

245

LA MEDICINA CATALANA

PORTANTVEU DE L'OCCITANIA MEDICA



BIBLIOTECA DE CATALUNYA
BARCELONA

TREBALLS ORIGINALS

La criptorquídia és afecció esmenable per procediments mèdics?, pel Dr. Leandre Cervera; La reforma de l'assistència psiquiàtrica a Catalunya, pel Dr. Salvador Vives; Tècniques de transfusió sanguínia apropiades en temps de guerra, pel Dr. Ricard Moragues-Gràcia; Dotze lliçons sobre «Questions actuals de Fisiologia i Fisiopatologia»; Tractament de la insuficiència hepàtica per les injeccions endovenoses de lipoides, pel Dr. Joan Surós-Forns; Inoculació del virus gripal, pel Dr. A. Valls-Conforto.

HEMEROTECA MEDICA (occitana)

OCCITANIA MEDICA - NOTICIARI D'ACTIVITATS

PUBLICACIÓ MENSUAL - ANY V - VOLUM VIII

Agost-Setembre de 1957

REDACCIÓ I ADMINISTRACIÓ:
MADRAZO, 26 I 28 - TELÈF. 74555
DIPOSIT DE VENDA:
LLIBRERIA CATALONIA
Ronda Sant Pere, 3 - BARCELONA

47-48

5 pessetes

PREUS DE SUBSCRIPCIÓ

Barcelona . . . un any, 24 ptes.
» . . . mig » 13 »
Fora . . . un » 27 »
Estranger . . . » » 30 »

LA MEDICINA CATALANA



HA CONSIDERAT COM UN
DELS SEUS OBJECTIUS
PRIMORDIALS ESDEVENIR

L'ARXIU

de les activitats mèdiques dels països de llengua catalana i occitana. En la seva secció d'Hemeroteca, aquest propòsit és ja un fet pel que fa referència a treballs apareguts en les revistes que veuen la llum dins l'àrea lingüística nostrada, però cal que ho sigui també per als que apareixen fora d'ella. Els autors catalans i occitans són pregats, doncs, de facilitar aquesta tasca de recopilació trametent a LA MEDICINA CATALANA una nota de llurs publicacions fetes d'ací i d'allà.

LA MEDICINA CATALANA

Redacció i Administració: Madrazo, 26 i 28 - Telèfon 74555 - Barcelona

ANY V • AGOST-SETEMBRE 1937 • NÚMEROS 47-48



CONSELL DE REDACCIÓ

A. Aimes (Montpeller); G. Baillat (Perpinyà); Josep M. Barjau i Martí; Jesús M. Bellido; Francesc Bordàs i Salellas; Lluís Bosch i Avilés; Marià Breton; J. Cabré i Claramunt; J. Castaigne (Clermont-Ferrand); Manuel Corachan i Garcia; Paul Delmas-Marsalet (Bordeus); P. Dodel (Clermont-Ferrand); Francesc Ferrando; Pere Gabarró, Francesc Gallart i Monés; Llorenç Garcia-Tornel; Joan Gibert i Queraltó; Ismael Girard (Tolosa); Agustí Pedro i Pons; Jaume Peyrí; August Pi i Suñer; Felip Proubasta; Hermenegild Puig i Sais; Jacint Reventós i Bordoy; L. Rimbaud (Montpeller); M. Romieu (Marsella); A. Sánchez i Gozalbo (Castelló de la Plana); F. Sancho i Sagaz (Palma de Mallorca); Josep M. Sastre i Piqué; F. Serra i Salsas; Higini Sicart; Josep Simon Barceló (València); L.-C. Soula (Tolosa); Lluís Suñé i Medan; Humbert Torres; Ramon Torres i Carreres; Alfons Trias i Maxencs; Joaquim Vellvè i Cusidó; G. Verger (Limoges); Salvador Vives.

Redactor en cap
Leandre Cervera-Astor

R.340.500

LIPOSPLENINA

DEL DR. GROC

OPOTERAPIA ESPLENICA ESPECIFICA (SOULA)

Contra

Anèmies

Amagriments

Retards de creixença

Feblesa

Distròfies de la pell

Eczemes, etc.

Gotes — Comprimits — Inyectables

Mostres i literatura:

Carrer Gomis, 102 - BARCELONA - Telèfon 78587

Sumari

(Els títols en negretes corresponen a treballs originals)



	<u>Pàgs.</u>		<u>Pàgs.</u>
APARELL CIRCULATORI		HEMATOLOGIA	
El tractament dels trastorns cardíacs en els tífics, pels Drs. V. Adibert i E. Giraud- Costa	20	Tècniques de transfusió sanguínia apro- piades en temps de guerra, pel Dr. Ricard Moragues-Gràcia	17
APARELL DIGESTIU		A propòsit de la colesterolèmia, pel Dr. Pierre Mauriac	39
Amputació espontània de l'apèndix, pel Dr. Verdelet	22	MEDICINA INTERNA	
CIRURGIA		Un cas d'espiroquetosi icterígena amb inici paraplègic, pel Dr. E. Tamalet	41
Consideracions sobre el tractament de l'epi- lisiolisi femoral superior, pels Drs. H. L. Rocher, R. Guérin i L. Pouyanne	24	Diftèria, escarlatina i reumatisme articular agut. Transfusió banal. Guariment, pel Dr. G. Ringenbach	42
Les callitis tardanes de guerra de forma sep- ticèmica, pels Drs. Rieunaud i A. Baudet.	24	NEUROLOGIA I PSIQUIATRIA	
DERMATOLOGIA I SIFILIOGRAFIA		La reforma de l'assistència psiquiàtrica a Catalunya, pel Dr. Salvador Vives.	13
Pigmentació cutània de la cara consecutiva a un tractament bismútic probablement pro- vocat per la ionització iodurada, pels Drs. H. Roger i P. Vigne	28	OBSTETRICIA I GINECOLOGIA	
ENDOCRINOLOGIA		A propòsit d'una reacció química de diagnòs- tic de l'embaràs, pels Drs. Chambon i R. Devèze	44
La criptorquídia es afecció esmenable per procediments mèdics? pel Dr. Leandre Cervera	3	UROLOGIA	
Un cas d'esclerodèrmia tractat per la parati- roïdectomia, pel Dr. F. Carcassonne	30	Pneumocistoscòpia amb prisma, pels Drs. Darget i Lange	45
ESTOMATOLOGIA I ODONTOLOGIA		GALERIA DE CATALANS I OCCITANS IL·LUSTRES: Josep Masdevall, pel Dr. Jaume Pi-Suñer Bayo	1
El dolor en odonto-estomatologia, pel Dr. E. Sentenac	31	OCCITÀNIA MÈDICA, pel Dr. Leandre Cervera.	49
FARMACOLOGIA		NOTICIARI D'ACTIVITATS	51
El vi en fisiologia i terapèutica humanes, pels Drs. G. Portmann i M. Eyland	36		

LEPSINAL

Tractament de la hiperexcitabilitat, distònies vegetatives, diàtesi espasmofílica en els seus diversos síndromes: psiquiàtrics, nerviosos, circulatoris, respiratoris, digestius, endocrins, etc., etc.

Dosi mitjana: una tauleta tres vegades al dia.

DESARCEN

Tres fórmules diferents per al tractament de la hipertensió arterial, en forma farmacèutica de: **Comprimits, Injectables intramusculars, Injectables endovenosos.**

Efectes: Hipotensors, diürètics, sedants, antiesclerosos i vasodilatadors.

Mostres i literatures del LEPSINAL, RODARFENO, DESARCEN

Laboratori d'Aplicacions Farmacodinàmiques, R. Ribó Julià, Químic-Farmacèutic
Corts Catalanes, núm. 756 — BARCELONA — Telèfon 50548

VITO-SERUM

ESTRIGNO-PROGRESIVO



MEDICACIÓ ESTRÍCNICA A DOSIS CREIXENTS

CAIXA SERIE N.º 1

Consta de 18 tubs, numerats, contenint de l'1 al 9 dosis creixents de sulfat d'estricnina, d'un a cinc mil·ligrams, i del 10 en amunt dosis constants de cinc mil·ligrams; glicerofosfat sòdic, 5 centígrams i cacodilat sòdic, 2 centígrams, en tots els tubs, igualment.

CAIXA SERIE N.º 2

Deu emprar-se (llevat casos especials): seguidament, després de la sèrie número 1. Consta de 18 tubs, numerats del 19 al 36, contenint dosis creixents de sulfat d'estricnina, de cinc i mig a deu mil·ligrams, i les mateixes quantitats de cacodilat i glicerofosfat sòdic que la sèrie n.º 1.

INDICACIONS:

Insuficiència endocrínica. Astènia neuromuscular, Debilitat general accentuada, Atonia intestinal

ÚS:

Un injectable al dia, a ésser possible sense interrupció.



MEDICACIÓ ARSENIADA A DOSIS PROGRESSIVES:

Capsa Sèrie n.º 1

Dotze injectables amb cac. sòdic, de 0,05 grs. per injectable, fins a 0,25 grs., i sulf. estricnina des d'1 a 2 mil·ligrs.

Capsa Sèrie n.º 2

Dotze injectables amb cac. sòdic, de 0,30 grs. per injectable, fins a 0,50 grs., i cac. estricnina des de 2 a 3 mil·ligrs.

Indicacions especials: Limfatisme en general; Adenitis de la infància; Antiparasitari.

Indicacions generals: Accelera el metabolisme (canvis nutritius); Anèmies secundàries; Leucèmia; Augmenta el nombre d'hematies; Astènies generals. Modificador de la nutrició.

Indicacions sistema nerviós: Neurastènia; Estimulant del sistema nerviós

Indicacions vies respiratòries: Atenuant dels exagerats canvis respiratoris.

Laboratori Químic-Farmacèutic
del Doctor B. OLIVER RODÉS
Consell de Cent, 306 — BARCELONA

GALERIA DE CATALANS I OCCITANS IL·LUSTRES

Josep Masdevall

pel Dr. Jaume Pi-Sunyer i Bayo



El naixement de la Física matemàtica i els progressos impressionants que s'havien produït en aquesta ciència al començar el segle XVIII, a partir especialment de Newton, causà—diu Radl—una desviació del pensament científic en aquest sentit; polarització ideològica que pot donar-nos una explicació de la pobresa d'idees biològiques de l'esmentat segle. El fenomen universal, havia d'ésser forçosament més mar-

cat a Espanya, sense un pensament biològic original, característic, al llarg de la història. Ni el pretesos precursors de Harvey representaren una aportació sistemàtica, sinó un conjunt divers i multiforme de petites visions independents i parcials sense cap gran contingut doctrinal.

Aquesta decadència universal del pensament biològic és quasi simultània a Espanya amb un progrés enorme en tots sentits. La coexistència d'un esperit creador, d'un geni estatal progressiu i d'un estancament general en les idees biològiques, dona com a conseqüència l'aparició, en el camp de la medicina, d'un grup d'homes d'acció, d'esperits organitzadors, més aptes pel maneig de realitats que originals d'idees: homes les obres dels quals són més interessants que els llibres, i, per tant, difícils de valorar exactament a distància. Figures senyeres d'aquest grup, són els anatòmics catalans, fundadors dels Collegis de Cirurgia. Gran figura també, Josep Masdevall. Salvà i Campillo, més original que els altres, més culte, més intel·lectual, podríem dir, és sempre un desplaçat.

Masdevall és un home que resol problemes immediats. Quan escriu, és una memòria objectiva, plena de dades ben observades—clíniques, estadístiques, terapèutiques—de la feina feta. Acaba amb una gran epidèmia; més tard salva un exèrcit, i explica com ho fa; magnífica senzillesa. El procediment no és tampoc una gran novetat. Però l'aplica a consciència, amb la màxima extensió, i fins als últims detalls; organitza, diríem, una de les primeres campanyes sanitàries de gran abast que es fan al món. I ja sabem com els sanitaris eficients són per damunt de tot grans organitzadors, que moltes vegades, ni procediments propis apliquen.

Josep Masdevall neix a Figueres entre 1740 i 1750. No es troben, en una investigació sumària, dades precises del seu naixement ni de la seva infància. Porta quatre cognoms corrents a la comarca: Masdevall, Terrades, Llobet i Barenguer. Es gradua en Medicina a Cervera i marxa a Montpeller a doctorar-se. Montpeller estimulant de la segona meitat del XVIII: Boerhavianes i Stahlions; professors col·laborant a l'obra de l'Enciclopèdia—Venel, Borden, Fouquet, Barthez—el gran moviment vitalista... Hi fa di-

verses estades, l'última de tres anys. Després s'estableix a Madrid i es perd una mica el seu rastre.

L'any 1783 ha adquirit un gran prestigi clínic: és ja Metge de Cambra, i es comença a parlar de l'Opiata antifebril. Esclata una gran epidèmia de «febres pútrides malignes»—segurament tifus exantemàtic—a Lleida i la Plana d'Urgell; l'extensió del mal és inquietant, la mortalitat creix ràpidament. El rei l'envia d'inspector d'epidèmies i comença la campanya sanitària. La base del tractament és l'Opiata antifebril, però no es limita a l'administració del compost. Observant que els malalts «deixen infestat l'aire» els porta a hospitals especials, separant-los de les famílies; proscriu les sagnies debilitants—base dels tractaments de l'època—pren mides profilàctiques diverses. Acaba l'epidèmia i el seu prestigi ha augmentat i s'ha estès. La impremta reial publica l'any 1786 la *Relación de las calenturas pútridas que en estos últimos años se han padecido en el Principado de Cataluña*. Es multipliquen els casos d'epidèmies febrils combatudes pel mètode de Masdevall: Barbastro, La Manxa, Mèxic, en vaixells de l'Esquadra. A conseqüència de la seva Memòria, estudi clínic seriós sobre la quina, s'ordena que n'hi hagi a tots els pobles i als vaixells de l'Armada. Es parla ja a l'estranger de l'«Hipòcrates espanyol» i de l'«Angel de la Piscina» per la rapidesa amb què torna la salut als pobles amb les seves comissions epidèmiques. L'abat Montaner tradueix la *Relación* a l'italià (1791).

Però no tot són èxits i triomfs. S'encén una gran polèmica que dura anys, sobre la utilitat dels antimonials i de l'opiat en particular. Entre altres—com sempre que es tracta de discutir—intervé Salvà, que publica la «Respuesta del Dr. D. Francisco Salvà i Campillo al papel titulado: Naturaleza y utilidad de los antimoniales, compuesto por el Dr. D. Ambrosio Giménez y Losite, médico de los Reales Ejércitos», Barcelona, 1790.

Fracassada la campanya del Rosselló, després de la retirada del Voló, el 1793, s'inicia una altra epidèmia greu, i té ocasió novament d'actuar amb èxit. L'estudi detallat d'aquesta campanya sanitària, les cadenes d'hospitals organitzades, i després perdudes per l'avenç de l'exèrcit republicà, la lluita, quasi sol, contra un mal estès, amb un exèrcit desorganitzat, són del màxim interès. Es llavors, que, observador fi, escriu que «la calentura es un esfuerzo de la naturaleza para expulsar del cuerpo sustancias dañosas», discutint la quantitat de quina, més baixa en la seva opiat que en altres preparacions magistrals. Opinió ja indicada per Sydenham uns anys abans.

Després d'això, ve la vida honorífica, menys interessant, culminada l'any 1799, amb els nomenaments de President de l'Acadèmia de Medicina de Madrid, i de President de la Junta de Govern de la Facultat reunida, en fer un sol cos facultatiu de metges i cirurgians. Són companys de la Junta Pedro Custodio Gutiérrez, Gàmez, Gimbernat, Perenya i el tarragoní Galli. El mateix any Ruiz i Pavon, li dediquen el gènere «Masdevalia», amb més d'un centenar d'espècies d'orquídies. I seguint de metge de Cambra en exercici, mor a Trujillo el 1801, acompanyant a Badajoz els reis Carles IV i Maria Lluïsa.

En aquests temps de farmacologia experimental i hormones pures, de quimioteràpia sintètica i valoració de medicaments, com homenatge a un bell empirisme que permetia àrdues discussions filosòfiques d'aire moliereses sobre l'acció d'un compost magistral, recordem la fórmula de preparació de l'opiat de Masdevall:

R./ *Salis Absinthij et Salis ammoniaci optime depurati a. dragmam unam.*

Tartari stibiati (término clarori), tartari emetici, gr. 18.

Triturentor in mortario vitreo, deinde adde, et misce perfectissime corticis Peruviani optimi, et pulverati, unciam unam. Et cum sufficienti quantitate Syrupi de Absinthio fiat Opiata ad usum.

La criptorquídia és afecció esmenable per procediments mèdics?

pel Dr. Leandre Cervera

D'uns quants anys ençà, ens ha estat permès de recollir una nombrosa casuística d'infants d'edat compresa entre els 6 i els 12 anys, en els quals hom constata, sovint sense simptomatologia morfològica ni funcional espectacular de cap mena, l'absència escrotal d'un o dels dos testicles.

La història clínica d'aquests infants no forneix, altrament, dades motivadores d'una atenció preferent. En general, la casualitat, l'atzar, ha fet que, durant el bany, la mare s'adonés un dia de la buidor de les bosses genitals. De vegades, s'esdevé que en el curs d'una exploració, motivada per una malaltia aguda qualsevol, el metge s'adona de l'anòmala situació testicular i crida l'atenció de la família sobre aquest defecte genital. L'infant, però, no acusa, la majoria de vegades, fenòmens d'alteració somàtica ni funcional justificadores de consulta mèdica.

Es més, no constitueixen cap raresa els casos en què no hi ha ni micropenis, ni infantilisme, ni retard de cap mena, ni distròfia adiposa que denunciï de prop o de lluny l'anomalia topològica testicular. Insistim, encara una altra vegada: ha estat la casualitat la descobridora del fet i la responsable de l'alarma que, tot d'una, s'ensenyoreix de la família i determina la visita mèdica.

Fins fa poc, aquesta consulta era, concretament, reservada al cirurgià. D'un temps ençà, aquesta exclusivitat la disputen a l'operador els metges endocrinòlegs.

Raons múltiples, d'entre les quals excelleix l'èxit remarcable de la terapèutica quirúrgica emprada, ens menà a presentar l'any passat, al Novè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana (Perpinyà), una nota clínica en la qual preteníem cridar l'atenció del metge general sobre el tema.

L'experiència afegida en aquest any darrer ens permet de reforçar les conclusions, encara inèdites, d'aquell primer treball amb noves dades convergents.

Reproduïm el text bàsic de discussió ofert al judici dels col·legues congressistes aplegats a la capital rossellonenca: «Recolzant-nos en la nostra experiència personal i en la nova manera de considerar el procés endocrí de la creixença a través de les etapes infantil, prepuberal i puberal, proposem que, sempre que no existeixi una evident alteració anatòmica que ho contraindiqui, caldria tractar mèdicament tots els criptorquídics infantils i els de les primeres etapes prepuberals. La intervenció quirúrgica seria reservada als altres casos».

* * *

Massa sovint ha estat plantejada la intervenció quirúrgica sota una doble preocupació del metge general i del cirurgià. Restituir a la bossa testicular la seva plenitud mitjançant una pèxia de l'organ ectopiat podria,

en efecte, portar a l'esperit la idea d'haver millorat l'activitat gonadal i d'haver corregit l'alteració de l'estètica.

La realitat ha correspost a les esperances posades en aquesta intervenció? Declarem categòricament: no.

La contundència d'aquesta resposta ens la dicta l'observació que hem recollit de casos operats de pèxia testicular, senzilla i doble, en els quals l'operació no solament no ha influït sobre el desenvolupament del testicle o testicles fixats sinó que tampoc no ha impedit l'aparició ulterior de la simptomatologia de l'eunucoidisme.

Certament, ha estat massa lleuger el capteniment del metge enfront de l'infant criptòrquid.

Hi ha motius per a creure que la criptorquídia pot tenir una etiologia mecànica, però la major coneixença que anem tenint cada dia sobre la cronologia del descens fisiològic dels testicles en el fetus, ens obliga a exigir en la clínica de l'ectòpia del testicle una rigorosa exploració abans de procedir a la seva correcció per simples tècniques manuals.

Si el testicle en el curs de la seva migració fisiològica cap a la bossa escrotal troba un obstacle és lògic imaginar que no arribarà a ocupar el lloc que de dret li correspon, mentre no desaparegui aquesta causa interceptadora, però això, que és una raó recolzada en la lògica més elemental, no dona dret a imaginar que pel fet de romandre en una posició anòmala hagi d'ésser funcionalment deficitari i, per tant, reclami el transportament passiu i la seva fixació dins de la bossa escrotal.

Davant de la criptorquídia caldrà sempre demanar-nos si el descens testicular no acomplert té uns motius més pregonos que la interceptació anatómica.

* * *

En l'espècie humana, com en la majoria de mamífers, el testicle ocupa, en la seva fase final de desenvolupament, una posició extra-abdominal i intra-escrotal.

Aquesta especial particularitat d'emplaçament ha suggerit als biòlegs multiplicitat de recerques conduents a escatir els motius pels quals l'organisme en l'ordre defensiu fa una excepció per a aquesta glàndula d'estructura, altrament, molt delicada.

Les conclusions obtingudes per aquests treballs d'investigació tenen un gran interès, però deixen encara sense resposta les demandes més interessants que el clínic es formula davant del malalt criptòrquid, que és el que ens ha empès a revisar la qüestió.

Intentarem fer-ne un resum, seguint la pauta expositiva de Carl R. Moore, el zoòleg de Xicago, que tant s'ha ocupat de l'estudi biològic del testicle: —Si hom fixa dins de l'abdomen d'un cobai adult els testicles que s'allotjaven dins del seu escrot, hom constatarà que, passat un temps, aquest animal, sense perdre cap dels seus atributs masculins, és a dir, sense reducció de les seves característiques sexuals secundàries, esdevé estèril. Cal remarcar que aquesta operació ha estat feta sense seccionar per cap concepte els elements essencials i accessoris del cordó espermatíic.

Aquesta experiència ve, doncs, a dir que el testicle quirúrgicament allunyat del seu emplaçament escrotal conserva la seva capacitat endocrina i perd, en canvi, la seva activitat espermatogènica.

Una prova més per a corroborar aquests conceptes ens la forneix l'examen histològic del testicle experimentalment ectopiat. L'aspecte de les preparacions histològiques del testicle segrestat experimentalment és, en efecte, el d'un testicle que té en degeneració els seus elements exocrins mentre viu una fase d'hiperplàsia de la seva part endocrina.

Aquesta experiència ha estat encara completada per una altra que consisteix a retornar al testicle el seu emplaçament escrotal. Aquesta repara-

ció ambiental ha permès la recuperació de la capacitat fecundant de l'animal operat, gràcies a la regeneració de l'estructura espermatogènica.

Davant d'aquests fets cal demanar si l'ambient anatómic exerceix un paper més important que el de simple sustentador.

L'escrot sembla captenir-se com un termoregulador en procurar al testicle un encerclament de temperatura més freda que la de la resta del cos. Moore i Quick han insistit molt sobre aquesta particularitat. Hi ha fets objectius que parlen a favor d'aquesta suggerència: d'una banda, la comprovació de les temperatures escrotal i abdominal d'animals diversos i de l'infant acusen una diferència tèrmica que oscilla de 1° a 8°C entre la primera i la segona; d'altra banda, l'embolcallament de l'escrot del xai amb cobertes isoladores provoca una degeneració precoç dels tubs seminífers del testicle. Talment tot fa pensar que en aquest cas l'animal s'esterilitza pel seu propi calor en veure's privada d'actuar la funció refrigeradora de l'escrot.

També Moore, Chase i Fukui han constatat que la prolongada aplicació de calor damunt del testicle (aigua calenta, aire calent, estufa o llum elèctriques, etc.) va seguida de sensibles trastorns glandulars. Així l'aigua a 5° o 6°C per damunt de la temperatura del cos i aplicada a l'escrot del cobai, durant 15 minuts, motiva un trastorn de tots els tubs seminífers amb esterilitat temporal o permanent, segons els casos. Aquesta alteració desenvolupada per les aplicacions de calor és força semblant a l'observada en el testicle mantingut experimentalment dins de l'abdomen.

Fukui, d'altra banda, ha pogut constatar que, en el gos, el testicle segregat dins de l'abdomen, amb finalitats experimentals, es manté inalterat, és a dir, sense trastorns degeneratius, si hom té cura d'assegurar-li una refrigeració artificial que l'allibera de rebre l'acció del calor abdominal.

També unes experiències de Heller semblen demostrar que la temperatura abdominal normal afecta la vida dels espermatozoides del cobai immobilitzats i retinguts en l'epidídim escrotal. Aquests espermatozoides, en efecte, poden conservar llur mobilitat uns seixanta dies emmagatzemats dins de l'escrot, però no resisteixen més enllà de catorze dies si l'epidídim és retingut, experimentalment, dins de l'abdomen.

Dins d'un mateix ordre de constatacions cal situar l'observació, recollida per Mills, de diversos casos d'esterilitat temporal per alteració de l'epiteli germinal del testicle a seguit de les fortes pirèxies de la pneumònia epidèmica.

I encara, interessa anotar, igualment, un altre fet registrat per Moore: testicles de cobai prepuberal, és a dir, en un període anterior a la formació de cèl·lules germinals, romanen en aquest estat si hom els segresta dins de la cavitat abdominal, però reprenen el seu desenvolupament tan aviat com són retornats a llur emplaçament original.

Tots aquests fets pledegen, en efecte, a favor del reconeixement d'una activitat termoreguladora de l'escrot. També semblen recolzar-la la mateixa arquitectura de l'embolcall testicular (parets primes, sense greix subcutani, sense tricosi d'abrigall, abundor de glàndules sudorípares), la seva sensibilitat reactiva als canvis tèrmics exteriors (relaxació del dartros per la calor i encongiment pel fred) d'acord amb la necessitat d'allunyar o d'apropar el testicle del focar tèrmic abdominal en els moments massa pirètic o massa enfredorits respectivament.

En aparent contradicció amb aquesta suposada funció escrotal, hi ha també uns altres fets fornits per l'observació del que s'esdevé en animals pertanyents, no solament a gradacions zoològiques inferiors, sinó també en el mateix grup dels mamífers.

Així, per exemple, cal remarcar que en les aus, que són animals de temperatura superior a la dels mamífers, els testicles són intraabdominals.

Així mateix, en els cetacis, en l'elefant i en el rinoceront no existeix escrot o simplement n'exhibeixen un rudiment representatiu.

Hom ha pretès explicar aquestes particularitats suposant que la funció espermatogenètica es produeix en aquests animals en condicions tèrmiques que no requereixen aquella acció reguladora atribuïda a l'escrot en els animals de testicles externs.

Particularitat força curiosa i digna d'ésser recordada ací és la que exhibeixen alguns rosegadors. En aquests animals hom constata, en efecte, que durant les fases de xardor sexual els testicles (sempre abdominals) descendeixen i es fan vistents a través de la part més prima de la paret abdominal distesa en relleu, com simulant una bossa escrotal. Fora d'aquesta època d'activitat genital, els testicles retrocedeixen i desapareix la convexitat cutània que els feia d'estoig.

* * *

Si prevalgués en clínica el criteri directament i exclusivament derivat de les constatacions experimentals fornides per l'estudi dut a terme en animals de laboratori, no es plantejaria cap dilema davant d'un infant amb criptorquídia, car l'única pràctica aconsellable per a esmenar les ectòpies testiculars seria, simplement, la intervenció quirúrgica transportadora i fixadora del testicle al seu embolcall fisiològic únic, que és l'escrot.

Però, com ja hem deixat dit més amunt, les coses s'esdevenen en patologia humana en forma difícilment explicable pel simple coneixement d'aquells fets esmentats.

Un primer fet a remarcar en clínica humana, constatable també en veterinària, és que el testicle espontàniament ectòpic, ultra ésser més petit que el ben plaçat, presenta una estructura que es caracteritza per una minva de tubs seminífers enmig d'una exuberant riquesa de teixit *intersticial*; a remarcar, també, el fet que la pobresa de tubs seminífers i de cèl·lules del rengle germinal és tant més marcada com més lluny de l'escrot estigui retingut i immobilitzat el testicle.

Un altre fet a esmentar a continuació és que a major allunyament del testicle més augmenten les probabilitats de descobrir en el malalt manifestacions somàtiques i psíquiques de tipus eunucoïde, denunciadores d'una alteració estructural que ja no es limita a la glàndula exocrina, sinó que transcendeix a l'estructura gonadal endocrina.

Un tercer fet, que té tot el valor dels fets experimentals, és la ineficàcia absoluta de moltes intervencions de transport passiu del testicle practicades en criptòrquids—adhuc en unilaterals—abans de la pubertat, és a dir, en individus que, lògicament, si ens atenem a les conclusions reunides pels biòlegs, haurien de sentir desvetllades les activitats exocrines i endocrines testiculars pel fet de procurar a la glàndula rerassagada el seu ambient fisiològic estimulant i regulador.

* * *

Més que sobre aquestes bases biològiques, més o menys filogèniques, el clínic preocupat pel guariment de les ectòpies testiculars, caldria que orientés el seu criteri sobre els fets que pot fornir-li una millor coneixença de l'ontogènia, sobretot en allò que es refereix al desenvolupament i descens del testicle des de les darreres etapes de la formació embrionària fins a la infantesa.

Es ben sabut que en els vertebrats superiors i en l'home, el primer esbós testicular radica en la part superior de la cavitat celòmica a banda i banda del mesenterí. En aquests primers moments, l'epiteli germinatiu forma una làmina sortint, que en el fetus constituirà l'eminència genital,

redossada a la columna vertebral. Per la banda externa i inferior hi ha dos brots glandulars, els cossos de Wolff, que representen el futur ronyó de l'adult. Per fora i davant hi ha dos conductes, anomenats canal de Wolff i canal de Müller respectivament, que descendeixen i desguassen, primer en la cloaca comuna i, després, en la unió dels conductes urogenitals i uretrovesical. Els canals de Wolff i de Müller formen el cordó urogenital. En resum: arribades les coses a aquesta fase de desenvolupament cal que distingim: 1.^{er}, l'eminència genital (futur testicle); 2.^{on}, el cos de Wolff (futur ronyó), i 3.^{er}, el cordó urogenital, format pels canals de Wolff i de Müller. Cada un d'aquests elements està unit a la paret posterior per un meso propi. Hi ha, doncs, un meso per al cos de Wolff, un altre per a l'eminència genital (meso-testis) i un altre per al cordó (meso urogenital). L'extremitat inferior del cos de Wolff està fixada a la regió inguinal per un replec peritoneal anomenat *gubernaculum testis* o lligament inguinal, el paper del qual té una gran importància en el descens ulterior del testicle.

L'extraordinària complicació d'aquest procés de desenvolupament, impulsat per una adequada i successiva intervenció hormonal justifica a bastament la multiplicitat de trastorns que l'arquitectura i el dinamisme genitals poden oferir a la consideració del clínic. Però les causes patogèniques adquireixen una pluralitat major en considerar que el testicle a mida que evoluciona cap a la seva estructuració definitiva descendeix des de la seva posició lumbar fins a la bossa escrotal, seguint un trajecte anàtom ic no exempt de possibilitats obstaculitzadores.

Al tercer mes de vida intrauterina, el testicle descendeix a la fossa ilíaca i, al sisè, enfoca el conducte inguinal. En general, el seu emplaçament escrotal no s'aconsegueix fins el moment de la naixença. Són, certament considerables, però, els casos en què aquesta fase final de la migració s'acompleix dins dels dos o tres primers anys, sense que això mereixi el qualificatiu de malaltia, ni la preocupació, per tant, de metge o familiars.

Esquematzant, per etapes, el trajecte seguit pel testicle en la seva migració lumbo-escrotal, cal considerar tres fases: 1.^a, abdominal, fins a l'anell inguinal; 2.^a, inguinal pròpiament dita, des de l'orifici intern a l'extern; 3.^a, descens a l'escrot.

Del primer al sisè mes intrauterins la columna vertebral creix més de pressa que els altres òrgans, la qual cosa provoca l'ascens de la medulla espinal. Sota l'acció d'aquest moviment ascensional i per virtut de la contraextensió exercida per la brida inextensible que és el *gubernaculum testis*, que el manté fermat a l'orifici inguinal, el testicle, per comptes de remuntar, s'apropa al conducte inguinal. Afavorint aquesta acció orientadora, el *gubernaculum testis* es retreu. Aquest escurçament de la brida orquiopèxica és el que, pròpiament, arribat al sisè mes, orienta i arrossega el testicle vers l'entrada del conducte inguinal.

El lliscament testicular al llarg del conducte inguinal i el seu descens final a la bossa escrotal s'explica admetent que el *gubernaculum* segueix escurçant-se, mentre el procés vaginal es fa cada vegada més llarg. Si hom té en compte que el *gubernaculum testis* està en relació, per la part inferior, amb el procés vaginal i que aquest ho està amb la bossa escrotal, hom s'explica que aquests elements es captenen com menadors del testicle a l'escrot.

* * *

Coneixedors a fons del procés anàtomo-fisiològic de la migració testicular, Begouin, Proust, Jeanbrau i Tixier, no gens sospitosos quant a criteri intervencionista, confessaven, ara fa vint anys, llur respecte davant la

conveniència d'operar damunt els testicles ectòpics, excusant-se en la imprecisió de la patogènia. Vegeu com s'expressen:

«Hom ignora encara la veritable patogènia de les anomalies de migració testicular després d'haver invocat successivament: 1.^{er}, la manca, la insuficiència o la defectuositat d'un o dels tres fascicles del *gubernaculum testis*; 2.^{on}, la curtedat del *mesorchium*; 3.^{er}, la curtedat o les adherències del cordó; 4.^{ar}, adherències intra-abdominals consecutives a brots de peritonitis; 5.^è, l'estretor del conducte inguinal i la imperforació de l'aponeurosi de l'oblic major; 6.^è, el desenvolupament rudimentari de l'escrot; 7.^è, la influència d'embenats herniaris, etc.

Cap d'aquestes interpretacions no és satisfactòria. Solament sabem del cert que es tracta d'una anomalia del desenvolupament, de vegades hereditària i que, sovint, es presenta en els degenerats.»

Quan els quatre cirurgians «agregats» exposaven llur escepticisme sobre la possibilitat d'obtenir bons resultats quirúrgics basant-lo en la impossibilitat d'arribar a posseir un recolzament patogènic, llur visió del problema era purament mecanicista.

D'aleshores ençà, els progressos de l'endocrinologia ens han obert noves rutes a seguir en el tractament de les ectòpies testiculars.

Ha vingut, en primer lloc, una constatació de rellevant importància: l'estímul que l'hormona gònado-estimulant, segregada per la hipòfisi, exerceix damunt les estructures glandulars sexuals.

En els fets d'ordre farmacodinàmic observats pels biòlegs en l'estudi d'aquesta hormona i en els que paral·lelament han estat constatatats a base d'experimentar els efectes excito-gonodals dels prolans, els clínics han trobat matèria a bastament per a assajar en els infants portadors d'ectòpia testicular ambdues substàncies endocrines.

El 1930, Schapiro publicà la història dels primers casos d'ectòpia testicular tractats per prolan o gonadoestimulina. Dos anys després, Engle provocà el descens testicular en el macaco impúber utilitzant simultàniament prolan i gònado-estimulina en injeccions. Després, han estat nombrosos els casos que d'ací i d'allà han anat coneixent-se d'aquesta mena d'èxits hormonoteràpics. Rivoire (1935), en una nota abreujada on recull aquestes troballes, assegura que, en general, el prolan, tot sol, sense l'ajut dels extrems hipofisaris, determina el descens testicular, per bé que les dosis que cal emprar han d'ésser molt altes (molts centenars d'unitats per dia). Segons ell, la resposta testicular a aquesta terapèutica és gairebé instantània (en general, al cinquè o sisè dia del tractament). Rivoire, però, reconeix que hi ha casos en els quals malgrat un tractament intensiu de moltes setmanes, els resultats d'aquesta hormonoteràpia són nuls, la qual cosa cal interpretar com un símptoma molt probable de l'existència d'un obstacle mecànic que reclamarà la col·laboració del cirurgià.

Rivoire, d'acord amb la majoria d'autors, revisats per ell, assegura que els èxits del prolan en l'ectòpia testicular representen un 50 — 75 % dels casos tractats.

D'altra banda, després d'haver demostrat Noel-Paton que la castració en les primeres edats provoca una hipertròfia tímica i, viceversa, que l'extirpació tímica va seguida d'un augment de volum del testicle, algun clínic pediatria, com Lereboullet, ha assajat l'acció dels extrems tímics i ha restat meravellat de llur activitat efectiva en les ectòpies testiculars.

Aquesta doble sèrie de resultats coincidents amb hormonoteràpies que res no semblen tenir de comú a primer cop d'ull, haurien de suggerir al crític, pediatria i endocrinòleg, la necessitat d'escatir fins a quin punt pot existir una base científica que faci de suport a ço que, fins ara, únicament pot acceptar-se com resultats xambons d'unes pràctiques empíriques.

L'experiència de veure infants i púbers afectes d'ectòpia testicular ens ha permès de constatar que aquests defectuosos generalment són portadors de senyals evidents de degeneració congènita. Entre ells predominen els epilèptics, els molt nerviosos, els endarrerits mentals, els irritables i agressius i els pluri-disendocrins. No és rar també el descobriment d'antecedents paterns de tipus alcohòlic i sifilític.

Les dades d'anatomia patològica proporcionades, sobretot, per intervencions quirúrgiques fallides, demostren que els testicles ectòpics (malgrat pertànyer a infants i a pre-púbers, és a dir, a individus de testicle prou jove per a no permetre'ns pensar en fenòmens de regressió) es troben en un estat de desenvolupament histològic molt endarrerit. L'aspecte microscòpic d'aquests testicles no s'ha de confondre amb el francament degeneratiu que exhibeixen els talls de testicle segrestat experimentalment dins de l'abdomen i que ha servit per a bastir la hipòtesi d'una probable funció escrotal.

Però encara cal remarcar, de més a més, que aquest aspecte endarrerit del testicle d'infant criptòrquid és més marcat a mida que el lloc de la seva fixació és més alt.

El retard evolutiu del testicle ectòpic afecta proporcionalment el desenvolupament dels seus anexos, la importància dels quals en el descens testicular no pot pas ésser escamotejada.

Aquesta matisació progressiva de les defectuositats macroscòpiques i microscòpiques del testicle i dels seus accessoris en sentit contrari de la seva ruta de migració lumbo-escrotal esdevé als ulls del metge posseïdor d'una base endocrinològica l'argument més fort per a oposar-se a la teoria que carrega a l'acció de l'abdomen la responsabilitat d'uns suposats fenòmens de degeneració glandular.

No creiem pas que les experiències de transport del testicle escrotal a la cavitat de l'abdomen siguin utilitzables com argument per a declarar d'urgència qualsevol maniobra quirúrgica que situï el testicle dins de la seva bossa protectora.

Estem segurs que l'abdomen no és responsable de l'estructura defectuosa que exhibeix el testicle ectòpic. Per contra, creiem que el testicle descendeix espontàniament, fisiològicament, fins allà on el seu grau de desenvolupament estructural li permet de fer-ho. A cada nivell de la ruta descendent correspon un grau determinat i fix del desenvolupament glandular.

Damunt d'aquesta hipòtesi en podem, encara, bastir una altra que ens permet imaginar que l'evolució estructural topològica del testicle exigeix en cada etapa l'estímul escaient i adequat d'una hormona gònado-tròpica. Així, en les primeres fases intrauterines és molt probable que siguin les hormones maternes les mobilitzadores exclusives, però ben aviat seran les seves hormones pròpies les que aniran prenent la iniciativa. No cal dir que si el timus és, realment, una glàndula endocrina, mai no tindrà com en els mesos darrers de la formació del fetus una avinentesa més propícia per a demostrar-ho.

Per la nostra banda podem assegurar, d'acord amb aquest criteri, que l'opoteràpia tímica ens ha procurat els èxits més espectaculars en els casos d'infants més petits, en els quals l'ectòpia, per tal com era més alta, anava més acompanyada d'estigmes degeneratius indicadors de dèficits endocrins diversos. És més, aquests èxits de l'opoteràpia tímica han estat aconseguits també en infants als quals hom havia tractat endebades amb prolan i amb hormones hipofisàries.

* * *

Dos tipus disendocrínics són particularment freqüents entre els portadors d'ectòpia testicular: el de la distròfia àdipo-genital de Fröhlich i el de l'eunucoidisme longilini. En el primer d'aquests tipus la criptorquídia acostuma a ésser bilateral. En el segon ho és, en general, d'un sol costat.

Al costat d'aquests i de vegades imbricat amb ells, sobretot amb el primer, hom registra quadres de simptomatologia hipotiroïdiana més o menys vistsents.

No és molt probable que la criptorquídia sigui responsable d'aquests conjunts disendocrínics. Es gairebé segur, en canvi, que l'atur de desenvolupament i migració testicular pot ésser tributari de la defectuosa aportació hormonal que aquelles síndromes delaten o, també, que uns i altres processos reconguin una causa comuna i més alta d'ordre degeneratiu congènit.

Qualsevol que sigui la posició que hom prengui davant de la pluralitat d'interpretacions suggerides, el fet innegable és que el portador d'ectòpia testicular és un malalt de complexitat insospitada a primer cop d'ull.

Cal, doncs, fugir de fórmules fixes en el tractament científic i racional de la criptorquídia. Cada malalt és, com hom diu correntment en medicina, un cas a part.

En el nostre arxiu d'històries clíniques d'endocrinòpats tenim recollides observacions curioses de criptorquídies guarides en el curs del tractament de fons emprat per a combatre una síndrome de Fröhlich. En tenim d'altres en els quals l'emplenament escrotal s'esdevé en el curs de tractament d'un hipotiroïdisme prepuberal.

Cal que declarem, també, que no ens ha estat permès d'observar cap millorament, ni orgànic ni espiritual, en un criptorquídic unilateral de dotze anys d'edat amb múltiples senyals d'eunucoidisme. Remarquem, de passada, que aquest minyó havia estat intervingut quirúrgicament d'orquiopectomia uns mesos abans amb resultats funcionals completament nuls.

* * *

Estem d'acord amb els qui s'entusiasmen davant de l'eficàcia de certes hormonoteràpies en el tractament de l'ectòpia testicular. Es més, entenem que el malalt ha d'ésser objecte d'un estudi aprofundit, i que així serà possible fer passar a 85 i 90 % les xifres de curabilitat dites per Rivoire i pels que exclusivament han assajat en forma sistemàtica un remei únic per a tots els casos.

Insistim, interessa que el metge es faci càrrec que per comptes de tractar la criptorquídia és obligat a tractar criptorquídics i que d'aquests és difícil trobar-ne dos d'iguals.

Però el nostre entusiasme mèdic no ens ha de privar de reconèixer a temps la imprescindible necessitat de passar alguns casos al cirurgià, car no sempre és potestatiu de l'endocrinòleg de reparar una ectòpia.

Aquest és, particularment el cas de la interposició d'una hèrnia en el trajecte inguinal, el de la torsió del cordó espermatí i vòlvulus del testicle, el de l'infart hemorràgic testicular i el de les neoplàsies orquídiques.

La intervenció quirúrgica cal que sigui proclamada el mitjà únic d'actuació en aquest petit grup d'ectòpies complicades i moltes vegades, gairebé sempre, s'esdevé que cal emprar-la en circumstàncies d'urgència.

Interessa, però, remarcar que, sempre que sigui possible triar el procediment, les maniobres que l'alliberament i transport testicular comportin hauran d'ésser *respectuoses* a ultrança amb la glàndula i els seus accessoris, sensibles en grau superlatiu a tota acció traumatitzadora.

Forge, amb el nom d'*orquidolisi* proposà un mètode que mobilitza i

desprèn el testicle i el cordó espermàtic eliminant traccions perilloses. Del Valle ha modificat el mètode de Forgue en qüestions de detall a benefici dels mateixos resultats.

Heus ací un resum de la seva tècnica, fet pel seu collaborador Arnaldo Yódice:

La incisió convé que sigui extensa i cal considerar-la composta de dues parts, tal com es detalla en el preceptari:

1.^{er} Una ratlla obliqua que, partint una mica per dins i per sota de l'anell inguinal extern, es dirigeix cap a fora i per damunt del canal inguinal fins a l'orifici intern d'aquest.

2.^{on} Una ratlla abdominal que, continuant la primera, es dirigeix cap amunt i una mica enfora, fins arribar al cantell costal.

3.^{er} Incisió de l'oblic major en tota la seva extensió, amb la qual cosa queda a la vista la canal inguinal i els seus elements.

4.^{art} Incisió de l'oblic menor i del transvers en tota la seva extensió.

5.^è Despreniment dels elements del cordó, bé del sac herniari si és que n'hi ha, bé de les parets del conducte. Cal que aquest temps sigui realitzat amb la màxima cura, car és molt fàcil de ferir els vasos espermàtics, especialment a nivell de l'orifici intern. Per tal de facilitar la tasca, convé obrir la llum del conducte en la seva hemicircumferència anterior, visualitzant l'endoteli i incindir, després, l'hemicircumferència posterior per dintre, ço que permet carregar amb pinces la part del conducte adherit als altres elements i prosseguir fàcilment la dissecció fins a l'infundíbulum.

6.^è Dissecció de la regna vesicular espermàtica desenganxant el peritoneu parietal de la fossa ilíaca i regió del quadrat del llom, operació que és facilitada posant una valva gran que, en apartar la massa intestinal permet la visió d'un camp ben ample. En aquest temps hom secciona petites brides que uneixen els vasos espermàtics a la paret posterior i, mentre, al mateix temps, un ajudant tracciona suaument el testicle, anem veient com el testicle descendeix. Cal portar la dissecció fins el pol inferior del ronyó.

7.^è Dissecció de la regna deferencial fins a les vesícules seminals. Acats aquests temps, el testicle descendeix fàcilment fins a les bosses.

8.^è Tancament de l'infundíbulum peritoneal i fixació de la regna vascular per un punt a l'arcada o a l'oblic menor.

9.^è Inversió de la vaginal, en concepte de tractament preventiu de l'hidrocele.

10.^è Formació del *niu* en la bossa on es col·loca el testicle i fixació d'aquest, al fons, amb un punt de catgut.

11.^è Reconstrucció de la canal inguinal i sutures dels plans musculars. Drenatge de 24 hores en l'espai retro-peritoneal.

12.^è Sutura de la pell.

Els avantatges de l'orquidolisi de Del Valle són: 1.^{er} El testicle descendeix tant com ho permet l'extensió de les regnes, sense lesionar la seva estructura anatòmica. 2.^{on} Hom conserva integralment la irrigació testicular.

RESUM

L'autor suposa que les ectòpies testiculars indiquen, generalment, un retard de desenvolupament testicular i no, com s'ha pretès fins ara, una degradació de l'estructura i de la funció testicular a causa de suposades accions exercides per l'ambient abdominal.

En un 90 % dels casos les ectòpies testiculars són tributàries d'un dèficit d'estímul hormonal. Aquests casos són, lògicament, tractables per procediments mèdics. Caldrà, tan sols, cercar quina o quines són les aportacions hormonals deficitàries i esmenar-les passivament amb aportacions escaients de l'hormona o hormones insuficients.

En molts casos, sobretot en els d'ectòpia més alta, i per tant en els de retard de desenvolupament testicular més notable, l'hopoteràpia tímica i l'hormonoteràpia a base de prolans i d'hormona prehipofisària gònado-estimulant, donen resultats excel·lents.

Cal, però, tenir present que hi ha un 10 % de casos en els quals la retenció testicular és deguda a processos de fons mecànic que intercepten la migració fisiològica.

En aquests casos, sense dubitació, cal procedir quirúrgicament.

L'autor remarca, però, que aleshores cal procedir amb tècniques que respectin fins el màxim la integritat de les connexions testiculars, sobretot les d'ordre vascular.

A propòsit, recomana com a una de les millors la del cirurgià argentí Del Valle.

ĈU KRIPTORKIDEO ESTAS MALSANO FÖRIGEBLA PER MEDICINAJ RIMEDOJ?

La aŭtoro supozas ke testikaj ektopioj ĝenerale montras malfruon ĉe testika disvolviĝo, kaj ne, kion oni ĝis nun pretendis, degradon de strukturo kaj de testika funkciado pro supozitaj influoj de abdomena medio.

Ĉe 90 % el la kazoj, testikaj ektopioj estas okazigataj de deficito de hormona stimulo. Tiuj kazoj, logike, estas kuraceblaj per medicinaj procedoj. Necesas nur esploro pri kiuj estas la hormonaj deficitaj alportoj, kaj, tiam, pasive ilin korekti per decaj alportoj de la hormono aŭ hormonoj nesufiĉaj.

Ĉe multaj kazoj, precipe ĉe tiuj el pli alta ektopio, kaj, sekve, tiuj el pli jorta malfruo de testika disvolviĝo, timusa opoterapio kaj la hormonoterapio pere de prolanoj kaj de antaŭhipofiza gonadostimulo, havigas sukcesajn rezultatojn.

Estas, tamen, 10 % kazoj ĉe kiuj, la testika reteno estas ŝuldata al procesoj funde mekanikaj, kiuj baras la fiziologian migradon. Ĉe tiuj kazoj oni sendube kuracu kirurgie.

La aŭtoro rimarkigas ke tiam oni devas agadi per teknikoj, kiuj respektu maksimume la tutecon de testikaj kunligoj, ĉefe de la angiecaj.

Tiookaze li rekomendas, inter la plej bonaj, tiun de la argentina kirurgiisto Del Valle.

La reforma de l'assistència psiquiàtrica a Catalunya ⁽¹⁾

pel Dr. Salvador Vives

Es indubtable que el «clima» social i polític d'un país repercutirà profundament sobre les modalitats de l'assistència als malalts mentals, per tal com l'assistència psiquiàtrica és la més social de totes les branques de l'assistència.

Això es constatarà també a Catalunya on les condicions socials i polítiques han sofert canvis inesperats pel fet de la guerra i de la revolució, desencadenades per la rebel·lió militar del 19 de juliol del 1936.

Exceptuant ço que ha estat fet per a l'assistència de les psiconeurosis i psicosis de guerra que ha calgut organitzar de cap a peus, no em serà possible de parlar ací de realitzacions, car en un període de revolució i de guerra les circumstàncies imprevistes, apressants, es succeeixen amb una tal rapidesa que és impossible de lliurar-se a la tasca pacient d'organitzar els serveis, complexos i delicats, que exigeix una assistència psiquiàtrica veritablement eficaç. Així, doncs, em limitaré a exposar-vos les línies capitals del pla de reforma de l'assistència psiquiàtrica a Catalunya i la manera com hem procedit per establir aquest pla.

Una llei votada el 1932 pel Congrés dels Diputats de la República Espanyola, l'*Estatut*, veritable carta de l'autonomia política i administrativa de Catalunya, reconeix a aquesta el dret de legislar en matèria de sanitat i d'assistència social.

No obstant, les iniciatives del poder públic, de la Generalitat, en el domini de la higiene mental i de l'assistència psiquiàtrica eren travades pel fet que aproximadament 5.000 malalts mentals, és a dir, la majoria dels nostres alienats—Catalunya compta amb una xifra de 7.000 malalts interns—eren assistits en asils privats. Ara bé: des del 19 de juliol del 1936, fent excepció de tres cases de salut amb un total de 400 malalts, tots els establiments psiquiàtrics han esdevingut asils públics i han estat posats sota la dependència i la salvaguarda de la Generalitat de Catalunya.

Per bé que des de la seva constitució sempre hi ha hagut al Govern de Catalunya el Conseller de Sanitat i Assistència, no hi havia pas al departament un òrgan especial per a l'assistència psiquiàtrica i la higiene mental. Aquest òrgan ha estat creat fa alguns mesos sota el nom de *Oficina de Serveis de Psiquiatria i d'Higiene Mental*, amb la missió següent:

- a) Vetllar i coordinar els serveis psiquiàtrics i d'higiene mental;
- b) Informar les qüestions d'assistència psiquiàtrica i d'higiene mental;
- c) Proposar i organitzar la col·laboració dels tècnics, de les societats mèdiques i dels agrupaments socials interessats en l'obra de la higiene mental i de l'assistència psiquiàtrica;
- d) Obtenir dades estadístiques sobre la freqüència de les malalties mentals i llurs causes;

(1) Comunicació presentada al II Congrés Internacional d'Higiene Mental. (París, 19-25 juliol del 1937).

e) Estudiar l'organització tècnico-social de la lluita contra la folia i coordinar totes les activitats que col·laboren a la higiene mental;

f) Propagar els principis i les regles de la higiene mental i de l'eugenesia.

El fet abans esmentat, d'haver passat gairebé tota l'assistència psiquiàtrica sota la dependència directa del poder públic i el nou «clima» social i polític, permetien d'enfocar en la seva totalitat el problema de l'organització de l'assistència psiquiàtrica i de la higiene mental.

Per a menar aquesta tasca a bon terme, el Conseller de Sanitat i Assistència ha convocat una Conferència anomenada «Conferència d'Assistència Psiquiàtrica i d'Higiene Mental», a la qual han participat tots els Metges-Directors dels establiments psiquiàtrics, tant públics com privats, els psiquiatres delegats pel Cos mèdic de cada establiment, el Director de l'Institut Psicotècnic de la Generalitat, el Secretari del Consell de Sanitat de Guerra, un psiquiatra militar del front d'Aragó, el Director General de Sanitat i Assistència, el Delegat de la Generalitat als Serveis de Psiquiatria de Catalunya i el President de la Lliga Catalana d'Higiene Mental.

La «Conferència» ha tingut lloc durant els mesos de desembre i gener. El programa de les qüestions que han estat objecte de deliberació i d'acord és el següent:

I.—*Psiquiatria de guerra.* — Profilaxi, descobriment, tractament i assistència de les psiconeurosis i de les psicosis de guerra. Peritatge mèdico-legal de guerra. Higiene mental del soldat.

II.—Assistència psiquiàtrica no diferenciada per motius d'ordre econòmic, i posada en la seva totalitat sota la dependència de la Generalitat.

III.—La divisió territorial de Catalunya des del punt de vista de l'assistència psiquiàtrica i de la higiene mental.

IV.—Les regles mèdico-legals i administratives per a l'admissió i la sortida dels malalts dels establiments.

V.—La missió dels Dispensaris psiquiàtrics i d'higiene mental.

VI.—L'assistència social psiquiàtrica. L'assistència familiar als malalts mentals.

VII.—L'assistència de les psiconeurosis.

VIII.—Els establiments psiquiàtrics:

- a) Per als malalts aguts;
- b) Per als malalts aguts i crònics;
- c) Per als malalts crònics.

IX.—L'assistència als toxicòmans i als alcohòlics.

X.—L'assistència als malalts perillosos.

XI.—Examen psiquiàtric de tots els delinqüents. L'assistència als alienats delinqüents.

XII.—Preparació, formació i selecció del personal de tractament i d'assistència: psiquiatres, infermers, assistents socials.

XIII.—Utilitat de les infermeres en els departaments d'homes.

XIV.—Regles a seguir quant al nombre de psiquiatres i d'infermers segons el caràcter dels establiments i dels serveis.

XV.—La terapèutica pel treball als establiments psiquiàtrics.

XVI.—El divorci dels alienats des del punt de vista mèdic.

XVII.—L'esterilització de certs malalts mentals des del punt de vista mèdic.

XVIII.—L'assistència als infants anormals.

XIX.—Els mitjans més eficaços de propaganda popular de les regles de la higiene mental i de l'eugènica.

L'espai concedit al text de les comunicacions no em permet de detallar-vos les conclusions a les quals la «Conferència» ha arribat a propòsit de cada qüestió. Em permetré solament de subratllar els punts que hom podria dir-ne neuràlgics del pla de la reforma, sobre l'economia de la qual la simple lectura del programa proporciona ja una idea.

De bell antuvi, ens cal assenyalar la divisió territorial de Catalunya des del punt de vista de l'assistència psiquiàtrica i de la higiene mental. En aquest aspecte, hem assajat de posar d'acord les necessitats d'aquestes amb els fets geogràfics, demogràfics i econòmics i hem establert cinc regions psiquiàtriques: la regió que comprèn la capital, Barcelona, té una població de 1.800.000 habitants; cada una de les altres quatre regions té, aproximadament, 300.000 habitants.

A cada regió hi haurà un centre psiquiàtric i d'higiene mental, que constarà: d'un dispensari psiquiàtric i d'higiene mental; una clínica per als malalts aguts amb secció oberta i secció tancada; un hospital amb colònia agrícola per als malalts crònics; una colònia familiar; un servei social.

L'acció de cada centre psiquiàtric i d'higiene mental haurà d'irradiar i estendre's a tota la regió per mitjà del servei social i dels dispensaris psiquiàtrics i d'higiene mental, distribuïts en els indrets estratègics de la regió. Nosaltres volem aconseguir que la societat sigui, no solament col·laboradora, ans còmplice de l'obra de l'assistència psiquiàtrica i d'higiene mental, obra que ens proposem dur a terme en estreta relació amb l'assistència i la higiene generals.

Ultra la creació, proposada per la «Conferència», de serveis especials per als psiconeuròtics, per als malalts toxicòmans i alcohòlics, per als malalts perillosos, i l'establiment de l'actuació pericial psiquiàtrica per a tots els delinqüents, jo voldria assenyalar igualment el vot emès per la «Conferència» favorable a la utilització d'infermeres en els serveis d'homes, i l'acord de fer obligatori entre el personal auxiliar la possessió del títol d'infermer psiquiàtric. No voldria pas oblidar-me d'assenyalar el paper assignat a les assistents socials, que seria fer un error de subestimar en matèria de psiquiatria i d'higiene mental, i la creació que hom ha proposat d'un Centre de Psiquiatria Social, encarregat de l'organització i de la coordinació dels treballs i investigacions que hom farà en aquest terreny, del cens dels anormals i dels alienats, i de l'ensenyament donat a les assistents socials i als psiquiatres especialitzats en les qüestions de la psiquiatria social.

Els psiquiatres catalans, que hem col·laborat en aquest pla de reforma que acabo d'esbossar, no creiem pas poder-vos oferir l'inesperat o l'inèdit; és molt difícil i fins potser perillós pretendre improvisar en matèria d'assistència psiquiàtrica i d'higiene mental.

No obstant, creiem que el nostre projecte de reforma ofereix un cert interès per l'arquitectura de les seves línies, per la jerarquia de les funcions, per l'encadenament profund que hom estableix, entre l'assistència psiquiàtrica i la higiene mental.

Creureu, com jo mateix, que no és pas difícil de crear damunt del paper. Però, els Serveis de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat i els psiquiatres catalans tindran, si més no, el mèrit d'haver «fet el gest», és a dir, de no haver defallit, d'haver tanmateix navegat en els temps trasbalsats de guerra i de revolució.

REFORMO DE LA PSIKIATRIA HELPADO

La aŭtoro elstarigas, ke ĉar la psikiatria helpado estas la plej socia el ĉiuj sociaj helpadoj, la novaj kondiĉoj sociaj kaj politikaj en Katalunujo devenintaj de la militista ribelo de la 19 julio 1936^a, devus influi la helpadon al la mensmalsanuloj. Li mencias la starigon, en la Departamento por sanigo kaj socia helpado de la Generalitat de Katalunujo, de oficejo por servoj psikiatria kaj de mensa higieno, kaj detale priskribas la funkciojn al ĝi komisiitajn.

La aŭtoro ankaŭ aludas «Konferencon pri socia helpado kaj mensa higieno». Post transkribo de la programo de tiu konferenco, en kiu skematigas la plano de la reformo de la helpado al mensmalsanuloj, estas atentigata la teritoria divido de Katalunujo rilate al la psikiatria helpado kaj mensa higieno, laŭ kvin regionoj, en ĉiu el kiuj estus agada centro enhavanta: dispensarion psikiatrian kaj de mensa higieno; klinikon por akutaj malsanuloj kun sekcio ferma kaj malferma; psikiatrian hospitalon kun terkultura kolonio; familian kolonion, kaj socian servadon. La intereso de la reformplano ĉefe konsistas el intima kaj profunda rilatigo inter psikiatria helpado kaj mensa higieno.

Tècniques de transfusió sangüínia apropiades en temps de guerra ⁽¹⁾

pel Dr. Ricard Moragas-Gràcia

La tècnica general serà la mateixa, tan sols podrà variar en petits detalls, especialment en els aparells a emprar que seran fàcilment transportables, de poc pes i de reposició no gaire difícil.

També aquestes tècniques podran ésser més o menys simplificades quan la transfusió sigui practicada en l'ambulància de la línia de foc, en els hospitals de l'avantguarda o en els centres hospitalaris de la reraguarda situats a aixopluc de grans poblacions.

Nosaltres creiem, com molts altres autors, que no seran de molta utilitat les transfusions verificades en la línia de foc. Entenem que en aquest lloc, sols han d'ésser practicades cures d'urgència, en el sentit de disminuir els perills de la infecció, de col·locar aparells protèsics que permetin el transport sense greu perill per a el pacient i les mesures especials per a cohibir una hemorràgia abundant, ja sigui per la lligadura arterial directa, ja solament amb ajuda d'un torniquet.

De més, la pràctica ha demostrat que en les ambulàncies de segona línia, els malalts ja arriben millor classificats en el sentit d'aprociar si serà més o menys útil la transfusió. En la primera línia, practicaríem molt sovint, transfusions que no tindrien cap utilitat perquè, o el cas era massa greu per a poder gaudir dels avantatges d'una transfusió, o era massa benigne, havent-se fet una feina no massa útil o inoportuna. S'ha comprovat que durant el temps del transport dels ferits a les ambulàncies, fora de la línia de foc o en els hospitals de la reraguarda, es fa com una selecció espontània, permetent separar els malalts molt greus per als quals la transfusió no seria avantatjosa o completament inútil, d'altres en què seria de vegades intempestiva.

Entenem, doncs, que les transfusions hauran de practicar-se principalment darrera la línia de foc, especialment en els hospitals de campanya que es trobin a pocs quilòmetres de les línies avançades.

Com haurà d'utilitzar-se la sang? Haurà d'ésser sempre sang estabilitzada per a poder ésser conservada per a llarg temps i fer la tècnica més fàcil, o precisament sang sense modificar per l'addició d'un anticoagulant?

Les dues tècniques podran ésser útils, depenent elles de l'organització més o menys completa que s'hagi donat al servei en la reraguarda.

No hi ha dubte que la millor sang a emprar és la sang natural, sense modificar, tal com surt de la vena, però per a això hauríem de comptar amb un cos complet de donadors convenientment classificats i més o menys ensinistrats, acompanyats de metges que ja hagin fet una llarga pràctica com a transfusors. En molts exèrcits, ja s'ha introduït el costum molt pràctic d'inserir en la placa d'identitat que porten els soldats, en la munyeca, el grup a què pertanyen. Això permet que inclús, en ple xoc traumàtic, es pot fer una ràpida transfusió, amb els companys voluntaris que rodegen el ferit, sense perdre cap temps a classificar grups. I sense haver de cercar el carnet d'identitat que poden haver perdut en el trasbals de tota acció guerrera. La placa d'identitat, difícilment es perd i podrem tenir-la en tot temps a la vista per a fer la transfusió el més ràpidament possible.

Es convenient que el treball de diferenciació de grups sigui practicat, si pot ésser, en temps de pau, o sinó, en els centres de reclutament de la reraguarda, lluny del neguit de l'organització guerrera i rodejats de tots els controls possibles, i inclús fet, a l'ensems, per dos laboratoris diferents que permetria despistar algun defecte de tècnica, si és que existia.

Serà també molt convenient la instrucció pràctica dels donadors voluntaris i de tots els metges que servisin a l'exèrcit, utilitzant sempre el mateix aparell en totes les ambulàncies, perquè així no hi haguessin motius de destorb de tècnica per

(1) Conferència donada el 23 de desembre de 1936 a l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques, del Cicle de Conferències de Medicina en relació amb la guerra.

les preferències que pot tenir cada metge transfusor, i perquè les reparacions o substitucions de peces avariades poguessin ésser fetes al més aviat possible. En les grans ciutats on existeix un servei ja muntat en els hospitals, podrien els metges practicar-s'hi durant un període de 15 dies abans de sortir de campanya, terme que considerem ja suficient per a arribar a una certa perfecció.

Si emprém sang estabilitzada pel citrat de sosa, utilitzarem preferentment els voluntaris amb venes difícils de punxar. En la quietud del laboratori i sense presses és més probable cateteritzar una vena difícil. Demés estem lluny de patir cap angioxa enfront del malalt que ja porta l'agulla clavada i espera la transfusió. I en cas de fracàs, sempre serem a temps d'escollir un altre donador, puix la feina no ens apressa.

L'estabilització la farem emprant 10 c.c. de citrat de sosa al 10:100 per cada 300 c.c. de sang o sigui aproximadament 0,30 gr. de citrat per 100 c.c. de sang, que és la quantitat mínima necessària perquè la sang no es coaguli. També podríem emprar sang estabilitzada pel sulfarsenol a la dosi de 0,06 gr. per 100 c.c. de sang, principalment en malalts afectes d'infeccions greus i caquetitzants; d'aquesta manera aprofitaríem les propietats de l'arsenic com a modificador de la nutrició i com a reconstituent.

Nosaltres ja de temps, el 1933, a partir dels treballs de Judine, no podent utilitzar sang de traumàtics per no tenir la Morgue en l'Hospital General de Catalunya, vàrem intentar aprofitar la sang de malalts als quals estava indicada una sagnia, malalts desproveïts de manifestacions infeccioses i sols amb trastorns de circulació, com els hipertensos, individus en imminència apoplèctica o també malalts ovariectomitzades, per a combatre els fenòmens congestius. Recomanàrem als metges de les sales que ens avisessin quan haguessin de fer una sagnia i així nosaltres mateixos podíem recollir la sang en perfectes condicions d'asèpsia. La sang convenientment citratada en la proporció ja esmentada, era guardada a la nevera (frigo) entre 2°-4° en flascons de 300 c.c. de cristall neutre. Així férem algunes transfusions, preferentment en malalts afectes de neoplàsia, a títol de transfusions preoperatòries. Recordo que utilitzàrem sang de 10,15 i fins 40 dies d'extreta, filtrant sempre prèviament la sang amb una gassa i comprovant abans, meticulosament, la seva esterilitat. No continuàrem aquestes experiències per creure que era millor emprar sang sense modificar, que amb més o menys dificultats, sempre havíem aconseguit trobar.

Actualment, en el present període revolucionari, hem emprat també sang estabilitzada, encara que amb poca freqüència. Portem fetes unes tres trans-

fusions de sang procedent de donadors voluntaris, grup O, amb temps d'estada dintre el frigo, variable entre 10, 15 i 25 dies. Aquesta sang sols la utilitzem en casos excepcionals, quan es tracta d'hemorràgies abundantíssimes, que no permeten esperar el dador, o quan aquest és de difícil desplaçament, especialment a la nit. En resum: solament en casos d'estricta urgència.

Segons ens hem assabentat per la premsa diària il·lustrada, aquí a Barcelona també existeix un servei de transfusió de sang, destinat al front de guerra, que utilitza sang modificada o estabilitzada pel citrat de sosa. El company Duran Jordà, director del Servei, diu, segons els diaris, «que per primera vegada a Europa s'ha efectuat un experiment de transfusió de sang guardada amb èxit, seguint les inspiracions de Judine».

Utilitzen sang de donadors voluntaris dels grups O i A. La sang va envasada en grosses ampolles autoinjectables, comprimida dins d'elles per un gas inert que facilita la seva sortida. Això fa possible, que sense cap aparell transfusor i solament amb el filtre i agulla que porten dites ampolles, sigui possible fer la transfusió inclús en la línia de foc. Recomanen guardar-les a la temperatura de 1°-2° i utilitzar-les *dintre els 12 dies següents* a la seva extracció. Per al transport, utilitzen un gran camió transformat en refrigerant, mitjançant dues grans neveres; el fred és produït per dos grups electrògens accionats per dos motors. Rex. Segons la premsa («La Vanguardia», 25-XI-36), d'on treu aquestes notes, en l'actualitat tenen en l'Hospital núm. 18, que és el lloc d'extracció de sang, quatre neveres capaces per a 120 tubs, equivalents a uns 42 litres de sang.

Aquest procediment tan enginyós, ha donat en la pràctica els seus rendiments? Llàstima que dit company no el vegi en aquest saló (m'han dit que havia sortit cap el front de guerra), puix ens podria aclarir alguns detalls que serien molt interessants per contribuir al rendiment d'aquestes conferències. Es d'esperar que en el seu dia ja ens donarà compte dels resultats a què ha arribat. Entretant exposaré alguns dubtes que tinc sobre la completa eficàcia d'aquest procedir aplicat a la pràctica.

Fora de grans accions guerreres, hem de creure que hi haurà un consum restringit de tubs preparats a punt de servir, ço que ocasionaria una pèrdua dels altres tubs, puix que hauria finit els temps que es considera com a utilitzables. En altres termes, es corre el perill que una extracció de 42 litres de sang i el seu treball d'envàs es tingui d'abandonar per haver ja transcorregut amb excés els dies en què és utilitzable. (1)

(1) Segons m'acaba de comunicar un company que va amb l'ambulància, creu que solament s'aprofita un 30% de sang extreta.

Tots els hospitals i ambulàncies de la línia de foc, tenen, en tot moment, un utilatge propi per a poder conservar la sang?

La tècnica de la transfusió amb dit aparell és tan senzilla que pugui fer-la qualsevol metge no especialitzat o inclús un practicant? Segons referències sembla que sí.

Com a resum de tot ço anteriorment dit, podríem esbossar les següents conclusions:

Es indispensable que tot bel·ligerant porti una plaqueta d'identitat amb el número d'inscripció a les milícies i el grup sanguini a què pertany. Aquesta plaqueta consistiria en una planxa ovalada, en forma de medalló, feta d'un metall lleuger i lligada amb una minsa cadeneta, preferentment a la munyeca, formant bracelet. Aquesta placa, ultra la identificació en cas de mort i quan hi hagi hagut dispersió de fragments del cos, o pèrdua dels caràcters fisonòmics i carnets d'identitat, serviria per a tenir sempre a la vista, en tot lloc i moment, el grup sanguini de l'individu, tant per ésser donador com per a rebre qualsevol quantitat de sang convenient per al seu guariment. Això ens

evitaria haver d'investigar el grup sanguini fora de la quietud dels laboratoris, ja que les determinacions fetes amb pressa poden donar lloc de vegades a accidents greus.

Emprar en temps de guerra utilatge senzill, pràctic i de poc cost, a l'abast de tot facultatiu, fàcil de renovar i d'adquirir. Per exemple la xeringa de Jubé.

Demés podria incloure-hi un equip de tècnics especialitzats en la diferenciació de grups, per a classificar la població civil que voluntariament es prestés per a donar sang, perquè en cas de manca donadors militars pogués fer-se la transfusió amb el paisanatge de poblacions incloses dintre el terreny de lluita.

Utilitzar sempre que es pugui sang de vena a vena, sense modificar. La sang citratada l'emprarem d'un mode restringit, tal com fem en l'Hospital General de Catalunya, sols per a casos d'extrema urgència. La pràctica ha demostrat a bastament, que amb sang sense estabilitzar, de vena a vena, són menys freqüents els accidents imputables a la transfusió.

Hemeroteca mèdica occitana

Arxiu dels treballs d'autors catalans i occitans, aquesta secció conté els articles apareguts en totes les publicacions mèdiques de les terres d'oc i els que amb signatura catalana o occitana, apareixen fora de l'àrea geogràfica que el títol determina. Els autors catalans i occitans són pregats de facilitar aquesta tasca de recopilació, trametent a LA MEDICINA CATALANA una nota de llurs publicacions fetes d'ací i d'allà.

Aparell circulatori

El tractament dels trastorns cardíacs en els tífics,
pels Drs. V. AUDIBERT i E. GIRAUD-COSTA.
«Marseille Médical», 25 gener 1937, p. 134.

En aquest treball exposarem el resultat de recerques prosseguides, al nostre servei de Clínica Mèdica, sobre el tractament de la miocarditis tífica.

En la major part dels tractats, petits fascicles i formularis en els quals les indicacions i els esquemes terapèutics, han esdevingut per a molts clàssics, hom hi troba estereotipat, un tractament aplicable a totes les miocarditis infeccioses, el qual comporta essencialment l'ús de l'oli camforat en injeccions bi-quotidianes, la bossa de glaç damunt de la regió precordial, i l'administració, *per os*, d'adrenalina o d'extret suprarenal. Nosaltres creiem que aquest tractament és completament ineficax durant el curs de la miocarditis tífica, que l'ús sistemàtic, des del començament, d'aquesta pirèxia, no té cap acció preventiva, i que en últim terme el resultat més clar, en bon nombre de casos, és l'aparició d'un abscess a nivell de les injeccions, abscess degut més a una localització de gèrmens circulants a la sang que a una inoculació sèptica.

Amb el desig de posseir una base experimental per a establir, en tant que possible, una terapèutica racional, hem utilitzat, successivament els veritables tonicardíacs: digitalina, estrofantus i els seus derivats, esparteïna, els toni-vasculars com l'adrenalina i l'extret suprarenal, els modificadors de l'excitabilitat cardíaca, com per exemple, la quinina i la quinidina i, finalment, certes substàncies susceptibles de modificar el metabolisme general, com les sals de calci, la glucosa i la insulina. Estudiarem, successivament, l'acció d'aquests diversos medicaments, i exposarem les conclusions que poden deduir-se d'aquest estudi, tant des del punt de vista de la pràctica mèdica corrent, com des del punt de vista de la patologia general.

Encoratjats per l'acció ràpida i eficaç de la digitalina intravenosa en la grip, l'hem assajat tam-

bé diverses vegades en les miocarditis tífiques greus amb taquicardia important. Mai no hem obtingut resultats favorables; solament el pols s'alenteix alguna vegada sense cap disminució de la taquicardia, a conseqüència de l'aparició d'extrasístoles o de trastorns rítmics complexos. Els signes funcionals no es modifiquen i l'evolució és més aviat agreujada. La digitalina administrada *per os* resta habitualment sense cap efecte; no obstant, en alguns casos provoca trastorns arrítmics.

Aquestes constatacions clíniques s'expliquen per l'estudi electrocardiogràfic, que demostra la gran freqüència durant el curs de la tifoide, de trastorns fibril·litoris que, teòricament, la digitalina ha d'exagerar.

L'estrofantus i l'ouabaina gaudeixen d'una certa reputació, com a toni-cardíacs, durant el curs de les malalties infeccioses. La injecció intravenosa d'ouabaina, sense acció sobre el ritme cardíac, només té una acció molt fugaç i molt lleugera sobre la tonicitat del miocardi, àdhuc repetida dues vegades al dia, no modifica pas l'evolució de la miocarditis. L'ouabaina, administrada per la boca a les dosis clàssiques conegudes fa molt de temps, és també poc activa tant en la miocarditis tífica com en les cardiopaties cròniques. Les dosis elevades (15 a 20 mlgr. per dia) que nosaltres preconitzem des de fa molt de temps i per a l'ús de les quals la casa Nativelle ha creat l'Activaina (solució al 2 %) serien perilloses d'assajar en el tífic que poden presentar ulceracions del tab digestiu i donar lloc a una absorció massiva de la droga. Per contra, la tintura d'estrofantus posseeix una lleugera acció sobre la tonicitat del miocardi i nosaltres hem observat la modificació del soroll de galop durant el curs d'afeccions cardíques lleugeres. Si hom l'administra a la dosi de 10 a 15 gotes per dia, podrà ésser utilitzada amb algun avantatge.

L'esparteïna posseeix una certa acció sobre els trastorns subjectius de la miocarditis tífica. Però a desgrat de la seva acció neutralitzant ben demostrada sobre les toxines microbianes, no té cap acció favorable sobre l'evolució de la miocarditis.

Després d'experimentar els toni-cardíacs veritables, hem assajat l'adrenalina i l'extret suprarenal en injecció, pràctica eficaç en els col·lapses tífics i segons sembla, també en la diftèria maligna. Hem observat, immediatament després de la injecció, un augment passatger de la tensió arterial, un augment de la freqüència del cor i algunes vegades extrasístoles, i després un descens ràpid de la tensió, una hora aproximadament després de la injecció, amb persistència de la taquicàrdia. Aquest és un resultat poc encoratjador. Els fenòmens d'intolerància són freqüents i es tradueixen per angoixa o bé per calfred, sovint acompanyats d'una elevació tèrmica a l'esplenocotracció que projecta al corrent circulatori una quantitat suplementària de bacils tífics; hom pot posar el fet en evidència per mitjà de l'hemocultura en sèrie. L'acció d'aquests medicaments és més aviat nociva que no pas útil.

Davant la carència dels tonicardíacs veritables i dels tonivasculars, hem experimentat la quinidina i la quinina, medicaments del ritme cardíac. Hem constatat amb agradable sorpresa que, contràriament a allò que hom observa durant el curs de la insuficiència cardíaca crònica, la correcció dels trastorns fibril·lars millora gairebé constantment el valor de la contracció cardíaca.

La quinidina és més activa; per tant, com que el seu efecte depressor és temible, serà administrada a dosis febles, per exemple, 0,10 gr. dues a sis vegades durant el dia. Hom administrará ensems càmfora soluble o bé coramina per corregir aquest efecte. Els resultats, sovint, són remarcables: en unes hores, en màxim dos dies, el cor es regularitza i s'alenteix, els trastorns subjectius desapareixen i la miocàrditis esdevé menys intensa.

La quinina, menys activa i desproveïda d'efecte depressor, pot ésser utilitzada a títol preventiu i en les formes lleugeres, però els resultats són molt menys brillants.

Hem observat també els medicaments modificadors del medi humoral. El gluconat de calci administrat per os a la dosi de 10 grs. per dia resta sense acció.

L'absorció de glucosa en solució al 25 per cent, administrada pura, en dosis fraccionades, fins assolir els 50 o 100 gr. de glucosa per dia, creiem que té una acció favorable sobre la contractilitat cardíaca. L'ús simultani de la insulina no aporta cap millora als resultats obtinguts.

La pràctica clàssica de la bossa de glaç aplicable damunt de la regió precordial disminueix certament els trastorns subjectius, i sembla influenciar favorablement l'evolució de la miocàrditis.

D'aquesta experimentació clínica, que ha durat alguns anys i de la qual només hem exposat les línies generals, hem deduït un capteniment racional, aplicable a la pràctica corrent, però que no forneix el seu efecte terapèutic fins que un electrocardiograma permet un diagnòstic precís. Els aparells portàtils permeten, en els casos greus, d'obtenir-lo còmodament.

D'antuvi cal tenir en compte algunes regles negatives: *no utilitzar mai la digitalina durant el curs d'una febre tifoide, no practicar injeccions d'extret suprarenal, o bé d'adrenalina només que en els casos de col·lapse; renunciar a les injeccions sistemàtiques de càmfora i a l'absorció d'adrenalina.*

No existeix cap tractament preventiu eficaç de la miocàrditis tífica que forneixi resultats constants. Només ens quedarà el recurs d'una terapèutica preventiva anodina per tal com no podem alterar les reaccions normals de l'organisme: pot preconitzar-se la ingestió sistemàtica de glucosa, i l'aplicació d'una bossa de glaç damunt de la regió precordial quan la temperatura sobrepassa de 39,5°. La quinina i la quinidina no són ni poden ésser eficaçes més que quan hi ha fibril·lació; caldrà, en l'absència de traçats elèctrics, no recórrer a la quinidina més que en els casos en els quals aquesta fibril·lació sembli probable. En les formes lleugeres, recomanem l'associació quinina-estofantus (Bromhidrat de quinina—0,15 grs. Extret d'estofantus—0,001 grs. per cada catxet, 3 catxets al dia). En les fórmules serioses, la quinidina administrada prudentment, associada amb oli camforat o bé amb coramina, és l'arma més eficaç que posseïm (per exemple: mig comprimit de quinidina i 15 gotes de coramina, en 4 o 6 vegades durant el dia). L'associació amb l'ouabaina intravenosa no creiem que augmenti l'activitat.

Aquest breu estudi terapèutic ens demostra que el tractament de les malalties infeccioses no ha d'acantonar-se en un empirisme mandrós, sinó que, gràcies a l'anàlisi delicada dels fenòmens a combatre, cal que assagem l'adaptació en cada cas d'un tractament basat en la patagènia dels trastorns mòrbids constatables.

Si no podem trobar, en tots els casos, un tractament útil, hem, quan menys, d'eliminar de la pràctica mèdica un cert nombre de rutines sense efecte en l'afecció que cal combatre i que en no ésser útils, són sempre perjudicials durant el curs d'una malaltia aguda, per tal com obliguen l'organisme a eliminar o a destruir aquestes substàncies estranyes.

Vegeu, encara:

CASTAGNÉ, R. i LAFON, R.: *Els trastorns vasomotors dels membres en la síndrome de Brown-Séquard*. «La Gazette Médicale du Sud-Ouest». Bordeus, 15-IV-36, p. 375.

MAS BEYA, R.: *Sinopsis de l'actualitat en cardiologia*. «Revista Mèdica de Barcelona». Maig 1936, p. 447.

GOUZI (de Tolosa): *Les artèries de l'esòfag abdominal*. «Umfia». París, V-36, p. 257.

OLMER, D., LIVON, J. OLMER, J. i AUDIER, M. (de Marsella): *De l'acció de la vacuna antiràbica en el tractament de les manifestacions doloroses de les artritis*. «Le Progres Médical». París, 16-V-36, p. 801.

FAUQUÉ, VERGER i LEGER: *Un cas d'aortitis subaguda extasiat; guariment de la síndrome infecciosa; persistència de l'ectàsia; mort súbita després d'algunes mesos*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-VI-36, p. 509.

MAGENDIE, J.: *Fibroma amb asistòlia*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 21-VI-36, p. 390.

CREYX, BRCUSTET, VERGER i DUTRENIT: *Infart de miocardi*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-VI-36, p. 509.

RECASENS, D.: *Bloqueig incomplet i inestable auriculo-ventricular*. «Pràctica Mèdica». Tarragona, VI-36, p. 93.

ARGAUD, R. i BOISSEZON, P. DE (de Tolosa): *Incertituds histofisiològiques sobre el corpuscle carotídi*. «Biologie Médicale». París, VII-36, pàgina 458.

CASSOU i VANHEMS, E.: *A propòsit d'opacificacions venoses*. «Centre Médical». Clermont Ferrand, X-36, p. 82.

BEYNES, BOSCHE i PICOUT-LAFOREST: *Un cas de septicèmia auricular estreptocòccica, guarit pel sèrum de Vincent*. «La Gazette Médicale Limousine». Limoges, I-37, p. 19.

AUDIBERT, V., RAYBAUD, A. i GIRAUD-COSTA, ED.: *Els trastorns de la contracció auricular durant el curs de la septicèmia eberthiana*. «Marseille Médical». 25-I-37, p. 92.

AUDIBERT, V., RAYBAUD, A., GIRAUD-COSTA, ED.:
ERLANDE-BRANDENBURG: *Estudi de l'espai de*

l'electrocardiograma en la febre tifoide. «Marseille Médical». 25-I-37, p. 100.

BASSET, A.: *Les indications thérapeutiques fournies par l'electrocardiograma*. «La Gazette Médicale Limousine». Limoges, II-37, p. 57.

ALAJOUANINE: *Els trastorns de la circulació cerebral i llur tractament*. «Centre Médical». Clermont Ferrand, II-37, p. 31.

RISER, COUADAU, PLANQUES i VALDIGUIE (de Toulouse): *De la hipertensió arterial maligna*. «La Presse Médicale». París, 10-III-37.

NARD: *Consideracions sobre un tractament preventiu, abortiu, fins i tot curatiu de primer antuvi, de les flebitis post-operatòries*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 28-III-37, p. 197.

LASSERRE, CH.: *Les flebitis observades en traumatologia*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 28-III-37, p. 200.

CORNILL, L., MOSINGER, P. i AUDIER, M. (de Marsella): *Les interrelacions arterio-venoses patològiques dels membres*. «La Presse Médicale». París, 17-III-37, p. 409.

BOUDRY, A.: *Coefficients cardio-arterials de fatiga*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 24-IV-37, p. 586.

LAPORTE, MOREL, DARNAUD i GOURDOU: *Lesions cardiaques congènites*. «Toulouse Médical». 15-IV 1937, p. 248.

Aparell digestiu

Amputació espontània de l'apèndix, pel Dr. VERDELET. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 27 juny 1937 p. 412.

L'autor reporta l'observació següent: Es tracta d'un home de 42 anys d'edat ingressat d'urgència al servei del Prof. Demons, el 14 de març del 1902, per una apendicitis aguda en forma d'abcès ilíac. La seva història és de les més simples. El malalt és afectat des de fa uns quinze dies d'una apendicitis aguda. Des de fa aproximadament el mateix temps el malalt està engripat i, en efecte, a l'auscultació del pit revela, tant a la banda dreta com a la banda esquerra, l'existència d'algunes raneres fines. La intervenció fou practicada immediatament després de la seva entrada a l'hospital. Anestèsia clorofòrmica. Incisió de Max Schuller. Vasta col·lecció purulenta al fons de la qual apareix la porció terminal de l'apèndix esfacelat, després. Més enllà, la part inicial de l'apèndix en bon estat, que extreiem després de lligadura. Drenatge ample. Tot seguit els fenòmens milloren. La temperatura descendeix de 38,5° a 37,5° i tot sembla evolucionar normalment, quan tot d'una el 19 de març

el malalt presenta un xic d'opressió i augment de la tos. L'auscultació revela aleshores l'existència d'una pleuro-pneumònia localitzada a la banda dreta. Aquests accidents regredeixen ràpidament i el malalt surt guarit el 27 d'abril.

Al lloc de la llaga, continua una supuració abundant amb eliminació de restes esfacelats. Aquesta llaga ha estat tractada amb rentats d'aigua oxigenada i progressivament s'obté la seva cicatrització.

Alguns fets d'aquesta observació ens han semblat merèixer la nostra atenció i és a propòsit d'ells que volem insistir.

1.^{er} L'estat de l'apèndix extret. Les lesions d'esfacelat eren limitades a la meitat terminal de l'òrgan, però respectant d'una manera absoluta la part veïna del cec.

Al tall interior hom perdia a un indret la llum del canal per a retrobar-la més enllà; és doncs, probable que ha degut formar-se allí el «vase clos» clàssic i que d'allí han partit les lesions inflammatòries.

2.^{on} El fet que aquest apèndix s'hagi després en el moment de la intervenció, té, segons el nostre criteri, una importància quirúrgica molt gran. En casos anàlegs, hom pot comprendre fàcilment que un cop oberta la cavitat abdominal i drenada amplament no caldrà prolongar una operació que podria ésser perillosa pels disgustos que comporta. L'ample drenatge assegura la sortida dels bocins esfacelats.

Això és el que vaig tenir ocasió de veure en un cas anàleg. Es tractava d'un home de 39 anys d'edat, habitant a Saint-Emilion, afectat d'apendicitis des del 17 de novembre del 1900, i que vaig veure el 7 de desembre, amb una apendicitis aguda de forma ilíaca.

Intervenció d'urgència. Anestèsia clorofòrmica. Evacuació de pus. Impossibilitat de trobar l'apèndix. Drenatge. Durant els dies següents, bocins esfacelats que surten per la incisió i que són l'eliminació de l'apèndix. Guariment el 30 de desembre.

3.^{er} En el cas del nostre malalt ha existit coexistència de grip i apendicitis. Aquest és un fet interessant per a aquells que volen veure-hi la relació de causa a efecte.

El meu mestre, el Prof. Demons, insistia a les seves clíniques sobre aquesta etiologia. Richélot en un treball presentat a l'Acadèmia de Medicina deia: «La freqüència de l'apendicitis és possible que tingui per causa la grip alguns processos de la qual han estat sovint severos o bé el règim de carn excessiu, el qual després d'uns anys ha fadigat, intoxicat, infectat un gran nombre d'intestins».

Recentment, a propòsit d'un treball presentat a la Societat de Medicina i Cirurgia de Bordeus pel

Dr. Mandillon, el Prof. Petges i jo hem demostrat la importància d'aquests fets.

4.^{art} Resta, finalment, assenyalar la freqüència d'aquesta secció espontània de l'apèndix.

Segons les recerques que hem pogut fer en la literatura mèdica, aquesta eventualitat seria molt rara. Hom troba, en efecte, un treball de Delbet, publicat a la «Presse Médicale» del 1912, pàg. 605. Una observació de Loubat, «Journal de Médecine de Bordeaux», pàg. 472, 1913. Una observació de Princeteau, «Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux», 3 març 1913. Un cas de Moynoud, «Société de Chirurgie de Marseille», 30 novembre 1931 (cas semblant a la segona observació reportada per nosaltres abans). Un treball de Berger i Simon, a la Société de Chirurgie, 21 de juliol 1934. Una comunicació de Lamy, a la Société de Chirurgie de Marseille, 9 desembre 1935, i finalment la tesi de Sirère, sostinguda a la Facultat de Montpellier, 1935. Els casos semblants esdevenen ara més rars, car una millor coneixença de la malaltia i un diagnòstic més precoç permeten de trobar més ràpidament el que Cadenat a designat sota el nom «d'hora operatòria en l'apendicitis aguda».

Vegeu, encara:

DELORD, A., BENTKOWSKI i MARRON: *Oclusió intestinal per inflamació del diverticle de Meckel*. «L'Echo Médical des Cévennes». Nîmes, V-37, p. 104.

DUCUING, J. i BASSAL: *Sigmoiditis crònica pseudo-cancerosa de forma hipertròfica i estenosant d'origen diverticular*. «Toulouse Médical». 15 V-37, p. 313.

DAMBRIN, P. i GARIPUY, A.: *Gran perforació en peritoneu lliure de càncer ulcerós recto-sigmoidal mal conegut*. «Toulouse Médical». 15-V-37, pàg. 329.

BOULARAN, J.: *Cos estrany del recte*. «Toulouse Médical». 15-V-37, p. 347.

TAMALET, E. i L.: *Evolució anormal d'un càncer del pàncreas*. «Toulouse Médical». 1-VI-37, pàgina 375.

LASSALLE, H.: *Pràctica i resultats de la pepsinoteràpia parenteral en l'ulcus gastro-duodenal*. «Toulouse Médical». 1-VI-37, p. 376.

MAGNANT, J. S.: *Síndrome d'infart de l'intestí tractada amb injeccions d'adrenalina sense laparotomia. Guariment*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 20 VI-37, p. 393.

DUPÉRIÉ i GRÉ: *Sobre les gastrorràgies esplèndenes*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 13-VI-37, p. 375.

VERDELET: *Amputació espontània de l'apèndix*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 5-VI-37, pàg. 756.

GEORGET, P. i GOUMAIN, A.: *Sobre un cas de vulvulus de l'intestí prim per diverticle de Meckel*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 5-VI-37, p. 758.

DUPÉRIÉ i GRÉ: *Sobre les gastrorràgies esplènogènes*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 6-VI-37, p. 360.

Cirurgia

Consideracions sobre el tractament de l'epifisiolisi femoral superior, pels Drs. H. L. RECHER, R. GUÉRIN i L. POUYANNE. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14 març 1937, p. 170.

Relació esquemàtica de 15 observacions d'individus afectats d'epifisiolisi o de coxa vara consecutiva. Aquests malalts han estat sotmesos a tractaments molt diversos i els autors conserven d'aquest estudi la impressió que les intervencions correctores amb immobilització per enguixat, provoquen habitualment l'anquilosi del maluc o una inflexibilitat important.

El tractament d'elecció serà, durant el curt període de reductibilitat, l'extensió continua en abducció variable segons la importància de la bàscula epifisària, extensió que anirà seguida després de reducció parcial o total (control radiogràfic efectuat freqüentment) de l'aplicació d'un aparell en cuir pelvi-cural. Això no constitueix, doncs, una immobilització absoluta.

Altrament, els autors opinen que la fixació del membre ha d'ésser tardana per tal d'evitar les deformacions secundàries. Caldrà, sempre, segons ells, esperar per fer-ho uns 5 o 6 mesos.

Les callitis tardanes de guerra de forma septicèmica, pels Drs. RIEUNAUD i A. BAUDET. «Toulousé Médical». 15 maig 1937, pàg. 304.

D'ençà de la memòria de Sarroste, publicada a la «Revue de Chirurgie» del novembre de 1935, és clàssic de descriure sota el nom de callitis de guerra les infeccions ossoses que es localitzen al call de les fractures per projectils de guerra, la característica de les quals és determinar els accidents infecciosos tardans de marxa tòrpida i d'evolució gairebé sempre benigna.

En oposició amb aquest quadre, nosaltres hem observat al servei del nostre mestre, el Prof. Mériel, dos casos d'infeccions ossoses l'origen de les

quals han estat fractures obertes del temps de guerra que han determinat, l'una una septicopiohèmia mortal, i l'altra una septicèmia l'evolució fatal de la qual només ha pogut ésser aturada amb l'amputació.

Finalment el Dr. P. Baudet ens ha confiat un cas de septicèmia fulminant esdevinguda en un fracturat de guerra.

Aquests tres casos han atret la nostra atenció per les seves formes septicèmiques una mica al marge de les formes clàssiques i que no obstant, mereixen una remarca, car la pretesa benignitat de les callitis de guerra podria ésser l'origen d'un optimisme desastrós per als malalts.

Heus ací les observacions. — I. M. Jean-Marie, soldat del regiment d'infanteria durant la gran guerra, actualment de 51 anys d'edat, fou ferit el 13 de novembre del 1914 per l'esclat d'un obús, que determina una fractura estel·losa de l'húmer dret a la part mitjana. Ingressa a l'hospital de Bordeus al servei del Prof. Moure. La ferida cicatriuza lentament i surt el juny del 1915.

El 15 de novembre del 1935 es ressent d'un dolor a l'espatlla dreta; la cicatriu esdevé vermella, sensible, dolorosa a la pressió. La temperatura augmenta. Ingressa el 5 de desembre del 1935 al servei del Prof. Mériel, Sala St-Maurici, a l'Hôtel-Dieu de Tolosa. Aleshores presenta un braç edematós dolorós, amb una hipertèrmia que evoluciona entre 38° i 39°. El 15 de desembre fa una pujada tèrmica a 40'2°. El 16 de desembre, intervenció, incisió, drenatge. La temperatura no minva pas, l'estat general s'agreuja, la fàcies esdevé subicèrica, el pols és ràpid, la temperatura resta entre 39'5° i 40°.

Hom institueix la terapèutica mèdica: sèrum de Vincent i sèrum glucosat quotidians. El 28 de desembre, nova brotada tèrmica, calfreds, pols a 120. El 5 de gener del 1936, aparició d'un abscess metatàtic de la tibia dreta i fractura espontània. Trepanació de l'abscess. El 20 de gener amputació de la cuixa. Mor el 9 de febrer del 1936, en un estat caquètic. L'hemocultiu ha estat sempre negatiu.

Observació II (Comunicada pel Dr. P. Baudet). — L. G. Home de 47 anys. Ferit el 1917 per un esclat d'obús. Fractura oberta del fèmur dret en el terç inferior. Consolidada amb gran escurçament. Fístula sobre la cara externa de la cuixa, a nivell d'una cicatriu rugosa i ombilicada.

Babejament seropurulent intermitent, amb crisis caracteritzades per inflor de la cicatriu, un xic de vermellor, dolor local, evacuació d'algunes gotes de pus, assecament i sedació. La radiografia presenta un gros call en pus, de superfície irregular, en escorça d'alzina surera, amb parts ebúrniies i vacuoles intermèdies. El maig del 1933 crisi agu-

da. Febre molt alta, estat general dolent, calfreds, fàcies terrosa.

El metge del malalt, en constatar una cicatriu vermella i edematosa, practica un desbridament. No hi ha pus. Els dies següents, davant d'un estat septicèmic alarmant, el metge assaja un drenatge de cautxú a l'antic fogar de la fractura, i amb tal fi crea un trajecte en els teixits cicatrials.

Els fenòmens generals s'agreugen i apareixen els signes de gran infecció. Localment hom observa un edema de tot el membre, el qual pren una coloració bronzejada. Mor per septicèmia fulminant.

Observació III. — B. Filemon, soldat del 2^{on} cos d'enginyers, ferit a Tahure el 22 de desembre del 1915 per un esclat d'obús a l'avantbraç esquerre, fractura oberta. Guareix de segona intenció al cap de sis mesos.

El 19 de desembre del 1935 ha presentat dolors violents a l'avantbraç, amb una ascensió tèrmica a 39°. L'11 i el 12 de desembre l'estat és estacionari i el 13 agreujament clar, l'avantbraç és vermell, tumefacte, i la localització dels dolors s'irradia al braç, els moviments de supinació i de pronació de la mà són difícils i dolorosos. El 14 de desembre hom decideix una intervenció, i sota anestèsia general és incindit i amplament drenat un abscess que té el punt de partida al periostí de la rosa anteroexterna de l'avantbraç. L'os apareix dur, de color de vori, sense seqüestres.

Al dia següent la temperatura descendeix a 37'5°. Al cap de dos dies augmenta fins a 38'2°; el tercer dia a 39'8° i a la nit a 40°, i es manté, a desgrat del sèrum de Vincent antistreptocòcic, entre 38'7° i 40° durant els dies 23, 24, 25, 26 i 27 de desembre.

El 28 de desembre la temperatura assoleix els 40'6°, i vers les setze hores, el malalt té un calfred solemne amb una temperatura de 41'3°. Hom procedeix a treure sang i a fer un hemocultiu que és positiu; estreptococ.

Durant tota l'evolució, l'estat general del malalt era el d'una gran infecció amb deliri, cefalea, pols ràpid, orines rares, de color intens, albuminoses. El tractament consistí en: Sèrum antistreptocòcic de Vincent, Rubiazol que determinà uns vòmits i una diarrea incoercible que obligà a interrompre aquesta medicació. Electrocuprol. Transfusions quotidianes de 50 cc. durant vuit dies. El 20 de desembre, a les disset hores, esdevé un nou calfred, i davant la gravetat de l'estat general, que declina de dia en dia, hom decideix practicar, sota anestèsia local, l'amputació del braç esquerre en el seu terç mitjà, el dia 30 de desembre del 1935.

Al matí del dia següent, la temperatura descendeix a 36'5°; a la nit 39°; després oscil·la entre

38° i 39°, fins el 10 de gener del 1936. L'estat general millora, però l'11 de gener hom incideix un abscess subdeltoidià i des d'aleshores la temperatura no sobrepassa de 37'4°. La cicatrització és molt lenta, la pell del monyó destilla durant molt de temps; cures quotidianes.

El malalt es restableix aviat i res no altera ni el seu estat general ni el seu bon humor retrobat.

Aquestes observacions demostren tota la gravetat que poden revestir les callitis tardanes de guerra.

En la memòria fonamental de Sarroste, que cita 291 casos de callitis, hom nota solament quatre observacions de septicèmies, o sia 1'3 per cent. Gauléjac i Nathan (1917) havien insistit sobre l'existència d'una septicèmia tòrpida després d'aquestes lesions dels teixits esponjosos (en 246 casos, 168 hemocultius positius), en els quals les incrustacions de projectil tenen una acció afavoridora.

D'entre les quatre observacions citades per Sarroste, tres han guarit pel tractament local (número 10, núm. 2, núm. 11), malgrat la septicèmia estafilocòcica constatada cada vegada. El quart cas (núm. 12) morí de septicèmia estreptocòcica hemolítica. En resum, tres vegades de quatre, l'evolució és favorable, la qual cosa comporta un sol cas de mort o sia 0.4 % els casos mortals per septicèmia en les 291 observacions de Sarroste.

Es curiós de constatar que els tres casos nostres hagin estat tots tan greus en oposició amb l'opinió de Sarroste. Aquest autor, tot i admetent la gravetat relativa de les callitis no els atribueix més que una gravetat local, segons ens ha confirmat ell mateix en resposta a una lletra nostra en la qual li exposàvem les nostres raons que ens feien creure en la gravetat general de les callitis.

Es possible que hom pugui atribuir aquestes aparents contradiccions al fet que el temps ens allunya poc a poc del traumatisme inicial i que els ferits que ara veuen despertar una callitis de guerra tenen una edat que els predisposa a les complicacions generals per raó de la mateixa edat (entre els 50 i 65 anys) i que els mitjans de defensa i de blocatge microbians són menys i menys eficaços contra una infecció latent, però que només exigeix unes condicions locals i generals per a esdevenir virulenta.

Vegeu, encara:

LLAURADÓ, A.: *La hipotensió en l'anestèsia raquidia i els mitjans d'evitar-la*. «Annales de E. Merck». II part. Darmstadt, 1936, p. 117.

GRINDA, J. P. (de Niça): *De l'ús dels gafets de Kirchner en el tractament de les fractures del membre inferior*. «La Presse Médicale». Paris, 23-V-36, p. 850.

- MOIROUD, P.: *Osteocondromatosi sinovial de l'espatlla*. (Consideracions patogèniques i terapèutiques). «La Gazette Médicale du Sud-Ouest». Bordeus, 15-V-36, p. 471.
- GRINDA, J. P.: *Tractament de les fractures del coll de fèmur*. «La Gazette Médicale du Sud-Ouest». Bordeus, 1-V-36, p. 427.
- GRINDA, J. P. (de Niça): *De la transfixió ossosa*. «Le Monde Médical». París, 15-V-36, p. 735.
- MERIEL, E. (de Tolosa): *Les hemorràgies intraperitoneals no gravidiques*. «Le Concours Médical». París, 12-VI-36, p. 1.103.
- TOURNEUX, J. P. (de Tolosa): *La luxació antero-interna de l'espatlla*. «Le Concours Médical». París, 30-VIII-36, p. 2.511.
- DILLENSEGER i PLAZENET: *Un cas d'osteïtis indeterminada del pubis*. «Centre Médical». Clermont Ferrand, octubre 1936, p. 66.
- PICOT: *Un cas d'hemangioma vertebral*. «Centre Médical». Clermont Ferrand, X-36, p. 73.
- BARDY: *Un cas de tumor calcificat subfrènic esquerre*. «Centre Médical». Clermont Ferrand, X-36, p. 71.
- TOURNEUX, J. P. (de Tolosa): *Les fractures de la ròtula*. «Le Concours Médical». París, 13-XII 1936, p. 3.555.
- BASTIDE: *Del diagnòstic de les afeccions osteoarticulars no tuberculosos*. «L'Echo Médical de Cévennes». Nîmes, I-37, p. 2.
- CUDNET: *Un cas de ferida del sinus frontal. Hemorràgia persistent. Us de múscul de colom com hemostàtic. Guariment*. «L'Echo Médical des Cévennes». Nîmes, I-37, p. 12.
- REVEL, J.: *Secció completa i total per un tros de vidre de les parts toves de la cara anterior del puny. Restauració funcional completa*. «L'Echo Médical des Cévennes». Nîmes, II-37, p. 26.
- RAMAIN, B.: *L'epifisitis vertebral*. «L'Echo Médical des Cévennes». Nîmes, II-37, p. 28.
- FORESTIER, J. (de Aix-les-Bains): *L'osteo-artritis seca trapezo-metacarpiana*. «La Presse Médical». París, 27-II-37, p. 315.
- JEANNENEY i LAPORTE, F.: *Sobre un cas d'hematoma muscular espontani*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 21 febrer 1937, p. 126.
- PARISEL-LECLERCQ, A. i F.: *A propòsit d'un cas de cifosi vertebral juvenil greu amb evolució indolora*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 28-II-37, p. 142.
- ROQUES, P.: *Fractura complexa dels dos ossos de la cama*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-27-II-37, p. 253.
- DIEULAFÉ, R.: *Luxació recidivant de la ròtula en l'adult, tractada pel procediment d'Albée combinada amb una capsulorrafia interna*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-27-II-37, p. 258.
- CHARRY, R. i CHARRY, M. G.: *A propòsit de dos casos de fractures consolidades viciosament, tractades per intervenció cruenta*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-27-II-37, p. 261.
- BOURDE, Y.: *Tumor mieloplàxic de l'arc posterior de l'Axis*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-27-II-37, p. 264.
- PETRIGNANI, R.: *Despreniment epifisari bilateral de l'extremitat superior del fèmur*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-27-II-37, p. 268.
- ROCHER, H. L.: *Artrosi extra-articular del maluc per coxàlgia. Aparell pelvi-crural en duralumin*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-27-II-37, p. 272.
- LASERRE, CH.: *Fractura iterativa de la ròtula. Empelt i cerclatge, després de tenoplastia del dret anterior*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-27-II-37, p. 276.
- LASERRE, CH.: *Calls viciosos submaleolar. Artritis traumàtica. Artrosi tibio-tarsiana. Resultat llunyà*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-27-II-37, p. 277.
- GUÉRIN, R. i LACHAPELE: *Condrodistrofia de l'esquelet amb eixamplament i disminució d'alçada de les vèrtebres (platibraquispondília)*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-27 febrer 1937, p. 279.
- LASERRE, CH. i DOTEZAC: *Osteocondromatosi del genoll*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-27-II-37, p. 281.
- CHARBONNEL i MASSE: *Doble artrodesi sacro-iliaca per lombalització de la primera sacra amb sacrum basculat i dolors sacro-lumbars. Guariment*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-27-II-37, p. 284.
- FORTEN, P.: *Sobre quatre casos de coxartria*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-27-II-37, pàg. 287.
- TOUYA: *A propòsit dels «mals de ronyó». Fractura de l'apèfisi articular esquerra de la primera vèrtebra sacra*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-27-II-37, p. 289.
- POUYANNE, L.: *Osteïtis tuberculosa del parietal de forma perforant localitzada. Intervenció. Guariment*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 6-13-III-37, p. 349.
- FCULQUIER: *Resultat allunyat d'una toracoplastia*. «L'Echo Médical des Cévennes». Nîmes, març 1937, p. 50.
- FABRÉ, J.: *Tuberculosi ganglionar atípica*. «Toulouse Médical». 1-III-37, p. 138.
- LOUBAT i TRAISSAC, R.: *Sobre un cas d'ossificació intramuscular no traumàtica del bicep crural*.

- «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 21-III-37, p. 185.
- FORTON, P.: *Sobre quatre casos de coràtria*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, p. 171.
- DAMADE, R.: *Instrumentació i tècnica de la trepanopunció esternal*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 28-III-1937, p. 195.
- CHARRY, R i G. (de Tolosa): *Suggestions sobre el tractament i la patogènia de les escoliosis greus*. «Journal des Praticiens». París, 10-III-1937, p. 161.
- ROCAZ, CH., TOUYA i FIOT: *Malaltia de Recklinghausen amb tumor gegant i malformació d'un membre*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-III-37, p. 276.
- FLURIAN: *Fractures de l'os del carpi mal observades a la radiografia. Impotència funcional consecutiva*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 7-III-37, p. 154.
- LASSERRE, CH.: *Artrosi subluxant del raquí cervical*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, p. 165.
- FORTON i PAUZAT: *Osteomielitis aguda del maxil·lar en un nadriç de dos mesos i abscess de la sina en la mare*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, pàg. 167.
- ROQUES, F.: *Fractura complexa dels dos ossos de la cama*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, p. 168.
- DIEULAFÉ, R.: *Luxació recidivant de la ròtula en l'adult, tractada pel procediment d'Albee combinat amb una càpsulorràfia interna*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, p. 168.
- CHARRY, R. i G.: *A propòsit de dos casos de fractures consolidades viciósament, tractats per intervenció cruenta*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, pàg. 168.
- BOURDE, Y.: *Tumor mieloplàxic de l'arc posterior de l'arís*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, p. 168.
- PÉTRIGNANI: *Despreniment epifisari bilateral de l'extremitat superior del fèmur*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, p. 169.
- ROCHER, CH. L.: *Artrodesi extra-articular del maluc per coràlgia. Aparell pelvi-crural en duralumin*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, p. 169.
- LASSERRE, CH.: *Fractura iterativa de la ròtula. Empelt. Cerclatge a seguit de tenoplàstia del dret anterior*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, pàg. 169.
- LASSERRE, CH.: *Call viciós sub-maleolar. Artritis traumàtica. Artrodesi tibiotarsiana. Resultat llunyà*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, p. 169.
- GUÉRIN, R. i LACHAPELE: *Condrodistròfia de l'esquelet amb eixamplament i disminució d'alçada de les vèrtebres (platibraquispondília)*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, p. 169.
- ROCHER, H. L., GUÉRIN, R. i POUYANNE, L.: *Consideracions sobre el tractament de l'epifisiolisi femoral superior*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, pàg. 170.
- LASSERRE, CH. i DOTEZAC: *Osteocondromatosi del genoll*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, p. 170.
- CHARBONNEL i MASSÉ: *Doble artrodesi sacro-iliaca per lombalització de la primera sacra amb sacrum basculat i dolors sacro-lumbars. Guariment*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, p. 170.
- TOUYA: *A propòsit del «mal de ronyó». Fractura de l'apòfisi articular esquerra de la primera vèrtebra sacra*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, pàg. 171.
- DIJONNEAU, H.: *Amputació dels dos avantbraços pel terç superior*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, pàg. 171.
- DUCCING, J.: *La ressecció de les digitacions del gran serrat en l'amputació de la mamella cancerosa*. «Toulouse Médical». 1-III-37, p. 139.
- TOURNEUX, J. P.: *Exòstosi osteogènica de l'omòplat*. «Toulouse Médical». 1-III-37, p. 141.
- TOURNEUX, J. P.: *Llaga penetrant del pit per arma de foc*. «Toulouse Médical». 1-III-37, pàgina 141.
- LASSERRE, CH.: *Artrosi subluxant del raquí cervical*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 27-III-37, p. 446.
- TRAISSAC, R.: *Sobre un cas d'hèrnia estrangulada de la línia de Spiegel*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 18-IV-1937, p. 249.
- GRIMOUD i PIC: *Seqüelles llunyanes d'un flemó greu de la mà*. «Toulouse Médical». 15-IV-37, pàg. 249.
- NARD: *Tractament preventiu i abortiu de les flebitis post-operatòries i d'algunes flebitis mèdiques*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 24-IV-37, p. 589.
- LOUBAT i TRAISSAC, R.: *Sobre un cas d'ossificació intramuscular no traumàtica del biceps bra-*

- qual. «Journal de Médecine de Bordeaux». 24 IV-37, p. 589.
- CHARRIER i DUBECQ: Resultat d'un empelt osteo-periòstic per pseudo-artrosi de la branca esquerra del maxillar inferior. «Journal de Médecine de Bordeaux». 3-10-IV-37, p. 502.
- DUBECQ i SENTENAC: Osteïtis difusa del maxillar inferior. «Journal de Médecine de Bordeaux». 3-10-IV-37, p. 496.
- CHARBONNEL i MASSÉ: Osteïtis fibrosa de forma tumoral del maxillar inferior. Hemiressecció i trasplantació òssosa secundària. «Journal de Médecine de Bordeaux». 3-10-IV-37, p. 498.
- LAPERVENCHE: Anestèsia general per via intravenosa. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 25-IV-37, p. 263.
- CASTAY, F.: Osteocondritis dissecant del colze. «Toulouse Médical». 1-IV-37, p. 214.
- PEUYANNE, L.: Osteïtis tuberculosa del maxillar inferior. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 23-V-37, p. 331.
- PETGES, G., PETGES, A. i SARRAT, L.: Gran úlcera varicosa. Empelts discontinus. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 16-V-37, p. 315.
- DUPÉRIÉ, BALARD, DUBARRY i VALLAT: Limfosarcoma del mediastí en una primípara jove. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 16-V-37, p. 317.
- BENNEJEANT, CH.: El tractament de les fractures de la mandíbula. «Revue Médicale de France». Clermont Ferrand, V-VI-37, p. 119.
- SABRAZÈS, J.: Comentari a un treball sobre «Diastosi cleido-craniana, malaltia de Pierre Marie i Sainton», pels Drs. G. Carrière, Cl. Huriez i G. Décamps. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 9-V-37, pàg. 290.
- MAGNANT, J. S.: Sobre un cas de caricositats congènites del membre superior dret. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 9-V-37, p. 300.
- DUBECQ, X. J.: Adenitis geniana d'origen bacil·lar. «Journal de Médecine de Bordeaux». 22-29 maig 1937, p. 712.
- DIEULAFÉ, R.: Dues observacions de tumor melànic. «Toulouse Médical». 15-V-37, p. 309.
- LEFEBVRE i RIEUNAU: A propòsit d'un cas de gangrena juvenil del membre inferior. «Toulouse Médical». 15-V-37, p. 337.
- CHABRY, R.: Tempteigs de les indicacions i dels resultats de la cirurgia dels reumatismes crònics. «Toulouse Médical». 1-VI-37, p. 373.
- BERGÈS, R. i BAUDET, A.: Traumatismes orbito-facials en els soldats. «Toulouse Médical». 1 juny 1937, p. 377.
- LOUBAT: Fractures obertes de la ròtula per accident d'auto. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 20-VI-37, pàg. 397.
- PETGES, G., PETGES, A. i SARRAT, L.: Vasta úlcera varicosa. Empelts discontinus. «Journal de Médecine de Bordeaux». 5-VI-37, p. 751.
- ROCHER, H. L.: A propòsit de la nostra setena observació de malaltia de Madelung: Discondroplàsia radio-cubital inferior per hemiatròfia epifisària radial interna. «Journal de Médecine de Bordeaux». 5-VI-37, p. 764.
- ROCHER, H. L.: Síndrome de Wolkman aparegut després d'una fractura comminada de l'ocell, amb gran infiltració hemorràgica de l'avantbraç. Paràlisi del nervi median i del nervi cubital. Aparell en duralumin per a redreçar el puny i els dits. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 6-VI-37 pàgina 365.

Dermatologia i sifiliografia

Pigmentació cutània de la cara consecutiva a un tractament bismútic probablement provocat per la ionització iodurada, pels Drs. H. ROGER i P. VIGNE. «Marseille Médical». 5 febrer 1937, pàg. 143.

Heus ací la presentació d'un cas rar de pigmentació cutània consecutiva a un tractament bismútic.

G. Antoine, de 33 anys d'edat, sense antecedents personals a remarcar, contragué la sífilis a l'edat de 24 anys. Fou tractat per tres sèries d'injeccions. Afectat des de la infància d'atròfia òptica traumàtica dreta, l'individu es plany fa molt de temps de cefalees, i de fa tres anys, d'una hemiplexia esquerra d'origen arterial. Des d'aquesta època, el malalt té cefalees persistents amb tendència a la son. No obstant, és casat i pare de dos infants, l'un de quatre anys i l'altre de vint mesos.

Fou hospitalitzat el 14 d'abril del 1936 a la Clínica Neurològica de la Facultat per aquesta hemiplexia, i rebé 12 injeccions d'Acetilarsan i 19 injeccions de Mutanol. Aquest tractament acabà el 9 de juny. A més a més, durant aquest mes hom li féu 12 sessions d'ionització transcerebral, amb iodur potàssic, amb l'electrode actiu damunt la regió temporo-frontal.

Vers el 25 de juny, o sia una quinzena de dies després de la cessació del tractament bismútic, hom constata l'aparició progressiva d'una banda negra que s'estén transversalment de la bossa frontal dreta a la part anterior de la regió temporal dre-

ta. Aquesta banda és d'una amplitud de dos travessos de dit i sembla ocupar aproximadament el lloc de l'electrode d'ionització. Ensems apareix un ribet gingival blavós. Alguns dies després, la pigmentació de la cara s'accentua i s'estén a tota la regió peribucal: el nas, les regions malars i les parpelles són fortament pigmentades. La resta del tegument no presenta plaques clarament delimitades, però pren una coloració general agrisada.

Aquesta pigmentació persisteix, amb la mateixa intensitat, aproximadament durant un mes i mig, i després progressivament regredeix a partir dels punts inicials.

Quan en novembre del 1936 tornem a veure novament el malalt, és a dir, cinc mesos després de la cessació de tot tractament bismútic, presenta encara damunt de la faç, però molt menys accentuada, una pigmentació agrisada. Els teguments de la cara són sempre gris brut; damunt del front, la banda negrosa gairebé ha desaparegut, exceptuant l'arc superciliar dret, sobre del qual existeix encara una ampla màcula pigmentada. Aquesta taca és ovalada, en direcció transversal, i els seus vius són irregulars. La coloració és gris blavosa; la vitropressió fa persistir un to gris amb algunes estries més intensament pigmentades.

Les parpelles superiors estan cobertes de plaques gris rosat que semblen constituïdes per la confluència de petits elements del diàmetre d'un cap d'agulla disposades irregularment, però sense reticulació. La vitropressió fa desaparèixer el lleuger eritema i el to esdevé clarament pissarrós.

Sobre les regions subparpebrals, petites taques negroses disseminades; sobre les ales del nas, els orificis glandulars i ostiofol·liculars estan plens de punts negrosos. Entorn de la boca, nombroses taques pigmentàries que formen a l'entorn dels llavis una placa pissarrosa.

El ribet gingival és encara molt marcat, sobretot a nivell dels incisius, dels canins i de l'últim molar gran. No existeix ni estomatitis, ni despreniment retromolar. A les comissures lleugera leucoplàsia quadriculada, però les mucoses linguals, jugals i labials estan indemnes de tota pigmentació. Les altres mucoses, gland i prepuci, no presenten pas taques. Tampoc no hi ha adenopatia. El B. W. és negatiu; urea sanguínia: 0,37 grs.

En resum: pigmentació difusa de la cara, amb grans plaques pigmentades damunt del front, de la regió peribucal, del nas, consecutives a un tractament bismútic intens.

Aquests casos de pigmentació cutània esdevinguts després d'un tractament arseno-bismútic són rars. Foren assenyalats per primera vegada per Courcoux i Boutelier, després per Feldman, per Spiegel. Però en tots aquests casos la pigmentació era sempre consecutiva bé a una eritrodèrmia bis-

mútica, bé a un eritema arsenical. Per aquest fet, aquests casos entren en el quadre ja conegut de les pigmentacions post-eritrodèrmiques, dels quals hom ha observat nombrosos exemples després d'un tractament mercurial (Gougerot, Blum i Bralez).

El nostre malalt, per contra, que ha estat hospitalitzat i ha pogut per això ésser observat amb regularitat, no ha presentat mai ni vermellors, ni edema, ni plaques eczemàtiques, és a dir, res que de prop o de lluny hagi pogut semblar una eritrodèrmia o un eritema generalitzat. La pigmentació s'ha desenvolupat damunt d'un tegument que ha restat sempre perfectament sa. Aquest cas, doncs, s'assemblaria més a l'argíria i a les pigmentacions, sense prèvia eritrodèrmia, que han estat descrits després de tractament per les sals d'or (Zimmerli i Lutz, Nove-Josserand, Bernard). Per aquests casos, com pels d'argíria, hom ha remarcat d'una manera constant que la pigmentació és sobretot aparent en les parts del cos exposades a la llum, i àdhuc hom parla d'una veritable fotosensibilització de la pell impregnada prèviament de sals d'or.

Aquesta hipòtesi de sensibilització a la llum, segons l'autor, no ha d'ésser tinguda en compte en el cas del nostre malalt. Cert és que la cara està pigmentada, però no pas d'una manera difusa. La pigmentació no s'estén sobre les parts laterals del coll i les mans són indemnes.

La pigmentació aparegué de bell antuvi en una regió ben delimitada de la cara, regió frontal dreta, parpelles, regió malar, solament del costat dret i precisament al mateix lloc d'emplaçament de l'electrode actiu, negatiu, destinat a la ionització transcerebral de l'iodur potàssic. No s'estengué a altres punts de la cara fins més tard, però sempre més remarcable del costat dret.

El passatge dels ions a través del tegument cutani, sobretot dels ions iode, va sempre acompanyat de vasodilatació, que provoca un lleuger i fugaç edema dèrmic. És molt probable que sigui aquest mecanisme el que hagi afavorit la precipitació i la localització en el dermis de les partícules bismútiques.

També pot ésser que hom pugui suposar una certa reacció química entre el compost bismútic circulant a la sang i els ions o iode transplantats.

Vegeu, encara:

OLLER COROMINES, F.: *Un cas de liquenificació verrugosa sense liquen pla ni en el seu origen ni en el seu període d'estat*. «Ars Médica». Barcelona, maig 1936, pàg. 191.

AUDIT, J.: *Què sabem avui de l'acné? Com cal tractar-lo?* «La Gazette Médicale du Sud-Ouest». 15 juny 1936, pàg. 581. Bordeus.

- PPEIFFER, Ch. (de Niça): *Tuberculosi i sífilis*. «Le Phare Médical». París, octubre 1936, p. 303.
- BOISSERIE-LACROIX, J.: *Tres casos de malaltia cutània de Recklinghausen*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 20 desembre 1936, pàg. 812.
- ROGER, H.; VIGNE, P.; RECORDIER, A. M. (de Marsella): *La tabes poliartropàtica*. «La Presse Médicale». París, 23 gener 1937, pàg. 118.
- BEAUSSART, P.: *Toxidèrmies barbitúriques o manifestacions eruptives infeccioses?* «Centre Médical». Clermont Ferrand, febrer 1937, pàgina 52.
- DUSAN, J.; BONNET, J.; LOMBARD, R.: *Extensió gegant a seguit d'una cauterització ignia d'un xancro sífilític del llavi inferior*. «Marseille Médical». 5 febrer 1937, pàg. 156.
- BUISSON i LOMBARD: *Sífilides terciàries tuberculoluceroses de la regió glútea*. «Marseille Médical». 5 febrer 1937, pàg. 171.
- DUSAN, J. i BONNET, J.: *Goma sífilític de la llengua*. «Marseille Médical». 5 febrer 1937, pàg. 174.
- PETGE, G.; PETGE, A., i SARRAT: *Xancres tous del dit*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 27 març 1937, pàg. 446.
- PETGES, G.; PETGES, A. i SARRAT: *Xancres tous del dit*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux», 14 març 1937, pàgina 164.
- SABRAZÈS, J.: Comentari a un treball sobre *Els tòpics en dermatologia. Assaig crític*, pel Dr. H. Jausion. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux», 30 maig 1937, pàg. 338.
- PETGES, G. A., i SARRAT: *Erupció papulo-vesicular de les parts descobertes d'origen medicamentós indeterminat*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux», 23 maig 1937, pàg. 329.
- PETGES, G. i A. i SARRAT: *Erupció papulo-vesicular de les parts descobertes d'origen medicamentós*. «Journal de Médecine de Bordeaux», 5 juny 1937, pàg. 753.

Endocrinologia

Un cas d'esclerodèrmia tractat per la paratiroidectomia, pel Dr. F. CARCASSONNE. «Marseille Médical». 5 febrer 1937, pàg. 173.

Heus ací l'observació següent: En iniciar-se el mes de desembre del 1936, vaig ésser requerit per examinar la senyora D., sense professió, de 40 anys d'edat.

Des de fa gairebé deu mesos, presenta lesions d'esclerodèrmia diagnosticades per molts metges. No té història d'antecedents hereditaris. La malalta és casada sense fills. No n'ha tingut mai. El seu marit està sa i sense antecedents patològics.

L'afecció actual sembla datar d'uns deu mesos. Com inici dels trastorns actuals, la malalta acusa una exposició prolongada de la mà esquerra al fred. A seguit d'aquesta gelada (no obstant superficial), la malalta ha presentat un encarcament dels dits plegats a poc a poc a la mà i esdevinguts després d'algunes setmanes completament immòbils.

La pell és lluent i s'adhereix completament als plans profunds. A nivell de l'avantbraç, presenta espais més densos, amb replecs més colorats que contrasten amb el color pàl·lid dels teguments a nivell de la mà. Hom pot encara allargar lleugerament la tercera falange sobre la segona, però una veritable ganga cutània afecta una extensió més ampla. Les articulacions semblen engruixides però sense nòdul veritable. Al palmell de la mà hi ha localitzada una petita escara, davant de l'extremitat de l'anular. Les ungles són d'aspecte escamós.

A París, on la malalta anà a consultar, formularen un diagnòstic d'esclerodèrmia. Wassermann negatiu, però a desgrat de tot, hom instituí un tractament sense cap resultat. Foren preconitzades diferents terapèutiques sense cap resultat i la malalta finalment vingué a retirar-se a la Costa Blava.

L'examen confirma el diagnòstic d'esclerodèrmia localitzada al membre superior esquerre. No obstant l'examen és negatiu. La pell és normal a tots els altres punts: les articulacions funcionen bé. La malalta, però, acusa crisis doloroses molt violentes no solament a nivell del braç esquerre, ans encara a nivell dels membres inferiors, sobretot més marcats al moment de ficar-se al llit. L'examen oscil·lomètric, que revela una tensió de 14,5/7, no forneix cap nou element. Proposo a la malalta un dosatge de la calcèmia (aquesta ja li havia estat aconsellada). En un primer examen el resultat és de 0,120 mmg., i en un segon examen de 0,125 mmg.

El 7 de febrer del 1936 i sota anestèsia local, procedim a la intervenció, i per una incisió en corbata es procedeix a l'ablació de la paratiroides inferior esquerra. Són extreïdes dues petites glàndules, l'una de les quals és una paratiroides normal i l'altra un lòbul tiroïdià. Es completa l'operació per la lligadura de la tiroïdes inferior del costat oposat. Sutura amb drenatge.

L'evolució postoperatoria és normal. Cal subratllar un fet: els dolors cessen des de la nit de la

intervenció i la malalta acusa una sensació de flonjor: tot amb tot els dits resten encara encongits i la pell conserva les mateixes característiques.

Quinze dies després de la intervenció es procedeix a una nova calcèmia, la qual demostra que la taxa ha descendit a 0,100 mmg. He tornat a veure la malalta tres altres vegades. Després de la intervenció no ha sofert més. La petita escara situada al palmell s'ha cicatritzat. Els dits segueixen encarcerats però la malalta afirma que la molesten menys. La pell no s'ha modificat excepte a l'avantbraç on la pell sembla més flonja i ha perdut les varicositats. A nivell dels dits sembla millor irrigada però és inútil tota temptativa d'extensió. Cal afegir que la malalta es troba molt millorada, car no es ressent de les rampes doloroses que la menaren a consultar el metge.

Ens ha semblat interessant de presentar aquesta observació. Es cert que de la intervenció intentada per nosaltres la malalta només s'ha beneficiat pel fet (prou important) de la desaparició d'una àlgia remarcable. Nosaltres tinguérem l'esperança, la mateixa nit de la intervenció, d'un possible allargament dels dits, però les lesions estaven massa fixades per a obtenir una recuperació funcional.

Creiem, no obstant, que a desgrat d'aquest relatiu fracàs, la paratiroidectomia ha d'ésser estudiada més intensament en ço que es refereix a les seves relacions amb el tractament de l'esclerodèrmia i amb aquesta finalitat m'he permès l'aportació dels resultats d'una temptativa que si bé no és molt satisfactòria des del punt de vista funcional, ha millorat la nostra malalta bo i fent desaparèixer els seus dolors.

Vegeu, encara:

MARRON, P.: *Un cas de diabetis insipida. Guari-ment.* «L'Echo Médical des Cévennes». Nîmes, V-37, p. 101.

JEANNENEY, G.: *Tireotoxicosi amb cardiotireosi greu. Mort per asistòlia aguda.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 16-V-37, p. 316.

BERGOUIGNAN i LAFON: *Dos casos d'adenoma de la hipòfisi.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 5-VI-37, p. 760.

Estomatologia i odontologia

El dolor en odonto-estomatologia, pel Dr. E. SENTENAC. «Journal de Médecine de Bordeaux». 3-10 abril 1937, pàg. 479.

Les sensacions doloroses cal comptar-les entre els fenòmens que revelen un trastorn funcional o una lesió, és a dir, entre els símptomes més freqüents

i més importants. Aquesta és una regla de patologia general que no solament s'aplica a la nostra especialitat, sinó que àdhuc adquireix una significació particularment estesa. El dolor és, en gran nombre de casos, el signe dominant. Es sovint, amb modalitats diverses, l'únic que ens assenyalava el malalt o que nosaltres cerquem i estudiem. Molt sovint aquest signe presenta característiques tals que esdevé patognomònica.

Valor clínic del símptoma dolor. — El seu valor en clínica és doncs, considerable. Aquest no és pas un símptoma inconstant o tardà l'absència del qual permet l'evolució latent d'una afecció que es traduirà, més o menys tard, per alguna manifestació avançada o alguna complicació. Així, per exemple, la mortificació pulpar correspon a una lesió molt important de la dent que és colpida, no comporta cap dolor. O bé, també, bon nombre de càries dentàries evolucionen silenciosament fins a la pulpitis, és a dir, que les dents són ja profundament colpides. Es evident, però, que un tal retard en l'aparició de signes anunciadors, o bé llur absència, agreuja el pronòstic. Aquest és molt diferent entre una pulpitis, una gangrena pulpar i una síndrome dentària. Però, amb molta freqüència, en aquest darrer estadi, la càries és indolora, o quan menys està desproveïda de manifestacions doloroses susceptibles de donar l'avís als nostres malalts.

Adhuc en tals circumstàncies, l'examen permet de posar en evidència, bé els signes dolorosos positius, bé l'absència anormal de reaccions doloroses, i això estableix, en el conjunt dels casos de la nostra especialitat l'interès que s'afegeix a l'estudi del dolor. Es, doncs, útil d'estudiar el seu lloc en la semiologia odonto-estomatològica, les seves modalitats, els mitjans de cercar-la, la seva interpretació, les conclusions diagnòstiques, pronòstiques i terapèutiques que ens ajuda a formular.

En la gran majoria dels casos, i això és sobre-tot funció de les habituds corrents, l'aparició més o menys recent de fenòmens dolorosos diversament accentuats, constitueix el motiu de la consulta. També a causa d'aquest fet i perquè el dolor acompanya o es retroba, amb les restriccions abans dites, gairebé en totes les manifestacions patològiques de la nostra especialitat, procurarem posar-lo en evidència de la millor manera possible pels procediments més diversos. Cal, doncs, examinar els signes funcionals i els signes físics que concorren a aquest resultat. Aquest estudi va a juxtaposar-se al dels elements que caracteritzen el dolor en odonto-estomatologia, estudi indispensable per a menar lògicament la recerca d'aquesta categoria de símptomes i interpretar correctament les dades.

D'una banda, aquesta recerca es farà per mitjà

de la coneixença dels anamnèstics i dels senyals funcionals i gràcies a l'interrogatori; d'altra banda, nosaltres mateixos la provocarem, durant el curs de l'examen per l'exploració amb la sonda, la percussió transversal i vertical, l'estudi de la mobilitat, la palpació, per les proves tèrmiques i elèctriques. Quant als caràcters que ens permetran de definir els dolors que ens ocupen, caràcters que pertanyen als que es relacionen a d'altres manifestacions patològiques generals o especials, són: llur inici, llur qualitat, llur grau, llur durada, llur manera de produir-se, llur localització, llur associació a d'altres fenòmens.

Estudi semiològic. Manera d'iniciar-se. — La primera precisió a la qual ens hem de referir és a la de l'inici del dolor ensems que les condicions de la seva aparició. En molts casos de pulpitis, aquest inici és nocturn interrompent el son o bé després d'absorció d'un líquid calent; en moltes síndromes dentàries, durant el curs de la mastiació d'aliments dolços; en les síndromes lligamentoses de periapexitis, d'osteoperiostitis, s'acompanyen d'una sensació d'egressió de la dent. La data d'aquest inici, més o menys llunyana, il·lustra sobre l'evolució de l'afecció i per consegüent ajuda a fer el pronòstic, i de més a més, descobreix si ja s'han produït fenòmens semblants o diferents a nivell de la mateixa dent o bé de la mateixa regió.

Aquestes nocions són útils per a establir un diagnòstic retrospectiu i precisar que la manifestació actual és, bé la repetició de les precedents, bé un estadi més avançat de l'evolució de la mateixa afecció, o bé que no existeix cap lligam en una o altra. Així, per exemple, a propòsit d'una dent que ha presentat diverses crisis de pulpitis subaguda, trobarem en aquest fet l'explicació d'un quadre clínic particular i arribarem al diagnòstic d'atac de pulpitis subaguda a nivell d'una pulpa malmesa per un estat de pulpitis crònica. Una història de la malaltia anàloga ens facilitarà la recerca d'una gangrena pulpar, conseqüència d'aquests atacs inflamatoris repetits. Una dent que ha sofert anteriorment dolors de pulpitis, colpida després per gangrena pulpar, pot ésser el motiu de la consulta, car després de destrucció coronària limitada, la mastiació provoca dolors, sovint prolongats i falsament atribuïts a la dent per compressió gingival en l'espai interproximal.

La qualitat. — La qualitat d'un dolor es defineix bo i dient que és sord o agut. Sord, dona al malalt una sensació de pes, de compressió, de molèstia en les tumefaccions pròpiament tumorals o inflamatòries, que han assolit un desenvolupament important; de tensió en les inflamacions gingivals lleugeres, les estomatitis. Agut, es tradueix per una sensació de punxada com per la compressió alimentària en les síndromes dentàries juxtapul-

pars; per fibrades en les pulpitis agudes, les neuràlgies facials; per pulsacions en certes formes de pulpitis, però sobretot en les síndromes lligamentàries, les osteoperiostitis, les osteïtis en llur inici.

El grau. — El grau del dolor és el fet d'ésser feble o fort, o bé més encara, lleuger o intens. L'apreciació és delicada, car necessàriament està sotmès al psiquisme del malalt. Els dolors d'una gingivitis, d'una lesió periapical, localització d'un simple atac congestiu, són lleugers; els d'una pulpitis, d'una periapexitis i d'una osteoperiostitis aguts són forts.

La durada. — Quant a la seva durada, un dolor es continuu o intermitent. Continuït, presenta dues modalitats: fix, el seu grau és constant: síndromes lligamentàries, periapexitis, osteoperiostitis, accidents mucosos del queixal del seny; ondulant, en el qual sobre un fons dolorós d'un grau donat, s'afegeixen paroxismes més o menys intensos: pulpitis agudes, com a més gran nombre de les manifestacions inflamatòries ossoses o cel·lulars. El dolor intermitent es caracteritza per intervals de calma absoluta separant les crisis o atacs dolorosos: les pulpitis subagudes, les neuràlgies facials ofereixen aquest quadre; la durada respectiva de les crisis i dels intervals de calma és extremadament variable.

La manera de produir-se. — Segons llur manera de produir-se, els dolors es divideixen en provocats o espontanis, per bé que hom pugui sostenir que només són espontanis en aparença, car obeeixen a una causa provocadora particular.

a) *Els anamnèstics ens informaran sobre molta de dolors provocats.*

1.^{er} Per l'aire fred, particularment durant les estacions humides i fredes, la qual cosa té relació molt sovint amb una síndrome dentària, juxtapulpar, mantes vegades a una pulpitis crònica.

2.^{on} Per l'aire calent, per exemple quan el malalt penetra en una habitació amb calefacció molt intensa, la qual cosa vol dir que es tracta d'una síndrome pulpar subaguda o aguda.

3.^{er} Pels líquids o els aliments àcids, salats i sobretot dolços, tradueixió d'una síndrome dentària.

4.^{art} Pels líquids o els aliments freds o calents. Es tracta molt sovint de síndromes pulpars. El dolor s'exacerba pel calor en les pulpitis subagudes o agudes en el període d'estat. El fred exacerba el dolor en certes pulpitis subagudes en llur inici, en les brotades subagudes o agudes de les pulpitis cròniques. En les pulpitis subagudes o agudes en el període d'estat, els dolors es calmen amb el fred (absorció de líquids, bany de boca, aplicacions en la cavitat de càries d'un tampó embegut d'alcohol, d'èter). En certes brotades discretes de pulpitis subaguda durant el curs de pulpitis cròniques, la sensibilitat molt atenuada, és igual pel

fred com per la calor. Cal, finalment, remarcar que les síndromes dentàries juxtapulpars són relativament sensibles al fred.

5.^e Per l'aspiració, car ella comporta en algunes síndromes pulpàries, un agreujament dels dolors, però amb més freqüència quan existeix una canal entre la cavitat de càries i la cambra pulpar, provoca llur sedació, quan menys momentània, per mitjà d'una hemorràgia pulpar.

6.^e Per l'oclusió, en les síndromes lligamentàries, segons les modalitats que exposarem més endavant quan examinarem els dolors per percussió.

b) *Els dolors provocats durant la recerca sistemàtica dels signes físics poden orientar:*

1.^{er} Per l'exploració amb la sonda: tal és el cas de les síndromes dentàries i de les síndromes pulpars subagudes i agudes, durant el curs de les quals aquesta maniobra és susceptible de provocar una crisi dolorosa molt viva, quan per una canal la sonda arriba a contactar amb la pulpa. En les pulpitis cròniques, aquesta sensibilitat és molt enervada.

2.^{on} Per la percussió practicada en el sentit vertical i en el sentit transversal. El dolor provocat únicament per la percussió transversal tradueix una síndrome pulpar subaguda o aguda; provocat únicament en sentit vertical, és un element important de síndrome periapical. El dolor més o menys fort provocat per les dues formes de percussió transversal tradueix una síndrome pulpar subaguda o aguda; provocat únicament en sentit vertical, és un element important de síndrome periapical. El dolor més o menys fort provocat per les dues formes de percussió a la vegada caracteritza la síndrome lligamentària. Cal remarcar, a aquest propòsit, que aquest senyal no té pas valor absolut, com hom tendeix a creure molt sovint, car pot ésser el fet d'una simple congestió lligamentària durant el curs d'una pulpitis aguda. En aquest cas, el terme de pulpo-artritis és particularment impropï perquè estén equivocadament la localització dels fenòmens infecciosos i mena a pronòstics i a terapèutiques errònies. Val més dir simplement que la major part de pulpitis agudes s'acompanyen d'una reacció lligamentària per reacció de veïnat que desapareix amb elles. El dolor per percussió pot també correspondre a certs fets patològics menys corrents: desenvolupament d'un èpulis intra-alveolar o de certes manifestacions osseoses específiques o tumorals.

3.^{er} Per la recerca de la mobilitat anormal en els casos en els quals evidenciar aquest signe provoca un dolor. Així s'esdevé en les síndromes lligamentoses pures o bé acompanyades de complicacions locals, periapexitis, osteoperiostitis.

4.^{art} Per la palpació vestibular i palatina de les

regions alveolars, maniobra que ha de completar sistemàticament l'exploració en odonto-estomatologia. Un punt dolorós limitat o referit a la regió apical d'una dent o d'una arrel, si es tracta d'una dent pluriradiculada, és, amb modificacions variables de forma, de color o de superfície, un dels signes més importants d'una lesió periapical. Si la sensibilitat és més viva, menys limitada, els fenòmens reaccionals modifiquen més o menys l'aspecte habitual de les zones explorades: periapexitis, osteoperiostitis, quists supurats.

5.^e Per la palpació dels punts d'espargiment de les terminacions del trigemin en el punt de Valleix. Aquesta recerca és dolorosa solament en les neuràlgies facials simptomàtiques o secundàries.

6.^e Per certes recerques especials que menen a establir l'existència o la no existència d'una pulpa viva en una determinada dent i àdhuc a precisar-ne la integritat o l'estat d'inflamació. Així per al diagnòstic positiu de dents amb pulpa mortificada sense càries, per al diagnòstic diferencial de les síndromes dentàries i de pulpitis crònica, hom pot recórrer a l'aplicació del calor o del fred a nivell de la dent a explorar. Hom utilitza els líquids volàtils, com per exemple el clorur d'etil. Els resultats obtinguts són interpretats com hem citat en exposar els dolors provocats. També són possibles precisions més exactes, particularment en el que es refereix a l'estat de la pulpa, per l'ús dels tests elèctrics. En les pulpitis agudes, el dintell d'excitació és avançat i el dintell dolorós gairebé es confon amb el primer; al mateix temps el pas de corrent provoca una crisi dolorosa. En les pulpitis cròniques, el dintell d'excitació és molt retardat. En els casos de mortificació pulpar no hi ha resposta. Finalment, en una síndrome dentària les reaccions són normals.

Els dolors espontanis és produeixen sense causes provocadores evidents. Per exemple, les crisis de moltes neuràlgies facials; les brotades nocturnes de pulpitis agudes, que desvetllen el malalt (aquestes són degudes a la calor i a la congestió cefàlica del decúbit); les exacerbacions nocturnes durant el curs d'evolució dels sarcomes àngulo-mandibulars. De la mateixa manera les síndromes lligamentoses, les periapexitis, les osteoperiostitis, tenen un inici dolorós sense causa apreciable.

La localització. — Es indispensable de precisar la localització del dolor estudiat, el qual pot ésser localitzat, difús i irradiat. Localitzat, el dolor dentari es relaciona estrictament amb la dent que n'és la causa, o bé a una regió molt definida de la zona cervico-facial: així s'esdevé, per exemple, en la síndrome dentària, en el començ de les pulpitis subagudes, agudes, de les periapexitis, de la major part de les osteoperiostitis. El dolor difús sobrepassa, amb els seus diferents caràcters i habitual-

ment els altres signes, a l'entorn de l'òrgan afectat en una zona més o menys estesa.

Les periapexitis, les osteoperiostitis, les osteïtis, van acompanyades durant llur període d'estat, de dolors difusos que fan delicat el diagnòstic de la dent que el provoca. Els dolors irradiats presenten manifestacions a distància que segueixen el trajecte o el terreny d'expandiment del tronc nerviós del qual és tributari l'òrgan malalt. Els dolors es manifesten en les pulpitis subagudes o agudes, durant el període d'estat (per exemple, otàlgies pel maxillar inferior, dolors tèmporo-malars, de la regió suborbitària pel maxillar superior, de tot el mig arc per l'un o per l'altre) en certs tumors ossosos, particularment els osteo-sarcomes de l'angle mandibular, mantes vegades durant el període de començament de les periapexitis i de les osteoperiostitis. Als dolors irradiats cal relacionar-hi les sinàlgies, a les quals es produeix en un indret sa i més o menys allunyat del punt d'origen, una segona sensació dolorosa. Aquest segon dolor acompanya exactament el dolor causal. La divisió de les sinàlgies és clàssica en sinàlgies dento-dentàries (les més freqüents, que han donat lloc a nombrosos i més perillosos errors topogràfics), sinàlgies dento-mucoses (narinals, laríngies, auriculars), sinàlgies dento-cutànies (les menys freqüents, referides a una àrea limitada del crani o de la cara). Hom subdivideix encara, les sinàlgies en homolaterals i hétéro-laterals (aquestes darreres excepcionals).

L'associació a d'altres fenòmens. — Finalment, existeixen certs dolors caracteritzats per llur associació amb d'altres trastorns que els acompanyen i la intensitat dels quals correspon a la dels dolors. Es tracta de manifestacions vasomotrius i secretores, tals com, per exemple, sialorrea, rinorrea, llagimeig, eritrosi-facial, les quals existeixen en un gran nombre de casos de pulpitis agudes. Les crisis de neuralgia facial presenten igualment fenòmens reflexos del mateix ordre, als quals s'afegeixen trastorns motors.

Dolor i diagnòstic positiu. — Acabem d'establir, d'una manera un xic esquemàtica, les modalitats de l'inventari semiològic, en el que es refereix al dolor. Feta aquesta anàlisi, cal la síntesi i obtenir, per al cas estudiat, una síndrome dolorosa. La importància d'aquesta síndrome és gran, car en patologia odonto-estomatològica (amb poquíssimes excepcions), les grans síndromes doloroses són gairebé patognomòniques. Per exemple, en explorar un malalt hom observa els elements següents: fenòmens dolorosos que daten de tres o quatre dies i que l'han desvetllat bruscament; dolor fort, irradiat intermitent, amb crisis d'una durada d'algunes hores, amb un avivament nocturn i amb causes que l'agreugen; líquids calents, repòs en una

cambra ben calenta; l'exploració amb la sonda del fons de la cavitat de càries és molt dolorosa, com també la percussió transversal; heus ací els signes positius d'una síndrome pulpar, i una tal síndrome dolorosa és patognomònica. Tal és l'ajut que l'estudi del dolor ens aporta, per a l'establiment del diagnòstic positiu.

Dolor i diagnòstic topogràfic. — Més encara, l'anàlisi perfecta de la simptomatologia dolorosa ens permet, en nombrosos casos difícils de plantejar el diagnòstic de l'òrgan afectat. És indubtable que en els dolors localitzats, quan es tracta d'una síndrome dentària, de manifestacions de pulpitis o de periapexitis inicial, la identificació de la dent que les provoca, és fàcil. Però, hom es troba sovint davant de grans dificultats, quan existeixen dolors difusos. Una osteoperiostitis durant el seu període d'estat, provoca molt sovint signes funcionals imprecisos. Per qualsevol d'aquests, hom determinarà la dent causal, la noció d'un dolor localitzat de bell començ, però, sobretot per la recerca de la dent més sensible a la percussió i a les temptatives de mobilització, del punt on es troba el màxim dolorós a la palpació de la tumefacció característica. Hom procedeix igualment per als dolors irradiats; signes físics dolorosos de lesió periapical quan hi ha manifestacions de neuralgia facial, que sovint pot existir en un tronc nerviós diferent (per exemple una neuralgia suborbitària causada per una lesió apical d'un molar superior). Amb molta cura cal procedir a l'inventari de les més mínimes reaccions doloroses de les diverses síndromes quan hom observa (rarament) l'una o l'altra de les formes de sinàlgies que hem citat abans.

Dolors sense lesions objectives. Dolors no dentaris. — A aquest propòsit cal no atribuir als fenòmens dolorosos, coneguts solament a través de la interpretació dels nostres malalts, un valor massa absolut. Hi ha casos que poden menar-nos a un error i aleshores ens cal demanar ajut a altres signes físics. Poden presentar-se davant nostre molts malalts sense lesions objectives. Aquest pot ésser el cas dels simuladors, susceptibles de descobrir per mitjà d'un interrogatori acurat un examen minuciós i sovint, per l'interès que es relaciona amb el reconeixement de l'estat del qual es planyen. Heus ací una afecció curiosa, la glossodínia, en la qual les consultants, generalment dones d'una certa edat, es planyen de dolors de caràcters variats insuportables, a nivell de la llengua i més freqüentment de l'hemillengua. El començ és brusc i hom nota sovint que l'ha precedit una contrarietat. Res d'anormal no apareix a l'examen el qual no és altrament dolorós. L'afecció típica desapareix després d'un tractament anodí, com per exemple, una pincelació única del cantell lingual, lloc de les fiblades doloroses, amb alcohol iodat o

bé una injecció anestèsica a aquest nivell. D'altres casos en els quals els dolors poden ésser atribuïts a les dents sense que tinguin cap relació amb elles. Davant d'una neuràlgia facial, cal, per mitjà d'examen adequat, refusar el cas equívoc atribuïble a una etiologia dentària. De la mateixa manera, certes sinusitis provoquen falses síndromes pulpars o lligamentoses, i solament un estudi semiològic acurat pot descobrir aquestes odontàlgies sinusals.

Dolors amb simptomatologia manllevada o falsa. Finalment els fenòmens dolorosos poden presentar-se amb una simptomatologia falsa, és a dir, no correspondre de cap manera a l'afecció de la qual han pres la màscara. A aquest propòsit cal citar la síndrome lligamentosa que és el fet dels èpulis amb començament intra-alveolar, sense desplaçament de la dent corresponent. De la mateixa manera en començar a desenvolupar-se els osteosarcomes mandibulars amb llurs dolors amb exacerbacions nocturnes, llurs irradiacions, són difícils de diferenciar de les pulpitis. Una analogia semblant existeix entre les formes osteo-periostitis de la tuberculosi maxil·lar i les osteoperiostitis banals. No cal pas multiplicar els exemples, car són suficients per a demostrar la importància i la delicadesa d'aquests diagnòstics diferencials.

Dolor i diagnòstic de lesió. — Les manifestacions doloroses no es limiten pas a contribuir al diagnòstic positiu, a permetre'ns de precisar l'òrgan malalt, àdhuc a refusar de la nostra esfera afeccions que li són indigudament atribuïdes. Ens ajuden sovint a precisar la naturalesa de la lesió que les provoca. Una sensibilitat tan viva al fred com a la calor; dolors, sovint prolongats, després de menjar, per compressió de les restes alimentàries en la cavitat de la càries; una exploració molt dolorosa amb la sonda, modifiquen la síndrome dentària banal en una síndrome dentària juxtapulpar. El fet que a nivell d'una dent afectada de pulpitis subaguda hagin tingut lloc atacs anàlegs amb diverses repeses i amb intervals allunyats mena al diagnòstic d'atac subagut en una dent colpida de pulpitis crònica. Hem remarcat abans l'analogia de la semiologia dolorosa entre un sarcoma mandibular i una pulpitis; és fàcil de comprendre l'ajut que fornirà a la interpretació d'una imatge radiogràfica de rarefacció ossosa en ple os maxil·lar inferior, la coneixença d'aquesta síndrome pseudo-pulpar.

Dolor i diagnòstic d'intervenció. — Per les cerques clíniques que ens forneix, el dolor ens ajuda a proposar les indicacions operatòries. ¿Aquesta síndrome dentària juxtapulpar no podrà, a propòsit, plantejar-nos la qüestió de la pulpectomia? ¿La noció eventual d'una pulpitis crònica no constitueix

per ella mateixa una contraindicació formal per al revestiment pulpar?

El pronòstic en funció del dolor. — Cal dir que els signes dolorosos són particularment útils per a l'establiment del pronòstic. En això hi ha dos punts de vista: el primer que es relaciona amb allò que hem dit a propòsit de les indicacions operatòries, per tal com de les deduccions que deriven dels signes dolorosos ens permeten de fixar el pronòstic de la lesió, àdhuc quan ells són una de les formes d'exteriorització. Per exemple, quan hom es troba en presència d'una síndrome dentària juxtapulpar, hom fa un pronòstic reservat, respecte a la conservació de la pulpa, a causa de les irritacions de veïnatge a les quals ha estat exposada per l'obligació tècnica de ressecar completament els teixits estovats i satisfer les necessitats de retenció de l'obtenció. La intensitat dels fenòmens dolorosos en una periapexitis i llur agreujament ràpidament progressiu fan pensar en importants lesions de la regió apical i, sobretot, en l'absència de precisions radiogràfiques, eliminen un tractament conservador a profit d'una avulsió. Però, en segon lloc, hom pot afirmar que les manifestacions doloroses, per llur grau, llur qualitat, llur durada, poden constituir, manta vegada, per al malalt, la traducció més sensible de la seva afecció. A aquest propòsit, cal fer un pronòstic particular que depèn de la resistència del malalt i de les necessitats de la vida social. Cal citar les pulpitis agudes, bon nombre de síndromes lligamentoses, de periapexitis, d'osteoperiostitis, de neuràlgies facials.

Paper del dolor en les indicacions terapèutiques. — Si el dolor és essencialment funció de l'afecció diagnosticada, la terapèutica odontostomatològica ha de preocupar-se d'una manera particular dels fenòmens dolorosos. Aquests han d'influir sobre el tractament, en el sentit de combatre'ls de la manera més eficaç i al més ràpidament possible. Fins i tot, certes modes terapèutiques troben en això una indicació especial. Davant d'una pulpitis aguda caldrà practicar una pulpectomia immediata sota anestèsia paraapical o troncular, sobretot si la disposició de la cavitat de la càries fa difícil l'aplicació d'una cura necrosant.

La mateixa anestèsia serà indispensable en el tractament conservador mèdic de la dent, que és fogar d'una periapexitis, per a realitzar el primer temps: trepanació de la cambra pulpar i alliberació dels canals radiculars. Cal remarcar encara que la intensitat del dolor mena molts malalts a exigir avulsions en casos en els quals les possibilitats terapèutiques farien innecessària una tal mutilació. També s'ha de remarcar quantes deixalles radiculars, dents afectades de lesions periapicals, són conservades fins a l'aparició de complicacions, pel temor del dolor operatori, temor que emmena

tant els pràctics com els malalts a l'adopció freqüent, i amb certa lleugeresa, de l'anestèsia general.

Tenint en compte que el dolor no és més que un epifenomen, fer-lo desaparèixer constituirà, d'una manera habitual, la directriu dels nostres tractaments. Tractar la lesió és, doncs, la veritable terapèutica de l'afecció i de la seva traducció dolorosa. ¿Cal dir que el tractament més segur i més racional d'una dent afectada de pulpitis és la pulpectomia i no l'aplicació d'un analgèsic en la cavitat de la càries?

No obstant, no podríem pas prescindir de tota terapèutica pal·liativa del dolor que les circumstàncies ens imposen sovint. Hom no pot negligir l'ús dels analgèsics, tant per a permetre al malalt d'esperar la nostra intervenció en les millors condicions possibles com per a disminuir l'exacerbació que aquesta provoca amb freqüència.

Les intervencions amb escalfor pel traumatisme sobreafegit a la zona inflamada van seguits generalment d'aquest agreujament momentani. A aquesta acció pal·liativa responen també les medicacions descongestives per mitjà dels banys de boca calents, les cures humides, per certes preparacions especialitzades. L'activitat és variable segons el cas i llur indicació essencial sembla ésser durant el curs de les manifestacions flemnoses. L'ús de les cures humides calentes no està pas exempt de perill i bon nombre de fistules cutànies i d'incisions cervicofacials en són la deplorable conseqüència. Citarem, finalment, una forma particular de terapèutica pal·liativa que l'especialista pot practicar: les injeccions alcohòliques en les neuràlgies facials críptogenètiques.

Conclusió. — Les precisions semiològiques que ens forneix l'estudi del dolor, el caràcter tan freqüentment patognomònic de les síndromes doloroses que ens permet d'identificar, el recolzament que ens dona per a establir el diagnòstic positiu, menar la discussió del diagnòstic diferencial, plantejar les indicacions operatòries, formular el pronòstic, la seva influència sobre la nostra acció terapèutica, són els principals i més importants aspectes del paper que juga en clínica odontoestomatològica. D'aquest paper, com del mètode preferible per a practicar-ne l'estudi, no hem tractat més que una mena de taula sinòptica. No obstant, creiem que és suficient per a justificar el nostre desig de considerar de bell antuvi aquest coneixement del dolor com la base indispensable de la semiologia de la nostra especialitat.

Vegeu, encara:

JAULAIN, R.: *Algunes remarques sobre els adaman-tinomes del maxillar inferior. Estudi particular d'un cas observat al servei de cirurgia de l'hos-*

pital Tastet-Girard. «Journal de Médecine de Bordeaux», 22-29-V-37, p. 693.

DUBECQ, X. J.: *Dents i coll.* «Journal de Médecine de Bordeaux», 22-29-V-37, p. 704.

DUBECQ, X. J.: *Drenatge filiforme aplicat a les manifestacions inflamatòries de la regió cervical d'origen dentari.* «Journal de Médecine de Bordeaux», 22-29-V-37, p. 709.

BLANC, I. M.: *Sobre un cas d'amaurosi unilateral d'origen dentari.* «Journal de Médecine de Bordeaux», 22-29-V-37, p. 714.

DUBECQ i BAROZZI: *Estudi clínic i anatomopatològic d'un cas de pòlip justadentari.* «Journal de Médecine de Bordeaux», 22-29-V-37, p. 716.

DUBECQ, X. J. i SERNY: *Diagnòstic etiològic d'un cas d'artritis temporomaxilar bilateral.* «Journal de Médecine de Bordeaux», 22-29-V-37, p. 716.

MARONNEAUD i KCEFF: *Presentació de dos casos de correcció ortopèdica fets al servei de la clínica odontoestomatològica.* «Journal de Médecine de Bordeaux», 22-29-V-37, p. 718.

Farmacologia

El vi en fisiologia i terapèutica humanes, pels Drs. G. POETMANN (de Bordeus) i M. EYLAUD. «Nain. Fiches Médicales». París, IV-36, n.º 6.

El vi, vehicle medicamentós. — Considerat de fa molt temps, per les seves propietats tòniques, estimulants, dissolvents, el vi blanc o vermell ha estat emprat en les preparacions inscrites al còdex.

Els vins francesos poden substituir els vins estrangers; molts tenen indicacions semblants, d'altres, avantatges particulars. En aquest punt el cos mèdic ha d'influenciar els poders públics (I Congrés Nacional de Metges, Amics del Vins de França, Bordeus 1933, Dr. Malet).

La valor bioenergètica del vi. — Quina és la influència d'un vi roig de 10º d'alcohol, sobre el rendiment de la màquina humana?

Resultats de les experiències:

1.ª L'ús d'una petita ració de vi, sempre proporcionada a la durada i a la intensitat de l'esforç a fornir augmenta el rendiment de la màquina humana;

2.ª El millorament del rendiment varia de 5 a 15 % aproximadament. Aquesta millora és notable quan el vi és pres a petites dosis durant tota la durada de treball;

3.ª El vi sembla actuar com excitant passatger del to neuro-muscular, més que com aliment energètic pròpiament dit;

4.^{art} Quan hom dobla o triplica la dosi els resultats no són sensiblement millorats;

5.^e La substitució del vi per una quantitat energèticament equivalent de sucre baixaria el rendiment en lloc d'augmentar-lo;

6.^e La calorificació del cos és sempre menys intensa quan l'individu beu el vi durant el treball (I Congrés Nacional M. A. D. V. D. Fr., L. Duvarche, raportador d'experiències dels Profs. Lefèvre, Tanon i Lœper, de París).

Les propietats fisiològiques del vi. — Aliment, condiment, medicament, aliment de substitució que forneix de 10^e 700 calories per litre. Excitant sensorial de primer ordre per a posar en marxa les secrecions digestives i pancreàtiques.

Medicament tònic per la complexitat de la composició del vi en matèries orgàniques i minerals.

Té influència sobretot per la radioactivitat de les sals de potasi (I Congrés M. A. D. V. D. F., Bordeus 1933, Prof. Fabre, Bordeus).

El vi en l'alimentació de l'infant. — L'infant ha de beneficiar de les propietats bioquímiques del vi en la seva alimentació.

Cal barrejar el vi amb quatre o sis vegades el seu volum d'aigua.

Dosis: A partir de 4 anys, 12 a 15 c.c. de vi roig de 10^e per 200 c.c. d'aigua ensucrada o no; a partir de 14 anys, 45 a 80 c.c. de vi roig o blanc en 300 c.c. d'aigua. (Prof. R. Cruchet, Bordeus).

Segons el Dr. Cayla: de 4 a 6 anys, 50 gr. de vi; de 6 a 8 anys, 100 gr. de vi i així 50 gr. més cada dos anys fins arribar a la quantitat de 500 gr. a 18 anys, amb una quantitat igual d'aigua.

Amb aquesta habitud, l'infant evitarà les begudes fortament alcohòliques. A partir dels 3 anys cal donar vi durant els períodes post-operatoris. Els resultats són millors que amb les preparacions a base d'alcohol. (Prof. Rocher, Bordeaux), (Bordeus, 1933, Prof. L. Dieulaufé-Tolosa).

El paper filàctic del vi. — El vi pot actuar favorablement contra certes intoxicacions (verí de serp, cicuta, acònit, bolets verinosos, digital, belladona).

Els resultats són més específics contra l'estricnina a títol preventiu; a títol curatiu els resultats de les experiències són igualment provats.

El vi neutralitza en el conill una dosi mortal d'esparteína.

El vi retarda l'aparició dels senyals d'intoxicació per la toxina diftèrica. Recerques a fer. El vi blanc sembla tenir una força filàctica més important que el vi roig. Hi ha antagonisme o antidotisme? (I Congrés Nacional, Bordeus 1933, Professor R. Cruchet).

El consum del vi i la longevitat. — *Resultats estadístics.* Médoc (regió vinícola per excel·lència). Per 57 municipis que representen 69,855 habitants

hom estableix que hi ha 1.981 octogenaris per 100.000 habitants, mentre que l'any 1921 el terme mitjà a França donava 1.053 per 100.000 habitants.

	Regions de vi	Regions de cervesa	Regions de cidra	
De 60 anys.	21.637	16.563	13.394	per
> 70 >	8 715	6.858	5.104	100
> 80 >	2.030	1.676	0.722	habitants
De 60 anys.	27.749	24.006	18.552	per 100
> 70 >	10.767	9.393	6.395	electors
> 80 >	1.970	1.878	0.905	inscrits

Totes les estadístiques estan d'acord a dir que les regions vinícoles són aquelles a les quals és millor la salut i més gran la mitjana de vida (I Congrés Nacional, Bordeus 1933, Dr. Dougnac).

El vi en la terapèutica de les malalties de l'infant. — El vi permet a l'infant de resistir certes infeccions intestinals; constitueix un element de defensa contra les malalties infeccioses amb síndrome adinàmica, les febres eruptives.

Es un colagog, un antisèptic intestinal, un reconstituent. Conté vitamines antiràquiques. Hom pot prescriure'l en els infants neuropàtics colpits per una afecció renal o gàstrica. (II Congrés Nacional, Béziers 1934, Dr. P. Loubet i Denise Sol).

Influència del vi sobre l'activitat dels fermentos digestius in vitro:

1.^{er} El rendiment dels amilolisis per la saliva o la pancreatina és influenciat per l'acidesa que els vins aporten al medi, la baixa del Ph. disminueix el rendiment; després de neutralització, els rendiments són idèntics als dels testimonis.

2.^{on} L'activitat de la protidolisi pèpsica no es fa favorablement més que en medi àcid. L'acidesa dels vins permet l'obtenció dels rendiments molt superiors als dels testimonis; en certs casos l'addició de NaCl reforça la influència favorable.

Per això el paper del vi concorrent a assegurar un Ph. favorable a l'acció de la pepsina, cal prescriure el vi en certs estats dispèptics per hipocidèsia gàstrica.

Res no permet de prejutjar que sigui altrament *in vivo*.

El vi en la tuberculosi pulmonar. — 1.^{er} De molt temps ençà hom reconeix que l'alcohol a petites dosis és útil en el tractament de la tuberculosi pulmonar. 2.^{on} El vi que conté, de més a més de l'alcohol, tani i glicerina, sals minerals, oxigen i sobretot vitamines, constitueix per al tuberculós un aliment tònic molt superior a l'alcohol. 3.^{er} A la seva acció tònica el vi afegeix un poder antisèptic innegable, unes propietats asèptiques remarcables, una acció favorable sobre les vies respiratòries ensems que sobre l'estat psíquic del malalt d'on es dedueix una acció favorable en gairebé tots els casos de tuberculosi pulmonar.

(II Congrés Nacional, Béziers 1934, Dr. Barbier, París).

La radioactivitat dels vins francesos. — La radioactivitat dels vins examinats és feble. Els vins nous són més radioactius que els mosts corresponents. Els vins vells són menys radioactius que els vins joves. No hi ha cap relació entre la radioactivitat i els elements químics d'un vi dosificat correntment. La radioactivitat provoca una activació dels ferments gàstrics, pancreàtics autolítics i antitòxics. La radioactivitat posseeix una acció sedativa (II Congrés Nacional, Béziers 1934, A. Medaille).

Acció del vi sobre l'equilibri glicèmic. — 1.^{er} La ingestió del vi no determina pas la ruptura de constància del medi intern que provoquen els aliments a seguit dels àpats. 2.^{on} Els mecanismes reguladors de la constància de l'equilibri glicèmic no són pas trastornats per la ingestió del vi.

En realitat, l'acció del vi sobre l'equilibri glicèmic fa que l'ús alimentari del vi pugui ésser considerat sense cap perill sobre l'autonòmic nerviós, regulador de les funcions vegetatives. (II Congrés Nacional, Béziers 1934, Prof. C. Soula, Tolosa).

El vi en el període postoperatori. — Després d'haver utilitzat gairebé a seguit de les intervencions els vins de Champagne o del mateix tipus, hom pot passar ràpidament als vins roig, blanc i licor. El vi calma la irritació de la mucosa de l'estómac, ajuda a suportar l'alimentació. Actuarà sobre el to del cor i dels vasos, estimularà l'activitat hepàtica, i aportarà calci assimilable; ajudarà l'eliminació urinària i el peristaltisme intestinal. L'autor atribueix al vi, en la dietètica postoperatoria, qualitats eupèptiques, tòniques, antitòxiques, anticolítics sense cap inconvenient si hom actua amb prudència i progressa en relació a la quantitat i a la qualitat dels vins. (III Congrés Nacional, Béziers 1934, Prof. L. Dieulafé, Tolosa).

El vi en psiquiatria. — Si bé hom reconeix que l'alcoholisme és un flagell terrible i que a França algunes províncies són minades per aquest flagell, cal afegir, però, que aquestes províncies no són pas aquelles en les quals el vi és la beguda familiar habitual.

En aquestes mateixes províncies, la folia alcohòlica i les psicosis polineurítiques són molt més freqüents que a les regions vinícoles. Les poblacions vinícoles que, segons les estadístiques no són colpides d'una manera sensible per les malalties o la degeneració del cervell i dels nervis, tenen mentalitats ben equilibrades.

Sense caure en la banalitat de dir que sense el vi o apart del vi no podria haver-hi ni salut ni esperit, tampoc podria dir-se, car seria fals, que no existeix alcoholisme pel vi. El que és cert és

que aquesta forma d'alcoholisme és rara. Els metges estan perfectament autoritzats per a recomanar l'ús del vi com un mitjà de combatre l'alcoholisme.

El vi en la malària. — Un suplement de 500 a 700 gr. de vi pur i natural afegit a l'aliment contribueix al restabliment del pes normal, la taula de sang i la mina general dels convalescents de malària. Certs casos de malària terciària, curats únicament amb vi han guarit al cap de deu dies. En alguns casos, afegint vi a la quinina hom ha reforçat els efectes d'aquesta.

El vi en la febre tifoide. — En alguns casos observats de tíffiques curats amb vi, la secreció de bacils tíffics dels excrements ha cessat ràpidament, la qual cosa és important per a lluitar amb èxit contra els portadors de bacils (Dr. Kostoff i Manoloff, de Sofia, I Congrés Internacional de Metges, Amics del vi, Losana, agost 1935).

El vi en la colibacil·losi. — En la major part de casos de colibacil·losi cal acidificar els humors dels malalts. El vi és un acidificant cert. El seu ús és, doncs, útil en la colibacil·losi. L'autor ha constatat en la seva pràctica d'uròleg, que gairebé tots els colibacil·lars són bevedors d'aigua, per la qual cosa és útil de prescriure el vi en l'alimentació a títol profilàctic i curatiu (Dr. Caspari, Lausanne, I Congrés Internacional de Metges, Amics del vi, Lausanne, agost 1935).

El vi de Champagne en el període postoperatori. — El vi de Champagne és utilitzat amb èxit en els períodes postoperatoris, com aliment tònic i estimulants, per a calmar la set i atenuar, si no suprimir, el vòmits. De més a més el xampany té una acció moral la importància de la qual és incontestable. L'autor basa les conclusions del seu report en trenta anys de pràctica quirúrgica (Dr. Guénard, I Congrés Internacional de Metges, Amics del vi, Lausanne, agost 1935).

El vi en la blenorègia. — Els malalts afectats d'aquesta malaltia infecciosa, sovint desmoralitzats, tenint necessitat de fer hiperleucocitosi defensiva, beuen vi roig durant els àpats. Així augmenten llur to moral, llur resistència orgànica sense que existeixi contraindicació en l'evolució de llur malaltia. Nombrosos uròlegs són del mateix criteri de l'autor el qual recolza la seva teoria en l'experiència autoritzada del Prof. Poulson (Dr. Fagouet, Bordeus, I Congrés Internacional de Metges Amics del Vi, Lausanne, agost 1935).

Vegeu, encara:

SIMON, H.: *Defensa de la terapèutica ocupacional.* «Revista de Psiquiatria i Neurologia». Barcelona, maig 1936, p. 43.

CAUJOLLE, F.: *Bioquímica comparada del cobalt i*

- del níquel. «Toulouse Médical». 15-VI-36, pàgina 410.
- VIERA, M.: *Els extractes musculars en terapèutica cardiocirculatòria i particularment en l'angor pectoris*. «Annals de l'Hospital General de Catalunya». Barcelona, 15-IX-36, p. 475.
- RAMBAUD, R.: *L'estudi químic de les vitamines*. «Revue Médicale de France». Clermont-Ferrand, IX-X-36, p. 471.
- LEURET, E. i VITTE, G.: *Recerques sobre l'eliminació del tribromoetanol*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 22-XI-36, p. 739.
- BORDIER, H.: *Acció fisiològica dels vapors de mercuri en l'home segons els treballs del Prof. Merget*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-XI-36, p. 811.
- BOUDREAU: *Intolerància al iode?* «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-XII-36, p. 865.
- SENDRAIL, M.: *Els aspectes clínics de l'allèrgia insulínica*. «Revue Médicale de France». Clermont-Ferrand, I-II-37, p. 7.
- GCLSE, J.: *Farmacologia de la medicació antimalàrica. La quinina i els seus alcaloides. Succedanis sintètics*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 6-13-III-37, p. 309.
- DUREL, P.: *Visió de conjunt sobre els recents antistreptocòccics de síntesi*. «La Gazette Médicale Limousine». Limoges, III-37, p. 107.
- DUREL, P.: *Visió de conjunt sobre els recents antistreptocòccics sintètics*. «La Gazette Médicale Limousine». Limoges, IV-37, p. 145.
- FOURNIER: *Tumor renal tractat pel Renium*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 24-IV-37, pàgina 584.
- FOURNIER: *Tumor retro-ocular en tractament pel Renium*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 24-IV-37, p. 585.
- FOURNIER: *Tumor epitelial de la cuixa tractat pel Renium*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 24-IV-37, p. 585.
- MAURIN: *Reforg de l'acció farmacodinàmica de certs medicaments pel Thorium X*. «Toulouse Médical». 1-VI-37, p. 371.
- CAUJOLLE: *De la influència de la bilis en l'absorció intestinal dels medicaments*. «Toulouse Médical». 1-VI-37, p. 372.

Hematologia

- A propòsit de la colesterolèmia, pel Dr. PIERRE MAURIAC. «Journal de Médecine de Bordeaux». 5 juny 1937, pàg. 737.

No existeix pas una qüestió que il·lustrí millor l'estat anèmic en què es troba la biologia francesa que la qüestió de la colesterolèmia. En un domini

en el qual foren els primers pioners, els savis francesos han titubejat, errat, vagabundejat sense pla, sense disciplina: han treballat pobrament, fragmentàriament; han esbocinat llur obra, sense prendre camp, sense veure el problema des de dalt, sense sobrevolar-lo.

Les belles recerques de Chauffard i Grigaut mig obriren una porta per la qual lliscà la multitud de recercadors: això fou una sort inesperada per als candidats de no pas pocs títols i de no poques publicacions. Però, naturalment, jugaren la facilitat, i abans d'esgotar-se per arribar al cim, trobaren més simple i menys perillós de fer dosatges de la colesterolèmia en totes les circumstàncies de la vida: la nit, el dia, en vetlla, durant el son, abans i després de beure, abans i després de menjar, abans, durant i després del deslliurament, abans i després de l'exercici, abans i després de la intervenció quirúrgica o radioterapèutica, durant el curs de totes les afeccions, des de les dels cabells fins a les dels peus, etc., etc. I els resultats s'han acumulat després de vint anys, i s'acumulen encara; i jo desafio qualsevol a deduir-ne una conclusió veritablement interessant. En totes les nostres observacions clíniques, la xifra de colesterolèmia es dona religiosament; però nou vegades contra deu és impossible d'interpretar-la. Això no vol pas dir que hom ha estat privat d'imaginar teories sobre el paper protector, immunitzant, del colesterol. Per contra, hom ha fet molt de soroll, molt de «volum», hom ha embrutat molt de paper sobre aquests afers, però, si alguns recercadors, sobretot a l'estranger, no s'haguessin allunyat del ramat per a esbargar llur fantasia i mostrar el bon camí, hom seria temptat de formular conclusions ben pessimistes. Els metges han partit a la cacera amb grans reforços de cors i crits, sense prendre la precaució de tocar de peus a terra. Sense conèixer l'origen, l'eliminació, el metabolisme general dels esterols, han reduït un immens problema a les mesquines aplicacions de la clínica creguts que només calia fer xifres superflues.

L'interès és tot un altre, i la conquesta del tresor amagat sollicita esforços majors. Cal reconèixer que alguns s'han donat; a manca de Príncep o d'un Estat previsor, la gran indústria química i farmacèutica ha sabut encendre la flama i alimentar-la. De tant en tant, una gran claror ha estat, de sobte, projectada sobre el problema del colesterol. Així, de primer antuvi, actuà en aquest sentit la coneixença de la fórmula de constitució del colesterol: estructura fenantrènica amb enllaç d'una cadena cíclica pentagonal, additament (en el qual troben justificació els principis, per no dir les substàncies més diverses). A partir del colesterol, hom ha pogut, en efecte, obtenir sintèticament la folliculina, l'androsteron, la tetosterona, la dihidrofolliculina, la

progesterona, l'equileïna, sense comptar la vitamina D i els carburs cancerigens; i, sense cap dubte, hom no està molt lluny d'obtenir la cortina que segreguen les suprarenals. Quan hom coneix, àdhuc quan hom sospita, la importància d'aquests hormo-esterols o vitasterols en biologia, hom s'admira de l'acarnissament d'aquells que s'obstinen a treure deduccions diagnòstiques, pronòstiques i terapèutiques d'alguns dosatges de colesterol sanguini, sense conèixer l'origen, l'eliminació, el metabolisme general dels esterols. Hom ha dit ràpidament que l'alimentació és l'origen dels esterols. Però les experiències de Ruth O'Kay i D. Stewart, de Abelson i Soula tendeixen a demostrar el contrari. Hom afirma que la font principal del colesterol de l'organisme la constitueixen els lípids; però el dubte s'imposarà fins que hom hagi dilucidat la qüestió de la colesterogènesi o del *stockage* del colesterol.

Es molt versemblant que el colesterol pot ésser sintetitzat per l'organisme, en passar per un circuit desconegut en el qual el quil del canal toràcic jugaria un paper important. Però, pel fet de no saber explorar les vies limfàtiques, raonem com si elles no existissin. Aquesta desconexió de la circulació limfàtica en els grans problemes de la patologia general és una de les aberracions més grolleres de la medicina actual. Hom es pregunta quina solidesa pot tenir una construcció a la qual li manca una pedra angular mestressa.

Abans de pretendre treure deduccions d'un dosatge aïllat de la colesterolemia, hauria estat més útil d'integrar-lo a l'humorisme general en funció de pròtids i d'hidrats de carbon. Abans de retenir solament una xifra en el seu valor absolut, hauria estat més fecund d'estudiar-ne les variacions. Diàriament ens és possible de constatar abrivades més o menys brutals d'hipercolesterolemia en els diabètics, en els cardíacs, en els nefrítics, sense que pugui atribuir-se'n la causa al règim alimentari.

L'experimentació, com també les constatacions clíniques, pledegen a favor del paper fixador de certs teixits pel colesterol. Quelcom d'anàleg hi haurà en el *stockage* cel·lular de glucosa, ben estudiat per Cannon a Amèrica i per Soula a França: quan hom injecta una forta quantitat de glucosa a un individu, la glucèmia retorna ràpidament a la normal, àdhuc en l'absència de fetge: aquest és el *stockage* per inundació, del qual parla Soula, en el qual la insulina jugaria un paper capital, obrint, en certa manera, les portes dels espais llacunars, veritables reservoris de seguretat. Existeixen probablement teixits reservoris, potser el teixit reticulo-endotelial, dins dels quals el colesterol prendria una forma més o menys dissimulada. Certes substàncies, com per exemple el nitrat d'urani en experimentació, com les toxines o bé altres compostos químics en clínica, obririen les comportes d'aquests

reservoris i deixarien escolar a la sang l'excés de colesterol (Mauriac i Servantie).

De més a més, aquestes variacions amples i brutals de la colesterolemia només són una de les facetes menors del problema. Deuen existir i existeixen segurament modificacions físico-químiques dels esterols humerals o tissulars que, sense cap dubte, són l'origen de molts dels estats mòrbids. Els hormoesterols tenen, en efecte, la propietat d'actuar eficaçment a dosis ínfimes; és suficient, doncs, que una porció d'esterols humerals, tan petita que els nostres mètodes de dosatge no puguin descobrir-la, s'orienti en un sentit físico-químic determinat perquè s'esdevinguin conseqüències terribles: així el raquitisme dimana de l'absència de vitamina D i és molt possible també que el càncer sigui la resultant d'un trastorn del metabolisme dels esterols. Hom té la impressió que cal ben poca cosa perquè una substància oestrogèna es transformi en substància cancerígena; el benzopirén posseeix una acció a l'ensem oestrogènica i carcinogènica; i hom es pregunta, juntament amb Dodds i Cook, si una simple deshidrogenació del colesterol, acompanyada de ciclització, no seria suficient per a provocar el terreny cancerós.

Que unes tals qüestions i d'una tal importància puguin ésser encara plantejades quan hom pronuncia el mot colesterol, haurien d'avergonyar aquells que sempre el tenen a la boca i l'han dosat tota llur vida sense veure-hi res. Jo he estat durant molt de temps un d'aquests.

(Traducció integral.)

Vegeu, encara:

- CARTEAUD, A. i DUTHEIL, L.: *Malaltia de Nicolas-Favre conjugal. Retracció del recte en la dona. Adenitis inguinal en el marit.* «La Gazette Médicale Limousine». Limoges, V-36, p. 159.
- JEANNENEY i ROUSEAU: *Un nou aparell per a transfusió de sang pura (aparell de Henry i Jouvelet).* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 7-VI-36, p. 366.
- LAPORTE i PLANQUES: *Leucèmia subaguda.* «Toulouse Médical». 15-VI-36, p. 408.
- MISERACHS RIGALT, M.: *Indicacions mèdico-quirúrgiques de la transfusió de sang.* «Annals de l'Hospital General de Catalunya». Barcelona, 15-IX-36, p. 515.
- JEANNENEY (de Bordeus): *La transfusió de sang conservada.* «Le Progrès Médical». París, 14-XI-36, p. 1761.
- TORRUELLA PAUSAS, J.: *Quelcom sobre tractament de les hemorràgies cerebrals mèdiques per l'autohemoteràpia.* «Annals de l'Hospital General de Catalunya». Barcelona, 15-XI-36, p. 547.
- LAVIAL, P.: *Anèmies greus de tipus pernicios.* «Le Bulletin Médical de Bordeaux». XI-36, p. 21.

- GREYX, M. i RINGENBACH, G.: *Neuroanèmia criptogènica amb hiposistòlia*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-XI-36, p. 828.
- JEANNENEY, G. i ROUSSEAU, M.: *Síndrome hemogènica. Esplenectomia*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-XI-36, p. 825.
- DAMADE: *La melsa en l'anèmia experimental del conill*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-XII-36, p. 877.
- DAMADE i COPIN: *Els mièlòcits en la sang circulant durant el curs de l'anèmia experimental del conill*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-XII-36, p. 878.
- DAMADE: *¿Té el pulmó una funció hematopoiètica en l'anèmia experimental del conill?* «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-XII-36, p. 878.
- VERDELET: *Dos casos de limfogranulomatosi benigna del fenc en la dona*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 10-XII-36, p. 843.
- DUPÉRIÉ, LOUBAT, E. i DUBARRY, J.: *Púrpura hemogènica de Verthof greu. Esplenectomia*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-II-37, p. 108.
- GRAILLY, R. DE, RINGENBACH, G. i DURAND: *Hemorragia intestinal anunciadora d'una febre tifoide. Mort per col·lapse cardíac*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 28-II-37, p. 141.
- GIRAUD, P. i GAUBERT (Marsella): *La funció esplènica per al diagnòstic del kala-azar mediterrani. La seva valor pràctica*. «Paris Médical». 13-II-37, p. 143.
- CHAUMERLIAC, J.: *Un cas d'anèmia perniciosa*. «Centre Médical». Clermont-Ferrand, II-37, p. 48.
- FOURNIER: *Observació d'un cas de leucèmia mieloide tractat pel rènim*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, p. 166.
- FOURNIER: *Observació d'un cas de leucèmia mieloide tractat pel rènim*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 27-III-37, p. 445.
- DUPÉRIÉ, R. LOUBAT, E. i DUBARRY, J.: *Púrpura hemogènica de Verthoff greu. Esplenectomia seguida de piopneumotòrax subfrènic i de fistula gastroparietal. Guariment persistent després de quatre anys*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-III-37, p. 382.
- SABRAZÈS, J.: *Comentari a un treball sobre «Dades de la funció esternal», pel Dr. K. Hèlpar*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 25-IV-37, p. 258.
- VERDELET, L.: *Dos casos de limfogranulomatosi benigna de l'engonal en individus de raça exòtica*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 17-IV-37, p. 529.
- CRUCHET, R. i DUPIN: *Limfosarcomatosi abdominal amb icterícia*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 18-IV-37, p. 253.
- TCHIEVSKY, A. L.: *Nou mètode de mesura d'una carga elèctrica de la sang (in vitro) amb l'ajut d'un electròmetre de cordes*. «La Côte d'Azur Médicale». Toló, IV-37, p. 86.
- GODONNÈCHE, CLOGNE, R., DRILHOM, A. i RONEZ: *Modificacions hemàtiques, particularment leucocitàries, sota la influència de la cura arsenical de La Bourboule*. «La Gazette Médicale Limousine». Limoges, IV-37, p. 151.
- DAMADE, R., SERVANTIE, L. i PITOUS, A.: *Dosatge comparatiu de l'hemoglobina de les anèmies humanes pels mètodes colorimètrics i el mètode del ferro*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 9-V-37, pàgina 301.
- MAURIAC i MALTÈTE: *Necrosi estesa dels ossos maxil·lars durant el curs d'una síndrome d'anèmia greu*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 22-29-V-37, p. 715.
- SABRAZÈS, J. i BIDEAU, J.: *Leucèmia mieloide crònica en greixador de màquines. Els olis de greixar contenen benzol, possibles agents d'estats leucèmics*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 30-V 1937, p. 339.
- DAMADE, R., SERVANTE, A. i PITOUS, A.: *Dosatge comparatiu de l'hemoglobina de les anèmies humanes pels mètodes colorimètrics i el mètode del ferro*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 5-VI-37, p. 757.
- CUILLE i CHELLE: *L'anèmia dels porcells de lactància. Carència fèrrica*. «Toulouse Médical». 1-VI-37, p. 378.
- SABRAZÈS, J. i BIDEAU, J.: *Les leucèmies benzòliques*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 20-VI-37, p. 387.

Medicina interna

Un cas d'espiroquetosi icterígena amb inici paraplàgic, pel Dr. E. TAMALET. «Toulouse Médical», 1 març 1937, pàg. 142.

Per un estat febril és hospitalitzat, el 19 de setembre, un home de 22 anys d'edat: al cap de dos dies apareix una paraplegia motriu flàccida dels membres inferiors sense modificacions de la sensibilitat i sense trastorns dels esfínters. D'antuvi, hom pensa en una poliomièlitis anterior aguda; la punció lumbar dona 5,6 limfòcits per mmc. albúmina 0,20, B. W. negatiu. Tres dies després,

apareix una icterícia generalitzada, ensems que s'atenua la impotència motriu dels membres inferiors.

Urea sangüínia = 0,90, 1 gr. d'albúmina en l'orina.

Es fa el diagnòstic d'espiroquetosi icterígena i aquest diagnòstic serà confirmat per la inoculació positiva de sang al cobai. L'evolució de la malaltia fou favorable: la paraplegia desaparegué completament i el malalt abandonà l'hospital el 30 d'octubre.

A aquest propòsit, l'autor discuteix la naturalesa exacta de la localització nerviosa presentada per aquest malalt i creu que l'afecció polineurítica ha predominat sobre la de la medulla. Finalment relaciona aquest cas amb el publicat recentment per Labbé i Baulin, i demostra que l'espiroquet d'Inada i Ido forneix una vegada més la prova de la seva afinitat neuròtropa.

Diftèria, escarlatina i reumatisme articular agut.

Transfusió banal. Guariment, per G. RINGENBACH. «Journal de Médecine de Bordeaux». 5 de juny de 1937, p. 740.

A propòsit d'una observació molt interessant del professor Sabrazès, l'autor fa unes atinades suggerències. Es tracta del cas d'una noia de 26 anys en la qual s'han succeït en 6 dies una diftèria, una escarlatina maligna del tipus bulbar descrit per Teissier i Duvoir (hipertèmia, taquicàrdia, forta hipotensió arterial, exageració dels trastorns psíquics i nerviosos) i, finalment, una probable crisi de reumatisme articular agut. Aquesta malalta ha semblat guarir-se a seguit d'una transfusió banal de sang citratada practicada en el moment en que la situació semblava desesperada. Cal remarcar que la urgència de l'operació no havia donat temps per a trobar un donador que hagués passat la diftèria i l'escarlatina. Sabrazès ha fet, però, remarcar que una interrupció del tractament sollicitat, instituit ulteriorment, motivà una recaiguda reumàtica en la qual foren acusats conjuntament la malalta de Bouillaud i un accident sèric. Una reinstauració intensificada de la medicació salicilada completà la guarició de la malalta.

Ringebach comença per demanar-se si hom pot universalitzar, sistemàticament, la transfusió banal de sang citratada com terapèutica antiinfecciosa i, a propòsit, retreu l'opinió de molts clínics que ja s'han pronunciat sobre aquest tema, començant per Benda, que assegura que la transfusió banal cal reservar-la per a les febres tifoides greus i per a les estreptococcihèmies d'origen puerperal, car en aquestes infeccions és de resultats meravellousos.

En les cites bibliogràfiques d'aquest treball es fa remarcar també els èxits aconseguits amb aquestes transfusions per altres clínics i en altres afeccions estreptocòcciques i, aleshores, es demana si el cas de Sabrazès és comparable als esmentats, car es tracta ací d'afeccions en les quals el rol de l'estreptococ encara és discutible.

Però el fet que cal no oblidar és que la transfusió ha anat seguida de guarició del malalt. Aquesta constatació roman en peu mentre hom discuteix, també, si el mecanisme íntim de la teràpia hemàtica ha estat la producció d'una crisi hemoclàssica, un alçament de les defenses orgàniques defallents o qualsevol altre procediment més o menys complicat de mobilització defensiva.

Ringebach es demana, en segon lloc, si el reumatisme articular agut del malalt guarit per Sabrazès era escarlatínic o derivava de la malaltia de Bouillaud, per bé que tot li fa creure que aquesta darrera hipòtesi és la que sembla tenir un més ferm recolzament, no solament en les dades clíniques particulars del cas comentat, sinó també en la bibliografia sobre el tema. I, a propòsit, recorda que Gallavardin (1928) ha fet notar la possible identitat nosològica del reumatisme escarlatínic i del poliarticular agut, car hi ha arguments que ho suggereixen: la freqüència de l'endocarditis després del reumatisme escarlatínic, la freqüència amb què el reumatisme escarlatínic va seguit d'atacs francs de reumatisme articular agut i, de vegades, de corea. Gallavardin opina que si el reumatisme escarlatínic no és pas el mateix reumatisme articular agut, s'hi assembla com un germà i cal que sigui tractat com a tal, durant anys, amb salicilat de sosa. ¿Pot pensar-se que una infecció atreu l'altra o cal invocar un parentiu entre l'agent causal de l'escarlatina i el del reumatisme? Heus ací una resposta a fer amb tota reserva, segons el mateix Gallavardin. Paral·lelament, Mouriquand, diu: els reumatismes infecciosos apareixen al mateix temps que les adenopaties i la nefritis.

Per llur costat, Sabrazès, Pauzat i Maupetit conclouen el 1930 que hi ha moltes analogies clíniques, citològiques i evolutives entre el reumatisme articular agut i certes modalitats del reumatisme escarlatínic i recordaven que Weil establia una distinció per al reumatisme escarlatínic que es presenta en els primers dies de malaltia i que colpeix les petites articulacions. Les brotades reumàtiques més tardanes poden ésser, segons ells, bé manifestacions de reumatisme articular agut, bé un reumatisme infecció estreptocòccic.

Per contra, Duvois, Pichon i Coursag admeten amb Grenet i Pellissier, Warembourg i Cornille, que no solament la poliartàlgia tardana de l'escarlatina pertany veritablement a la malaltia de Boui-

laud, sinó que també li corresponen els casos precoços.

Cal assenyalar que, recentment, Sabrazès i De Grailly han fet conèixer una observació de reumatisme escarlatinós sense lesió cardíaca tractat amb salicilat sòdic que ha fet pensar més en un parentiu que en una identitat amb el reumatisme articular agut.

Hi ha, doncs, fortes raons per a admetre que les poliartràlgies escarlatíniques — precoç i tardana — pertanyen a la malaltia de Bouillaud.

L'acceptació d'aquest criteri no simplificarà, però, el problema de la naturalesa del reumatisme articular agut considerat com a malaltia general que comporta determinismes cardíacs, articulars i d'altres menes. L'antiga teoria patogènica que en feia una malaltia infecciosa deguda a l'estreptococ o al bacil de Koch o a un virus específic encara inconegut, es bat actualment en franca retirada. Es tracta, com creuen Bezançon i Weil, d'una malaltia al·lèrgica articular? o, millor, caldrà acceptar, amb Klinge, que es tracta d'una malaltia de *sobresensibilitat* o *hiperèrgica* en front d'albúmines estranyes, traduïda per lesions del sistema mesenquimatos? Heus ací dues visions força interessants, sens dubte, però, que no ve a tomb discutir ací.

Vegeu, encara:

- FORESTIER, J., CERTONCINY, A. (de Marsella): *La crisoteràpia prolongada en les poliartritis*. «Revue du Rhumatisme». París, VI-37, p. 485.
- VIRE, J. i SERRE, H. (de Montpeller): *A propòsit d'una febre hèctica*. «La Presse Médicale». París, 21-XI-36, p. 1904.
- BARBATS, PH. N.: *L'estricnina a altes dosis en el tractament de la diftèria maligna*. «Mónaco Méditerranée Médical». 1-I-37, p. 283.
- OLMER, J.: *Sobre un estat febril prolongat*. «La Presse Médicale». París, 30-I-37, p. 163.
- AUDIBERT, V. i RAYBAUD, A.: *Les seqüeles llunyanes de la miocarditis tífica*. «Marseille Médical», 25-I-37, p. 117.
- AUDIBERT, V. i ERLANDE-BRANDENBURG, G.: *Valor pronòstic de l'E. C. G. en la septicèmia eberthiana*. «Marseille Médical». 25-I-37, p. 129.
- KERANGAL, Y.: *Termions metàl·lics i sinusitis. Termions metàl·lics i esterilització dels portadors de bacils de Loëffler*. «La Gazette Médicale Limousine». Limoges, II-37, p. 63.
- GALAVIELLE, L. i BLANCHET, G. (de Montpeller): *Els trèbols*. «La Gazette Médicale du Sud-Ouest». París, 1-III-37, p. 237.
- SABRAZÈS, J.: Comentari a un estudi sobre «*La cataplèxia equivalent somàtica de la narcolèpsia*», del Dr. Jean Lhermitte. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 28-III-37, p. 193.
- SABRAZÈS, J.: Comentari a un treball sobre el tema «*Interpretació de l'allèrgia en la lepra: les seves relacions amb la para-allèrgia*», dels Drs. E. Mendes i V. Grieco. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 4-IV-37, p. 209.
- COURBIN i DARAGNEZ: *Asistòlies febrils? Parlem-ne*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 25-IV-37, p. 267.
- SOBEL, BEZY, PETEL i VIE: *A propòsit de dos casos de púrpura meningocòccica*. «Toulouse Médical». 15-IV-37, p. 217.
- LAPORTE, MOREL, DARNAUD i GOURDOU: *Trastorns fisiopàtics greus consecutius a una cremada*. «Toulouse Médical». 15-IV-37, p. 250.
- ROCHER, H. L.: *A propòsit de la nostra setena observació de malaltia de Madelung: Discondroplàsia ràdio-cubital inferior per hemiatròfia hepifisària radial interna*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 17-IV-37, p. 513.
- DUPÉRIÉ, R., PASTURAUD, DUBARRY, J. i LAFON, J.: *Tres casos familiars de malaltia de Rendu-Osler (angiomatosi familiar hemorràgica)*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 17-IV 1917, p. 531.
- GRAILLY, R. de i RINGENBACH, G.: *Sobre una síndrome de Mikulicz*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 17-IV-37, p. 535.
- JEANNENEY i LAPORTE, F.: *Sobre un cas d'hematoma muscular espontani*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 17-IV-37, p. 539.
- DUPIN i VERGER: *Un cas de malaltia de Ritter d'evolució favorable*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 10-IV 1937, p. 253.
- DUPÉRIÉ, R., PASTURAUD, DUBARRY, J. i LAFON, J.: *Tres casos familiars de malaltia de Rendu-Osler (angiomatosi hemorràgica familiar)*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 11-IV-37, p. 231.
- DAMBRIN, P. i FABRE, J.: *Tumor benigne per decubit*. «Toulouse Médical». 15-V-37, p. 286.
- MAURIAC, BROUSTET, SARIC i LACHAUD: *Malaltia de Bouillaud abarticular, de forma tífica, amb laringitis, rino-faringitis supurada i angina ulcerosa, autenticada al cap de dos mesos per l'aparició de determinacions cardíques mortals*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 23-IV-37, p. 323.
- STILLMUNKES: *El VII Congrés anual de la Federació de Ciències Mèdiques d'Algèria, Tunis i Marroc*. «Toulouse Médical». 1-VI-37, p. 361.
- JEANNENEY i LAPORTE, F.: *Septicèmia venosa subaguda. Immuno-fílacto-transfusió. Guariment*.

- «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux», 16-V-37, p. 317.
- RINGENBACH, G.: *Diftèria, escarlantina i reumatisme articular agut. Transfusió banal. Guariment*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 5 VI-37, p. 740.
- COURBIN i SCUBIRAN: *Del tractament del coma barbitúric*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 5-VI-37, p. 746.
- GINESTOUS: *¿El metge és lliure de triar l'indret del cos que li convingui per a la vacunació jennèrica?* «Journal de Médecine de Bordeaux». 5-VI-37, p. 752.
- MAURIAU, BROUSTET, SARIC i LACHAUD: *Malaltia de Bouilland abarticular, de forma tífica, amb laringitis, rino-faringitis supurada i angina ulcerosa, autenticada al cap de deu mesos per l'aparició de determinacions cardíaques mortals*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 5 juny 1937, p. 753.
- SABRAZÉS, J.: Comentari a un treball sobre «L'estat disràfic», del Dr. L. Touraine. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 6-VI-37, p. 353.

Obstetrícia i ginecologia

A propòsit d'una reacció química de diagnòstic de l'embaràs, pels Drs. CHAMBON i R. DEVÈZE. «L'Echo Médical des Cévennes». Nîmes, abril de 1937, p. 80.

La finalitat d'aquest treball, del qual fem ara aportació dels resultats, ha estat la de controlar l'exactitud de les conclusions d'un article aparegut en «Languedoc Médical» del novembre del 1936, sota la signatura del Dr. Verlicek-Jelinek. Aquest article, que es referia a un treball fet al Servei del Prof. Bittman, d'Olmütz (Txecoslovàquia), es titulava: «Recerques a propòsit de la reacció de Kappeler-Adler en el diagnòstic de l'embaràs».

Aquesta reacció recolza en els fets, ben estudiats per Kappeler, que l'embaràs determina, en la dona, un trastorn del metabolisme que es tradueix per una eliminació urinària d'histidina i que, fora de l'embaràs, la histidina no apareix pas a l'orina.

Des del punt de vista químic, la histidina es caracteritza, a l'orina, per la coloració vermell vinós que dona amb l'aigua de brom en certes condicions, les quals són també definides per l'autor: A 5 cm.³ d'orina de les 24 hores, hom afegeix gota a gota una solució de brom en àcid acètic fins a un lleuger excés de brom, controlable per una reacció apropiada. A l'orina, així tractada, s'adiciona 2 cm.³ d'una solució d'amoniac i de carbonat amònic i posada a bany maria, bullint durant cinc minuts.

Si conté histidina, pren una coloració vermell vinós, que s'intensifica en refredar-se.

L'autor ha aplicat aquesta reacció a la recerca de la histidina en l'orina de 150 dones, 53 de les quals no estaven pas embarassades.

Les seves conclusions són, en substància, les següents:

- 1.^{er} Positiva, la reacció de Kappeler-Adler indica sempre un embaràs;
- 2.^{on} Aquesta reacció és positiva en el 75 % dels casos d'embaràs;
- 3.^{er} Simple i ràpida, aquesta reacció és fàcil de fer al laboratori particular del metge i ha d'esdevenir una reacció de pràctica corrent. Si aquests avantatges són reals, l'interès de la reacció és evident. Això és ço que nosaltres hem tingut interès de verificar.

Nosaltres hem examinat l'orina de 130 persones, comprenent:

- 85 dones embarassades de 5 a 9 mesos.
- 10 » » de 1 a 3 mesos.
- 18 » no embarassades.
- 18 homes.

Hem aplicat a aquestes orines la reacció de Kappeler-Adler, segons la tècnica descrita pel Dr. Verlicek-Jelinek. Hem diferit de la seva tècnica només en un sol punt: hem reduït a la meitat la presa d'assaig i el volum dels reactius utilitzats. Hem obtingut:

- 1.^{er} En els casos d'embaràs de 5 a 9 mesos:

52 reaccions positives, o sigui el 61,3 %.	} 38,7%
18 » dubtoses, o sigui el 21,1 %.	
15 » negatives, o sigui el 17,6 %.	
- 2.^{on} En els 10 casos d'embaràs de 1 a 3 mesos:

3 reaccions positives, o sigui el 30 %.
5 » negatives, o sigui el 50 %.
2 » dubtoses, o sigui el 20 %.
- 3.^{er} En les 36 orines de dones no embarassades o d'homes:

3 reaccions positives, o sigui el 8,3 %.
25 » negatives, o sigui el 69,4 %.
8 » dubtoses, o sigui el 22,2 %.

Aquestes xifres susciten algunes remarques:

1.^a El percentatge de les reaccions positives, en el conjunt de casos d'embaràs, és molt inferior al que indica el Dr. Verlicek-Jelinek, puix que estableix el 57,8 (contra 75 %, segons el Dr. Verlicek-Jelinek).

2.^a Aquest percentatge disminueix encara en els casos d'embaràs de 1 a 3 mesos.

3.^a La proporció de reaccions dubtoses és elevada; això fa difícil, en certs casos, d'apreciar amb claredat la coloració roig vinós, característica d'una reacció positiva.

4.^a Finalment, nosaltres observem un percentatge molt important (8,3 %) de reaccions positives en casos en els quals és provat que no hi havia

embaràs (particularment en una dona de 70 anys i en un home).

També les nostres conclusions difereixen notablement de les del Dr. Verlicek-Jelinek.

Segons el nostre criteri, la reacció de Kappeler-Adler (almenys tal com la descriu en l'article en qüestió) no presenta pas, actualment, l'interès clínic que l'autor li atorga. I això, en primer lloc, per la raó que la reacció s'ha mostrat positiva àdhuc en els casos de no embaràs i no sembla presentar una especificitat suficient. En segon lloc, perquè durant el període d'embaràs en el qual el diagnòstic pot ésser dubtós, no aporta cap element de certitud, car 50 % de les seves respostes són negatives.

Aquesta reacció, doncs, no sembla pas, en la seva forma actual, susceptible de substituir els mètodes biològics emprats fins ara, fins i tot durant el període de l'embaràs (2 a 4 mesos), durant el qual creu l'autor que podria fer grans serveis.

Vegeu, encara:

VIGNE, P., BOURRET, M. i LOMBARD, R.: *Eritroplàsia de la vulva i càncer de Bowen*. «Marseille Médical». 5-II-37, p. 159.

VIGNE, P. i BONNET, J.: *Eritroplàsia vegetant molt estesa de la vulva*. «Marseille Médical». 5-II-37, p. 166.

LABESSE: *Tres casos d'infecció postavortament tractats per la quimioteràpia antistreptocòccica*. «La Gazette Médicale Limousine». Limoges, IV-37, p. 141.

CHAMBON i DEVÈZE, R.: *A propòsit d'una reacció química de diagnòstic de l'embaràs*. «L'Echo Médical des Cévennes». Nîmes, IV-37, p. 80.

GOUZI: *Els diagnòstics difícils: Fibroma uteri o tumor de l'ovari*. «Toulouse Médical». 15-V-37, p. 332.

SARIC i DEPRECQ: *Quist d'ovari. (Sobre un error de diagnòstic)*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 23-V-37, p. 329.

BORDE, CH.: *Dels diversos tractaments medicamentosos de les metritis*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 5-VI-37, p. 755.

Urologia

Pneumocistoscòpia amb prisma, pels Drs. DARGET i LANGE. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 20 juny 1937, p. 396.

Heus ací un petit perfeccionament de la tècnica de la cistoscòpia, susceptible de presentar en certs casos un interès veritable.

Durant els primers temps de la cistoscòpia, nos-

altres (de la mateixa manera que ho féu Nitze) utilitzàrem per a la cistoscòpia amb prisma la distensió de la bufeta amb aire en lloc de l'aigua.

Vegeu en quines condicions: Cercant la manera de destruir un papiloma de la bufeta molt voluminós, amb l'electrocoagulació cistoscòpica, a l'hospital Sant Andreu, la deu elèctrica un xic feble no ens permeté, en la primera sessió, més que una destrucció molt lenta del tumor. Per tal d'obtenir una major eficàcia, en una segona sessió, suprimírem la resistència massa considerable oposada pel medi líquid a l'espurna; sota raquianestèsia, omplírem la bufeta d'aire, la qual cosa es féu amb la màxima simplicitat; la visibilitat fou perfecta i, en un moment, la base del papiloma es nivellà completament.

Davant d'aquest resultat tan clar, efectuàrem novament l'experiència i, en unes condicions anàlogues, amb una gran facilitat i una rapidesa considerable, hem destruït un papiloma vesical.

Es, doncs, indubtable que aquest mètode facilita molt la destrucció dels papilomes vesicals, però, a més a més, presenta altres avantatges.

Amb aquest procediment, la cistoscòpia simple és fàcil, la visibilitat perfecta, millor que amb l'aigua: l'ejaculació ureteral es presenta sota la forma de perles líquides emergint dels orificis, dels quals àdhuc indiquen la presència en el cas de no ésser visibles. Amb aquesta tècnica hem practicat un cateterisme ureteral, el qual s'ha revelat molt pràctic.

A més a més, en el cas de tuberculosi renal, les sondes ureterals, en llur travessia vesical, corren menys risc de contaminar-se pel líquid faltalment brut, si existeixen importants lesions vesicals.

En el cas d'hematúria renal feble, l'orina tenyida de sang apareixerà a la meatoscòpia molt més visible que per la repleció líquida de la bufeta.

En resum; no pretenem pas presentar la pneumocistoscòpia com suplantadora de la cistoscòpia ordinària, car aquesta suposa evidentment una bona capacitat vesical; però aquest procediment mereix ésser relegat a l'oblit dins del qual ha caigut, particularment en la destrucció ràpida dels papilomes vesicals. L'eficàcia del corrent és incomparablement més gran en medi gasós que en medi líquid.

Vegeu, encara:

TORRA HUBERTI, A.: *Principis bàsics de la nefrectomia per tuberculosi renal*. «Actes de les Reunions del Cos facultatiu del Policlínic». Barcelona, 1936, vol. 1, núm. 20.

ALCALÀ SANTAELLA, R.: *La importància de la uretrotrofia en el tractament quirúrgic de les retraccions de la uretra*. «Annales de E. Merck». Darmstadt, II part., 1936, p. 98.

- PAPIN i FERRADOU: Voluminós càlcul de ronyó. *Càlcul gegant de la pelvis*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 31-V-36, p. 350.
- DARGET, R., LANGE i LABRÉGERE: *Alguns resultats experimentals en el gos d'uretero-pielostomia i d'uretero-cistoneostomia*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 21-VI-36, p. 394.
- MERCIER, F. i MERCIER, L. J. (de Marsella): *L'ortosifon Estamineus. Medicament hepatorenal. Estimulant de la depuració urinària*. «Le Bulletin Médical». París, 1-VIII-36, p. 523.
- CREYX, M. i RINGENBACH, G.: *Nefritis hiperazotèmica sense hipertensió arterial. Absència congènita del ronyó dret*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30 novembre 1936, p. 826.
- VACHER-COLLOMB, R. (de Marsella): *Les piúries del nodrissó*. «Le Monde Médical». París, 15-I-37, p. 58.
- PETGES, G., PETGES, A. i BERGAUD: *Nefritis aguda sifilitica*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 31-I-37, p. 67.
- LARCHE, R. DE: *Algunes nocions fisiopatològiques sobre el funcionament renal deduïdes de l'examen de les orines separades*. «Revue Médicale de France». Clermont-Ferrand, 1-II-37, p. 27.
- PAUZAT i FORTON: *Flemó perinèfric en un nodrissó d'un mes*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 21-II-37, p. 125.
- PETGES, G., PETGES, A. i BERGAUD: *Nefritis aguda sifilitica*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 13-II-37, p. 250.
- PIOLLET, P.: *Un cas d'hydronefrosi intermitent esquerra*. «Centre Médical». Clermont-Ferrand, II-37, p. 44.
- VIGNE, P. i BONNET, V.: *Sífilis terciària de la uretra i goma pericavernosa*. «Marseille Médical». 5-II-37, p. 151.
- ECKERT, P.: *Orquitis traumàtica i epididimitis per esforç*. «Marseille Médical». 5-II-37, p. 176.
- ROCHER, H. L.: *Hipospadies penoesrotal tractat pel procediment de Leveuf*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 20-III-37, p. 203.
- TOURNEUK, J. P.: *Tumor de ronyó de forma ganglionar*. «Toulouse Médical». 1-III-37, p. 145.
- FOURNIER: *Tumor renal tractat pel rènium*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 11-IV-37, p. 234.
- ROCHER, H. L.: *Hipospadies penoesrotal tractat pel procediment de Leveuf*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 24-IV-37, p. 589.
- RIEUNAU i BAUDET, A.: *Ruptura espontània d'un hematocèle vaginal*. «Toulouse Médical». 15-V-37, p. 299.
- LESTRADE, A. i LAZORTHES: *Sobre un cas de càlcul de ronyó*. «Toulouse Médical». 15-V-37, p. 344.
- DARGET, R.: *Càncer prostàtic tractat per diàmetràpia combinada transvesical i perineal*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 30-V-37, p. 345.
- CREYX, LEGER, H. i LIVRAN, R.: *Síndrome nefròtica en un tuberculós*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 23-V-37, p. 330.
- TRAISSAC, R.: *Enorme càlcul vesiculo-cístic que provoca una crisi de distensió aguda de la vesícula*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 16-V-37, p. 316.
- CASTAY: *Filària del testicle descoberta per la radiografia*. «Toulouse Médical». 1-VI-37, p. 371.
- DUBOIS, R. i DOGNY, M.: *Evolució de les variacions del pH urinari i del pes durant el curs de la cura hidrotèrapiques de Saujon*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 12-19-VI-37, p. 783.
- CARCY: *Higiene dels prostàtics i tractament termal*. «Journal de Médecine de Bordeaux», 12-19-VI-37, p. 809.

Notes bibliogràfiques

GENERALITAT DE CATALUNYA: *Població de Catalunya*, 1936. Departament de Presidència. Servei Central d'Estadística. Barcelona, 1937.

Com diu molt bé Josep Terradelles en els mots de prefaci, ordenar és la primera fase de tota gestió de govern; altrament serien endebades tots els esforços que s'esmercessin en la ulterior actuació política.

Però aquesta visió totalitària no és pas tan senzilla de realitzacions i cal que nosaltres ho declararem pel que concerneix l'aspecte sanitari de tota ordenació nacional. Més, encara, cal convenir que la tasca d'ordenació d'un material tan inestable com és la població d'un país cosmopolita com Catalunya, resulta una feina poc menys que inacabable.

Per a reforçar aquesta afirmació ens ve a la memòria una resposta que, sis anys endarrera, donà un il·lustre col·lega barceloní al periodista que l'interviava a propòsit de la crisi hospitalària que, aleshores, com sempre, patia la nostra ciutat.

El nostre col·lega, coneixedor perfecte de les an·gúnies que es viuen en la direcció dels nostres serveis d'assistència social i, particularment en la del sosteniment dels establiments hospitalaris, deia que el problema barceloní d'atendre la totalitat de malalts indigents que romanen sense poder rebre els beneficis de l'hospitalització, restaria solucionat amb la creació i sosteniment d'un nou edifici-hospital de 3.000 llits de capacitat. Però, s'apressava d'afegir una condició primordial: la rotunda prohibició d'atendre cap nova sol·licitud d'ingrés de gent forastera i malalta tot just arribada a Barcelona per engruixir el volum del nostre llast de necessitats d'assistència sanitària.

Sí, sis anys endarrera, l'afluència de gent forastera en corrent immigratori paorós plantejava aquesta mena de conflictes, quina no serà la densitat d'aquests mateixos conflictes en les hores de guerra que han transformat Catalunya i particularment Barcelona en un refugi capaç per a totes les misèries, orgàniques i espirituals, que vulguin transmetre-li de tots els indrets peninsulars i extra-peninsulars!

Insistim; en circumstàncies de tota mena, Catalunya, centre d'atracció de totes les misèries, refugi de tota forma de desvalguts, reparadora insuficient, però, dels turments de la fam de tots els estómacs, comptarà sempre amb un tipus de població inesta-

ble que, per força, ha de constituir una de les dificultats més serioses a tot intent de fixació de dades en un treball d'estadística demogràfica.

Si la seva fama de rica i plena respongués integralment a la realitat, a la nostra terra hi viuria tothom paradisiàcament i la nostra estadística de població respondria a un tipus d'inestabilitat força senzill de seguir, car en el fons es reduiria a un simple i progressiu augment anual de les xifres de cada capítol inicial. Però Catalunya no és la terra de promissió imaginada per molts; és, per contra, un país generós que dóna tot el que té a benefici del primer que li ho demana i sense massa exigències respecte a la forma de la petició. Hi ha, però, en ella, més bons desigs que no pas possibilitats. Això fa que mentre no s'interromp mai el corrent immigratori, cal remarcar també l'existència d'un altre corrent emigratori que descongestiona el conglomerat, no tan sols a base de l'èxode d'un cert nombre dels forasters, sinó — i això és força dolorós — a base de molts, sovint dels millors, dels seus propis fills.

Sense entrar en detalls sobre aquest nou ordre de coses que el tema suggereix, tot passant, és innegable que la tasca de l'estadista ha d'ésser molt difícil a Catalunya i que els seus rendiments no poden tenir aplicacions pràctiques en adaptacions cronològicament gaire llunyanes.

El volum que ens fa escriure aquests mots de glossa representa un esforç mereixedor, sense regateig, de tota mena de lloances. Cal, però, que sigui l'inici d'una constant renovació, car, altrament, els seus beneficis no passarien gaire més enllà d'una simple contribució a la densitat de la llista de llibres bells i curiosos que han vist la llum en català. Aquest darrer valor no li seria certament negat per ningú, car es tracta, en aquest aspecte, d'una magnífica mostra de les possibilitats de les arts del llibre a Catalunya.

La Fondation Rockefeller. «Revue de l'œuvre accomplie en 1936», per RAYMOND B. FOSDICK. Nova York, 1937.

En un petit fascicle de 64 pàgines, dignament il·lustrat amb gravats molt demostratius, Raymond B. Fosdick, president de la Fundació, ens fa una bella narració de com han estat esmerçat onze milions tres-cents mil dòlars durant l'any 1936.

Es en tots conceptes meravellosa l'obra d'aques-

ta Fundació benemèrita! Cada any, per aquest temps, en rebre el seu esperat anuari, ens ve a la boca la mateixa exclamació: Meravellosa!

El programa de 1936 ha comportat la intervenció en 53 països estrangers. Les institucions subvencionades formen una cadena que s'estén d'Escandinàvia a Java. Els crèdits acordats per a treballs duts a terme fora dels Estats Units han pujat a 3.621.000 dòlars, és a dir, un terç del total esmerçat durant l'any. La resta ha servit per a ajudar les operacions performades per diverses organitzacions nord-americanes.

La limitació d'espai que ens imposa la manca de paper ens impossibilita de glossar aquesta obra única, però ens fem un goig de projectar per a un dia o altre un comentari extens i intens que reflectirà la nostra gratitud com a ciutadans del món.

Muralles de Silenci. (Estudi psicològic de l'anti-patia). Novel·la, per J. ROIG I RAVENTÓS. Llibreria Catalònia. Barcelona, 1937.

Es admirable, per damunt de tota ponderació, l'activitat d'aquest ciutadà benemèrit que sap esmerçar les hores de lleure en el conreu d'un tipus literari que, a mans de més de quatre, seria pura triful·leria... si no esdevenia pura matèria d'ensopiment pseudo-científic.

A Roig i Raventós conflueixen, equilibrades, la gràcia expositiva de l'artista coneixedor de l'ofici i la solvència científica que forma el basament estable de les afirmacions doctrinals.

Si fallés una d'aquestes forces rectores, el joc harmònic que articula els elements psicològics de les ànimes creades per l'autor esdevindria una grotesca promiscuació de ninots o de folls i, per tant, l'obra, ultra no respondre a la finalitat educadora perseguida pel seu creador, exigiria, per tal d'*aguantar-se*, tot el trucatge tradicional de la novel·listica al servei de candorosos i —oh, paradoxa!— d'infants terribles.

El personatge central de *Muralles de Silenci* constitueix el model de dificultats vençudes per l'art magnífic de Roig i Raventós. No han estat pas planyuts els obstacles a sobrepassar; no han pas estat escarnotejades les possibilitats d'imbricació de conflicte. Per contra, sembla com si l'autor s'hagués mogut amb el propòsit de carregar la mà fins la inversemblança. I ha triomfat; heus ací el millor comentari.

Tuberculosi renal, pel Dr. A. PUIGVERT I GORRO. «Monografies Mèdiques», núms. 103-104, any XII, 1936-1937. Barcelona.

En la senzillesa de llenguatge amb què són exposades les matèries d'aquesta monografia, hom descobreix el fort domini que d'elles té el seu autor.

No és pas una novetat per a nosaltres aquesta elegant i àgil facilitat amb què el Dr. Puigvert es llança a la performança descriptiva enfront de qual-sevol tema d'urologia, però ens és grat de fer-ne remarcar el fet una vegada més.

Ara, en l'avinentesa de publicar aquesta monografia admirable sobre la tuberculosi renal, ens és plaent de posar de costat aquest exemple de literatura reeixida de tipus divulgador i aquell admirable «Atlas d'Urologia» que ens oferí quatre anys endarrera i que proclamà el seu mestratge de manera ben espectacular.

Puigvert és un dels valors mèdics més rellevants. En parlar d'ell ja no són admissibles les expressions d'esperança. Per ell parlen ja a bastament les més esponeroses realitats.

L. C.

Problemas actuales de Neuropsiquiatria de Guerra, pel Dr. GREGORIO BERMANN. Artes Gráficas. Madrid, 1937.

Les condicions especials d'ambient creades per un cataclisme tergiversador com és aquesta mixtura de guerra i revolució que estem patint, han esdevingut tema d'obsessió atraient per als esperits dotats d'una certa finor. De vegades, aquesta acció atractiva es redueix a esplais literaris que prenen cos en forma d'article, de pamflet o de llibre. D'altres vegades arriba, fins i tot, a transportar materialment el simpatitzant a l'escenari mateix de la lluita i a barrejar cos i esperit entre els qui es dessagnen.

Aquest és el cas del Dr. Bermann, il·lustre psiquiatra argentí, el qual després de passar per Barcelona i pels centres peninsulars de població més densa que són sota la jurisdicció de València, reuneix ara en una breu publicació les seves impressions a través del prisma personal de l'especialista.

El treball del Dr. Bermann és molt important perquè es fonamenta en materials de primera mà, ordenats i comentats amb una competència d'expert d'*élite*.

LA MEDICINA CATALANA, seguint l'orientació que s'ha imposat d'anar aplegant en les seves pàgines, a la manera d'arxiu, totes les activitats, notes i comentaris d'ordre mèdic nascuts de les circumstàncies que viu el nostre poble en guerra, promet als seus llegidors ocupar-se extensament del treball del Dr. Bermann motivador d'aquesta nota que, ara com ara, té per únic objectiu donar compte de la seva aparició entre les notes bibliogràfiques més remarcables d'aquestes darreres setmanes.

L. C.

Occitània mèdica

pel Dr. Leandre Cervera

No menen enlloc les expansions jeremíiques. Als col·legues gascons

Del darrer número del «Journal de Médecine de Bordeaux», tot just arribat a les nostres mans (7-14 d'agost, 1937), volem recollir un plany de Boissierie-Lacroix que reflecteix fidelment el sentir dolorit de la majoria, indiscutible, dels col·legues occitans que, empesos per una vocació científica i per un noble afany humanitari, no es resignen a admetre la injustícia que representa el fet de no trobar per a llur obra ni un respecte ni una consideració més enllà dels límits reduïts de llur ambient provincial.

La història d'aquest procés és vella, abasta la totalitat dels estaments socials i motiva reaccions diverses. En el nostre món professional i científic sovint hiperestèsic, aquestes reaccions, per bé que episòdiques, formen una seriació subintrant que atreu l'atenció de l'esperit observador.

Fa cosa d'uns dos anys (desembre de 1935), en la mateixa revista bordelès que hem esmentat, J. Vergely, en una crònica abrindada com totes les seves, feia l'elogi escaient de les Facultats de Medicina provincials i de les activitats de recerca dels seus homes eminents i demanava un tracte millor a les zones del privilegi.

Ara, Boissierie-Lacroix ens recorda, ple de melangia, els esforços duts a terme pel professor Cruchet, de Bordeus, des de fa molts anys per tal de fer conèixer terres enllà els treballs de la Facultat provincial preterida o negligida. Aquest plany li és suggerit en reivindicar per a Moussous la dedicatòria de la síndrome d'eritrodèrmia descamativa que aquest gran mestre bordelès descriu abans que no cap altre clínic i que ara, sense l'excepció dels autors francesos, comença de popularitzar-se amb el nom de malaltia de Leiner, en homenatge a Karl Leiner, de Viena, que n'ha fet una descripció molt posterior.

Podríem recollir també, tot passant, una rèplica de Piéchaud a Kopaczewski sobre aquest mateix tema de l'oblit susceptible d'interpretacions d'acord amb la deformació obrada pel prisma personal a través del qual rep cada receptor les imatges excitants.

Però no ens interessa pas l'arreplec quantitatiu de fets. Ens interessa, en canvi, fer la remarca d'una doble qualitat que és comuna a tots ells: el to jeremíic que els informa i la manca de solucions pràctiques per a neutralitzar llur motivació.

A nosaltres ens han semblat sempre malaguanyades totes les energies esmerçades en lamentacions si a seguit d'elles no hi ha un assaig de realitzacions correctores.

Als amics gascons i als altres col·legues occitans, davant l'actualització del tema, ens plau ara de reiterar la cordial oferta del nostre ajut incondicional. Per comptes de palplantar-nos amb ells davant del mur dels laments, els volem recordar que ningú no és profeta en la terra pròpia i que malauradament cal cercar fora d'ella allò que els nostres coterranis haurien d'atorgar-nos abans que ningú més.

El fet científic exigeix la difusió plurilateral i, per tant, si una via de sortida li és obstruïda, d'altres, mantingudes ben obertes, faran la compensació. Una d'elles, col·legues gascons, és la que us ofrenà de bell antuvi LA MEDICINA CATALANA, vehicle que bo i fent obra d'agermanament, us garanteix l'expansió quilòmetres i quilòmetres enllà de la vostra zona vernacle. Amb quin goig anem recollint ja els fruits d'aquesta tasca d'interrelació i d'agermanament medical catalano-occità!...

La revista barcelonina, caldrà que ho remaquem, ha retornat als vostres ambients «provincials», amorosament arxivades entre els grups d'especialitats de la secció d'Hemeroteca, gran nombre de les produccions escrites per vosaltres amb aquella encongida il·lusió de recaptar per a elles aquells honors que no us han atorgat els qui usdefruitien les situacions de privilegi al redós de la protecció oficial. Gràcies a aquesta obra silent i constant, a través de les planes d'una revista que no admet el qualificatiu de «provincial», per tal com no ama les pretericions ni els valors pejoratius, han estat establertes relacions que han esdevingut base de col·laboració esponsorosa, no solament entre recercadors i clínics de terres catalanes i occitanes, sinó també — i això és per a nosaltres el motiu de goig més remarcable — entre col·legues de regions occitanes que s'havien mútuament ignorat fins aleshores. Si els arbres es

coneixen pels fruits, sia'ns permès de proclamar l'excel·lència del nostre.

La nostra obra divulgadora ens ret uns beneficis espirituals que superen de molt l'esforç esmerçat per a aconseguir-los. En primer lloc, ens estalvia les actituds jeremíiques que hem blasmat. Després, ens permet d'esperar que, sense descendir al joc menyspreable de la política i al trucatge d'un innocent imperialisme, laborem amb eficàcia per una expansió dels valors positius de la cultura mèdica nostrada, i en dir nostrada ens referim tant a la lingüísticament catalana com a la dels germans de terres d'Oc. En el fons de tota actitud generosa hi ha en latència un germen de reciprocitat.

Un sistemàtic i lleial conreu d'aquesta reciprocitat ens menarà uns i altres a una expansió profitosa de la nostra tasca medical, especulativa i pràctica. Aquest capteniment ens permetrà de veure néixer, guiat per una mena de deure tàcit, un doble corrent espiritual, centífug i centrípet, ric de resultats per a tots i fomentadors de les més nobles i desinteressades col·laboracions.

Admiradors fervorosos dels diversos grups medicals occitans que esmercen llur activitat i llur entusiasme en formacions especialitzades de recerca i en cenacles d'especulació científica, hem constatat amb pena la injustícia amb què són preterits i fins negligits i tot per especialistes forasters, no pas més excel·lents, però força mal avesats a cercar en les deus de la moda llur periòdica i estandarditzada renovació de *figurins*.

LA MEDICINA CATALANA, sense esgarips, ha fet conèixer a l'especialista català la tasca formidable, en qualitat i en quantitat, que duen a terme les escoles bordeleses d'ortopedistes i d'oto-rino-larín-gòlegs, la que realitzen els fogars de Fisiologia de Tolosa de Llenguadoc i de Montpeller, la que desenvolupen els crenòlegs albernyats en el clos de la feineria col·lectivitat de Clermont-Ferrand, la meravella dels resultats assolits pels clínics montpellerins en llurs estudis climatològics, les excel·lències del mestratge dels cenacles marsellesos i de tantes i tantes aglutinacions d'investigadors i de clínics que són l'orgull de les regions occitanes o, més concretament, dels centres universitaris regionals de la gran terra d'Oc.

Si els col·legues occitans coneguessin l'esperit nòmada, inquiet i decidit del català, comprendrien l'interès que per a ells mateixos representa atreure's

atenció d'aquell company que amb la més gran facilitat, armat de diversos idiomes internacionalitzadors, el mateix li és anar a Toronto a veure de prop com es fabrica la insulina, que a Boston a estudiar les activitats de l'Harvard Medical School, que a Copenhague a interrogar els tècnics més competents de la crisoteràpia, que plantificar-se a Moscou o a Buenos Aires a contemplar, sense el desfoeat de les distàncies, els treballs sobre els reflexos condicionats o la tècnica de la hipofisectomia.

El nostre admirat Soula ha glossat, amb la gràcia del seu estil i amb la precisió del seu art descriptiu, aquesta qualitat catalana i n'ha fet veure l'aspecte útil que pot interessar els occitans.

El metge català, afectat per un afany poliglòtic i per aquesta tafaeria racial, recull d'ací d'allà, tot just nascudes, les novetats que fan progressar la ciència mèdica i les porta a casa. El seu inesgotable afany de superació infon a les aportacions captades unes característiques d'*aclimatació* que, moltes vegades, arriben a constituir milloraments incontestables. Però el català recollector d'impressions realitza la seva tasca captadora bo i fent una difusió de coneixements pertot arreu on passa. Heus ací, doncs, l'interès doble que per als col·legues occitans haurà de tenir l'establiment d'una amistat estreta amb els metges catalans: d'una banda, trobar en ells el company estudiós disposat a reconèixer la vàlua de llurs treballs i el difusor eficient d'aquestes mateixes activitats; d'altra banda, la relació amb un fogar germà i ben pròxim geogràficament, en el qual pot adquirir còmodament informacions completes i rigorosament al dia de tot allò que el món medical va produint amb porfídiosa constància i, de vegades, amb vertiginosa celeritat.

Un ideal comú seria procurar a aquests centres occitans una aflluència d'estudiosos catalans i als nostres centres catalans una semblant convergència d'estudiants i metges occitans moguts per un mateix afany d'adquisició de coneixements i de perfeccionament dels adquirits.

Heus ací, amics gascons, una finalitat més pràctica que la de cercar voluntats amb simples invocacions sentimentals o amb reclamacions d'atenció purament literàries.

De la nostra part, hi ha una predisposició totalitària a favor d'aquest programa; cerqueu si serà possible de fer el mateix per part vostra.

Noticiari d'activitats

UNIVERSITAT DE CATALUNYA • INSTITUT DE FIOLOGIA

Dotze lliçons sobre

"Qüestions actuals de Fisiologia i Fisiopatologia"

Abril-juny de 1937

El caràcter d'aquest curs, predominantment pràctic, dificulta la preparació d'una informació publicable. La part doctrinal no aspirava a ésser un resum ample i complet de les qüestions, sinó comentari adequat sobre els diversos fets objectius obtinguts en les demostracions experimentals i estudis clínics. La diversitat de temes, i la manera personal i variada de tractar-los pels diferents professors fan encara més difícil aquesta tasca informativa, d'altra banda necessària en el nostre registre d'activitats, per l'interès general dels problemes tractats i per la novetat de l'estructura del curs. Es sobre notes proporcionades pels propis autors, que hem preparat aquest resum.

I. — EL COMPLEX VENTRICULAR, pels Drs. J. M. Bellido i Cristian Cortés.

S'ocupa el primer de la significació fisiològica del complex, i el segon de les modificacions patològiques.

Els efectes sobre la pota galvanoscòpica donaren lloc a la discussió sobre la naturalesa tetànica o de contraccions aïllades del miocardi ventricular. L'obtenció de traçats gràfics amb electròmetre capil·lar, i especialment els traçats dels galvanòmetre de corda, ens permeteren més tard arribar a identificar la corba clàssica, i últimament, les ampliacions obtingudes amb electròmetres catòdics, ens han fet descobrir encara nous accidents, alguns dels quals, els més constants i freqüents, semblen tenir una particular significació encara no interpretada.

S'entra després a l'estudi, documentat amb gran nombre de projeccions, de les relacions cronològiques entre el complex ventricular i la producció dels sorolls cardíacs, pols arterial, etc. El problema de la individualitat indiscutible del complex

ventricular quedà resolt per Kraus i Nicolai, obtenint traçats aïllats d'aurícula i ventricle, que poc després s'obtenien també, amb els mateixos resultats, en el nostre Institut de Fisiologia, en els primers treballs realitzats sobre electrocardiografia.

Parlant de les diverses derivacions, remarcava que les utilitzades en els animals d'experimentació no es poden superposar a les habituals en l'home, perquè en aquells l'eix del cor és quasi coincident amb el del cos, i no fa l'angle humà, variable segons la tipologia individual. El complex ventricular pot modificar-se experimentalment. Pocs dies abans de la gran guerra, el 1914, poguérem presenciar a Lió la discussió esdevinguda clàssica entre Nicolai i Vaquez sobre la part real i la deguda a variacions de posició dels elèctrodes, abans i després de l'experiment. Els resultats experimentals més brillants són els obtinguts per la interrupció operatòria del fascicle de His, la inversió de l'ona T per dosis excessives de digital, fenomen en el qual es basen algunes de les tècniques de valoració farmacodinàmica dels preparats digitals i per cauterització o lligadures de les coronàries, juntes o separatament.

Entre les hipòtesis formulades per explicar la producció del complex ventricular tenim: a) alterança de negativitat de base i punta; b) direcció de les fibres i forma de propagació de la contracció (Kraus i Nicolai); c) bicardiograma dret i esquerre i teoria de les predominances (Lewis); d) interferències entre velocitat i difusió de la contracció i la corrent d'acció corresponent (Meyer). Acaba aquesta part de la lliçó amb l'exposició dels arguments i fets clínics i experimentals favorables i contraris a cada una d'aquestes hipòtesis i una revisió de l'estat actual de la qüestió.

L'exposició de les atípies del complex ventricu-

lar en una sola sessió ha d'ésser forçadament esquemàtica. Deixarem de banda totes les que van involucrades amb trastorns de ritme.

S'estudien successivament: a) variacions que depenen de la derivació, insistint en l'escàs valor dels electrocardiogrames en una sola derivació, i la poca importància, en general dels accidents en III.

b) Variacions fisiològiques, depenents de la posició del cor en el tòrax, i la seva modificació per pleuritis, tumors mediastínics, etc. L'alçària relativa de R, seguint l'esquema de Lewis, és en el cor oblic—el més freqüent— $R_3 > R_2 > R_1$; en el cor vertical, en gota $R_2 > R_3 > R_1$ i en el cor horitzontal dels pletòrics $R_1 > R_2 > R_3$, completant-se aquestes dades amb l'ortodiagrama per fixar la posició del cor en el mediastí.

c) El concepte de predominança elèctrica. Segons Lewis, l'electrocardiograma és la suma algebraica de dextro i levograma. Segons Fredericq, la cosa és més complexa: cada fibra cardíaca dona el seu corrent d'acció, amb la corba corresponent, i l'electrocardiograma és la resultant de la suma de totes elles. De l'estudi dels traçats de predominança, resulta que R_1 pot interpretar-se com un accident ventricular esquerre; S_1 com un accident ventricular dret. En derivació tercera, l'esquema s'inverteix: R_3 és un element ventricular dret i S_3 esquerre. D'aquesta manera, la definició de les corbes de predominança queda gairebé establerta. Predominança ventricular esquerra té com a característiques R_1 i S_3 grans i R_3 i S_1 petites, de baix voltatge, i la predominança dreta, tot el contrari. Fa un incís, basant-se en electrocardiogrames superposats, sobre la manca de realitat de la terminologia corrent de l'electrocardiograma, i la necessitat de parlar de manera general de «deflexió principal» que unes vegades pren els caràcters d'una lletra, i altres d'una altra de la denominació clàssica. Segueix amb la crítica de les discussions sobre la significació de predominança ventricular, i les seves relacions amb els trastorns de conducció de la branca oposada.

d) Modificacions en la duració del complex, estudiant-les també, com tota la lliçó, sobre gran nombre de corbes obtingudes en malalts per la secció de Cardiologia de l'Institut de Fisiologia.

e) Modificacions aïllades de Q, R, S i T. Exposició de la significació dels engruiximents, nòduls, ganxos, etc., insistint especialment en les modificacions de T i llur importància pronòstica.

Segueix explicant la significació d'algunes síndromes i signes de valor individual, tals com el baix voltatge, on a Q_3 , recentment descrita per Pardee, interpretant-la com un signe d'angor, complexos en M i W, la significació dels quals va ésser llargament discutida en una de les últimes sessions

de la nostra Societat de Biologia. T coronària o de Pardee, molt freqüent en malalts amb infart de miocardi, essent una de les poques alteracions electrocardiogràfiques regressibles, deixant, però, de vegades com record una T negativa.

Una exposició de l'anatomia de les dues coronàries i les respectives zones d'irrigació, i del fascicle de His, serveix d'introducció a l'estudi de l'anomenat bloc d'arboritzacions i el bloc de branques, i referint-se després als estudis de Mahaim i les dues formes de síndrome coronària anterior, amb dos tipus: a) bloc pur de la branca dreta i b) forma mixta per lesió del ramus limbi dextri, que afecta a la branca dreta i la part posterior de l'esquerra, caracteritzada per major amplària de T i poca negativitat i la síndrome coronària posterior, també amb dues formes: a) abraçant les dues artèries (la del nòdul i la branca esquerra) donant lloc a la bradicardia sincopal per dissociació a. v. i, b) afectant només les ramificacions posteriors de la coronària esquerra, i modificant l'ona T.

Demostracions. — Lectura i comentari de gran nombre d'electrocardiogrames normals i amb les diverses varietats de c. v. Obtenció d'electrocardiograma de tortuga: c. v. aïllat. Obtenció d'electrocardiograma del gat i modificacions per dosis elevades de digital. Id. en el gos i modificacions per lligadures vasculars en el cor.

II. — RIGIDESA DE DESCEREBRACIO, pel Dr. Jaume Pi-Sunyer Bayo.

El to muscular o to postural de Sherrington en els vertebrats superiors és una contracció com les altres, com les tetàniques o les voluntàries i guarda molt poques relacions amb el to de les valves dels molluscs i el seu manteniment sense fatiga ni despesa metabòlica (fenomen de v. Uexküll). Exposició dels arguments metabòlics; de creixement en unitats, per entrar en funció noves fibres que responen segons la llei del tot o res; alternança funcional entre les fibres i alternança de replecció dels capil·lars corresponents (Krogh). Aquesta contracció es manté per mecanismes reflexos: importància de l'existència de la medulla (fenomen de Brondgeest) i del manteniment normal de les seves funcions (experiment clàssic de Stenon). El reflex tònic és predominantment d'origen miotàtic: valor d'aquesta denominació: estudi de la deaferentització, o secció de les rels aferents corresponents i els seus resultats. Experiments de Bremer intoxicant el múscul amb novocaïna; observació anterior del fenomen per A. Pi-Sunyer i A. Raventós (1909) colateral a un treball sobre altres qüestions, sense interpretar-lo. La unitat motriu: resultats de l'estudi de l'electromiograma en unitats i músculs complets.

Intervenció dels centres superiors. Els nivells de secció: nucli roig. Estudi de l'animal espinal, de l'animal descerebrat per sobre i per sota del nucli roig, de l'animal talàmic. El primer amb xoc espinal i flaccidesa absoluta, i passat un temps, lleugera contracció dels flexors; el segon amb gran rigidesa d'extensors (caricatura de la posició, Magnus); el tercer semblant a l'espinal, però mantenint per ell mateix els moviments respiratoris. L'animal talàmic, amb posició i to normals. Si s'ajeu l'animal a la força, s'aixeca i es posa bé (reflexos de rectificació postural), però és incapaç de moviments voluntaris. No confondre animal talàmic amb síndrome talàmica en l'home: casos de Walshe; noció de la predominança cortical.

Comparació de l'exploració de reflexos i de les reaccions posturals en els animals esmentats.

Importància de l'àrea premotriu (6 de Brodmann) en el to muscular i els moviments. Experiments de Langworthy, en gats. Presentació d'un animal amb destrucció de l'àrea frontal mixta de Langworthy. Trastorns de to i de posició, principalment hemilaterals. Modificacions del to muscular pel cervellet (Luciani) i sistema extrapiramidal. Tonus i clonus, fenòmens anàlegs a ritme diferent. Comparació de respostes mecàniques i elèctriques en fenòmens tònic i clònic.

Fonaments fisiopatològics de la simptomatologia extrapiramidal. Exposició sinòptica dels diferents tipus de paràlisi, i explicació fisiològica, segons les nocions exposades, de l'existència o absència d'hipertonía, de reacció elèctrica de degeneració, de fenòmens concomitants atàxics, sensitius, tròfics, etc. Valor de les expressions flaccidesa i rigidesa, i substitució millor per la noció de variació quantitativa en el to muscular. Aplicacions diagnòstiques dels fets exposats.

Demostracions. — Tècnica de preparació de l'animal espinal (Dale) i de l'animal descerebrat per sobre i sota del nucli roig (Magnus i Rademaker, Sherrington). Id. de l'extirpació del lòbul frontal de Langworthy.

Granota normal, amb estrienina i amb destrucció medullar.

Estudi en els gats prèviament preparats amb seccions a diversos nivells, de la posició, reacció d'escurçament i allargament, reflex rotulià, reflex extensor creuat, inhibició recíproca, posicions del cap. Resultat de la secció de les rels posteriors medullars corresponents. Experiment de Weed; desaparició de la rigidesa contralateral per estimulació elèctrica en l'animal descerebrat, d'un peduncle cerebral (nivell de la secció).

Obtenció d'electromiogrames de to de l'animal normal, descerebrat i espinal; estudi de la resposta elèctrica al reflex extensor creuat, obtingut per estimulació faràdica del ciàtic. Anàlisi dels

En el número
vinent trobarà
el lector
els índexs
corresponents
al volum VII.



Recordem als nostres
amics que desitgin
relligar LA MEDICINA
CATALANA, que se'ls
passarà a recollir els
exemplars a domicili
si així ho avisen als
telèfs. 74555 o 73871.

traçats obtinguts en aquestes condicions: voltatge, ritme, forma, etc. Aplicacions a l'home. Valor dels tonogrames de R. Lavin, i dels registres elèctrics.

En acabar aquesta lliçó, el Dr. August Pi Sunyer fa una breu exposició sobre les seves investigacions recents referents a la sensibilitat química, i la nova bibliografia que s'ocupa d'aquest problema, estudiat de fa molts anys per l'escola fisiològica de Barcelona.

III. — FISIOPATOLOGIA DE LA GLUCEMIA, pel Dr. R. Carrasco i Formiguera.

Estudia les condicions fisiològiques de la formació i destrucció de la glucosa: de l'equilibri variable entre aquests dos mecanismes, resulta el nivell de la glucèmia. La glucosa sanguínia, per l'intermedi del glucogen hepàtic, pot derivar de glucosa ingerida o catabolitzada, de levulosa i d'altres monosacàrids. S'ha de discutir el problema de la derivació dels pròtids pel pas intermedi d'àcids amínics, i dels lípids, per la glicerina. La glucosa de la sang, pot passar als teixits, i allí oxidar-se, per cobrir les necessitats metabòliques o passar a glucogen muscular, que passa, en la contracció, a àcid làctic muscular i àcid làctic de la sang. La formació de glucosa, és influïda per les condicions químiques generals del medi, per l'acció de les diastases corresponents, per la concentració d'hidrogenions i per la concentració d'altres ions. Entre aquests mecanismes que hem estudiat—i el mateix es pot dir dels que estudiarem immediatament, de destrucció—n'hi ha de segurs, ben establerts, comprovats pels medis experimentals més acurats i diversos, i altres d'hipotètics, que ens serveixen de moment com hipòtesis de treball per completar els cicles bioquímics.

La destrucció de glucogen hepàtic, passant a glucosa, o anant més lluny, per la combustió ràpida d'aquesta, està condicionada per les necessitats d'oxidació, per la deplecció de les reserves glucosades llacunars, per la ingestió alimentària, per estímuls simpàtics, i influències endocrines; entre aquestes, l'escorça suprarenal, hipòfisi anterior i posterior, el tiroides i l'adrenalina. L'estudi de totes aquestes influències, llurs mecanismes i les derivacions fisiopatològiques, ocupa una bona part d'aquesta interessant lliçó.

Els mecanismes de destrucció de la glucosa, o millor dit, de desaparició de la glucosa de la sang, ja que unes vegades es destrueix i altres passa a diversos teixits, són molt nombrosos. Entre els més importants i millor coneguts, tenim l'equilibració amb els teixits, la formació de la glucogen, l'oxidació i la glucosúria. L'equilibració és un mecanisme quantitativament molt important, i ràpid, al qual fins els últims anys no s'ha donat prou

importància; la fixació en forma de glucogen pot fer-se en el fetge o en altres teixits i en primer lloc el múscul. El fetge, fixa un 25 % de la glucosa ingerida en quantitat excessiva immediatament, i el 75 % en 24 hores: aquestes xifres ens indiquen com s'ha exagerat la importància del bloqueig de la circulació portal. El glucogen fixat en els teixits, no resta ja tan a l'abast per retornar a la sang en una nova glucogenolisi, quan sigui necessari per a augmentar el nivell glucèmic, disminuït per qualsevol raó; s'utilitza quasi completament per la combustió en el propi múscul. Quant a l'oxidació, els estudis calorimètric i de quocient respiratori ens instrueixen sobre el seu valor immediat i retardat. La glucosúria, manera d'alliberar-se de la glucosa hemàtica, quan ultrapassa cert nivell, depèn de l'estat del ronyó.

L'estudi de la fisiopatologia de la hiperglucèmia, s'ha completat, des del coneixement de la insulina, amb l'estudi de la fisiopatologia de la hipoglucèmia i els resultats d'aquests dos tipus d'experimentació, junt amb els estudis clínics, cada vegada més detallats per la popularització de mitjans exploratoris, principalment químics, ben exactes, han portat el progrés de la moderna diabetologia, una de les branques de la medicina més precises en les seves conclusions i resultats.

Demostració. — Injecció d'insulina a dos conills. Observació de convulsions hipoglucèmiques després de passat cert temps. Fenòmens d'atonía anteriors a la presentació de convulsions; comparació dels dos conills hipoglucèmics amb un altre de normal. Obtenció ràpida de glucèmies pel mètode de Seiffert. Desaparició ràpida i espectacular de la hipoglucèmia per injecció intravenosa de solució hipertònica de glucosa i d'adrenalina. (mobilització del glucogen hepàtic).

IV. — MECANICA DE LA PLEURA I DEL MEDIASTI, pel Dr. F. Domènech-Àlsina.

Estudi del quadre clínic del pneumotòrax obert. Conclusions de Graham i Bell sobre les modificacions de la pressió pleural en el pneumotòrax obert i llur importància. Crítiques fetes a les conclusions de Graham i Bell.

Si bé les conclusions experimentals d'aquests autors no poden ésser acceptades íntegrament, alguns dels fets establerts per ells han estat extraordinàriament beneficiosos per a la clínica humana, tals com la importància de la capacitat vital en la resistència al pneumotòrax.

Les modificacions de la pressió pleural d'un costat (per insuflació o per obertura pleural) es transmeten a l'altre, exceptuant, però, els animals amb mediastí perforat o amb mediastí molt flexible. La pressió en el costat sa augmenta menys que en el

costat obert i la diferència és més grossa com més augmenta la pressió pleural del costat obert o insuflat i més rígid és el mediastí.

El pneumotòrax obert és més mal tolerat com més gran és l'obertura pleural. No obstant, en l'home i en els animals de mediastí rígid pot tolerar-se una ampla obertura temporal si la capacitat vital és elevada.

El tancament de l'obertura pleural millora immediatament els trastorns del pneumotòrax obert. També els milloren lleugerament totes les manobres de fixació quirúrgica del mediastí: la tracció del pulmó cap a l'exterior i a la tracció del diafragma, per exemple.

La mort en el pneumotòrax obert o en el pneumo a tensió en el conill i en el gos es deu fonamentalment a l'asfíxia. No es produeixen trastorns importants de la pressió sanguínia sinó quan ha cessat completament la respiració: llavors després d'una hipertensió temporal deguda a l'asfíxia es produeix la detenció del cor.

Segons les investigacions portades a cap per Domènech-Alsina i Piulachs en el conill, en el curs del pneumotòrax a tensió i del pneumotòrax obert es produeixen lleugers augments de la pressió mediastínica, però de cap manera un augment suficient per a explicar els trastorns del pneumotòrax per una alteració primitiva de la circulació de retorn cardíac.

S'estudien les aplicacions clíniques dels resultats experimentals.

Demostracions. — a) Pneumotòrax a tensió en el gos. Mecanisme de mort. Determinació de les pressions pleurals, pressió sanguínia i inscripció moviments respiratoris. b) Pneumotòrax obert en el conill. Estudi de la pressió pleural de l'altre costat i de la pressió del mediastí anterior. Demostració de la importància de l'extensió de l'obertura pleural i dels efectes del tancament de l'obertura pleural i de la fixació quirúrgica del mediastí.

V. — QUIMISME DIGESTIU: EXPLORACIO PER VIA ALTA, pel Dr. Albert Folch.

Secreció gàstrica: després d'un breu resum de les tècniques ja clàssiques d'exploració clínica quantitativa i qualitativa de la secreció gàstrica i dels resultats coneguts, es detallen els obtinguts amb excitants menys utilitzats: àpats complets, aigua pura, etc. Pot dir-se que els amargs no exciten absolutament gens la secreció, a no ésser per l'alcohol amb què acostumen a ésser dissolts. La injecció d'insulina endovenosa dona un suc absolutament pur; l'estudi d'aquest suc, evitant el reflux duodenal mitjançant la instal·lació de diverses sondes a diferents nivells indica que les xifres normals oscil·len als voltants de 100-

200 c. c. per hora. Es gairebé fixa la quantitat de clorurs en totes les determinacions. Es freqüent la relació entre la xifra total de clorurs i la de ClH total. No existeix relació entre la velocitat de secreció i la quantitat de Cl o ClH, i és absolutament inversa la proporció entre la quantitat de ClH i la de moc. Si es comparen els resultats obtinguts mitjançant aquest estimulant i els obtinguts mitjançant la histamina, poden resumir-se els resultats dient que la histamina dona un suc molt ric en clor o en clorhídric i molt pobre en moc, mentre que la insulina dona un suc més aviat ric en moc i pobre en clor o clorhídric.

Respecte al problema, interessantíssim, i per resoldre encara, del procés de secreció i de les relacions mútues clor-àcid, una projecció de H. Sarre, treta de la Fisiologia de Rein demostra de forma evident com després de la injecció d'histamina, en la superfície de la mucosa gàstrica el pCl roman invariable, mentre el pH baixa considerablement. Aquesta experiència, portada a terme formant la mucosa gàstrica part d'una pila de concentració mitjançant elèctrodes de clorur de plata (per al Cl) i d'antimoni (per al ClH), fa molt versemblant la formació del ClH partint de clorurs neutres (potser ClNH_4) ja en l'interior de la cavitat gàstrica.

En el que es refereix a la pepsina, les determinacions fetes amb tècniques acurades demostren l'extrema variabilitat de les quantitats en què existeixen en els diferents sucs, i la poca importància relativa que té aquesta variabilitat.

Secreció pancreàtica: Exposats breument els coneixements clàssics, s'insisteix sobre els estudis actuals portats a terme utilitzant com a excitant la secretina obtinguda tractant l'extret àcid de mucosa duodenal amb sals biliars, i separant aquestes amb acetona. Es fan projeccions i es reproduïen les conclusions de Agren i Lagerlof que treballen utilitzant el tub-sonda doble per evitar la regurgitació duodeno-gàstrica i el passatge gastro-duodenal. El bicarbonat contingut en el suc pancreàtic neutralitzaria volum a volum el suc gàstric. Els quadres patològics més freqüents podrien, segons aquests autors, esquematitzar-se dient que en les pancreatitis disminueix l'amilasa, mentre que en produir-se una lesió del parènquima per neoplàsia o altra causa disminueixen ensems la tripsina i la diastasa.

Secreció biliar: després d'una exposició breu per manca de temps dels conceptes avui dia clàssics respecte a aquesta, es fa una crítica del procediment de Meltzer-Lyon. No cal entrar a fons, ja que és infinita la tinta que ha fet córrer aquesta tècnica, però sí cal insistir en alguns punts, tals com, per exemple, que l'aigua buida la bufeta més de pressa que qualsevol aliment (Madina-

veïtia), fet que ha donat lloc a interpretacions múltiples i diverses. Es passen breument en revista els arguments donats en pro i en contra del fet que la contracció de bufeta jugui un paper actiu en la fisiologia de les vies extra-hepàtiques, arguments nombrosíssims i contradictoris. Finalment, es porten a consideració dels presents els resultats d'unes sèries d'experiments portats a cap pel dissertant junt amb el Dr. J. Foncuberta que permeten dir que almenys en el que es refereix a la prova de Meltzer-Lyon, la bufeta juga un paper molt menys important del que sovint se li assigna. Essencialment, aquestes experiències són fetes injectant en bufeta biliar, substàncies que són dosificades en les tres bilis A, B i C, obtingudes mitjançant injecció de sulfat de magnèsia; es repeteix la mateixa tècnica en animals amb cístic pinçat.

Demostracions. — Sondatges dobles, gàstrics i duodenals, en malalts: estudi dels sucs obtinguts i consideracions fisiopatològiques. Reproducció de la tècnica experimental referent a la prova de Meltzer-Lyon, segons les indicacions abans exposades. Obtenció dels tres tipus de bilis A, B i C en el gos en aquestes condicions, amb diversos estimulants.

VI. — QUIMISME DIGESTIU. EXPLORACIÓ COPROLOGICA, pel Dr. A. Armengol.

A causa de les dificultats per a obtenir deposicions de malalts amb insuficiències gàstrica, pancreàtica i biliar, i diarrees de putrefacció i fermentació, s'ha donat a aquesta lliçó un caire de pura demostració fisiològica de la digestió normal en el gos. Alimentat un gos donant-li un menjar mixt compost de carn, patates i ossos, afegint-hi oli i sucre a les tres hores de l'última ingesta, es separen mostres de contingut gàstric, duodenal, de la primera i segona porció de budell prim, contingut cecal i de còlon esquerre.

En cadascun d'aquests continguts es practiquen una sèrie de reaccions encaminades a demostrar la successiva demolició de la molècula proteica i dels amilacis, la inversió de la sacarosa i la saponificació dels greixos.

S'obté una reacció del biuret d'intensitat creixent des del contingut gàstric fins al contingut cecal en el qual era ja nulla.

La determinació dels aminoàcids pel mètode de Sørensen de bloqueig de la funció amínica pel formel ha donat resultat negatiu en el contingut gàstric, positiu en el contingut duodenal i més encara en el de la primera porció del budell prim, decreixent en el de la segona porció i continguts cecal i de còlon descendent.

Per als amilacis la reacció del iode ha demostrat la successiva aparició a partir del contingut duode-

nal de les dextrines i la reacció de Benedict la liberació de maltosa i glucosa. La reacció de Selivanoff, negativa en el contingut gàstric i duodenal, ha estat francament positiva en el contingut intestinal, especialment en el de la primera porció, tornant-se a fer gradualment negativa en els segments successius, demostrant així la inversió de la sacarosa amb aparició de fructosa i absorció d'aquesta en els segments intestinals successius.

Per als greixos es practica la titulació amb solució de sosa en medi alcohòlic, dels àcids grassos procedents de la desintegració digestiva dels greixos alimentaris, obtenint les xifres més elevades en el contingut de la primera porció intestinal.

Aquesta demostració—centre d'interès de la lliçó—i que n'ocupa la major part del temps, animada amb comentaris—ens permet seguir amb tota claredat el doble procés de la desintegració molecular per l'acció de la digestió, obtenint quantitat cada vegada més abundant de matèries químiques senzilles, i després la desaparició gradual d'aquestes, a mida que les mostres són de regions més avançades de l'aparell digestiu, a causa de l'absorció. Els trastorns patològics poden ésser de tres ordres diferents, si bé amb la més gran freqüència es presenten associats, per perturbacions més generals dels mecanismes reguladors digestius. Els tres tipus són: trastorns motrius, fermentatius i d'absorció. La comparació física d'aquestes diverses mostres, ens ensenya clarament la importància de les funcions mecàniques en la digestió; una alteració en les funcions químiques es traduiria en modificacions en el curs d'aquestes reaccions que hem estudiat, i una cosa semblant ocorrerà amb les d'absorció. En l'home, aquestes corbes demostratives, s'han de substituir per l'estudi coprològic, estudi del producte final, i es pot veure que químicament s'assembla a un dels passos intermedis que acabem d'estudiar, segons la importància de les alteracions del procés fermentatiu de la digestió que presenta cada malalt. Aquesta dificultat, en arribar a la última fase, dificulta l'absorció, i és una de les causes de les alteracions nutritives que acostumen a presentar aquests malalts de l'aparell digestiu.

Demostració. — Referida en el curs de l'exposició doctrinal.

VII. — SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL I LEUCOPOIESI, pel Dr. J. Bofill i Deulofeu.

La literatura sobre el sistema retícol-endotelial és tan extensa i la nomenclatura dels elements que componen el sistema és tan equivoca que fa impossible un resum breu que pugui ésser exposat en una hora de conversa.

El fet que el sistema retícol-endotelial estigui

difós realment o en potència per llocs molt diversos de l'organisme fa impossible la seva extirpació i com a conseqüència l'estudi de les alteracions patològiques per la manca de funció. Com a medi per a sortejar aquest greu inconvenient hom ha recorregut als anomenats «bloqueigs» del S. R. E. que es fonamenten en la propietat que presenten les cèl·lules d'aquest sistema d'incorporar selectivament en llur protoplasma determinats coloides de càrrega elèctrica negativa. Així, per exemple, si un animal rep una sèrie d'injeccions de carmí litinat o de tinta xina i al final és sacrificat, hom veu per autòpsia que sols han retingut el colorant certes entranyes com el fetge, la melsa, la medulla òssia i els ganglis limfàtics mentre que els altres teixits (múscul, sistema nerviós, pell, ossos, etc.) a penes si en contenen gens. L'estudi histològic demostra a més que sols un tipus especial de cèl·lules han incorporat en el protoplasma el colorant injectat i així en el fetge sols ho han fet les cèl·lules de Kupffer i en la melsa i ganglis les pròpies del retícol.

La quantitat de colorant que cada una d'aquestes cèl·lules emmagatzema pot ésser tan considerable que aparentment no es pugui veure cap estructura pròpia, i això ha fet suposar que la dita cèl·lula estaria «bloquejada». Desgraciadament no és així sempre, i fins pot succeir que la cèl·lula «bloquejada» presenti en realitat un augment de la seva funció o sigui tot el contrari d'un bloqueig. Aquesta consideració és la que explica les constants contradiccions que hom llegeix sobre les funcions del S.R.E.

En el cas concret que ens ocupa preferentment en aquesta lliçó veiem que el «bloqueig» del S.R.E. d'un conill d'uns 2.000 grams de pes ha fet augmentar en una setmana la xifra leucocitària passant aquesta de 6.000 leucocits per mmc. a 22.000 leucocits per mmc. i que aquest augment s'ha fet principalment per un augment del nombre de mononuclears (limfocits i monocits). En aquest cas, per tant, el «bloqueig» hauria determinat un estímul de la funció leucopoiètica del S.R.E.

Si estudiem a grans trets la patologia veiem que certes malalties com les leishmaniosis (Kala-Azar) es caracteritzen per una localització quasi exclusiva dels paràsits en el S.R.E.; i en aquests casos no és estrany veure que coexisteixen signes d'hiperfunció (augment de l'activitat hemolítica) amb signes d'hipofunció (disminució probable de la leucopoesi) del S.R.E. La hipercolesterolèmia que hom veu amb tanta constància en el Kala-Azar no podem saber encara amb precisió si hem d'atribuir-la a un fet d'hiperfunció (augment de formació de colesterol pel S.R.E.) o a una hipofunció (incapacitat de transformar el colesterol en altres compostos per part del S.R.E.). En altres malal-

ties com la de Hodgkin, la tuberculosi, la sífilis, la febre tifoide, etc., els nostres coneixements sobre el paper del sistema retícol-endotelial són encara molt més foscos.

Demostració. Autòpsia. — Es practica l'autòpsia d'un conill d'uns 2.000 grams de pes que ha rebut a dies alterns i per via intravenosa un total de 20 c.c. de tinta xina. Unicament el fetge, la melsa i la medulla òssia i els ganglis limfàtics ofereixen un marcat color negre, mentre la resta de teixits de l'animal conserven el color normal. El cervell no presenta cap variació de color i no pas perquè estigui desproveït de S.R.E. sinó perquè la micròglia es troba allunyada dels vasos sanguinis i no pot arribar el colorant en el seu contacte.

Si el cervell tingués una ferida en vies de reparació hom hauria pogut observar el color negre de la ferida.

Estudi de preparacions histològiques de S.R.E. en diversos òrgans. Característiques. Distribució del colorant de bloqueig. Relació entre les cèl·lules del S.R.E. i les formes embrionàries i madures de leucocits.

VIII. — ESTUDIS SOBRE LACTACIDEMIA NORMAL I PATOLÒGICA, pel Dr. C. Pi-Suñer Bayo.

En intentar fer una lliçó teòrico-pràctica sobre la lactacidèmia normal i patològica ens trobem amb dos inconvenients: primer, la manca de fenòmens objectius de fàcil observació a conseqüència de les variacions en l'àcid làctic de la sang, com per exemple les crisis convulsives del conill per hipoglucèmia, i segon, que tractant-se d'un tema encara en embrió, no existeixen obres que l'enquadrin i sistematitzin degudament, veient-me reduït a acudir a la literatura original, amb tots els defectes que això pugui representar de desordre i oblit.

Entrant ja en matèria, recordem, de passada, que l'àcid làctic, com a producte lateral d'estabilització, guarda una relació molt íntima amb el metabolisme intermediari dels glúcids, tant en el treball muscular, com en la glucolisi. Acceptem encara el clàssic esquema del metilglicoxal de Neuberg o el nou d'Emden i Meyerhof de l'àcid pirúvic, sempre trobarem molt pròxim l'àcid làctic. Per tant, no ens estranyi l'interès per a conèixer la seva concentració en la sang i les possibles variacions patològiques, com a prova complementària de la determinació de la glucèmia, i potser de major valor que aquesta, degut a la seva major estabilitat.

Si estudiem, doncs, quins són en condicions normals els factors que originen i modifiquen la lactacidèmia, observarem la indiferència de l'àcid làctic sanguini a la circulació, per al múscul, nervi, etc.,

en repòs, obtenint-se resultats gairebé superposables en les lactacidèmies venoses i arterials, fet que ens demostra la raó de Warburg en dir que la lactacidèmia normal és tan sols reflex de la glucolisi sanguínia.

Un cop establert aquest fet fonamental, pensem quins són els factors externs a la sang que modifiquen la lactacidèmia. El primer i més conegut és el treball muscular, i són innumerables els autors que descriuen aquest fet, ja clàssic, de la hiperlactacidèmia per esforç muscular. Naturalment, en produir-se al múscul un excés d'àcid làctic, i en tardar a oxidar-se i resistentitzar-se a glucogen, passa a la sang, originant una hiperlactacidèmia de diversa duració segons la intensitat de l'esforç muscular complet. No insistim, doncs, sobre aquest fet ja massa demostrat.

Un altre factor extern que produeix sempre hiperlactacidèmia és l'administració d'adrenalina; en això són també unànimes tots els autors, si bé discrepen en la interpretació del mecanisme productor d'aquesta hiperlactacidèmia, ja sigui primàriament nerviós o químic. En canvi l'acció de la insulina ja ha estat més discutida; mentre alguns autors han volgut atribuir-li una acció hipolactacidèmia, paral·lela a la hipoglucèmia, altres discuteixen el fet. Relacionada amb aquesta tenim també una altra qüestió no resolta encara: l'acció de la ingestió de glucosa. Els uns opinen que augmenta notablement la lactacidèmia (Collazo), altres que l'augment és petit i no constant (Carrasco), i altres que és absolutament nul (Sterkin). Aquest darrer creu haver demostrat que l'única hexosa que realment influeix la lactacidèmia és la fructosa i intenta explicar-ho teòricament.

Igualment en relació amb el que hem dit, tenim les variacions en la lactacidèmia observades per diversos autors — nosaltres, entre d'altres — en l'avitaminosi B. Sense voler entrar ara en l'estudi de quin dels diversos factors del complex B és el que origina les variacions en l'àcid làctic sanguini, el fet resta evident, com a una demostració més de les alteracions provocades en el metabolisme hidrocarbonat per la manca d'aquesta vitamina.

Sobre les alteracions patològiques de la lactacidèmia hi ha hagut una escola espanyola que hi ha treballat intensament: la de Jimenez Díaz. Aquest, junt amb Sánchez Cuenca, ha estudiat successivament les variacions en la corba d'hiperlactacidèmia per esforç en malalts cardíacs, hepàtics, cancerosos, de Basedow, Addison, etc., observant en tots ells una major agudització de la corba i una més llarga síntesi — o major tardança a retornar al valor inicial —. Les explicacions teòriques corresponents (menor oxidació de l'àcid làctic per major dificultat en l'aport de l'oxigen sanguini, alte-

racions del metabolisme hidrocarbonat hepàtic, etc.) són realment interessants, però abans d'acceptar com fets certs aquestes afirmacions, potser caldrà revisar-les amb mètodes més exactes que el colorimètric de Mendel usat pels autors.

I això ens porta de la mà al que ens interessa més remarcar entre tot el que diem avui. I és que estem convençuts que les discrepàncies de vegades notables que s'observen en els resultats obtinguts pels diversos autors, són degudes gairebé sempre als mètodes emprats. El de Mendel, si bé té els avantatges que porta inherent tot mètode colorimètric en la clínica, és poc exacte. El de l'oxidació directa de l'àcid làctic segons Furth i Charnas — sense l'acció catalítica del sulfat manganós, introduït per Friedemann — peca també d'imprecís. Creiem per tant molt interessant refer tots aquests estudis, com s'està fent ja, efectuant totes les determinacions amb un mètode suficientment acurat i que ens proporcioni resultats segurs per a poder-hi basar conclusions. Efectivament, mentre no es portin sempre a terme dobles determinacions, i s'efectuïn diverses preses de sang abans d'administrar-se la substància l'efecte de la qual vol estudiar-se (adrenalina, insulina, glucosa, etc.) o de sotmetre el malalt a la prova de l'esforç muscular, tots els valors obtinguts seran molt discutibles. Pensem que en dues preses de sang, efectuades en un interval de 25 minuts, abans de l'administració de glucosa, Carrasco i Folch troben valors que podríem dir-ne normals de 15.— i 10,4; de 10,5 i 14,2 mgr. per 100 c.c. de sang, respectivament. Quin valor cal, doncs, considerar com a inicial normal, per a tenir després seguretat en les conclusions que es vulguin treure? Evidentment, el conegut sistema de les mitges aritmètiques no és aplicable; per tant, no resta més solució que efectuar moltes determinacions paral·leles i també moltes en blanc, sempre amb un mètode solvent, abans de publicar resultats amb molt poc o no gens valor real.

Però sobre tots aquests punts de tècnica no m'hi vull estendre. En la demarcació que farem els anirem explicant, i d'altra banda trobareu tots els detalls complementaris que puguin interessar-vos en el nostre treball amb Folch i la nota posterior d'aquest darrer, publicats en els volums de la Societat de Biologia corresponents als anys 1933 i 1934.

Demostració. — Valoració de lactacidèmia inicial i després de la injecció d'adrenalina, en conill. Mètode de Friedemann, amb valoració directa d'isulfít combinat segons Clausen, amb l'aparell modificat per J. Folch d'aquest Institut.

IX. — ADAPTABILITAT DE LA FUNCIO RENAL, pels Drs. J. M. Bellido i Albert Folch.

La funció del ronyó és el manteniment de la fixesa del medi intern: la formació de l'orina, conjunt dels residus no volàtils del catabolisme, no és més un dels aspectes d'aquesta funció. Aquí sorgeix la qüestió de sempre, en fisiologia renal: es tracta d'una secreció veritable, d'una reabsorció, intervenen juntament ambdós mecanismes? Entrant en major detall, podríem tenir en compte en la funció renal quatre funcions parcials capitals: 1.^a, l'excreció de la totalitat dels productes residuals nitrogenats del metabolisme; 2.^a, l'excreció dels constituents inorgànics dels aliments, innecessaris a l'organisme, com dels components orgànics que no poden ésser catabolitzats; 3.^a, el manteniment de la pressió osmòtica de la sang a un nivell constant i la fixesa de la relació entre les proteïnes i els altres components de la sang, com a efecte de l'excreció de quantitats variables d'aigua i de la retenció dels coloids; 4.^a, la contribució al manteniment de la reserva alcalina de la sang i a l'excreció dels àcids no volàtils resultants del catabolisme. A aquestes quatre funcions caldrà afegir: a) la fixació en el parènquima renal de determinats tòxics exògens; b) la contribució al catabolisme total per mitjà de síntesis que faciliten l'eliminació de determinades substàncies (síntesi de l'àcid hipúric, formació d'amoniac, etc.); c) el conjunt d'actes que constitueixen la secreció interna, millor la funció antitòxica, del ronyó. El fracàs d'alguna d'aquestes funcions, no gens independents unes d'altres, constitueix la insuficiència renal.

La consideració del que és la nefrona, o unitat renal, ens pot fer creure ésser cosa fàcil localitzar en indrets ben definits histològicament cada una d'aquestes funcions: la hipòtesi de Pütter, la teoria triglandular del ronyó (glàndula de l'aigua, glàndula de les sals i glàndula del nitrogen), és el darrer esforç d'interpretació de la fisiologia del ronyó en aquest sentit. Però sincerament no podem oferir a la Patologia i a la Clínica altra cosa que una concepció global de la funció secretora de l'orina, valorant per damunt de tot la gran capacitat de l'òrgan formador de l'orina d'adaptar-se a les variacions dels medis intern i extern.

Resta una via oberta a la recerca dels detalls de la funció renal, l'estudi dels ronyons dels peixos teleostis marins i d'aigua dolça, en els quals estructures renals ben diverses (nefrones sense glomeruls, glàndula excretora de la sal a les brànquies, etc.) i peculiaritats funcionals remarcables (incapacitat d'eliminació dels sucres injectats al medi intern, eliminació del magnesi per via diferent dels altres ions, enorme dilució de l'orina dels peixos d'aigua dolça, etc.) ens ofereixen possibilitats experimentals que ens neguen els mamífers.

Analitza els conceptes d'hipostenúria i d'isostenúria, i fineix amb una demostració feta pel doctor Folch, de la diferent reacció de dos subjectes normals, davant l'administració d'un litre d'aigua, amb gran poliúria immediata un d'ells, al qual hom administrà l'aigua sola, i retenció en l'altre que rep a més de l'aigua una injecció de pituitrina.

El final de la lliçó del Dr. Bellido consisteix en la glossa per part del Dr. Folch de la prova de concentració i de la de dilució com a índex excel·lent utilitzable per a tenir idea de l'estat funcional del parènquima renal. Aquesta prova que tan bons resultats donava ja a Albarran, és de les més senzilles, i si es procura evitar les interferències que en ella poden fer-hi l'estat de la circulació i la del parènquima hepàtic, dona resultats iguals o superiors als de les més modernes, com són les d'eliminacions de colorants i d'Ambard i urea clearance, per exemple. Es projecten i comenten els gràfics obtinguts determinant la quantitat, la densitat i els clorurs de totes les miccions d'un individu normal. S'insisteix sobre l'adaptabilitat del parènquima renal a les necessitats de tot moment, sobre la rapidesa amb què l'aport d'una determinada quantitat d'aigua determina l'expulsió pel ronyó de la quantitat corresponent. Però es nota com l'aigua excretada no és de cap manera la mateixa ingerida, glossant el concepte d'acció dinàmico-específica de l'aigua com l'ha denominat Jiménez-Díaz. Es projecten després gràfics de malalts hipostenúrics i pràcticament isostenúrics, insistint en la del ritme diürn i nocturn. Aquesta nictúria augmentada com es glossa amb exemples, ha d'eliminar-se que provingui de dificultats en la circulació porta o d'edemes per trastorn circulatori. Finalment es fa la prova de dilució en dos malalts, un de sa i un altre així mateix sa, però que en el moment de començar la prova rep una injecció de pituitrina, comprovant-se com aquest darrer a les tres hores no ha eliminat pràcticament gens de l'aigua que la ingestió d'un litre de líquid hauria d'haver-li provocat, com ha succeït en el testimoni.

X. — ANEMIA EXPERIMENTAL, I, pels Drs. J. Bofill i Deulofeu i J. Pi-Sunyer Bayo.

Per realitzar la part experimental d'aquesta lliçó es prepararen amb antelació els següents animals:

a) Un gos amb hemorràgies successives, per reproduir exactament la tècnica experimental de Whipple i els seus col·laboradors, en les publicacions sobre factors dietètics de regeneració globular, que portaren al descobriment de les propietats hemoglobínogenes del fetge. Desgraciadament, els successos de la primera setmana de maig, inter-

romperen aquest experiment, molt diferent de tots els altres realitzats sobre anèmies, ja que en realitat el punt fonamental és l'avaluació ponderal de Hb. sintetitzada cada setmana, en diverses condicions farmacològiques i dietètiques, per sobre d'una alimentació standard, molt poc hemoglobínogena, i completa des d'altres punts de vista.

b) Conills amb anèmia produïda per fenilhidrazina, ja en fase de regeneració. Presentació de xifres d'hematies, reticulòcits, i Hb. i preparacions de diversos moments de l'anèmia i regeneració, i resultats d'autòpsies en diferents períodes, d'altres animals en iguals condicions.

c) Coloms amb anèmia per fam. Xifres, preparacions i resultats d'autòpsia.

A la vista de les preparacions, s'exposa la forma de degeneració globular en els diversos tipus d'anèmia, fixant-se especialment en els canvis de forma, mida i estructura de l'hematies.

Els quadres hemàtics de les anèmies cròniques experimentals varien segons el mecanisme pel qual es produeix la destrucció globular, i en algunes d'elles, exemple típic de les quals són les alimentàries obtingudes amb la dieta standard no hematògena de Whipple, no hi ha en realitat destrucció globular augmentada, sinó dificultats per a produir-se la regeneració dels glòbuls disminuïts per l'hemorràgia: és a dir, es tracta d'una hemorràgia en certa manera aguda quant al mecanisme de producció, però convertida en crònica mitjançant un retard experimental en els processos regeneratius. Com que aquest retard serà més o menys considerable segons el tipus d'alimentació, les preparacions que presentem mostren quantitats variables i aspectes diferents, obtinguts a voluntat, de formes globulars joves. Una cosa semblant, si bé governada amb més dificultat, es pot dir de les preparacions hemàtiques, fresques o fixades, i les preparacions d'autòpsia d'òrgans, hematopoiètics de coloms amb anèmia per fam, sacrificats en períodes més o menys avançats de la regeneració. Moltes d'aquestes preparacions mostren quadres perfectament superposables a quadres hemàtics clínics. I és que cal pensar que la sang circulant en cada moment és una resultant, des del punt de vista globular, d'equilibris variables entre destrucció i regeneració, i distingir en cada cas el que representa una cel·lula patològica.

Les anèmies cròniques obtingudes per intoxicació, ens permeten estudiar els resultats de la perturbació funcional dels diversos òrgans hematopoiètics i hematolítics. La comparació, feta de cara a les preparacions que presentem, entre quadres hemàtics i resultats d'autòpsia dels òrgans hematopoiètics corresponents, resulta molt suggestiva, i de fort valor pedagògic. Aquest concepte funcional, ha d'ésser el fonamental en l'estudi de les malalties

de la sang, i les preparacions mostrades ho diuen a bastament. Els quadres morts, les fórmules esquemàtiques, els noms variats dels tipus infinits de cel·lula, no ens donaran mai una visió tan clara, tan viva dels processos, com aquest concepte evolutiu, que avui dia es pot donar ja com a clàssic entre els hematòlegs, però sobre el qual hem d'insistir prop dels nostres estudiants.

Demostracions. — Presentació dels animals esmentats. Comentari a les preparacions. Autòpsia del conill intoxicat amb fenilhidrazina. Observació fresca dels reticulòcits tenyits. Expressió esplènica per injecció d'adrenalina: canvis en la xifra globular i de reticulòcits. Estudis dels diferents quadres hemàtics obtinguts experimentalment, i de llur evolució; comparació amb els resultats de les autòpsies.

XI. — ANEMIA EXPERIMENTAL. II (ANEMIA AGUDA), pel Dr. F. Domènech Alsina.

L'acció immediata de l'hemorràgia sobre la pressió sanguínia depèn no solament de la quantia de la pèrdua hemàtica sinó també de la rapidesa de la sagnia; com més ràpida és la pèrdua hemàtica més difícil és el sosteniment de la pressió sanguínia.

Si la sagnia no és excessivament ràpida, l'animal sosté la seva pressió sanguínia, inclús després d'una pèrdua hemàtica considerable (15 a 20 c.c. per quilogram). Ara bé, arriba un moment que una nova pèrdua hemàtica, àdhuc petita, pot provocar ja un descens considerable de la pressió. (Nivell crític de la pressió sanguínia.)

A conseqüència de l'hemorràgia disminueix primer el volum cardíac que la pressió sanguínia. Aquest fet, així com la disminució de la sensibilitat de la pressió sanguínia a la injecció d'adrenalina són comuns a altres tipus de processos que condueixen a un estat de xoc persistent, tal com l'atració tissular.

La conservació de la vida després d'una hemorràgia copiosa (per sobre 40 c.c. per quilogram) sols és possible si no s'arriba a produir un estat d'hipotensió persistent i si no existeixen altres circumstàncies que pertorbin els mecanismes normals de dilució sanguínia. Si a conseqüència de sagnies repetides es provoca un descens persistent de la pressió sanguínia per sota de 70 mm. de Hg. l'animal mor amb un quadre de xoc (Brooks i Blacklock). Totes les circumstàncies que dificulten la dilució sanguínia, disminueixen la resistència a l'hemorràgia. El sol fet de privar a l'animal de beure aigua disminueix considerablement la resistència a la sagnia.

El sosteniment immediat de la pressió sanguínia abans que la dilució sanguínia hagi pogut res-

tablar el volum sanguini és degut a la vasoconstricció. S'estudien la influència de diferents factors sobre aquest fenomen. Una sèrie d'experiències personals, de les quals s'exposa el resum, permeten pensar que la hipersecreció d'adrenalina (que s'accentua a mida que la pressió disminueix) no juga un paper important en el manteniment de la pressió sanguínia.

La sensibilitat dels sinus carotidians juga un paper important, però no un paper fonamental. En l'animal amb els sinus desnervats o extirpats la pressió sanguínia cau més ràpidament per efecte de la sagnia, però després la pressió sanguínia es recupera com en l'animal normal.

L'extirpació del simpàtic aboleix pràcticament la possibilitat de sostenir la pressió sanguínia, després de la sagnia (Schlossberg i Sawyer). La secció de les arrels posteriors de la medulla i la de la pròpia medulla a nivell de la 7.^a cervical no aboleix la possibilitat de recuperar la pressió, però si s'hi afegeix la secció de les arrels anteriors, sí (Brooks).

S'estudien les circumstàncies que intervenen en la diluïció sanguínia, fent notar el paper importantíssim de l'escorxa suprarenal (Swingle i col·laboradors). S'acaba amb unes consideracions sobre l'estreta correspondència entre els resultats experimentals i la clínica.

Demostracions. — Hiperproducció d'adrenalina a conseqüència de la sagnia. Tècnica: Preparació del gos A per la demostració de la sang procedent de la suprarenal. Preparació del gos B per la demostració de l'acció de l'adrenalina; secció prèvia de la medulla a nivell de la última vèrtebra cervical.

Sagnies repetides al gos A; injeccions en diferents moments al gos B de la sang procedent de la glàndula del gos A (inscripció de la pressió sanguínia en els dos animals).

XII.—UNITAT FISIOLÒGICA DE LES FUNCIONS CIRCULATORIA I RESPIRATORIA, pel Dr. Santiago Pi Suñer.

Dintre de la nova fisiologia, com un dels seus capítols més interessants, ha quedat ja definitivament establerta, tant des del punt de vista doctrinal com experimental, la unitat fisiològica dels processos circulatori i respiratori, entès aquest en el seu sentit més ample, és a dir, la totalitat de l'intercanvi gasós en el nostre organisme. Condició bàsica de tota activitat física dintre del món, la funció respiratòria de la sang assegura en tot moment l'eficàcia i la normalitat del nostre treball muscular. L'activitat mecànica queda així estretament lligada a les funcions vegetatives del medi intern, l'expressió quantitativa més adequada del qual és el rendiment circulatori de l'aparell cardio-

vascular, ço que modernament s'anomena en fisiologia i patologia volum-minut. En ésser, en certes condicions, sensiblement la mateixa la diferència arterio-venosa en oxigen, el consum d'aquest gas pels teixits és directament proporcional al volum-minut. Aquest és producte del nombre de contraccions cardíaques per minut i del volum sistòlic de cada contracció, factors que no tenen mai el mateix valor en els diferents subjectes i que per a un mateix individu poden variar en grau considerable per la influència de l'entrenament o de la malaltia, la qual cosa ens permet afirmar, en termes generals, que quan més entrenat per a un determinat treball està un subjecte o més sa és el seu cor, tant més petita serà la freqüència del seu pols i tant major el seu volum sistòlic i vice-versa.

La unitat fisiològica de les funcions circulatoria i respiratòria queda demostrada, entre altres exemples, pel que passa en certes condicions fisiològiques de sobrecàrrega funcional (treball muscular, respiració en atmosferes pobres en oxigen) o en certs trastorns patològics de l'aparell circulatori (malalties de cor) o de la sang (anèmies).

El treball muscular és l'exemple típic de les noves i súbites exigències funcionals a què ha de respondre el procés hemorespiratori. No és solament un efecte global major (augment de l'activitat dels pulmons, del cor i dels vasos) sinó la manifestació de simultànies o successives adaptacions i correlacions que fan major la seva eficàcia (limitació preferent de la circulació al teixit muscular, amb l'apertura, dintre d'ell, de noves vies capil·lars; major diferència arterio-venosa en oxigen, efecte de l'elevació de temperatura i de l'acidosa local sobre la dissociació de l'oxihemoglobina, augment proporcional de la freqüència del pols i del volum sistòlic). El mateix, dintre de circumstàncies més espaiades de temps, passa en l'acimatació a les atmosferes pobres en oxigen, com en l'estada a les grans altituds. L'organisme, en aclimatar-se, compensa el dèficit inicial en oxigen per un augment, en els primers dies, del volum-minut i, després, de la capacitat respiratòria de la sang, ço que ja permet, descarregat així l'aparell circulatori del seu major treball, que el volum-minut torni al seu valor normal primitiu.

En el terreny patològic s'ha estudiat sobretot aquesta resposta de la funció hemorespiratòria en els malalts cardíacs, arribant, entre altres, a la conclusió general que si bé alguns malalts compensats poden encara, com els sans, realitzar un treball muscular moderat de curta durada, no obstant, el període que segueix de restabliment, mentre dura encara el dèficit d'oxigen, és molt més llarg que en aquells, i que en canvi, ja altre grup de malalts, aparentment compensats en repòs, són

totalment incapaces, davant del mateix tipus de treball muscular, de conduir-se com els sans.

A diferència d'aquests malalts cardíacs, en els anèmics, ja en condicions de repòs, quan la quantitat d'hemoglobina de la seva sang baixa a la meitat del seu valor normal, el volum-minut és sensiblement superior al seu valor patró en el sa, referit a la unitat de superfície corporal (índex cardíac). Com una prova més de la diversitat d'adaptacions de l'organisme segons les exigències fun-

cionals que ha de satisfer, veiem que així com en les anèmies secundàries corrents l'adaptació circulatoria es fa per l'augment del volum-minut, en canvi, en les anèmies per pèrdua d'una certa quantitat de sang (hemorràgies), com al cor, que en certa manera, en faltar-li la massa necessària de líquid circulant, treballa en el buit, li és impossible augmentar adequadament el volum-minut, s'observa una elevació notable de la diferència artèrio-venosa en oxigen.

Societat de Biologia de Barcelona

TRACTAMENT DE LA INSUFICIÈNCIA HEPÀTICA PER LES INJECCIONS ENDOVENOSES DE LIPOIDES, pel Dr. Joan Surós i Forns.

A l'escola nord-americana, especialment als treballs de Best, Hershey i Huntsman es deu l'observació de la millora dels senyals de dèficit funcional hepàtic sota l'acció de la lecitina administrada «per os». En els gossos pancreoprius sotmesos a l'acció d'un règim apropiat i insulina, al cap de setmanes o mesos presenten urobilinúria, colúria, astènia i finalment la mort en ple coma hepàtic. L'administració de lecitina per via bucal fa retrogradar tota aquesta simptomatologia.

Tenint en compte la descomposició que la lecitina experimenta en el tram digestiu sota l'acció del suc pancreàtic, creiem que la seva acció terapèutica es pot augmentar considerablement administrant-la per via parenteral. També creiem en la conveniència d'administrar-la associada a d'altres lipoides, especialment esters de colesterolina i luteïna, com es troba en el rovell de l'ou.

Aquests lipoides no solament es limiten a modificar les propietats físiques de la lecitina—impedir la seva descomposició, augment de la seva resistència enfront de l'acció oxidativa del clorur fèrric—sinó que influeixen favorablement sobre les seves propietats terapèutiques. La lecitina aïllada, en el cas que es pogués injectar endovenosa, produiria efectes contraproductius, puix que augmenta considerablement el metabolisme i disminueix la quantitat de glucogen hepàtic.

L'acció protectora hepàtica de la lecitina només es pot aprofitar administrant-la per via parenteral associada a altres lipoides. Per això en lloc de teràpia lecitínica parlem de terapèutica lipòidea.

Ho hem comprovat experimentalment. Intoxicant una sèrie de conills amb el fòsfor, hem observat que els sotmesos simultàniament a una acció d'emulsió de lecitina—esters de colesterolina

(bioplastina)—presentaven una supervivència major i una xifra de bilirubina sanguínia poc modificada. En els conills que prenen lecitina per via bucal s'esdevenia al revés. Compareu:

	Setmanes						
	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	6. ^a	7. ^a
Fòsfor i lipoides endov.	0'30	0'23	0'30	0'32	0'35	0'35	
" " " "	0'32	0'30	0'28	0'32	0'30	0'32	0'30
" lecitina bucal.	0'32	0'24	0'36	0'70	0'75		
" " " "	0'28	0'30	0'34	0'36	0'42		
" sol	0'24	0'25	0'30	0'55	0'58		
" " " " " "	0'26	0'35	0'40	0'75			

Clinicament aquest mètode té aplicació. L'hem assajat amb resultat favorable en més de 25 hepatitis. La seva publicació detallada constituirà el motiu d'una altra aportació.

INOCULACIÓ DEL VIRUS GRIPAL, pel Dr. A. Valls-Conforto.

Sessió del 16 juliol de 1937.

Avui en dia és un fet adquirit, que la grippe, influenza, constipats, responen a afeccions per ultravirus.

El que en un temps fou sospita, és ara una realitat. Dos fets han aconseguit resoldre aquest problema: d'una banda, l'èxit de les inoculacions experimentals; d'altra, el cultiu del virus.

La major part de l'èxit de les roballes recau en Smith i els seus col·laboradors.

Era sabut que el filtrat d'un rentat de nasofaringe d'un gripós, era capaç de, instil·lat en el nas d'un sa, produir-li sovint la malaltia. Això descartava tota la part bacteriana tipus Pfeiffer i d'altres, situant aquests gèrmens purament com a agreujants de la malaltia i donant-li diversos aspectes clínics.

Unicament faltava un animal ben sensible, i aquest ha estat la fura. Animal tan emprat pels caçadors. Aquest animal té una sensibilitat extraordinària per al virus gripal. La instil·lació de pro-

ductes de rentat de gorja en el nas, va seguida a les 48 hores de forta elevació de temperatura, que l'endemà cau per tornar a pujar. La malaltia dura uns 8 a 10 dies i tot torna a entrar en normalitat, deixant una immunitat de curta durada. En el període d'estat té moqueig abundant, respira dificultosament, perd la gana i està com atordit.

Segons Smith, que ha fet gran nombre d'inoculacions, la infecció no té lloc fatalment. Nosaltres, que hem treballat amb menys animals, hem estat més afortunats, ja que la infecció ha estat constant.

Amb una fura infectada, és fàcil fer passos a d'altres, ja per simple convivència, segons Smith, ja per inoculació intranasal del moc o d'un triturat de pulmó en Tyrode.

Es molt útil d'anestesiari l'animal, ja que, així, submergint-li el morro en el líquid infectant, se l'obliga a aspirar-ne una quantitat. A més, es suprimeix el risc dels estornuts, que poden projectar el virus a la cara de l'experimentador.

Una volta acostumat el virus a la fura, es fa fàcil la inoculació a la rata, especialment amb anestèsia prèvia.

El temps d'acostumament és variable. Smith parla de molts passos. Nosaltres, amb la prèvia anestèsia i fent reinoculacions diàries de fura a fura, i de fura a rata amb moc, del 3 al 7 dia hem aconseguit fer prendre el virus al 6 pas. A més, els animals estaven sotmesos a un règim de carència des d'un mes a 15 dies abans de la inoculació. Els aliments (llet, ou, carn) i civada i ordi eren autoclavats una hora a 130°.

Creiem que al dit règim deu ésser deguda la diferència entre les nostres observacions i les de Smith. Desgraciadament el nombre d'animals de què hem disposat, era escàs i no hem pogut fer contraproves.

Al 15 pas per rata, hem obtingut el virus diquem-ne fix, que matava la rata en 2 a 3 dies. La rata presenta un quadre d'infecció molt semblant a la fura (atordiment, dispnea, inapetència, pèl ericàt).

Revers ha aconseguit una multiplicació del virus (no massa activa) barrejant filtrat a pulpa d'embrió de pollet i Tyrode. Nosaltres hem intentat amb èxit fins al tercer pas, el cultiu sobre l'alantoides del pollet.

Colpits per la freqüència amb què a l'hivern els gats moquegen, vam intentar la inoculació directa del virus de l'home al gat i vam fracassar. Vàrem repetir la prova prèvia irritació de la mucosa nasal per una arsina volàtil (adamsita) i va semblar tenir èxit. I diem sembla perquè se'ns van acabar les fures i no poguérem fer proves de recepció.

La sang del gat inoculat, però, va demostrar poder protector en ésser barrejat a virus de rata i inoculat a la rata, però això perd valor enfront de

la recent troballa de Smith, que demostra que el conill i el cavall tenen la propietat de donar cosos protectors sense afecció aparent.

La inoculació a l'animal per altra via que la nasal, no provoca la malaltia tipus gripal. La inoculació, però, va acompanyada de la producció de substàncies neutralitzants del virus.

Aquest fet, comprovat i ben estudiat, confirma en bona part el treball efectuat a Sevilla per Salvat Navarro, el qual d'una forma empírica i per cert amb èxit, féu en l'home experiències d'aquest tipus.

Forçosament, la falta de fets experimentals i a més els conceptes bacteriològics d'aquella època feren veure més com una genialitat, que no comptava, pesi a l'èxit, que com a un fet que, estudiat a fons, podia ésser causa de fecundes descobertes.

Bordeus

Facultat de Medicina i de Farmàcia

Curs de pràctica quirúrgica oto-rino-laringològica

El curs de pràctica quirúrgica oto-rino-laringològica del professor Portmann, serà donat a París, Hospital de La Glacière, 35, rue de la Glacière, del dijous 21 d'octubre al dimecres 27 d'octubre del 1937, amb la col·laboració dels doctors J. Auzimour i Chabert, del professor agregat Despons i del doctor Paul Leduc.

Programa

Dijous, 21 d'octubre, 9 h. 30: Indicacions tècniques i resultats de la laringectomia total. — 15 h.: Les otitis agudes. — 16 h.: Sinusitis fronto-maxil·lars. Tractament quirúrgic.

Divendres, 22 d'octubre, 9 h. 30: Mastoide. Anatomia, patologia. — 15 h.: La mastoïdectomia.

Dissabte, 23 d'octubre, 9 h. 30: Etmoide. Anatomia, patologia, cirurgia. — 15 h.: Insuficiència respiratòria nasal i tractament quirúrgic.

Dilluns, 25 d'octubre, 9 h. 30: Tumors malignes del massís facial. — 15 h.: Amígdals. Anatomia, patologia, cirurgia.

Dimarts, 26 d'octubre, 9 h. 30: Les otitis cròniques. — 15 h.: Tractament quirúrgic de les otitis cròniques.

Dimecres, 27 d'octubre, 9 h. 30: Tumors malignes de la laringe. — 15 h.: Cirurgia de la laringe.

Aquest curs, essencialment pràctic, comprèn sessions operatòries de demostració. Cada assistent serà iniciat individualment als detalls de la tècnica quirúrgica i de l'anestèsia.

Aquestes sessions operatòries seran precedides d'una exposició teòrica, després de l'examen de malalts, acompanyada de projeccions i de films cinematogràfics.

Dret d'inscripció: 250 francs.

Les inscripcions seran rebudes al domicili del professor G. Portmann, 25 bis, cours de Verdun, a Bordeus.

PROFESSORS HONORARIS

El títol de professor honorari ha estat atorgat per unanimitat als professors Bégouin, Dupouy, Sabrazès i C. Sigalas.

CREACIO DE CURS

Avís favorable ha estat donat per a la creació d'un curs preparatori a les funcions de metge controlador de les assegurances socials i a la d'un curs de perfeccionament mèdico-pedagògic.

PROPOSICIONS DE NOUS PROFESSORS

En la seva sessió del 12 de juliol, el Consell de Facultat ha proposat, en primera línia, com a professors: a la càtedra de Fisiologia, M. Fabre; a la càtedra de Química Biològica, M. Machebœuf; a la càtedra de Farmacia, M. Vitte.

En segona línia, han estat proposat per a les dites càtedres, en el mateix ordre: MM. de Grailly, Boulanger i Roques.

COMPOSICIO DE LA COMISSIO DEL PREMI GODARD DE LES TESIS

El Consell de la Facultat, durant la seva sessió del dilluns 26 de juliol, ha fixat la composició de la Comissió del Premi Godard, de 2.000 francs, de la manera següent: M. Le Doyen, MM. Abadie, Dubreuil, Cruchet, Mandoul; suplent, M. Chelle.

Distinció a un dels nostres amics

La Societat de Medicina Infantil de Bordeus i del Sud-Oest ha acollit, per unanimitat, al seu sí el Dr. Brizard de Font-Romeu, il·lustre pediatra amic nostre que dirigeix la bella instal·lació de l'Home-Catalan. La nostra més cordial felicitació.