, no tolerando por esta causa el ataque sexual.

De estos casos se recoge uno en las sentencias rotales, tratándose de una enferma histérica, que se mostraba insensible y con repugnancia para el

acto material de la cópula, en cuyas tentativas se volvía excitada, nerviosa, gritando y acusando dolor, y, en cambio, no era insensible para otras manifestaciones eróticas.

Esta causa, jurídicamente, no da lugar a nulidad, y la satisfacción que debemos dar nosotros médicamente al caso es que siendo la mujer el elemento pasivo en el acto sexual, fuera de algunas psicópatas, puede sobreponerse, más fácilmente que el hombre, para vencer esta aversión y, además, en ella el instinto de maternidad es mucho más fuerte que aquel otro de la genitalidad, lo que hace que muchas veces, a pesar de su frigidez o de sus tendencias homosexuales, dando rodeos, vaya finalmente a buscar al varón.

El vaginismo de tipo nervioso, que es el que actualmente se reconoce como tal, es uno de los obstáculos de la mujer que con mayor frecuencia se invocan en los procesos canónicos de impotencia. Aunque en estos casos alguna que otra vez el marido ha acertado a vencer el obstáculo, habiendo cabido la fecundación por coito vestibular, sin embargo, las posibilidades de realizar una cópula completa son imposibles, resultando en estas condiciones peligrosa para la mujer, dado que pueden producirse roturas vaginales y hemorragias.

El vaginismo suele ser temporal, y es factible al tratamiento médico o a ciertas intervenciones quirúrgicas, pero cuando fuese debido a una perturbación nerviosa congénita y ésta fuese incurable, él constituiría impedimento.

La dispareunia no la hemos colocado tampoco como impotencia porque en ella ni hay obstáculo absoluto para la introducción del pene, ya que, como su nombre expresa —coito doloroso—, la cópula tiene lugar, aunque con dolor, ni hay contracción espasmódica de tipo nervioso, como en el vaginismo, tratándose únicamente de una reacción instintiva producida por la sensación dolorosa. No puede, por lo tanto, ser tenida en consideración para la anulación de un matrimonio, máxime siendo, por sus causas, susceptible de tratamiento, aunque algunas veces el marido, no pudiendo someterse a una abstinencia conyugal más o menos prolongada, por rehusar la mujer el coito, que le resulta molesto y perjudicial, haya pedido por este motivo demanda de separación.

Valoración jurídica de la impotencia.—Para tratar del estudio de esta valoración legal acudiremos a las fuentes jurídicas, haciendo un breve

CONCEPTO Y VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA IMPOTENCIA GENITAL

comentario de lo que se entiende por impotencia en los códigos de Derecho canónico y civil.

El canon 1.068, repitiendo lo que ya dijimos en otro capítulo, dice: "La impotencia antecedente y perpetua, tanto si es impotente el varón como si lo es la mujer, lo mismo si es conocida por el otro cónyuge como si no lo es, ya sea absoluta, ya relativa, dirime el matrimonio por derecho natural".

La impotencia a que se refiere aquí el código es la incapacidad para realizar la cópula carnal, entendiéndose ésta por la penetración del miembro viril, con la consiguiente emisión de semen, de un modo natural, dentro de la vagina. No se alude, por lo tanto, a la impotencia para engendrar.

La impotencia para la cópula es, pues, la que da origen al impedimento, sea ésta de origen orgánico o funcional, verbigracia, la carencia de miembro viril o de ambos testículos, falta de erectibilidad, estrechez de vagina, etc.

Debemos distinguir en el mecanismo de la generación lo que es obra del hombre y lo que es obra exclusiva de la naturaleza.

Hay impotencia en sentido jurídico cuando el hombre o la mujer no pueden aportar en el acto de la unión carnal aquellos elementos que la naturaleza les ha encomendado que pongan para ello, y habrá solamente esterilidad cuando, supuesta la acción del hombre en debida forma, es la naturaleza la que no desarrolla su actividad propia completando la acción humana. Estas dos acciones, la humana y la de la naturaleza, son necesarias para que pueda seguirse la procreación, pero solamente la imposibilidad de realizar la primera es lo que constituye en Derecho el impedimento de impotencia. Además, como dice también el mismo canon, esta impotencia ha de ser antecedente y perpetua, absoluta o relativa. Antecedente es la que existe antes de la celebración del matrimonio. Perpetua es la que ni desaparece por sí sola con el transcurso del tiempo, ni se la puede hacer cesar sin recurrir a algún medio ilícito o peligroso. La temporal no es causa de impedimento, tal es la que tienen los jóvenes antes de la pubertad. El que padece impotencia perpetua tiene impedimento dirimente, que no admite dispensa, por ser de derecho natural, pero si mediante una operación peligrosa se hace desaparecer esta impotencia, cesa *ipso facto* el impedimento.

Absoluta es la que incapacita de realizar el coito con cualquier persona del sexo contrario, por ejemplo, en el hombre la carencia completa del miembro viril; en la mujer, la ausencia de vagina. Relativa es la que impide la cópula con determinadas personas, pero no con todas, como por ejemplo, en el hombre el volumen exagerado del pene, y en la mujer, una estrechez moderada de la vagina. La impotencia relativa solamente inhabilita para contraer matrimonio con las personas con las cuales no se puede realizar el coito.

Según lo entendido por impotencia en el Derecho, tendremos como causas de la misma en el hombre, repasando el cuadro de la clasificación clínica, que tomamos por guía: en la funcional masculina los defectos de erectibilidad del pene en enfermedades nerviosas, toxicomanías, enfermedades sexuales y anomalías del apetito genésico, autosugestión inhibitoria por repugnancia física o aversión invencibles, anafrodisia originada por hipogenitalismo gonadal y que como muchas otras formas de impotencia funcional eran atribuidas por los antiguos al maleficio.

En la impotencia funcional de causa psíquica única, la jurisprudencia canonista se pronuncia por la temporalidad y relatividad de la misma. En cambio, esta impotencia funcional puede tener un origen predominantemente somático, y siendo entonces perpetua, el juez debe pronunciarse por la nulidad.

Es aquí donde la jurisprudencia no ha estado entonces afortunada denominando psíquica exclusivamente a la impotencia funcional, sin pensar que ésta pudiera tener también un origen somático. Por lo tanto, es aquí donde la medicina legal tiene que venir en auxilio de la jurisprudencia, y por eso nosotros hemos querido en nuestra clasificación expresar claramente la división de la impotencia funcional en sus tres formas psíquica, psicósomática y somática. Esta fácil confusión que existe cuando las impotencias funcionales de origen somático son estudiadas sólo en su aspecto funcional, ha hecho que en algunas ocasiones, en la Sagrada Rota Romana, como dice Prieto López, se ha llegado a sobrepasar los límites de lo justo. Así se deduce que en una sentencia rotal del 16 de julio de 1930 coram (ante) Grazioli y otra coram Wynen del 5 de diciembre de 1939, en las que se daba por cierta la impotencia funcional y que ésta era insanable, sin embargo, los jueces no se atrevieron a declarar nulo el matrimonio, por si acaso pudiera suceder que en tiempo futuro fuera posible sanar la impotencia del varón.

En esta última sentencia se trata del caso de una impotencia *coeundi* funcional en un sujeto de constitución neuropsicopática, de la cual se deriva incapacidad sexual, pues en el momento de ir a realizar la cópula carnal viene a unirse a este individuo el temor de no poder llevar a cabo ésta con éxito. En la exploración clínica presentaba este enfermo leves oscilaciones en la posición de Romberg, debilidad de los reflejos abdominales superiores e inferiores, falta de reflejo cremastérico, imperceptibilidad de la arteria dorsal del pene, debilidad e inconstancia del reflejo bulbo-cavernoso o de Onanoff. A pesar de que los peritos médicos aseguraban la perpetuidad de esta impotencia, los jueces eclesiásticos no quisieron tomarla en cuenta, por si acaso ella podía corregirse separando a este individuo de su mujer y aplicándole asiduas curas psicoterápicas que le despreocupasen de los negocios internos y externos. El Tribunal no declaró su nulidad, pero posteriormente fue pedida su dispensa por matrimonio rato no consumado.

En otras sentencias más recientes, una de la Sagrada Rota Romana, del 4 de junio de 1949, *coram Canestri*, y otra del Tribunal del Vicariato, de 8 de marzo de 1954, se declaran nulos dos matrimonios ante la imposible consumación de los mismos, por la existencia en el varón de impotencia funcional debida a espina bífida oculta.

La impotencia instrumental médica es aquí objeto de impedimento (cuando no puede verificarse la cópula) en los casos de carencia de pene con carácter absoluto y en los de alteraciones de su tamaño, por exceso o por defecto, con carácter relativo.

Al entrar en la impotencia que estudiábamos médicamente como *generandi*, observamos que en casi todos los casos que ella comprende y que suponen la falta o la dificultad de llegar a su sitio adecuado del licor fecundante o semen, que es elemento indispensable para la cópula perfecta, son motivos de impedimento por impotencia y no esterilidad propiamente dicha, como señalábamos en la parte médica. Por tanto, de todo lo que en aquel cuadro de impotencia *generandi* expusimos, sólo dos casos son tenidos por esterilidad según el concepto jurídico, y que son: 1. La azoospermia fisiológica de los jóvenes antes de la pubertad, y que es temporal, y la de la evolución senil. 2.º Las enfermedades que afectando a los testículos, vesículas seminales, próstata o a su funcionamiento, dan lugar a que el semen segregado carezca de espermatozoides, sean pocos o mal desarrollados, débiles o que no tengan vitalidad.

Serán, en cambio, causas de impotencia canónica, por no aportar semen verdadero en la cópula, los casos de carencia de ambos testículos, atrofia total e incurable de los mismos que impide la elaboración del licor espermático, la absoluta obstrucción o discontinuidad de los canales deferentes, el hipospadias y epispadias (menos en las formas leves de estos defectos, en los que con la penetración se puede efectuar la efusión del semen dentro de la vagina). En el caso del hipospadias y epispadias se duda de su corrección por medio de intervención quirúrgica, por ser ésta difícil y peligrosa.

De la criptorquidia se ve, por las decisiones de la Sagrada Rotá Romana, que los varones afectos de esta anomalía son considerados impotentes para la generación, ya que los testículos, que han quedado detenidos en su descenso, se han conservado generalmente atrofiados y privados de la función espermatógena. Toman con reserva los ejemplos de criptóquidos que habían llegado a fecundar.

No son considerados impotentes los que sufren epididimitis doble, pues aunque tienen obstruido el conducto en el epidídimo, sin embargo, esto es temporal. La vasectomía doble, si es irreparable y perpetua, es canónicamente verdadera impotencia, por faltar la efusión del semen para tener la cópula perfecta. Así, en recientes sentencias de la Sagrada Rota Romana se sienta la doctrina de que la vasectomía constituye impedimento cuando se prueba su existencia y perpetuidad. Nosotros, con criterio médico, nos inclinamos, basándonos en las estadísticas citadas en otro capítulo, de cirujanos eminentes, que la vasectomía origina solamente impotencia temporal, ya que en la gran mayoría de los casos puede ser reparada por otra intervención quirúrgica.

De la impotencia de la mujer es considerada como tal la ausencia de vagina, la obstrucción o deformidad de la misma que la haga impenetrable, el infantilismo vulvar, la estrechez de la vagina, que dará muchas veces impotencia relativa, y el vaginismo, que rara vez es perpetuo, pero que cuando lo es y además incurable, constituyen verdadero impedimento. El pseudovaginismo causado por erosiones, leucorrea, eczema vulvar, no es ciertamente causa de impotencia, ya que no contiene los elementos que exige el legislador para ello, y que son perpetuidad e incurabilidad.

Los demás casos de impotencia femenina son considerados como de esterilidad, y, por lo tanto, no dirimen el matrimonio, incluso el caso de

la mujer excisa, o sea privada de útero y ambos ovarios por efecto de la histerectomía, o la que padece atrofia completa de los órganos post-vaginales.

El no considerar a la mujer excisa impotente, como el caso análogo del varón castrado o vasectomizado, lo basan los canonistas en varias razones, una de ellas porque la ovulación es independiente de la cópula y, por lo tanto, a ello no llega la acción humana, correspondiendo a la acción de la naturaleza. Otra razón que dan es la de que puede haber algún ovario suplementario o fragmento de ovario. Ya hemos insistido antes en lo absurdo de esta idea, ya que nadie puede imaginar, aunque sea lego en la materia, que una mujer a la que le faltan no sólo los ovarios, órganos esenciales para la elaboración de óvulos fecundos, sino también el útero, que es el órgano de tránsito de los elementos sexuales y lugar de anidamiento del huevo fecundado, pueda en estas condiciones esperar, ni remotamente, tener posibilidad de alcanzar la maternidad. Por lo tanto, una unión carnal realizada con mujer así mutilada no puede hacerse con la idea de crear hijos, aunque sea admitida por el Derecho canónico, pues eso sería inconcebible. La última y única razón que dan los canonistas, y ésta sí que no podemos discutir, es la de que así como para el hombre hay un documento pontificio que prohíbe el matrimonio de los privados de testículos, no lo hay para el caso semejante de la mujer privada de ovarios o de los conductos internos de la generación. Aun acatando esta opinión, no podemos menos de hacer resaltar que sale con mayor ventaja la mujer que el hombre en cuanto a la consideración y valoración de estos defectos del aparato genital, ya que tan importante es la existencia de ovarios para la fecundación como la de los testículos.

El segundo párrafo del canon 1.068 dice que "Si el impedimento de impotencia es dudoso, con duda de derecho o con duda de hecho, no puede impedirse el matrimonio". Esta duda del impedimento de impotencia puede ser de hecho o de derecho; es de hecho si la duda versa acerca de la existencia misma del defecto corporal, y de derecho, cuando conociéndose la existencia del defecto, se duda si ésta constituye o no impedimento de impotencia.

Dos casos de duda del Derecho son, el de si constituyen impedimento de impotencia el carecer la mujer de útero y ambos ovarios, y el de si el varón al que se le practicó la vasectomía doble es impotente. De

estos dos casos, como hemos visto en nuestra parte médica, no son, desde el punto de vista clínico, dudosos, pues el que de ellos no se pueda seguir la generación está bien patente. Ahora bien, en cuanto a la perpetuidad de estos dos defectos, está también claro que es reparable en una gran mayoría de veces por intervención quirúrgica el caso de los vasectomizados; en cambio, no hay posibilidad de ninguna clase de reparar la falta de útero y ovarios. Tampoco parece que existan dudas sobre el parecer de la jurisprudencia canónica, pues así como en todas sus sentencias se ha declarado por no impedir el matrimonio de la mujer excisa, en cambio, en recientes sentencias de la Rota Romana, como las de 25 de abril de 1941 y la de 25 de octubre de 1945, se ha pronunciado, en la primera, nulo un matrimonio por falta de semen testicular, y en la segunda se ha dispensado super rato un caso de vasectomía actual cierta, pero dudosamente perpetua, por entender que mientras exista ese defecto el matrimonio no se consuma.

Termina el canon 1.068 con el párrafo tres, que dice: "La esterilidad no dirime ni impide el matrimonio". Entendiéndose esta esterilidad tal como se concibe jurídicamente.

Referente al valor jurídico que se da al caso de los hermafroditas, en los que se nota cierta habilidad para el matrimonio, pueden presentarse los tres siguientes casos: 1.º Si por un sexo determinado están presentes los órganos de la generación idóneos a la cópula con cierta suficiencia, no hay ningún obstáculo para que a los tales hermafroditas se les admita al matrimonio, aunque coexistan órganos de otro sexo. 2.º Cuando conste de órganos insuficientes para la realización de las funciones genitales, debe prohibirse el matrimonio, declarándose nulo el contrato matrimonial. 3.º Cuando se duda de la suficiencia de los órganos después de haber hecho el examen de los mismos, debe disuadirse el matrimonio, pero si persiste la duda no debe prohibirse éste, con la cautela de que se advierta a la otra parte; no obstante, puede instituirse el proceso de nulidad cuando conste de la no consumación, llevándose ante la Santa Sede súplica pidiendo la disolución del matrimonio no consumado.

El Código civil, en su artículo 83, párrafo tercero, habla de la impotencia en términos análogos al código de Derecho canónico, diciendo que no pueden contraer matrimonio "Los que adolecieren de impotencia física, absoluta o relativa para la procreación con anterioridad a la celebración del matrimonio, de una manera patente, perpetua e incurable".

Comparando lo que dice el Código civil en relación con el de Derecho canónico, vemos que aquél aún se muestra más exigente al poner la condición de incurable, cosa que no cita el canon 1.068, aunque se supone que en la palabra perpetua está implícita la condición de insanable.

Terminamos este capítulo diciendo que el médico-legista no puede sustituir al teólogo y al canonista al determinar las normas jurídicas, pero no cabe duda que el médico es el competente para aportar al juicio del legislador una proyección de los conocimientos biológicos, para que el jurista pueda aprovecharse mejor y no se den incongruencias entre la ciencia médica y el Derecho, resultando así éste mejor adaptado a la realidad biológica.

CAPÍTULO VI

CASUÍSTICA

Para que sirva de aclaramiento a la parte teórica expuesta en capítulos anteriores, hemos buscado dos historias clínicas de casos de impotencia, entresacadas de las Sentencias Rotaes y que fueron declarados de nulidad.

A continuación hacemos una estadística de las decisiones pronunciadas por la Sagrada Rota Romana por causa de impotencia, desde que éstas han comenzado a ser publicadas, o sea desde el año 1909 hasta el 1947, ya que ellas se publican diez años después que fueron dadas. Expondremos el diagnóstico clínico de cada una con su sentencia correspondiente, sacando luego la proporción en que se encuentran las causas masculinas y femeninas, así como la de las distintas enfermedades que originan incapacidad para el matrimonio.

Muchas veces se pueden dar a la vez dos causas de inhabilidad para la consumación del acto conyugal; nosotros tomamos en los casos de la estadística aquella que sea la fundamental en la producción de la impotencia.

Para la constitución de los cuadros estadísticos, las sentencias por impotencia dadas por el Tribunal de la Rota Romana quedan reunidas en tres grupos: Las que han declarado la nulidad, las que han dado lugar a dispensa y las que no han originado ni nulidad ni dispensa. Aunque las palabras nulidad y dispensa vengan a designar lo mismo, ya que, de hecho, los resultados que siguen a ambas son idénticos, sin embargo, jurídicamente, nulidad viene a expresar que el matrimonio no es considerado válido, y resulta inválido un matrimonio por tres conceptos: *a*), por existir algún impedimento dirimente; *b*), por falta de consentimiento, y *c*), por no observarse la forma de la celebración. En la impotencia, la nulidad se debe, pues, a impedimento. En cuanto a la dispensa, si el matrimonio válido entre bautizados no es consumado, la Iglesia, en virtud de la potestad que le ha concedido Jesucristo, aunque

el sacramento del matrimonio es indisoluble, puede disolverlo con causa justa a ruego de ambas partes o de una de ellas, aunque la otra se oponga.

Finalmente hemos consultado la jurisprudencia del Tribunal Supremo de nuestro país y en ella no se encuentra ninguna sentencia que se refiera a causas de impotencia (artículo 83, número tres, del Código civil), lo que no nos permite hacer una estadística análoga a la que hemos formado con el material recogido del Tribunal de la Rota Romana. En la parte bibliográfica citamos con carácter negativo la importante obra del abogado señor Rodríguez Navarro, *Doctrina civil del Tribunal Supremo*, que recoge las resoluciones de jurisprudencia civil salidas de dicho Tribunal.

Historias clínicas.—T. D. C. Hombre de 50 años, casado. Su constitución es asténica, tanto en su sistema nervioso como en los aparatos ligamentosos y de sostén.

Anamnesis.—En la pubertad y después de ella ha practicado la masturbación, realizada con manipulaciones en su miembro viril flácido, seguidas de poluciones que dejaban impresiones agradables aunque incompletas desde el punto de vista de la satisfacción sexual, debido a la decreciente depresión moral.

Las tentativas de cópula conyugal se han realizado sin tener penetración alguna en vagina por falta de erección del miembro viril, reduciéndose aquélla a acercar el pene flácido y bañado en semen a los órganos genitales externos de su mujer. En una ocasión, en un momento de paz, tuvo una erección mejor y la mujer concibió una niña; esto, sin embargo, pudo suceder por un coito también en semierección. Después de haber tenido este hijo, que falleció al poco tiempo, han realizado como un par de veces la unión sexual en las mismas condiciones anteriores. Luego se separó de su esposa y ha tenido tentativas de cópula con otras mujeres no vírgenes, habiendo tenido el mismo ineficaz resultado o quizás en forma más grave.

Exploración.—Fisonomía de viejo, gerodermia no generalizada, calvicie acentuada, tubérculo de Darwin en las dos orejas (signo recesivo), disposición del pelo de tipo femenino.

Examen ocular.—Miopía, ligero estrabismo divergente y exoftalmos.

Examen bucofaringeo.—Carie dentaria de cinco molares, desarrollo anormal de los caninos (ectopia), faringitis granulosa.

Aparato circulatorio.—Insuficiencia mitral, dilataciones venosas, varices, hemorroides.

Aparato digestivo.—Ptosis gástrica, hernia inguinal izquierda.

Sistema esquelético y ligamentoso.—Dimensiones desproporcionadas del cráneo con evidente deformación del parietal derecho (depresión) respecto del izquierdo, deformación ósea de la bóveda craneana y de la silla turca. En la radiografía de la pelvis se observa la reunión de las dos primeras vértebras sacras. Excesiva flexibilidad de las articulaciones.

Aparato endocrino y genital.—Tiroides engrosado, dermatografismo rojo persistente, distrofia genitopituitaria constitucional con participación de las cápsulas suprarrenales, astenia, varicocele, debilidad del reflejo bulbo-cavernoso de Onanoff.

Sistema nervioso.—Desigualdad en los reflejos cremastéricos (no presenta el derecho, intensísimo el izquierdo; esto para los neurólogos es índice de impotencia o de pervertimiento sexual). Hay una malformación congénita de los últimos metámeros de la médula espinal y de las raíces eferentes. Su funcionabilidad psíquica es característica de la astenia nerviosa.

Diagnóstico.—Este sujeto está afecto de impotencia funcional psicósomática por disfunción endocrina y por un estado asténico del sistema nervioso, particularmente de los centros espinales. Esta impotencia es cierta, manifiesta, completa, anterior al matrimonio y perpetua. Hay imposibilidad de erección y de penetración, pudiendo haber, no obstante, con el miembro flácido, emisión de semen *ante portas*.

B. M. A.—Mujer de 35 años, casada.

Anamnesis.—Nunca ha sufrido la menstruación. Su marido experimenta gran dificultad para realizar la cópula conyugal con ella.

Exploración.—Se observa una vagina breve, no desarrollada, en estado infantil, teniendo en su extremidad superior una membrana completa, for-

CONCEPTO Y VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA IMPOTENCIA GENITAL

mando un saco cerrado que impide el reconocimiento del útero. Este obstáculo no permite la consumación del acto conyugal, siendo sólo posible una penetración parcial.

El útero, como todo el aparato genital, deberá ser rudimentario.

Diagnóstico.—Impotencia *coeundi* orgánica local.

CUADRO ESTADÍSTICO DE SENTENCIAS DEL TRIBUNAL
DE LA SAGRADA ROTA ROMANA

FECHA	DIAGNÓSTICO	SENTENCIA
15 noviembre 1909	Impotencia <i>coeundi</i> orgánica femenina por defectos de la parte interior de la vagina.	Nulidad
16 julio 1910	Debilidad sexual masculina con eyaculación precoz y erección no completa.	No hay nulidad
31 enero 1911	Impotencia <i>coeundi</i> orgánica femenina por falta de orificio vaginal.	Nulidad
15 julio 1911	Impotencia funcional masculina por eyaculación precoz y erección incompleta.	Dispensa por matrimonio no consumado
8 enero 1913	Falta de un testículo con atrofia del otro.	Nulidad
22 diciembre 1913	El defensor del vínculo apeló en el caso anterior por no haber impotencia a la cópula, aunque sí a la generación.	No hay nulidad.
5 junio 1913	Infantilismo aparato genital masculino.	Nulidad
19 julio 1913	Infantilismo genital masculino.	Nulidad
16 mayo 1914	Impotencia funcional psíquica del varón.	Dispensa
6 julio 1914	Anorquidja.	Nulidad
29 mayo 1916	Impotencia funcional por abuso de la masturbación en la adolescencia.	Nulidad
3 febrero 1916	Infantilismo vaginal.	Nulidad
17 abril 1916	Infantilismo vaginal.	Nulidad
17 agosto 1917	Infantilismo genital masculino (eunucoidismo).	Nulidad
19 noviembre 1917	Impotencia funcional psíquica por frigidez con masturbación frecuente en la adolescencia.	Nulidad
17 febrero 1917	Infantilismo vaginal.	Nulidad
14 julio 1917	Infantilismo vaginal.	Nulidad

AGUSTÍN SEBASTIÁN IRANZO

FECHA	DIAGNÓSTICO	SENTENCIA
4 julio 1918	Hipoplasia genital masculina. Eunucoi- dismo.	Nulidad
16 agosto 1918	Impotencia funcional por neurastenia en el varón.	Nulidad
29 julio 1920	Orquitis doble blenorragica con oblite- ración de las vías espermáticas.	Nulidad
17 agosto 1920	Hipogenitalismo masculino con hipopla- sia del pene.	Dispensa
25 marzo 1920	Impotencia <i>coeundi</i> orgánica femenina por carencia de vagina.	Dispensa
3 agosto 1921	Impotencia funcional psíquica mascu- lina.	Dispensa
6 diciembre 1921	Dispermatismo por destrucción traumá- tica de la uretra a nivel del periné. Epi- didimitis.	Nulidad
28 mayo 1921	Impotencia <i>coeundi</i> femenina por des- censo del cuello uterino y retroflexión fija del útero.	Nulidad
10 agosto 1922	Epididimitis blenorragica con obstruc- ción de los conductos deferentes.	No hay nulidad
29 abril 1922	Impotencia <i>coeundi</i> femenina por retro- flexión uterina debida a retracción cica- tricial por peritonitis habida en la in- fancia.	Nulidad
14 junio 1923	Epididimitis blenorragica bilateral con obstrucción de los conductos deferentes, antecedente y perpetua.	Nulidad
15 febrero 1924	Atrofia testicular congénita.	Nulidad
28 marzo 1924	Epididimitis blenorragica bilateral con oclusión de los conductos deferentes, antecedente y perpetua.	Nulidad
21 junio 1924	Hipogenitalismo constitucional masculino con eunucoidismo.	Nulidad
9 febrero 1924	Retroversión del útero.	No hay nulidad
8 marzo 1924	Falta congénita de vagina y útero.	Nulidad
21 febrero 1925	Impotencia psíquica masculina antece- dente y perpetua por autosugestión, con desfallecimiento temporáneo de los cen- tros cerebrogénitales.	Dispensa
10 marzo 1925	Infantilismo genital masculino.	Nulidad
18 diciembre 1925	Falta de desarrollo de la vagina (infan- tilismo).	Dispensa

CONCEPTO Y VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA IMPOTENCIA GENITAL

FECHA	DIAGNÓSTICO	SENTENCIA
22 diciembre 1925	Impotencia <i>generandi</i> femenina por útero rudimentario y falta de ovarios y trompas.	No hay nulidad
1 marzo 1926	Impotencia funcional femenina por vaginismo.	No hay nulidad
17 diciembre 1926	Estrechez de la vagina en su fondo.	No hay nulidad
17 abril 1926	Oclusión vaginal por retroversión completamente irreductible del útero.	Dispensa
28 junio 1927	Impotencia psíquica masculina por no poder acercarse a su mujer, que padece de hemorragias debidas a fibroma.	Dispensa
4 agosto 1927	Atrofia testicular por orquitis eurliana.	Nulidad
7 febrero 1927	Retroversión uterina.	Dispensa
21 marzo 1927	Retroflexión y retroversión del útero con cervicitis y pericervicitis adhesiva.	No hay nulidad
30 julio 1928	Hipogenitalismo masculino.	Nulidad
27 octubre 1929	Atrofia testicular e hipoplasia del pene (infantilismo).	Nulidad
7 agosto 1929	Atresia de vulva y vagina.	Nulidad
16 junio 1930	Atrofia testicular con falta de los epidídimos y conductos deferentes (hipoplasia).	Nulidad
16 julio 1930	Impotencia funcional (psicosomática) por deficiencia del sistema cerebroespinal, agravada por la masturbación.	Dispensa
23 diciembre 1930	Orquiepididimitis blenorragica. No consta la insanabilidad de la atrofia testicular y de la oclusión de los conductos seminales.	No hay nulidad
21 julio 1930	Atresia vaginal congénita con vaginismo.	No hay nulidad
25 febrero 1930	Estenosis cervical.	No hay nulidad
24 julio 1931	Impotencia funcional psíquica masculina por frigidez.	No hay nulidad
18 abril 1931	Orquitis doble blenorragica con obstrucción de las vías espermáticas.	Dispensa
4 agosto 1931	Orquitis blenorragica con obliteración de los conductos deferentes.	No hay nulidad
17 noviembre 1931	Impotencia <i>coeundi</i> femenina por cordedad de vagina y existencia de una membrana en la extremidad superior del conducto.	Nulidad

ACUSTÍN SEBASTIÁN IRANZO

FECHA	DIAGNÓSTICO	SENTENCIA
6 diciembre 1932	Atrofia testicular.	No hay nulidad
4 abril 1932	Aspermatismo (no hay eyaculación) de causa neurasténica.	Dispensa
17 mayo 1932	Orquiepididimitis blenorragica con impermeabilidad de los conductos seminales.	Nulidad
9 agosto 1932	Orquiepididimitis blenorragica con obstrucción de los conductos seminales.	Nulidad
28 marzo 1933	Impotencia funcional psíquica masculina.	Dispensa
8 abril 1933	Impotencia funcional (psicosomática) por constitución neurasténica en el varón.	Dispensa
24 abril 1933	Impotencia funcional por debilidad de las fuerzas y por causas morales.	Dispensa
29 julio 1933	Orquiepididimitis blenorragica con obstrucción epididimaria. No se sabe cierto si es anterior al matrimonio.	No hay nulidad
31 octubre 1933	Impotencia funcional masculina por neurastenia.	dispensa
6 febrero 1933	Estenosis cervical.	No hay nulidad
31 enero 1933	Extirpación quirúrgica de útero y anexos, anterior al matrimonio.	No hay nulidad
17 julio 1933	Anteflexión del útero.	No hay nulidad
4 mayo 1934	Impotencia funcional psíquica dudosa en el varón.	No hay nulidad
30 octubre 1934	Impotencia <i>coeundi</i> femenina por retroflexión del útero.	No hay nulidad
6 agosto 1934	Impotencia funcional psíquica femenina.	Dispensa
26 marzo 1935	Impotencia funcional (psicosomática) por estado neurasténico y neuropático, en el varón.	Dispensa
19 enero 1935	Infantilismo genital masculino.	Nulidad
28 enero 1935	Atrofia testicular por orquitis traumática y blenorragica.	Nulidad
29 marzo 1935	Impotencia funcional psíquica masculina.	No hay nulidad
29 mayo 1935	Impotencia funcional psíquica.	No hay nulidad ni dispensa
23 julio 1935	Orquitis eurliana izquierda y posteriormente blenorragica, con obliteración de los conductos deferentes.	No hay nulidad

CONCEPTO Y VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA IMPOTENCIA GENITAL

FECHA	DIAGNÓSTICO	SENTENCIA
16 noviembre 1935	Impotencia funcional (psicosomática) por neurastenia sexual masculina.	No hay nulidad
24 noviembre 1936	Impotencia funcional psíquica masculina por constitución neuropática.	No hay nulidad
23 junio 1936	Impotencia funcional masculina por causa psicopática congénita.	No hay nulidad
27 junio 1936	Impotencia funcional masculina (psicosomática) por neurastenia sexual.	No hay nulidad
18 febrero 1936	Impotencia funcional masculina por neurastenia sexual.	Dispensa
10 diciembre 1936	Impotencia funcional psíquica femenina por hipersensibilidad local, consecuencia de proceso inflamatorio parametrial. Dispareunia.	No hay nulidad ni dispensa
20 enero 1937	Impotencia psíquica masculina.	Dispensa
5 abril 1937	Impotencia funcional por constitución neuropsicopática en el varón.	Nulidad
5 junio 1937	Impotencia funcional masculina por neurastenia.	Dispensa
18 junio 1937	Impotencia funcional por neurastenia sexual masculina.	No hay nulidad
9 febrero 1937	Comunicación de vagina con vejiga urinaria que hace que fluya orina en el coito. Es irreparable.	Nulidad
12 noviembre 1938	Atrofia de testículo derecho y falta del izquierdo por infección tuberculosa.	No hay nulidad ni dispensa
1 junio 1938	Hipogenitalismo masculino (atrofia testicular y pene pequeño).	Nulidad
28 julio 1938	Impotencia funcional masculina por neurastenia.	Nulidad
14 julio 1938	Impotencia psíquica masculina.	No hay nulidad
16 marzo 1938	Criptorquidia.	No hay nulidad
27 julio 1938	Estrechez vaginal.	No hay nulidad
25 octubre 1938	Atresia vulvovaginal por infantilismo.	No hay nulidad
24 enero 1938	Vagina deficientemente desarrollada.	No hay nulidad ni inconsumación
11 julio 1938	Castración por extirpación de ovarios anterior al matrimonio.	No hay nulidad
20 marzo 1939	Epididimitis tuberculosa con oclusión de los conductos deferentes.	Nulidad
17 mayo 1939	Impotencia funcional psíquica masculina.	No hay nulidad

AGUSTÍN SEBASTIÁN IRANZO

FECHA	DIAGNÓSTICO	SENTENCIA
21 julio 1939	Impotencia funcional psíquica masculina.	No hay nulidad ni dispensa
5 diciembre 1939	Impotencia funcional por constitución neuropsicopática masculina.	Dispensa
8 agosto 1939	Impotencia <i>coeundi</i> femenina por atresia vaginal.	Nulidad
29 julio 1939	Impotencia funcional femenina por vaginismo.	No hay nulidad ni dispensa
16 febrero 1940	Epididimitis bilateral por colibacilo con oclusión completa de los canales deferentes.	Dispensa
16 febrero 1940	Impotencia funcional psíquica por inversión sexual (inversión).	No hay nulidad ni dispensa
23 abril 1940	Impotencia funcional masculina por neurastenia sexual.	Dispensa
5 enero 1940	Impotencia funcional psíquica femenina por repugnancia al acto de la cópula.	No hay nulidad
31 enero 1940	Vaginismo.	No hay nulidad
25 febrero 1941	Impotencia funcional masculina por neurastenia sexual.	Dispensa
21 marzo 1941	Hipoplasia genital masculina (hipogenitalismo).	Nulidad
31 marzo 1941	Impotencia funcional psíquica masculina por enfermedad mental.	No hay nulidad ni dispensa
30 julio 1941	Hipospadias balánico con impotencia para el coito.	Nulidad
25 abril 1941	Orquiepididimitis blenorragica bilateral sin oclusión absoluta.	No hay nulidad ni dispensa
16 julio 1941	Orquiepididimitis blenorragica bilateral con oclusión de los conductos deferentes.	Dispensa
5 diciembre 1941	Impotencia funcional masculina (psicosomática) por astenia del sistema nervioso y disfunción endocrina.	Nulidad
7 marzo 1941	Impotencia <i>coeundi</i> orgánica femenina por mala conformación del aparato genital.	No hay nulidad ni dispensa
23 julio 1941	Impotencia <i>coeundi</i> orgánica por atrofia de vagina.	Nulidad
23 diciembre 1941	Infantilismo vaginal.	Nulidad
28 febrero 1942	Impotencia funcional masculina por neurastenia.	Dispensa

CONCEPTO Y VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA IMPOTENCIA GENITAL

FECHA	DIAGNÓSTICO	SENTENCIA
31 marzo 1942	Impotencia <i>coeundi</i> funcional masculina (somática) por hemiplejía.	Dispensa
12 mayo 1942	Impotencia funcional psíquica masculina.	Dispensa
21 julio 1942	Criptorquidia bilateral con hipoplasia genital.	Nulidad
25 marzo 1942	Atrofia y aplasia uterina.	No hay nulidad
23 octubre 1943	Epididimitis blenorragica bilateral con atrofia testicular.	Nulidad
28 julio 1943	Infantilismo genital (pene y testículos).	Nulidad
8 mayo 1943	Hipospadias.	No hay nulidad ni dispensa
1 mayo 1943	Criptorquidia bilateral inguinal con atrofia testicular.	Nulidad
14 abril 1943	Impotencia funcional por Basedow y neurastenia sexual en el varón.	Dispensa
16 marzo 1943	Impotencia psíquica masculina por perversión sexual (homosexualidad).	Dispensa
9 enero 1943	Infantilismo vaginal.	Dispensa
16 abril 1943	Impotencia funcional femenina por vaginismo.	Dispensa
6 marzo 1944	Impotencia funcional (somática) masculina por tabes dorsal.	Nulidad
30 junio 1944	Impotencia funcional psíquica masculina.	Dispensa
9 diciembre 1944	Impotencia funcional psíquica por eyaculación precoz.	Nulidad
8 enero 1944	Impotencia <i>coeundi</i> orgánica femenina por hipoplasia de los órganos genitales (vulva pequeña e himen espeso y carnosos).	Dispensa
26 junio 1944	Impotencia funcional femenina por vaginismo psíquico.	Nulidad
25 octubre 1945	Epididimitis blenorragica bilateral con obstrucción de los canales seminales.	Nulidad
7 marzo 1945	Epididimitis blenorragica bilateral con oclusión completa de los canales espermatícos.	Nulidad
7 marzo 1945	Impotencia funcional psíquica masculina.	No hay nulidad
6 junio 1945	Impotencia funcional psíquica masculina por psicopatía (paranoia).	Dispensa

AGUSTÍN SEBASTIÁN IRANZO

FECHA	DIAGNÓSTICO	SENTENCIA
28 mayo 1945	Epididimitis blenorragica. No hay atrofia ni obliteración completas.	No hay nulidad
16 noviembre 1945	Impotencia psíquica masculina por falta de afectividad de la esposa.	No hay nulidad ni dispensa
11 diciembre 1945	Impotencia funcional (psicosomática) por hiposexualidad masculina.	Dispensa
22 enero 1945	Estrechez vaginal por infantilismo genital.	No hay nulidad ni dispensa
24 marzo 1945	Impotencia funcional femenina por vaginismo psíquico.	Dispensa
1 junio 1945	Vaginismo.	No hay nulidad ni dispensa
11 marzo 1946	Orquiepididimitis blenorragica y eurliana.	Nulidad
9 octubre 1946	Criptorquidia bilateral.	Dispensa
8 noviembre 1946	Impotencia funcional psíquica masculina. Dudosa.	No hay nulidad ni dispensa
30 noviembre 1946	Epididimitis blenorragica con obstrucción de los conductos deferentes.	Nulidad
26 enero 1946	Vaginismo de origen psíquico.	No hay nulidad ni dispensa
30 enero 1946	Vaginismo por esclerosis del himen.	Dispensa
5 marzo 1947	Orquiepididimitis blenorragica con oclusión incompleta de conductos deferentes.	No hay nulidad
22 marzo 1947	Impotencia funcional (psicosomática) por distrofia adiposogenital.	Nulidad
2 mayo 1947	Vaginismo.	No hay nulidad ni dispensa
2 agosto 1947	Vaginismo de tipo neuropático.	Dispensa
14 noviembre 1947	Vaginismo.	No hay nulidad ni dispensa

LÁMINA I

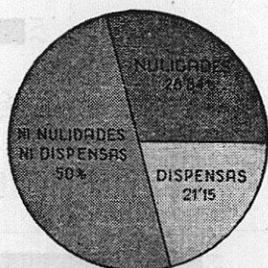
Proporción de la impotencia en el hombre y en la mujer



Proporción de sentencias dadas por el Tribunal de la Rota Romana en los casos de impotencia



Hombre



mujer

LÁMINA III

Proporción causas de impotencia femenina.

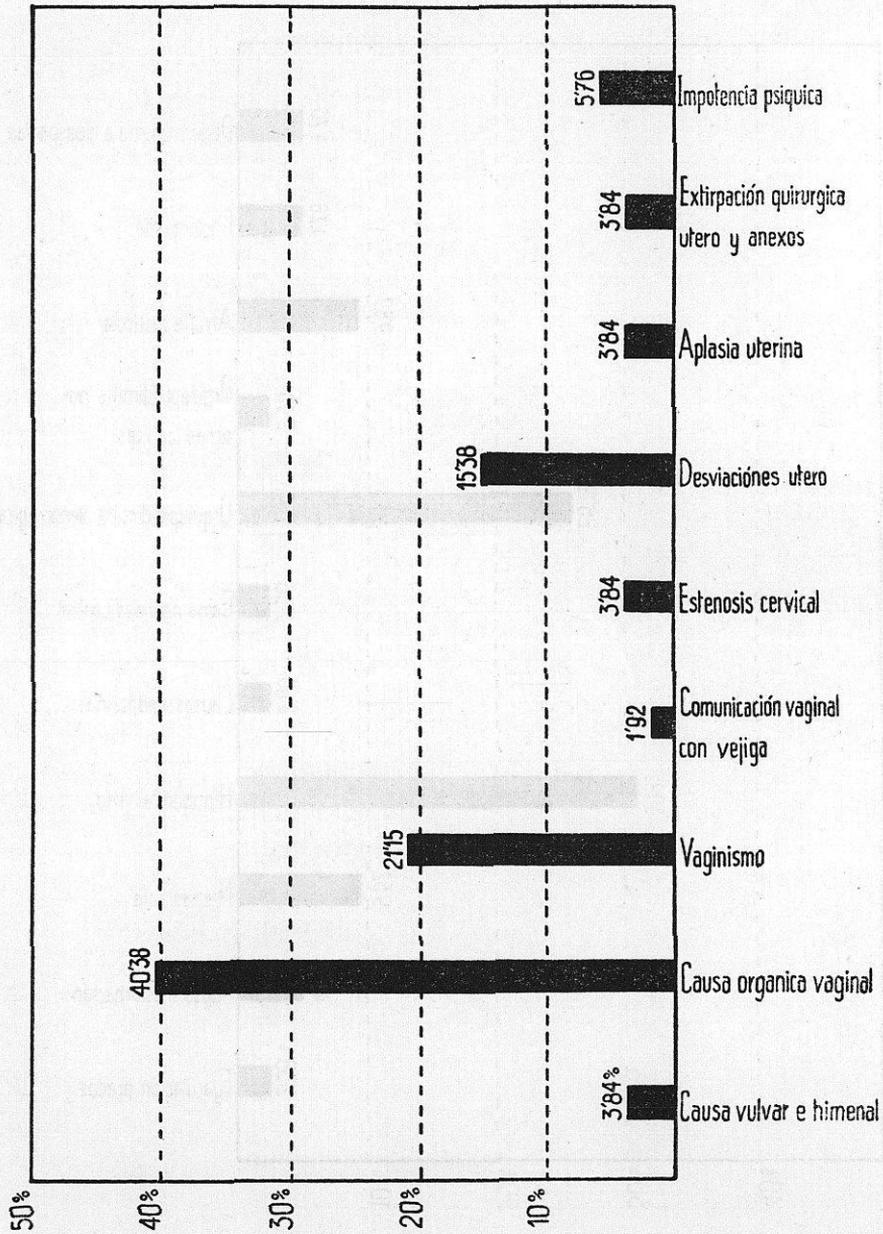


LÁMINA V

Proporción de nulidades obtenidas en los diversos tipos de impotencia femenina.

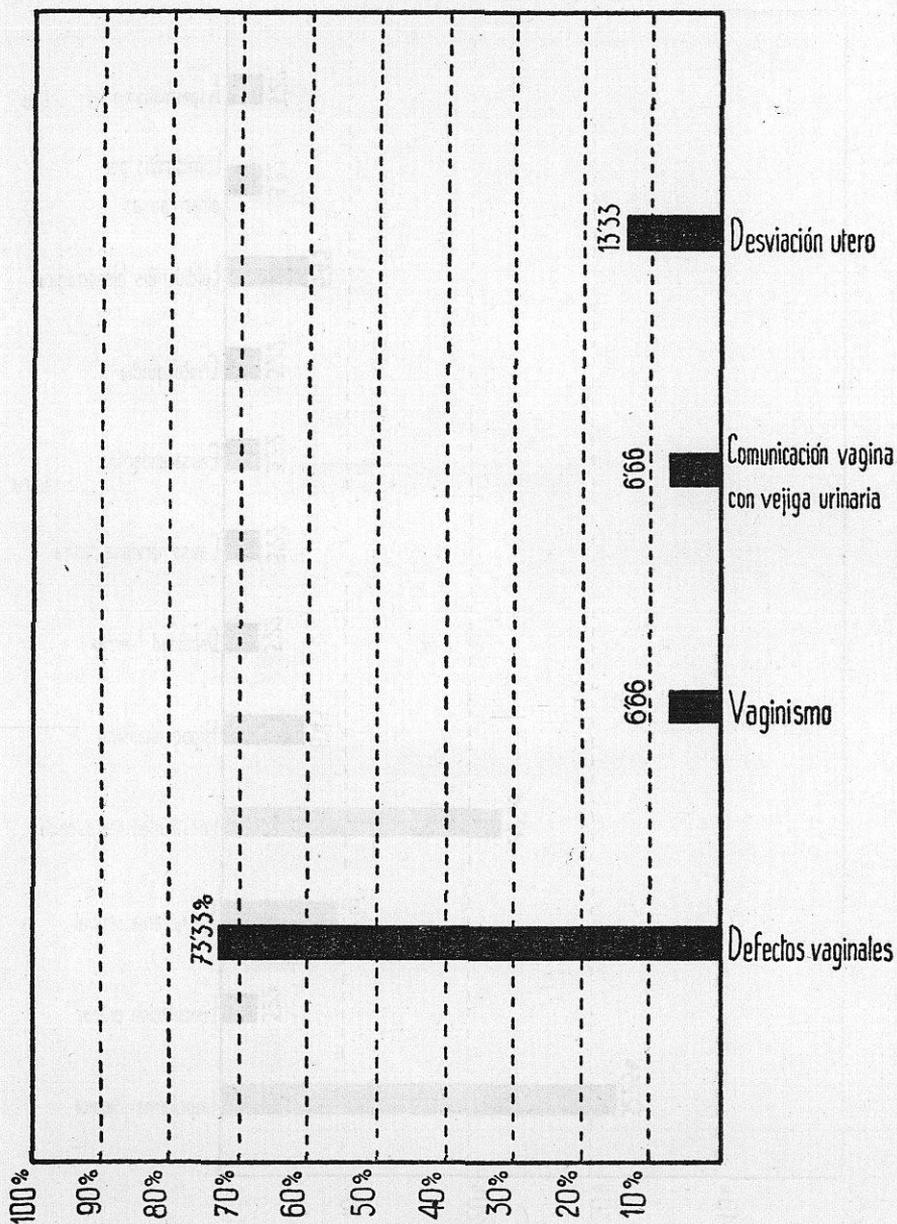


LÁMINA VII

Proporción de dispensas de matrimonio no consumado en los diversos tipos de impotencia femenina.

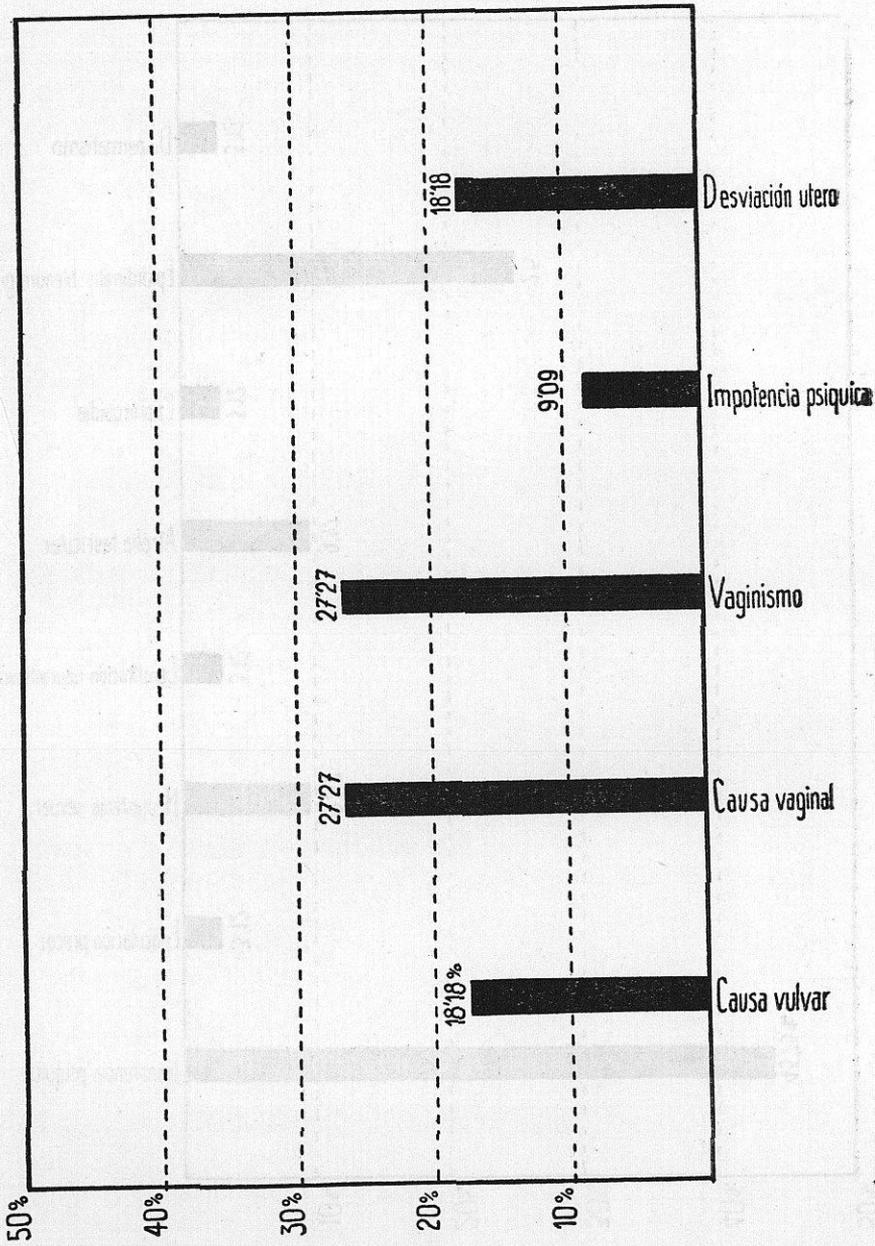


LÁMINA VIII

Proporción de casos de impotencia masculina en los que no ha habido ni nulidad ni dispensa.

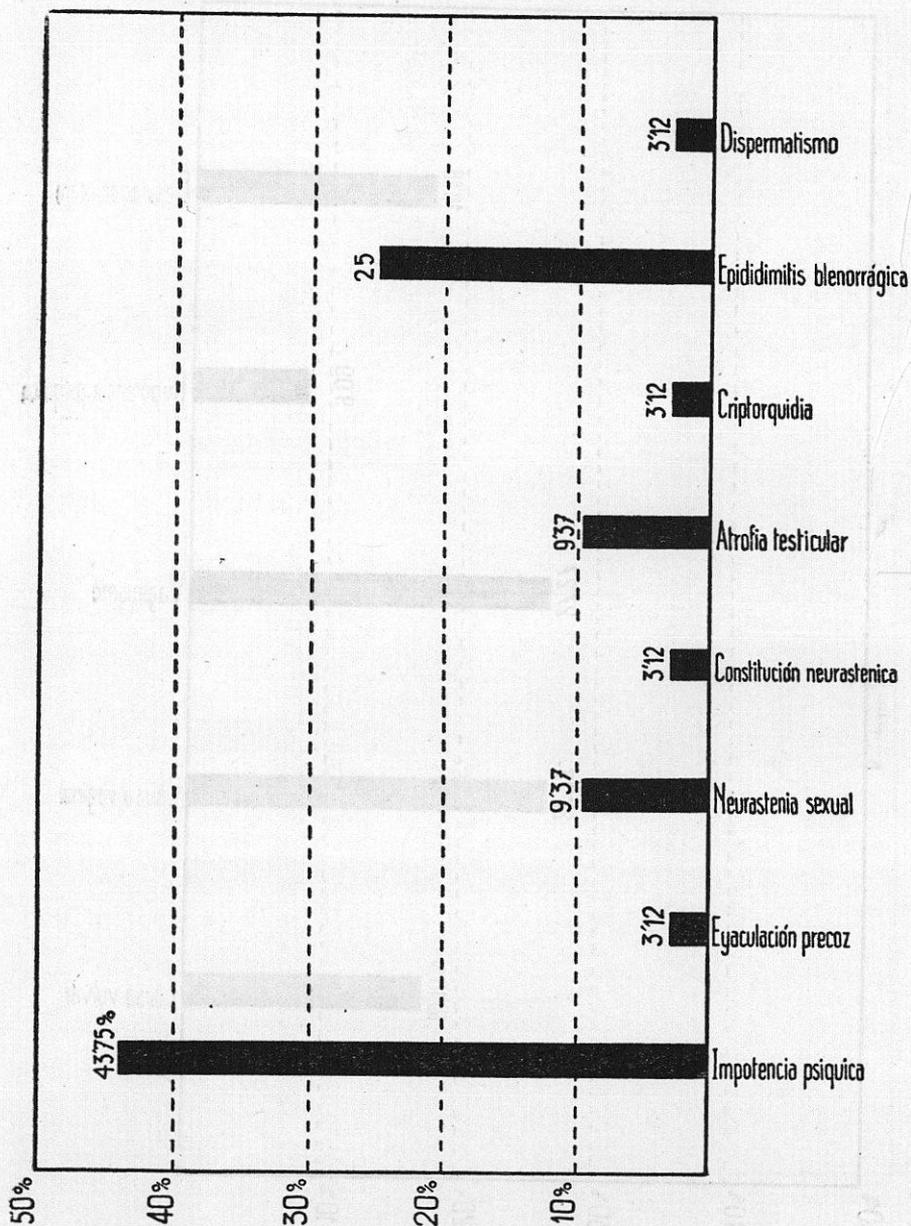


LÁMINA IX

*Proporción de casos de impotencia femenina
en los que no ha habido ni nulidad ni dispensa.*

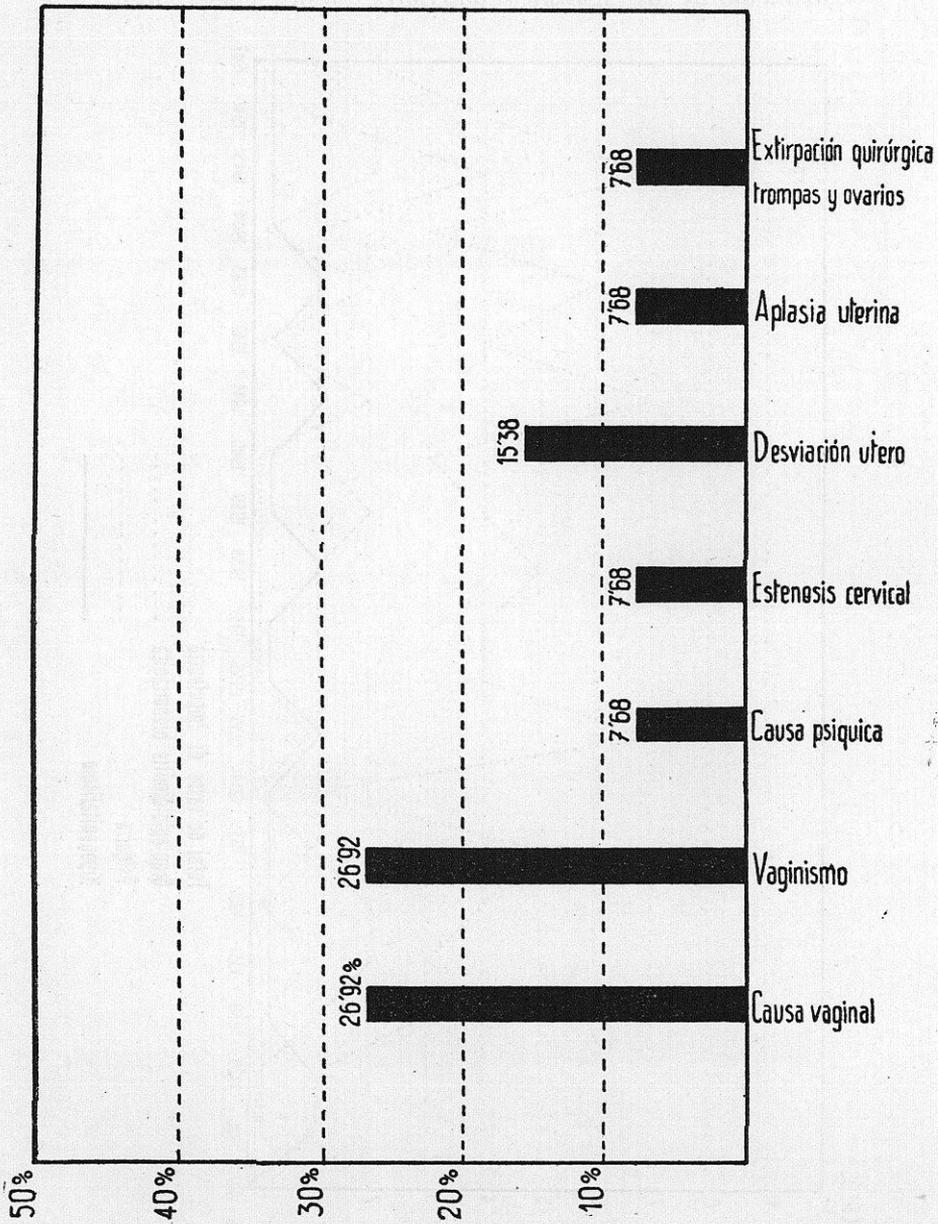
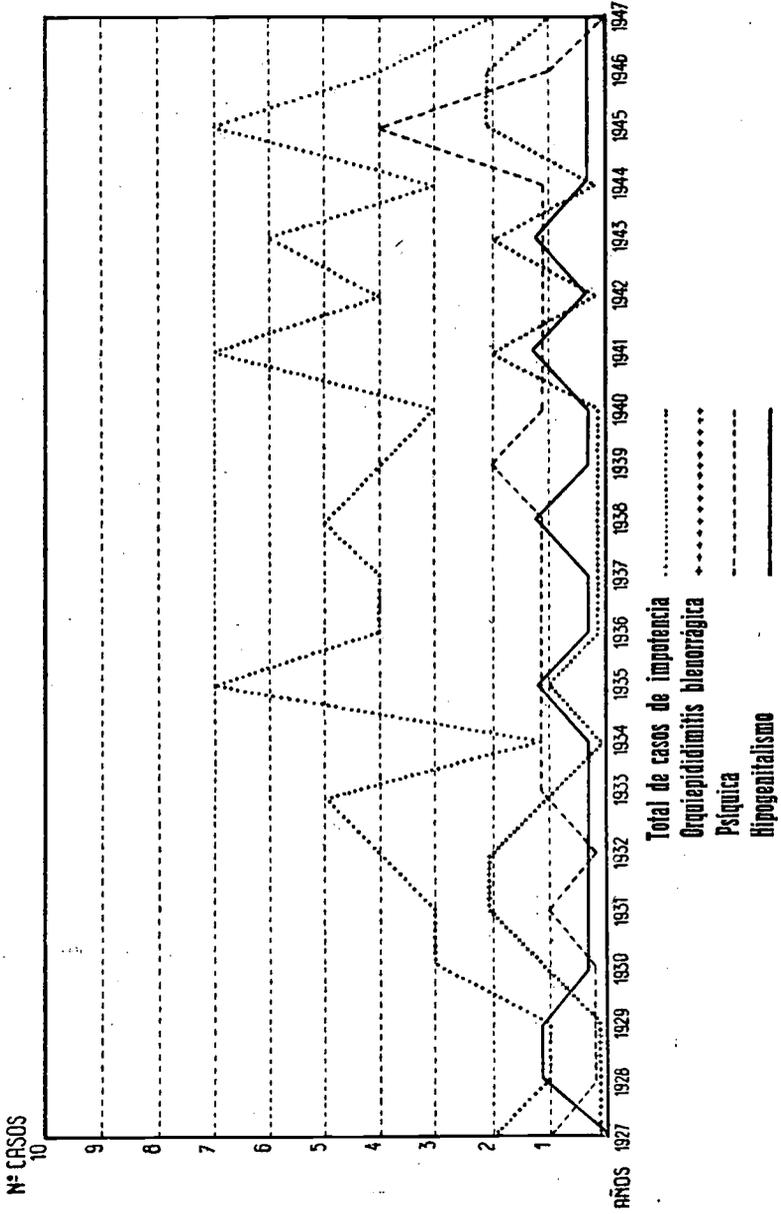


LÁMINA X

Gráfica de los casos totales de impotencia masculina y de los producidos por las causas más importantes, deducido de las estadísticas anteriores durante veinte años.



NOTA A LA GRÁFICA ANTERIOR

Nótense en la curva correspondiente a la orquiepididimitis blenorragica, las fechas en las que la medicina ha aportado nuevas armas para combatir esta enfermedad, como son los años 1936, con la perfección de la técnica quirúrgica de la anastomosis deferento-deferencial; 1939, con la aplicación de las sulfamidas, y 1944, con la de la penicilina. Aunque en la gráfica se observa al final un incremento de la curva por el número de casos de orquiepididimitis, sin embargo hemos de tener en cuenta que en esos años hay también un mayor número de impotencias por otras causas. Con todo, la orquiepididimitis continúa siendo un factor importante en las sentencias de impotencia.

CONCLUSIONES

1.ª Para facilitar el estudio de la parte histórica de este tema médico-legal de la impotencia, hemos ajustado la evolución de la ciencia médica al desarrollo de la legislación civil y canónica, haciendo una división en tres períodos, cada uno de los cuales viene marcado por un acontecimiento legislativo de especial importancia en relación con esta materia; el primero comprende desde la aparición del Derecho romano, pasando por las disposiciones de las Decretales, hasta el Concilio de Trento (1545-1563); el segundo período se inicia con la aparición de la célebre bula *Cum frequenter*, de Sixto V, del 22 de junio de 1587, por la que se prohíbe el matrimonio de los eunucos, y el tercer período comienza con la famosa constitución *Dei miseratione*, de Benedicto XIV, del 3 de noviembre de 1741. Con esto hemos esquematizado en tres etapas claras y precisas la intrincada y dispersa historia del concepto de impotencia a través de los tiempos.

2.ª Existe acusada diferencia entre el concepto médico y el jurídico de la impotencia. Aquél interpreta una impotencia para la cópula, que viene dada en el hombre por una incapacidad para la erección e intromisión del miembro viril en vagina, y otra impotencia *generandi* o inhabilidad para la fecundación. El jurista considera la impotencia *coeundi* como la imposibilidad para realizar la cópula perfecta, o sea introducción del miembro viril con efusión de verdadero semen en vagina, para verificar lo cual se exige al varón semen elaborado en los testículos y su eyaculación en el recipiente femenino. La esterilidad vendría dada cuando supuesto el acto sexual en orden a la procreación, de él no se siguiera la generación.

3.ª Según esta distinta interpretación del concepto de impotencia, en una y otra ciencia son considerados jurídicamente como impotentes casos

de sola esterilidad médica, como los individuos castrados, vasectomizados, criptóquidos y afectos de aspermatismo.

4.ª A pesar de la equivalencia anatómica y fisiológica entre el varón castrado o vasectomizado y la mujer excisa, sin embargo, por efecto de la bula pontificia *Cum frequenter* que prohíbe el matrimonio de los eunucos, y por la interpretación que da el Derecho de que el fenómeno de la ovulación es independiente de la acción humana y no lo es, en cambio, el de la eyaculación del *verum semen* para que el coito realizado sea idóneo a la generación, resulta una evidente desigualdad entre lo que se pide canónicamente que debe aportar para la cópula perfecta el hombre y la mujer, con lo que sale esta última favorecida, ya que a ella no se le exige la presencia de los órganos post-vaginales.

5.ª Que el considerarse jurídicamente el caso de la mujer excisa sólo como dudoso para la impotencia *concupiendi*, por si acaso pudiera ocurrir que tuviera algún ovario supernumerario, no es aceptable desde el punto de vista médico, ya que la existencia de estas glándulas suplementarias es cosa excepcional; además, aunque existiesen, no se ha presentado ninguna vez el que por ello haya tenido lugar un embarazo, y porque falta, asimismo, el camino para que se encuentren y conjuguen los elementos sexuales. Por todo esto no hay duda posible de hecho y sí únicamente la de que no existe, como en el varón, ninguna disposición papal en la que conste la impotencia de las mujeres privadas de los órganos internos de la generación.

6.ª En la clasificación médica de la impotencia hemos tomado como base el esquema de la escuela francesa de Thoinot con alguna adaptación de la italiana de Palmieri, pero modificado notablemente según nuestro criterio.

7.ª Hacemos algunas innovaciones que creemos necesarias para ayudarnos a esquematizar y comprender los diferentes tipos de impotencia. Así, en la *coeundi* funcional del varón separamos tres variedades: la puramente psíquica, la psicósomática y la funcional de origen somático. Con ello resaltamos la participación que en estas formas pueden tener lo psíquico y lo orgánico, base fundamental para valorar su perpetuidad.

8.ª En el aspermatismo distinguimos el producido por obstrucción de las vías excretorias inferiores con conservación del reflejo eyaculatorio y el debido a alteración del centro de la eyaculación por causa de lesión medular o por depresión funcional.

9.^a En la impotencia femenina añadimos, en la *coeundi*, la orgánica extragenital, y en la *conciendi*, la de origen vaginal.

10.^a Como el Derecho sólo tiene en cuenta la impotencia anterior a la celebración de las nupcias, en el caso de la psíquica, aunque médicamente pueda algunas veces llegar a ser perpetua, jurídicamente no suele ser considerada como tal, ya que supone que esta impotencia ha surgido después de verificado el matrimonio, cuando se pasa al intento de realizar la consumación.

11.^a Es digna de tenerse en cuenta una impotencia psíquica en la mujer que vendría dada por una discordancia entre la psicosexualidad y la genitalidad, o sea entre la mujer que ama afectivamente al marido sentimental y odia, en cambio, al marido físico. Aunque no es considerada biológicamente como verdadera impotencia, se la encuentra con frecuencia acompañando a otras causas físicas de impotencia efectiva.

12.^a No debe considerarse como causa de impotencia los casos de atrofia testicular (incluso la producida por las radiaciones), ya que ésta no puede evidenciarse por palpación que a veces no revela disminución del tamaño glandular, ni puede asegurarse la falta de semen fecundo porque la obtención de éste para su examen resulta difícil moralmente, y además porque la atrofia es equivalente a la regresión que la glándula testicular experimenta en el anciano, y que no es tenida jurídicamente como causa de impotencia. Por otra parte, en la atrofia del testículo suele afectarse generalmente el epitelio germinativo que producirá disminución o falta de elaboración de semen, persistiendo el tejido intersticial que mantendrá el erotismo y la potencia sexual.

13.^a El Derecho tiende a considerar la vasectomía como difícilmente reparable y, por lo tanto, como defecto perpetuo y causante de impotencia; sin embargo, médicamente, por las más recientes estadísticas de los cirujanos podemos declarar esta alteración como recuperable en una gran proporción de casos, debiendo, en consecuencia, proponerse canónicamente como impotencia dudosa y no determinante, por tanto, de impedimento, ya que cuando hay duda de hecho o de derecho se ha de pronunciar por la libertad de contraer matrimonio.

14.^a En el caso de los criptórcidos, tenidos generalmente como impotentes e infecundos, hemos de tener en cuenta que la criptorquidia no es por sí causa intrínseca de impotencia; lo que sucede es que con frecuencia ha habido una atrofia primitiva de los testículos que es la que

ha ocasionado secundariamente la ectopia de los mismos; por consiguiente, si hay infecundidad, su causa tendremos que buscarla en otros motivos para, en cada caso particular, dar una resolución definitiva.

15.^a Según la estadística que hemos recogido de los casos de impotencia que se hallan en las sentencias rotales, encontramos: *a*), una mayor proporción de impotencia masculina (66'79 por 100) que femenina (33'21 por 100); *b*), mayor cantidad de nulidades en el hombre (40 por 100) que en la mujer (28'84); *c*), la gran importancia que en el varón representan la impotencia psíquica, el hipogenitalismo y la orquiepididimitis blenorragica entre las causas de impotencia; *d*), la existencia de una impotencia femenina de causa psíquica que, aunque no es suficiente para anular un matrimonio, sí que puede dar lugar a dispensa por matrimonio no consumado; *e*), el infantilismo vaginal constituye la más importante incapacidad de la mujer para la vida conyugal.

BIBLIOGRAFIA

CAPÍTULO I

- 1.º Tomás Carreras y Artau: *Médicos filósofos españoles del siglo XIX*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Barcelona, 1950, págs. 60, 63-77.
- 2.º Luis Comenge: *La Medicina en el siglo XIX*. Edit. J. Espasa. Barcelona, 1914. primer tomo, págs. 374, 470, 472, 660, 661.
- 3.º Anastasio Chinchilla: *Anales históricos de la Medicina en general y biográfico-bibliográfico de la española. Historia de la Medicina española*. Tomo IV. Valencia, 1846. págs. 572, 573, 574.
- 4.º Anastasio Chinchilla: *Anales históricos de la Medicina general y biográfico-bibliográfico de la española en particular. Historia general de la Medicina*. Tomo II. Valencia, 1843, págs. 630, 639, 645, 646, 650.
- 5.º P. Dieppen: *Historia de la Medicina*. Trad. de la tercera edición alemana, por E. García del Real. Edit. Labor, 1932, págs. 65 y 66.
- 6.º A. Esmein: *Le mariage en Droit Canonique*. París, 1891. Tomo I, páginas 232-264.
- 7.º A. Esmein: *Le mariage en Droit Canonique*. París, 1891. Tomo II, págs. 273, 276, 278, 279, 284.
- 8.º P. Brouardel: *Le mariage*. París, 1900, págs. 94 y sigs., 157.
- 9.º Gasparri: *De Matrimonio*. Tercera edición, 1904. Tomo II, págs. 605 y sigs.
10. Gasparri: *Codicis Iuris Canonici. Fontes*. 1923, documento 318, pág. 695.
11. John A. Hayward: *Historia de la Medicina*. Primera edición en español, 1956. Fondo de Cultura Económica. Méjico, pág. 21.
12. Antoine Hotman: *Traité de la dissolution du mariage par la impuissance ou frigidity de l'homme ou de la femme*. Segunda edición, revisada y aumentada. París, 1610, pág. 32.
13. Profesor Laín Entralgo: *Historia de la Medicina moderna y contemporánea*. Edit. Científico Médica, 1954, págs. 482, 496, 511, 604, 619.
14. Pedro Laín Entralgo: *Medicina e Historia*. Ediciones Escorial. Madrid, 1941, págs. 79 y 82.
15. José López Ortiz: *Prólogo del Código de Derecho Canónico*. Cuarta edición, página 32.
16. Jaime Mans Puigarnau: *Derecho Matrimonial Canónico*. Tomo I, segunda parte. Barcelona, 1954, págs. 232-264.
17. Pedro Mata: *Medicina y cirugía legal*. Segunda edición, 1846. Tomo I, páginas 25, 27, 48, 55-63.
18. Menéndez y Pelayo: *Historia de los heterodoxos españoles*. Librería Católica de San José. Vol. III, págs. 700-703.

CONCEPTO Y VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA IMPOTENCIA GENITAL

19. Neuburger y Pagel: *Handbuch der Geschichte der Medizin. Geschichte der Gerichtlichen Medizin*. Edit. Gustav Fischer. Jena, 1902-1905. Tomo III, pág. 739.
20. Mateo Orfila: *Tratado de Medicina legal*. Trad. de la cuarta edición francesa, por el doctor Enrique Ataide. Madrid, 1847, págs. 170 y 729.
21. Vicenzo Mario Palmieri: *Medicina legale canonistica*. Città di Castello, 1946. págs. 66-76.
22. Peiró y Rodrigo: *Elementos de Medicina y Cirugía legal*. Madrid, 1839, páginas 5, 9 y 11.
23. Ramón Ferrer y Garcés: *Tratado de Medicina legal*. Segunda edición. Barcelona, 1867, págs. 29, 34 y 35.
24. Profesor Rinaldo Pellegrini: *Sexuología*. Primera edición. Trad. del doctor B. Piga Sánchez-Morate. Ediciones Morata. Madrid, 1955, pág. 40.
25. Dr. Puig y Roig: *La moral católica en la exploración y tratamiento de la esterilidad matrimonial*, en "Práctica Médica". Tercera época, año I, núms. 5-6. Mayo-junio, 1958, págs. 55-56.
26. Epístola primera de los Corintios (San Pablo), VII, 2.
27. Julián Marías: *Historia de la Filosofía*. Novena edición. Madrid, págs. 341 y siguientes.
28. Claudius Von Schwerin: *Historia del Derecho germánico*. Octava edición alemana. Trad. de José Luis Alvarez López. Edit. Labor, 1936, pág. 26.
29. L. Thoinot: *Tratado de Medicina legal*. Trad. W. Coroleu. Edit. Salvat. Barcelona, 1923, págs. 3 y sigs., 10 y sigs.
30. Dr. J. B. Ullersperger: *Historia de la Psiquiatría y de la Psicología en España*. Prólogo, versión, notas y apéndices por el doctor V. Peset. Edit. Alhambra, S. A. Madrid, 1954, págs. 197 y 198.

CAPÍTULO II

- 1.º *Acta Apostolicae Sedis*, XXIX, pág. 704.
- 2.º *Acta Apostolicae Sedis*, XLI, págs. 557-561.
- 3.º *Acta Apostolicae Sedis*, XLIII, págs. 835-854.
- 4.º Antonelli: *Medicina Pastoralis in usum confessoriorum et Curiorum ecclesiarum*. Roma, 1932, tomo II, pág. 336; tomo III, pág. 680.
- 5.º Brouardel: *Le mariage*. París, 1900, págs. 102, 120 y 133.
- 6.º P. Cappello: *Tractatus Canonico-Moralis de Sacramentis*. Vol. V, *De Matrimonio*. Turín-Roma, 1947, págs. 353, 362, 363, 369, 370.
- 7.º Dr. A. Chiara: *Problemas quirúrgicos en la terapia de la esterilidad masculina*, en "Gaceta Sanitaria". Publicación Carlo Erba, Milán. Año XIII, núm. 3, 1958, página 19.
- 8.º Manuel Galbis: *Etiología de la esterilidad femenina*, en "Revista de Información Médico-Terapéutica". Año XXVIII, 1953, núm. 8, págs. 357-374.
- 9.º J. A. Gisbert Calabuig: *Medicina legal y práctica forense*. Primera edición, 1957. Edit. Saber, págs. 513-518.
10. Juan Caviglioli: *Derecho Canónico*. Trad. Ramón Lamas. Edit. Revista de Derecho Privado. Madrid, 1947, pág. 322.
11. *Código Civil*. Quinta edición. Edit. Góngora, 1936, pág. 28.
12. *Código de Derecho Canónico*. Biblioteca Autores Cristianos. Madrid, 1945, págs. 338, 339, 354.

13. Gasparri: *Tractatus Canonicus de Matrimonio*. Tercera edición, 1904. Tomo I, págs. 304, 305, 528, 534.
14. Cardenal Gomá: *Los Santos Evangelios*. Segunda edición. Librería litúrgica Rafael Casulleras. Barcelona, 1939, pág. 333.
15. A. Knecht: *Derecho matrimonial católico*. Trad. T. Gómez Pinán. Edit. Revista de Derecho privado. Madrid, 1932, págs. 38, 264, 266.
16. Jaime Mans Puigarnau: *Derecho matrimonial canónico*. Barcelona, 1954. Tomo I, segunda parte, págs. 282-316.
17. Fr. Vicente Monserrat: *Espina bífida oculta en las causas de nulidad de matrimonio por impotencia funcional*, en "Ciencia Tomista", núm. 256, julio-septiembre, 1955, págs. 451 a 460.
18. Vincenzo Mario Palmieri: *Medicina legale canonistica*. Città di Castello, 1946, págs. 71-105, 163-183, 196-200.
19. Ferrando: *Manuale di Medicina legale*. Nápoles, 1935, pág. 273.
20. Albert Ponsold: *Manual de Medicina legal*. Trad. por Miguel Sales. Editorial Científico Médica, 1955, págs. 350-358.
21. Vicenzo M. Palmieri: *Ginecología forense*. Città di Castello e Bari, 1945, página 299.
22. Justo Ruiz de Azúa: *Biología*. Vitoria. Montepío Diocesano. 1940, páginas 153 y 154.
23. Sánchez Morate, Vidaurreta y Piga: *Oposiciones a médicos del Registro Civil*. Madrid, 1949, págs. 139, 519-521.
24. Serván, Ruiz de Velasco y Tuero: *Oposiciones a médicos del Registro Civil. legislación del Registro Civil*. Edit. José Ruiz Alonso. Madrid, pág. 91.
25. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1946. Vol. XXXVIII, págs. 143, 425, 475, 560, 561, 80, 81, 82, 92, 662-666.
26. De Smet: *Tractatus theologicus canonicus. De Sponsalibus et matrimonio*. Brugis, 1927. Cuarta edición, págs. 478 a 484.
27. Fray Agapito de Sobradillo: *La fecundación artificial (comentario al discurso del Papa a los médicos del 29 de septiembre de 1949)*, en "Revista Española de Derecho Canónico". Vol. V, septiembre-diciembre, 1950, núm. 15, págs. 1.009-1.032.
28. B. y M. Sorrentino: *La sterilità coniugale*. Abruzzini, editore. Roma, 1954, página 224.
29. John McCarthy: *The impediment of impotence in the present day canon law*, en "Ephemerides Iuris canonici". Año IV, 1948, págs. 96-130.
30. L. Thoinot: *Tratado de Medicina legal*. Trad. W. Coroleu. Edit. Salvat. Barcelona, 1923, págs. 115-135.
31. J. Torre: *Processus matrimonialis*. Nápoles, 1947, págs. 310-312.
32. Vlaming-Bender: *Praelectiones juris matrimonii ad normam C. I. C.* Cuarta edición. Bussum, 1950, págs. 189, 190, 192.
33. Wernz-Vidal: *Jus Canonicum ad codicis normam exactum*. Tomo V, *Jus Matrimoniale*. Tercera edición, revisada por el P. Aguirre, S. J. Roma, 1946, pág. 262.

CAPÍTULO III

- 1.º Francisco Eduardo Abbate: *Pubertad precoz en el varón*, en "La Prensa médica argentina". Núm. 39, vol. XLII, 1955, págs. 3.008-3.013.
- 2.º Antonio M.ª Arregui, S. J.: *Compendio de Teología moral*. Trad. por el

CONCEPTO Y VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA IMPOTENCIA GENITAL

P. Marcelino Zalba, S. J. Decimoséptima edición (segunda castellano). Bilbao, 1947, págs. 693 y 694.

3.º R. Alcalá Santaella: *Manual de Embriología general y especial*. J. Morata, editor. 1929, págs 212-214 y 221.

4.º M. Bañuelos: *Manual de Patología médica*. Quinta edición. Edit. Científico Médica, 1945. Tomos I, II y III, págs. 112, 210, 214, 233, 1.167-1.186, 713, 819-828, 847, 860. Tomado del capítulo escrito por el profesor doctor don Román Alberca.

5.º Rafael Argüelles: *Manual de Patología quirúrgica*. Tomo III, cuarta edición, 1945. Edit. Científico Médica, págs. 639, 640, 671, 672, 680-682.

6.º José Botella Llusía: *Curso elemental de Ginecología*. Fascículo IV. Enfermedades del aparato genital femenino. Cuarta edición corregida, aumentada y puesta al día. Edit. Científico Médica, 1957, págs. 307-327.

7.º J. Botella Llusía: *Esterilidad conyugal*. Biblioteca de Acta Ginecológica. Madrid 1955.

8.º N. Bonnin Segura: *Fisiopatología sexual masculina. Concepto de la impotencia*, en "Archivos del Instituto de Medicina Práctica". Vol. II, núm. 5, marzo-abril, 1950, págs. 5-9 y 20.

9.º P. Brouardel: *Le mariage*. París, 1900, págs. 102-149 y 160-169.

10. A. Clavero Núñez: *La subfertilidad del varón como causa de esterilidad conyugal*, en "Revista Española de Obstetricia y Ginecología". Año III, tomo IV, número 21. Valencia, marzo, 1946, pág. 146.

11. Robert Clément: *Ectopia e insuficiencia testiculares*, en "El Mundo de la Medicina". Edición española de "Le Monde Médical". Barcelona, núm. 964, marzo-abril. 1958, págs. 40 a 47.

12. Churchill: *Traité pratique des maladies des femmes hors l'état de grossesse*. París, 1881, pág. 56.

13. A. Chiara: *Problemas quirúrgicos en la terapia de la esterilidad masculina*, en "Gaceta Sanitaria", publicación de Carlo Erba. Milán, núm. 3, 1958, págs. 19-29.

14. J. L. Faure y A. Siderey: *Tratado de Ginecología médico-quirúrgica*. Segunda edición. Trad. del doctor José Segovia. 1926. Edit. Saturnino Calleja. Madrid, páginas 321, 324, 326, 504, 506.

15. Juan B. Ferreres, S. J.: *Derecho Sacramental*. Cuarta edición corregida y aumentada. Edit. Eugenio Subirana, S. A. Barcelona, 1932, pág. 297.

16. Hofmann: *Nouveaux éléments de médecine légale; commentaires du professeur Brouardel*. París, 1881 págs. 15, 17 y 20.

17. Jeanselme y Sezary: *Sifilografía y enfermedades venéreas*. Segunda edición. Salvat Editores, S. A. Barcelona-Buenos Aires, pág. 16.

18. Knaus, Muhlbock y Tscherne: *Hormonoterapia sexual femenina*. Primera edición 1950. Trad. Dr. Ruperto Sánchez Arcas. Edit. Morata. Madrid, págs. 81, 182-195.

19. B. Lorenzo Velázquez: *Terapéutica con sus fundamentos de Farmacología experimental*. Tercera edición, 1942. Edit. Científico Médica. Barcelona-Madrid, página 727.

20. Jaime Mans Puigarnau: *Derecho matrimonial canónico*. Barcelona, 1954, tomo I, pág. 312.

21. G. Marañón: *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. Segunda edición. Madrid, 1930. Edit. Javier Morata, págs. 75-85 y 10-103.

22. G. Marañón: *Manual de diagnóstico etiológico*. Novena edición. Madrid, 1956. Edit. Espasa Calpe, S. A., págs. 798, 804, 809, 831.

23. Roberto Novoa Santos: *Manual de Patología general*. Séptima edición, tomo II. Santiago, 1943, pág. 742.
24. R. Palmer: *La sterilité involontaire*. Masson, 1950.
25. Pelikan: *Gerichtlichen medizin Untersuchungen über das Skopzenthume im Russland*. Giessen, 1876, págs. 43, 50 y 93.
26. Profesor Rinaldo Pellegrini: *Sexuología*. Primera edición. Trad. Dr. B. Piga Sánchez-Morate. Ediciones Morata. Madrid, 1955, págs. 94, 100, 108, 110, 336, 439.
27. Albert Ponsold: *Manual de Medicina legal*. Trad. por Miguel Sales. Editorial Científico Médica, 1955, págs. 350-355.
28. Profesor Dr. G. Manganotti: *Consideraciones sobre la impotencia sexual del hombre*, en "Gaceta Sanitaria". Publicación de Carlo Erba. Milán, año XIII, núm. 6, 1958 págs. 14-16
29. Dr. Luis Puig Roig: *Ginecología*, en "Síntesis médica 1947-1948". Dr. M. Soriano Giménez. Publicación Wasserman. Editado por la Sociedad Española de Especialidades Fármaco-Terapéuticas, S. A. Barcelona, vol. VI, pág. 512.
30. Vincenzo Mario Palmieri: *Medicina legale canonistica*. Città di Castello. 1946, págs 165-205.
31. L. Rojas: *Impotencia sexual post-traumática*, en "Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría". Vol. VI, núm. 1, febrero, 1947. Edit. Científico-Médica. Madrid. pág. 43.
32. Pedro Mata: *Medicina y Cirugía legal*. Segunda edición, 1846, tomo I, páginas 173, 175 y 329.
33. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1940, vol. XXXII, página 119.
34. Sánchez Morate, Vidaurreta y Piga: *Oposiciones a médicos del Registro Civil*. Madrid, 1949, págs. 58-62.
35. Victor Pauchet y S. Dupret: *Atlas Manual de Anatomía*. Versión de la segunda edición francesa, por Adolfo Varela Castro. Edit. Gustavo Gili. Barcelona, 1934, láminas 244 y 245.
36. Sappey: *Traité d'anatomie descriptive*. 1879, pág. 646.
37. B. y M. Sorrentino: *La sterilità coniugale*. Abruzzini, editore. Roma, 1954, págs. 29, 80, 91, 95, 153, 167, 175, 176, 179, 190, 224, 236, 237.
38. L. Testut y A. Latarjet: *Compendio de Anatomía descriptiva*. Décimocuarta edición. Salvat Editores, S. A. Barcelona, 1935, págs. 765-767.
39. L. Thoinot: *Tratado de Medicina legal*. Trad. W. Coroleu. Edit. Salvat. Barcelona, 1923, págs. 115, 118, 121-125, 131, 135, 106, 107.
40. Tardieu: *Etude médico-légale sur les attentats aux moeurs*. 1878, pág. 216.
41. Vibert: *Précis de médecine légale*. 1896, pág. 457.
42. Samson Wright: *Fisiología aplicada*. Trad. por los doctores Pi Suñer y Folch Pi. Tercera edición. Edit. Manuel Marín. Barcelona, 1941, págs. 169 y 206.
43. *Las vitaminas*. Compendium Roche sobre las vitaminas. Enero, 1954, páginas 35 y 37.
44. G. Marañón: *Homosexualidad y sexo cromático*, en "Boletín del Instituto de Patología Médica". Vol. XIV, núm. 7, julio, 1959. Madrid, págs. 185-188.
45. G. Marañón: *Sobre el problema de la intersexualidad y de su clasificación*, en "Revista Ibis". Madrid, año XVII, mayo-junio, 1959, núm. 3, págs. 215-219.

CONCEPTO Y VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA IMPOTENCIA GENITAL

CAPÍTULO IV

- 1.º P. Brouardel: *Le mariage*. París, 1900, págs. 152-155.
- 2.º José Botella Llusía: *Curso elemental de Ginecología*. Fascículo IV. Enfermedades del aparato genital femenino. Cuarta edición corregida, aumentada y puesta al día. Edit. Científico Médica, 1957, págs. 39 y 40.
- 3.º *Código de Derecho Canónico*. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid, 1945, págs. 598, 650 y 651.
- 4.º J. Domínguez Martínez: *El peritaje en las causas de nulidad matrimonial por impotencia*, en "Revista de Medicina legal", año IV, 1949, núms. 34-35, enero-febrero. Madrid, págs. 12, 16-29, 43 y 44.
- 5.º Manuel Galbis: *Etiología de la esterilidad femenina*, en "Revista de Información Médico-Terapéutica", año XXVIII, 1953, núm. 8, pág. 357.
- 6.º Cardenal Gomá: *Los Santos Evangelios*. Segunda edición, 1939, pág. 333.
- 7.º Gregorio Marañón: *Manual de diagnóstico etiológico*. Segunda edición, 1945. Edit. Espasa Calpe, S. A. Madrid, págs. 338 y 830.
- 8.º Vincenzo M. Palmieri: *Ginecología forense*. Città di Castello e Bari, 1945, página 26.
- 9.º Vincenzo M. Palmieri: *Medicina legale canonistica*. Città di Castello, 1946, págs. 178-182, 204-206.
10. Albert Ponsold: *Manual de Medicina legal*. Trad. Miguel Sales. Edit. Científico Médica, 1955. págs. 355-358.
11. Dr. Luis Puig Roig: *Ginecología*, en "Síntesis Médica 1947-1948". Publicación Wasserman, Dr. M. Soriano Giménez, vol. VI, págs. 510-512.
12. Dr. Pedro Puig y Roig: *La moral católica en la exploración y tratamiento de la esterilidad matrimonial*, en "Práctica Médica", año I, núms. 5-6, tercera época, mayo-junio, 1958, págs. 55 y 56.

CAPÍTULO V

- 1.º Rafael Argüelles: *Manual de Patología quirúrgica*. Cuarta edición, 1945. Edit. Científico Médica, págs. 673-682.
- 2.º M. Bañuelos: *Manual de Patología médica*. Quinta edición, 1945, tomos II y III. Edit. Científico Médica, págs. 335 y 1.193-1.202.
- 3.º P. Brouardel: *Le mariage. Nullité, divorce, grossesse, accouchement*. París, 1900, págs. 116-126 y 148.
- 4.º Robert Clément: *Ectopia e insuficiencia testiculares*, en "El Mundo de la Medicina". Edición española de "Le Monde Médical", año LXI, marzo-abril, 1958, núm. 964, pág. 45
- 5.º *Código Civil*. Quinta Edición, pág. 28.
- 6.º *Código de Derecho Canónico*. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid, 1945, págs. 354 y 355.
- 7.º Dr. A. Chiara: *Problemas quirúrgicos en la terapia de la esterilidad masculina*, en "Gaceta Sanitaria". Publicación de Carlo Erba. Milán, año XIII, núm. 3, 1958, página 21.
- 8.º J. L. Faure y A. Siredey: *Tratado de Ginecología médico-quirúrgica*. Segunda edición. Versión española por el doctor don José Segovia. Madrid, 1926. Edit. Saturnino Calleja, S. A., págs. 191, 323 y 326.

- 9.º Juan B. Ferreres, S. J.: *Derecho Sacramental*. Cuarta edición corregida y aumentada. Edit. Eugenio Subirana, S. A. Barcelona, 1932, págs. 297, 303 y 304.
10. Manuel Giménez Fernández: *La Institución Matrimonial según el Derecho de la Iglesia Católica*. Madrid, 1943, págs. 160-162.
11. J. A. Gisbert Calabuig: *Medicina legal y práctica forense*. Primera edición, 1957. Edit. Saber, pág. 118.
12. B. Lorenzo Velázquez: *Formulario con sus fundamentos de Terapéutica Clínica*. Séptima edición. Madrid, 1947, págs. 734 y 735.
13. B. Lorenzo Velázquez: *Terapéutica con sus fundamentos de Farmacología experimental*. Tercera edición, 1942. Edit. Científico Médica, pág. 727.
14. Jaime M. Mans Puigarnau: *Derecho matrimonial canónico*. Tomo I, segunda parte, 1954. Barcelona, págs. 308, 313 y 295-302.
15. Fray Vicente Monserrat: *Espina bífida oculta en las causas de nulidad de matrimonio por impotencia funcional*, en "La Ciencia Tomista", núm. 256, julio-septiembre, 1955, págs. 451-455.
16. Dr. Eduardo Martínez Lucas: *La crenoterapia como profilaxis y tratamiento de ciertas formas de esterilidad* en "Medicamenta", año XVI, núm. 330, tomo XXX, Madrid, 11 octubre 1958, pág. 208.
17. Roberto Novoa Santos: *Manual de Patología general*. Séptima edición, tomo II. Edit. Compostela, S. A. Santiago, 1943, pág. 742.
18. Vincenzo Mario Palmieri: *Medicina legale canonistica*. Città di Castello, 1946, págs. 101, 104, 105, 165, 169-175, 185, 198-205.
19. Albert Ponsold: *Manual de Medicina legal*. Trad. Miguel Sales. Edit. Científico Médica, 1955 págs. 354 y 355.
20. Ildefonso Prieto López: *Las causas matrimoniales*. Cuarta Semana de Derecho Canónico. Salamanca, 1953, pág. 451.
21. Dr. Luis Puig Roig: *Ginecología*, en "Síntesis Médica 1947-1948". Dr. M. Soriano Giménez. Publicación Wasserman, vol. VI, págs. 498, 499, 510, 511.
22. Dr. Pedro Puig y Roig: *La moral católica en la exploración y tratamiento de la esterilidad matrimonial*, en "Práctica Médica", tercera época, mayo-junio, 1958, año I, núms. 5-6, págs. 60 y 61.
23. S. Ramón y Cajal, J. Tello y Muñoz: *Manual de Anatomía patológica*. Décima edición. Edit. Científico Médica. Barcelona-Madrid, 1942, pág. 497.
24. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1937, vol. XXIX, página 77.
25. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae* año 1939, vol. XXXI, página 573.
26. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1946, vol. XXXVIII, página 143.
27. De Smet: *Tractatus theologicus, canonicus, de sponsalibus et matrimonio*. Brugis, 1927, cuarta edición, pág. 493.
28. L. Thoinot: *Tratado de Medicina legal*. Trad. W. Coroleu. Salvat Editor. Barcelona, 1923, págs. 126-131.

CAPÍTULO VI

- 1.º John A. Hayward: *Historia de la Medicina*. Primera edición en español, 1956. Fondo de Cultura Económica. Méjico, págs. 197 y 201.

CONCEPTO Y VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA IMPOTENCIA GENITAL

2.º Knaus, Mühlbock y Tscherne: *Hormonoterapia sexual femenina*. Primera edición. Trad. Dr. Ruperto Sánchez Arcas, Edit. Morata. Madrid, 1950, pág. 184.

3.º J. Domínguez Martínez: *El peritaje en las causas de nulidad matrimonial por impotencia*, en "Revista de Medicina legal", año IV, 1949, 34/35, págs. 21-25.

4.º Profesor Dr. G. Manganotti: *Consideraciones sobre la impotencia sexual del hombre*, en "Gaceta Sanitaria". Publicación de Carlo Erba. Milán, año XIII, núm. 6, 1958, págs. 13, 17 y 18.

5.º Profesor Rinaldo Pellegrini: *Sexuología*. Primera edición. Trad. Dr. B. Figa Sánchez-Morate. Madrid, 1955. Ediciones Morata, págs. 40, 91, 93, 95, 101, 107, 108, 109, 163, 166, 341, 359, 380, 381, 389, 439, 693.

6.º L. Rojas: *Impotencia sexual post-traumática*, en "Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría". Vol. VI, 1, 1947, págs. 43-45.

7.º Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1909, vol. I, pág. 137.

8.º Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1910, vol. II, pág. 278.

9.º Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1911, vol. III, páginas 39 y 341.

10. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1913, vol. V, páginas 23, 356, 466 y 663.

11. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1914, vol. VI, pág. 207.

12. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1916, vol. VIII, páginas 2, 102 y 147.

13. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1917, vol. IX, páginas 30, 147, 217 y 275.

14. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1918, vol. X, páginas 71 y 114.

15. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1920, vol. XII, páginas 71, 215 y 235.

16. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae* año 1921, vol. XIII, página 187.

17. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1922, vol. XIV, páginas 109 y 272.

18. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1923, vol. XV, pág. 103.

19. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1924, vol. XVI, páginas 27, 42, 86, 113 y 257.

20. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae* año 1925, vol. XVII, páginas 101, 124, 418 y 423.

21. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1926, vol. XVIII, págs. 58, 76, 133 y 403.

22. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1927, vol. XIX, páginas 25, 82, 237 y 363.

23. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1928, vol. XX, pág. 323.

24. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1929, vol. XXI, páginas 406 y 477.

25. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1930, vol. XXII, páginas 105, 339, 411, 422 y 677.

26. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1931, vol. XXIII, págs. 305, 131, 353 y 450.

27. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1932, vol. XXIV, págs. 124, 190, 418 y 494.

AGUSTÍN SEBASTIÁN IRANZO

28. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1933, vol. XXV, páginas 38, 56, 205, 257, 500 y 555.
29. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae* año 1934, vol. XXVI, páginas 269, 595 y 689.
30. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1935, vol. XXVII, págs. 34, 41, 170, 180, 344, 439 y 610.
31. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1936, vol. XXVIII, págs. 136, 402, 419, 693 y 743.
32. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1937, vol. XXIX, págs. 29, 77, 402, 418 y 248.
33. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae* año 1938, vol. XXX, páginas 47, 173, 314, 477, 577, 513, 403, 543 y 422.
34. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1939, vol. XXXI, págs. 166, 302, 450, 573, 494 y 467.
35. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1940, vol. XXXII, págs. 119, 141, 309, 24 y 102.
36. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1941, vol. XXXIII, págs. 130, 181, 186, 197, 284, 640, 659, 710, 895 y 955.
37. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1942, vol. XXXIV, págs. 110, 241, 271, 380 y 689.
38. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1943, vol. XXXV, págs. 16, 204, 281, 297, 328, 336, 664, 761.
39. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1944, vol. XXXVI, págs. 21, 142, 444, 478 y 717.
40. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1945, vol. XXXVII, págs. 56, 168, 180, 222, 324, 303, 330, 574, 646 y 689.
41. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1946, vol. XXXVIII, págs. 78, 90, 142, 423, 474 y 559.
42. Sacrae Romanae Rotae: *Decisiones seu sententiae*, año 1947, vol. XXXIX, págs. 142, 183, 284, 460 y 536.
43. *Código de Derecho Canónico*. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid, 1945, págs 364 y 379.
44. Manuel Rodríguez Navarro, abogado de los ilustres Colegios de Madrid y Valencia: *Doctrina civil del Tribunal Supremo*. Comprende las resoluciones recaídas en asuntos civiles, de derecho sustantivo, del Tribunal Supremo, y las de la Dirección General de los Registros y del Notariado, desde enero de 1889 hasta 31 de diciembre de 1950. Tomo I, artículos 1.º al 529. Aguilar, S. A. de Ediciones. Madrid, 1951.
45. Manuel Rodríguez Navarro: *Doctrina civil del Tribunal Supremo*. Apéndice I. Comprende las resoluciones recaídas en los recursos de casación por infracción de ley y las de la Dirección General de los Registros y del Notariado, desde el 1.º de enero de 1951 hasta el 15 de julio de 1955, sobre Código y Arrendamientos Urbanos y Rústicos. Aguilar, S. A. de Ediciones. Madrid, 1955.

Í N D I C E

	<i>Págs.</i>
CAPÍTULO I.—Introducción histórica	9
CAPÍTULO II.—Concepto médico y jurídico de la impotencia. Clasificación ...	32
CAPÍTULO III.—Etiopatogenia de la impotencia	56
CAPÍTULO IV.—El médico como perito en el reconocimiento de la impotencia.	97
CAPÍTULO V.—Valoración médica y legal de la impotencia	113
CAPÍTULO VI.—Casuística	134
CONCLUSIONES	156
BIBLIOGRAFÍA	160