superficial en que están en contacto y el calor no penetra en los tejidos por ser malos conductores, además de que en los mismos tejidos que se destruyen aparecen a manera de protesta los gases y vapores que se interponen oponiéndose a su acción.

En la electrocoagulación las cosas pasan de muy distinta manera; el instrumento está frío y recibe el calor de los tejidos que se calientan al paso de la corriente por la resistencia que le oponen a su paso, llegando a su destrucción cuando se coagulan las albúminas entre 70° y 80°.

De ahí la superioridad de este medio de destrucción que alcanza todo el espacio interpolar, y que aun en la zona contigua a la destruída puede el calor dejarla en cierta manera esterilizada en su proceso patológico.

Nuevo tratamiento de la criptorquídea

POR EL DR. D. L. CIRERA

La criptorquídea o ectopia testicular, puede ser de uno o de los dos testículos, y puede ser ocasionada por una detención en la emigración normal del testículo, o por una dirección viciosa, o anormal.

En el primer caso la *ectopia* puede ser *abdominal, ilíaca, inguinal* e *inguino-escrotal*; en el segundo puede ser *crural, perineal*, etc., etc.

La más importante y la más frecuente es la *ectopia inguinal*, con sus tres variedades: 1.° Ectopia inguinal interna. 2.° Ectopia inguinal intersticial. 3.° Ectopia inguinal externa.

El nuevo tratamiento que con éxito he usado en un caso de *ectopia doble inguinal intersticial* y en otro de *ectopia unilateral inguinal interna*, es el siguiente:

Corrientes galvánicas de 10 a 15 miliamperes de intensidad, diez minutos de duración, y a continuación seis a diez minutos de masaje neumático en días alternos.

Las corrientes se aplicaban mediante placas de 6 por 12 centímetros, negativa en la ingle y positiva en la región lumbar.

El masaje, mediante una campana de cristal, que comprende ingles, pene y bolsas en los casos dobles, y sólo un lado en la *menocriptorquídea*, y que por un conducto de goma comunica con una bomba sin válvulas, es decir, que a la aspiración, al montar el émbolo, sigue la inyección del aire aspirado. Un motorcito eléctrico acciona la bomba y un sistema de llaves gradúa su efecto.

Observación 1.ª—R. A., de 14 años de edad, de padres sanos y bien constituídos, tiene 6 hermanos sin defecto alguno. En 1.° de Julio de 1916 los dolores que sentía en las ingles le movieron a consultar al doctor Cardenal, que observado el caso aconsejó la intervención quirúrgica.

El 11 de Julio vino a mi consulta y pude observar la ausencia de los testículos en las bolsas; se quejaba de dolores al nivel de los conductos inguinales; un ligero abultamiento al nivel de los conductos inguinales indicaba el sitio que ocupaban, así como la palpación y la sensación particular que al comprimirlos sentía el individuo. Por lo demás, presentaba un desarrollo general bastante regular.

El diagnóstico no era dudoso: *criptorquídea* o *ectopia doble inguinal intersticial*.

Mi primer objetivo fué calmar el dolor y combatir la inflamación provocada por la compresión, mediante las corrientes galvánicas: ancha placa en la región lumbar positiva y otra negativa sobre la región enferma: diez minutos de duración y a continuación masaje neumático durante 5 minutos, sirviéndome de una campana que abarcaba las bolsas, pene y conductos inguinales.

Estas sesiones se repitieron 8 veces en días alternos hasta fin de Julio. En Agosto se hicieron 8 sesiones más y 7 en Septiembre.

Los dolores disminuyeron rápidamente y ambos testículos empezaron su descenso visible después de la quinta sesión. Transcurrido un mes habían franqueado ya el anillo inguinal externo, si bien remontaban por veces, por más o menos horas. El descenso fué paulatino, descansando en el fondo de las bolsas a los dos meses de tratamiento, que duró en total dos meses y medio.

Presentado el individuo, los señores Académicos podrán apreciar la realidad de los hechos relatados.

Observación 2.ª—El doctor Cardenal, que conocía por relación mía el caso anterior, con una bondad que yo quisiera agradecer en lo que vale a tan eminente cirujano, dió una tarjeta con el diagnóstico de *monocriptorquídea* al joven José Basas, de 13 años de edad, para que se presentase a mi gabinete para ser sometido al nuevo tratamiento. Le observo por primera vez el 23 de Marzo. Tiene un hermano sin tara alguna y en su familia no encuentro más antecedentes dignos de mención. De aspecto robusto y bien constituído, se nota la ausencia del testículo izquierdo en las bolsas. Por palpación no se le encuentra en el conducto inguinal, si bien comprimiendo en el anillo interno el joven siente la sensación testicular.

Ha tenido hace poco fuertes dolores, que tuvo también hace un año, pero en la actualidad nada siente.

Se trata, pues, de un caso de *monocriptorquídea inguinal interna.*

Se le sometió al tratamiento antes indicado, tres veces por semana. Hasta la 13.ª sesión, que tomó el 20 de Abril, no pude observar resultado alguno, si no era alguna mayor blandura y elasticidad en los tejidos al practicar los reconocimientos, que solían ser antes y después de las sesiones.

Mas el día 23, al presentarse de nuevo, refiere el joven que el día antes había tocado una bolita que con facilidad se escapaba otra vez. Efectivamente, pude comprobar que se trataba del testículo que se iniciaba en el conducto inguinal, del que desaparecía con facilidad.

Desde esta fecha al 15 de Mayo tomó 11 sesiones más; cada vez se hizo más tangible el testículo, habiendo ya recorrido todo el conducto inguinal y asomándose ya al escroto. Han seguido después a dos sesiones semanales y aunque poco ha progresado después, se le puede considerar liberado del conducto inguinal. ¿Acabará el descenso este testículo? Ocupando ya un sitio libre de compresiones, no ofrece inconveniente serio el que ahí siga; no obstante, pienso, después de un período de reposo, reanudar el tratamiento. Los señores Académicos pueden reconocer al joven Basas, aquí presente.

¿Cómo obra este tratamiento?

El progreso en el descenso de los testículos se ha marcado siempre en el período de reposo; ningún día he podido comprobar el más pequeño descenso como resultado inmediato del tratamiento; frecuentemente en el segundo caso, después de la sesión desaparecía el testículo para reaparecer unas horas después, notándose entonces el progreso en el descenso. También ocurría algo parecido en el primer caso. Por consiguiente, no podemos dar gran importancia a la acción mecánica directa de la aspiración, que por otra parte viene contrarrestada por la inyección de aire. Si no fuera así, desde el momento que el testículo ha franqueado el anillo inguinal externo y pudiendo por consiguiente recogerlo con los dedos, la simple tracción sería más eficaz que la aspiración y no obstante no logra más que despertar dolor y retracción.

Por lo que, debemos buscar la explicación del hecho en las acciones vasculares de ambos medios empleados, que por un lado pueden haber removido adherencias, y de otro la mayor circulación sanguínea que el tratamiento ha promovido en la región puede haber despertado sus energías dormidas, facilitando el que el testículo vaya a parar al sitio que le estaba destinado, por la presión abdominal que sobre él se ejercía al encontrarse libre de las adherencias que le retenían.

En resumen: se trata de un medio fácil de aplicar y nada doloroso, que en el primer caso obtuvo un éxito completo, puesto que los dos testículos descansan en el fondo de las bolsas, y en el segundo a pesar de ser mucho más difícil por no estar el testículo iniciado en el conducto inguinal consiguió su paso, quedando libre de toda compresión.

DOCTOR ESQUERDO.—Refiriéndose a los casos de criptorquídea presentados por el doctor Cirera, dice el doctor Esquerdo que, a pesar de admirar la competencia, la inventiva y la perseverancia del doctor Cirera, no debemos dejarnos ilusionar por los resultados obtenidos, pues en el primer enfermo es probable que con el tiempo se hubiese conseguido hacer descender los testículos.

Es positivo el efecto de la ventosa como auxiliar y puede ser muy útil la corriente farádica para dar más tono a las fibras musculares de los pilares. No obstante, de esto a la curación de la criptorquídea hay gran distancia.

La criptorquídea no tan sólo consiste en la retención de los testículos, sino que debe considerarse, como un defecto de desarrollo y evolución, por lo cual muchos criptorquídeos a los cuales se ha hecho descender los testículos artificialmente quedan con testículos ilusorios. Además, en casi todos esos individuos detrás del testículo viene la hernia, porque el retraso en el descenso deja un embudo de serosa que prepara el camino para la hernia.

Por eso, a pesar de los resultados obtenidos por el doctor Cirera, cree que tendrán que operarse los criptorquídeos, no para fijar los testículos en la bolsa ni provocar el desarrollo del testículo, sino para evitar la hernia. No obstante, el tratamiento propuesto por el doctor Cirera puede ensayarse antes de acudir a la operación, si no hay o no se teme la hernia.

RECTIFICACION

El doctor Cirera agradece la intervención del doctor Esquerdo, debiendo advertirle que no puede ver sus opiniones optimistas respecto a la curación del primer caso, en el que no era cosa de esperar por los dolores que presentaba y en el que el doctor Cardenal aconsejó la intervención.

Debo también advertir que fué la corriente galvánica la empleada y el masaje neumático, no la ventosa propiamente dicha.

Epidemia de meningitis cerebroespinal ocurrida en Canet lo Roig, provincia de Castellón, durante los meses de abril y mayo de 1917

POR EL DOCTOR D. JOAQUÍN TUIXANS

1. *Topografía epidémica.*—El pueblo de Canet lo Roig (Castellón) de 1,464 habitantes, del partido judicial de San Mateo, lindante con Tarragona por el término municipal de la Cenia de Rosell, ha sido víctima recientemente de una epidemia de meningitis cerebroespinal que ha llamado justamente la atención, no sólo por sus estragos, sino por la mortalidad que ha ocasionado, que es de 32 por 100. La publicidad grande, que justa y merecidamente le han otorgado la prensa política diaria de la capital y otras provincias, obligame a reunir algunas notas clínicas, para hacer objeto de una comunicación, e ilustrar con datos modestísimos, algunas de mis impresiones, para los ANALES.

2. *Etiología y contagiosidad.*—La meningitis cerebroespinal, que desarrolla tan típico cortejo, digno del diplococus intracellularis meningitidis, ha algunos meses habíase manifestado en formas ambulantes, en algunos pueblos de la comarca, Villafames y Puebla Tornesa; casos aislados, subseguidos de curación; pero la *brusquedad*, con que apareció en Canet lo Roig llama muy justamente la atención y aunque no voy a describir la epidemia, que necesitaría muchas cuartillas, esbozaré solamente algunas notas clínicas. Al enunciar lo que antes he dicho, nos hace afirmar que a pesar de ser una afección contagiosa la especial transmisión por los *portadores de gérmenes* es la única que nos explica la epidemia de vía ósica, las fauces, y faringe y la saliva, son órganos y secreciones donde pulula y anida el germen de Weichselbaum, que se refugia en estas regiones porque es un germen muy sensible a la desecación y a la luz solar; hasta esta frágil vida demuéstrala en el interior del tejido sanguíneo circulante: como que no posee y no produce toxina soluble, vive siempre en el interior de los leucocitos, y verosímilmente la infección sanguínea general es el lazo de unión intermediario del ambiente a los centros nerviosos, donde produce los males sin cuento, gracias a una endotoxina muy virulenta, que mata a los ratones, a la cobaya joven y al conejo joven, por inyección intravenosa.

Los primeros casos clínicos fueron observados a mediados del mes de Abril de 1917; declarada la enfermedad, la Dirección General de Sanidad mandó una Comisión del Instituto de Bacteriología de Madrid, bajo la dirección del doctor Ruiz, que en compañía del Inspector provincial doctor Clará Piñol y otros profesores de medicina procedieron a las absolutas medidas de aislamiento y profilaxis y terapéutica en cada caso particular. Los casos observados han sido 72 invasiones, que agrupados corresponden de 8 a 10 años, 51; de 4 a 8 años, 16; y de 2 a 4 años, 5 casos; habiendo sido las defunciones unas 22; el resto curados, debiendo mencionar que siete niños han quedado enfermos a consecuencia de la meningitis cerebroespinal, de hidrocefalia y parálisis espasmódica, cuyas lesiones clásicas son de la invasión intensa de la influencia meníngea, hasta en los ventrículos laterales.

3. *Clínica patogénica.*—Ha quedado bien deducido el mecanismo patogénico de la vía que sigue la infección, a saber: la infección sanguínea; lo propio ocurre con otras enfermedades contagiosas como el cólera, tuberculosis, grippe, etc., etc.; el tiempo que ha durado la incubación ha sido de unos dos a tres días; ligero coriza, con angina o sin ella en otros casos; casi en plena salud, la mayoría de los niños, habiendo sido raros los contagios familiares, en plena salud, bruscamente fueron unos treinta niños, presa de una intensa cefalea, con vómitos, malestar general, escalofríos y fiebre ligera, unos