

LA MEDICINA CATALANA

PORTANTVEU DE L'OCCITANIA MEDICA



TREBALLS ORIGINALS

Caquèxia hipofisària i anorèxia mental, pels Drs. Leandre Cervera, Albert Folch i Bonaventura Benaïges; L'etiologia de la retracció palmar i les seves relacions amb el reumatisme, pel Dr. Lluís Gubern-Salisachs.

HEMEROTECA MEDICA (occitana)

OCCITANIA MEDICA - NOTICIARI D'ACTIVITATS

PUBLICACIÓ MENSUAL - ANY V - VOLUM VII

Febrer - Març de 1937

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

41-42

EXEMPLAR:
3'50 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.



Abans "AMETLLINA"

"AMETLLIN"

Abans "AMETLLINA"

LLET PURA D'AMETLLES

NO CONTE FECULES NI ANTISEPTICS

**De composició, quant
a aliments integrants,
igual a la llet de vaca**

REGULARITZA LES DIGESTIONS
TONIFICA EL SISTEMA NERVIOS

Es recomana especialment als malalts; delicats, als quals és proscrita la llet animal, com p. e. en les malalties del fetge, colitis, constipació, infeccions gastro intestinals, febres, etc.

Per a la infància, l'alimentació amb LLET AMETLLINA impedeix les alteracions digestives d'una alimentació artificial.

ANALISI DEL LABORATORI MUNICIPAL DE BARCELONA

Humitat, 14,84 %; Greix, 22,40 %; Substàncies minerals, 1,37 %; Proteïnes, 11,80 %; Hidrats de carboni insolubles (midó) 1,31 %; Hidrats de carboni reductors (glucosa) 1,23 %; Hidrats de carboni no reductors (sacàrrosa) 44,99; Antisèptics i matèries colorants, no en conté.

Barcelona, 27 de Març de 1935.

El Subdirector (D. Q.).—MIQUEL A. BALTÀ
(Signat)

CASA SORRIBAS

Salmerón, 222

• Llúria, 62

• Manso, 72

Osteógeno Genové

de Fosfat Monocàlcic Pur

A 0'60 gr. per cullerada de sopa (20 gr. xarop)

Indicació precisa en tots els estats
de desmineralització fosfàtic - càlcica.

RAQUITISME - OSTEOMALACIA - MAL DE POTT
CRIES - FRACTURES - CONVALESCENCIES

Indispensable en les èpoques de
EMBARAS - LACTANCIA - DENTICIO

MOSTRES I LITERATURA:

Laboratori Genové - Rambla de les Flors, 5 - BARCELONA

Foliculan

Galup

GRAGEES I INJECTABLES DOSIFICATS A

50	U	Rata	a	250	} Unitats interna- cionals
100	»	»	a	500	
500	»	»	a	2.500	
1.000	»	»	a	5.000	
10.000	»	»	a	50.000	(aquesta dosi solament es prepara en injectables)

**D'HORMONA OVÀRICA AILLADA
(FOL·LICULINA)**

INDICACIONS

Trastorns de la menstruació
Incidents de la pubertat • Me-
nopausa natural o artificial
Trastorns d'embaràs, etc., etc.

Laboratoris GALUP

Casp, 23 i Claris, 13 - BARCELONA

PARAMEDICA

NOTES CURTES

per Josep Armangué

Per a guarir, la naturalesa no demana sinó que la deixin fer, i els homes buscant el millor, espantllen la cura.

Hi ha qui parla de la gran feina que té i l'única que fa és enganxar a un àlbum segells de correus.

Un home ric em volia pagar les visites pel nombre de dies que havia receptat. El mal és que molts pensen com ell, si bé no ho manifesten tan cruament. Costa de fer-los entendre que la visita no val pel que hom escriu, ans pel que hom aconsella.

A les muntanyes i als grans homes, de prop no se'ls veu més que les parts baixes.

COMPOSICIÓ: Gluconat de calç, 2 gr. Clorur de calç, 1'50 gr. Lactat de calç, 1'50 gr. Extret glicèric de glàndula paratiroides, XVI gotes. Vehicle aromatitzat c.s. per a 100 gr.

DOSIS: RECALCIFICANT:

Adultes, 3 cullerades al dia soles o barrejades amb aigua amb sucre. Nens, tres culleradetes al dia.
HEMOSTATIC: Adultes, 6 cullerades al dia. Nens sis culleradetes al dia.

Parati-cal

es presenta en forma de solució de gust agradable.

FIJACION

DE LA CAL

MEDIANTE

LA HORMONA

PARATIROIDES



PARATI-CAL

LABORATORIOS PREM S.A.
C/ CORCEGA 406 BARCELONA TELÉF. 75016

El producte **Parati-cal** és una moderna medicació a base de sals de calç solubles maridades amb l'hormona Paratiroides, ideal per al tractament dels processos patològics depenents de la manca de calç en l'organisme.

*Primer
producte
nacional
de càmfora
amoniacal
neutre
hidro-soluble*

*Totes les propietats
de l'oli camfocat
sense posseir cap
dels seus inconvenients.*



Canfolic

Laboratori. A.R.G.A.

BARCELONA
PARIS, 201 - TELEF. 72277

MADRID
EDUARD DATO, 27 - TELEF. 15580

KALOGEN

INALTERABLE: INOCUO: INDOLOR



ENERGIC RECONSTITUYENT

RECALCIFICANT

Soluble, No Acid

ASSIMILABLE

Sense modificar la composició
del suc gàstric, ni alterar les funcions
digestives

INALTERABLE

Indefinidament

UNIC PREPARAT QUE A L'ACCIÓ REMINERALITZANT
DEL CALCI REUNEIX L'ANTIESCROFULOSA
DEL IODO SENSE IODISME
FORMULA ORIGINAL

Mostres i literatura: Laboratoris Dr. Tayà & Dr. Bofill, S. A., Comerç, 28 - Barcelona

La llengua italiana té innegable bellesa, però no és afemellada, com molts diuen, car una cosa *fe-menina* pot ésser bella però una d'*afemellada*, no.

Els xerraires no es fan rics. Cal fer alguna excepció per als que actuen en parlaments i mítings.

Curiosa evolució la de la Cardiologia: De primer, tota l'atenció era concentrada a les vàlvules i als orificis, a l'endocardi i al pericardi. Avui, per contra, l'atenció preferent l'absorbeix el miocardi i els seus vasos.

Manta vegada els clients procuren que els metges es trobin, els demanen que canviïn opinions, batgen aquestes veritables juntes amb el nom de converses i ni com a conversa les paguen.

Els règims extremats maten més que les malalties a les quals s'apliquen.

Per la manera com hom els tracta, sembla que els vells hagin de demanar perdó als joves pel delictes de viure massa temps.

Retingueu la nova adreça de
LA MEDICINA CATALANA:

MADRAZO, 26-28 - TELÈFON 74555

MORRHUËTINE

• JUNGKEN •

EL TÒNIC DELS INFANTS I DELS ADOLESCENTS

SUBSTITUEIX AMB AVENTATGES
L'OLI DE FETGE DE BACALLÀ

ES PREN **TOT L'ANY** SENSE CAP
INTOLERÀNCIA, INCLOS L'ESTIU

Tres característiques essencials:

- A. Simplicitat de composició. Iodo Hipofosfats, fosfat sòdic, Glicerina.
- B. Puresa absoluta de primeres matèries.
- C. Cap medicament de perillosa administració als infants.

NI ESTRICNINA, NI ARSÈNIC.

DEPURATIU RECONSTITUENT
SABOR MOLT AGRADABLE



LABORATORI MIRABENT BARCELONA.

Quan un Dr. desconegut us parli d'èxits extraordinaris, no feu cas del que us digui. Recordo, a propòsit, que un d'ells es vanava que en la grip del 18 no se li havia mort ni un sol dels molts centenars que havia atès, havent usat sols l'oli camforat. Vaig respondre que a mi se me n'havien mort 31 i que l'esmentat oli, usat en tots ells, havia fet l'efecte dels *sant olis*. Tanta era la pressa amb què es morien!

va passar la segona meitat de la seva inútil i nociua vida enmig d'un incurable i aclaparador avorriment.

Ningú no es mor de massa bo, com a la gent li plau de dir. El que hi ha és que molts malalts no ho semblen.

Les passions com més fortes són més curtes, o gasten aviat la vida o es desgasten elles mateixes.

Les matemàtiques són ciències *resseques*. Els números encadenen els fets. A força d'exactitud emmenen a la mentida.

La més gran estupidesa és despendre tot el temps entre plaers o suposats plaers. Per això, Lluís XV

El públic de cinema no admet tant allò tràgic com el de teatre.

Ferides de cicatrització difícil?
Ferides infectades?

DOCTOR: RECORDI TRES PRODUCTES FHER

Calcifher

Protilacta antiflora piògena

Vacuna estafilocòccica (combinada)

Mostres i Literatura:
Carrer Jaume Piquet, 31 - BARCELONA

FHER



Pavimentos de goma PIRELLI

Paviments de Goma Pirelli

Higiènicament

PERFECTES

Per llur naturalesa

SILENCIOSOS

Per llur qualitat

ETERNS

Artísticament

INSUPERABLES

Per a tot

INSUBSTITUIBLES

COLEOTENE

SERONO

Vitamina A. 300 U. I. • Oleat de Colesterina. 10 gr.

Injectables completament indolors

Antitòxic, Antihemolític, Antiinfectiu

PER AL TRACTAMENT EFICAÇ DE LES ANÈMIES, TUBERCULOSIS,
XEROFTÀLMIES, COM A ESTIMULANT DE LA CREIXENÇA, ETC.

Darreres Publicacions de Gaston Doin & Cie.

G. Paiseau:

Le Lait Concentré Sucré. Son emploi chez le Nourrisson sain et le Nourrisson malade. Volum de 150 pàgs.—15 Frs.

J. Maissonnet:

Manuel Pratique d'Anesthésie Chirurgicale. Vol. de 225 pàgs. amb 93 figures.—28 Francs.

J. Gatellier et Fr. Moufier:

Thérapeutique de l'Ulcère Gastro-duodénal. «Collection des Actualités de Médecine Pratique». Volum de 236 pàgines.—22 Francs.

LA MEDICINA CATALANA

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

ANY V • FEBRER-MARÇ 1937 • NÚMEROS 41-42



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 Vellvé i Cusidó; G. Verger (Limoges); Salvador Vives.

Redactor en cap
Leandre Cervera-Astor

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>
CIRURGIA		Les peritonitis pneumocòcciques, per P. Broustet	428
Tractament de les fractures de guerra, per J. Trueta	420	NEUROLOGIA I PSIQUIATRIA	
ENDOCRINOLOGIA		Contribució a l'estudi del tractament de l'insomni, per Henri Favier	432
Caquèxia hipofisària i anorèxia mental, per Leandre Cervera, Albert Folch i Bonaventura Benaiges	395	NOTES BIBLIOGRÀFIQUES	434
L'ull i les glàndules endocrines, per H. Viellafont	423	NOTICIARI D'ACTIVITATS	435
MEDICINA INTERNA		GALERIA DE CATALANS I OCCITANS IL·LUSTRES: Mestre Arnau de Vilanova, per Joan Solé i Pla	393
L'etiologia de la retracció palmar i les seves relacions amb el reumatisme, per Lluís Gubern-Salisachs	403		

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. Riba 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): següidament, 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: Ateuant dels exagerats canvis respiratoris.

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



ARNALDVS
Villanouanus.

Mestre Arnau de Vilanova

pel Dr. Joan Solé i Pla

Mestre Arnau de Vilanova, que és honor de provençals, catalans, valencians i mallorquins, que som de la seva raça.

Ningú més que ell no pot portar en el seu si aquest aplec de pobles que formen la vella Occitània dels Trobadors. Besavi lleidatà; avi provençal; pare nascut a Provença, però que es fa valencià amb l'allau de catalans, provençals i tolosencs foragitats i faidits pels francesos que com nous bàrbars arrasaven i emplenaven de flames i de sang les terres llenguadocianes, i que anava amb Jaume I a la conquesta de València,

les terres de la qual poblaren i formaren un nou poble en la federació catalano-mallorquino-aragonesa. Allà nasqué el cèlebre metge que tanta importància dóna en el seu temps a la medicina. Arnau de Vilanova portava sang de tots els pobles occitans.

D'Hipòcrates i Galèn fins a Paracels, cap més no ha emplenat aquest buit gran en la història de la Medicina com Arnau de Vilanova. Aplegà els ensenyaments i estudis de la magna Escola de Salern, de Bolònia i altres, amb les de Còrdova, l'aràbiga, de tradició hipocràtica. Donà a conèixer la ciència anatòmica i la terapèutica procedent de les descobertes químiques, i les expandeix per Lleida, Barcelona, Provença i Llenguadoc; fa venir a Montpeller els metges averroistes per ell ben coneguts i el que restava de la bella i florent escola literària i mèdica albigesa ho incorpora a la magna escola de Medicina de Montpeller, seu, ja, de la ciència nostra.

I la medicina passa, pel seu impuls, de les tenebres a la llum; a Montpeller comença la reforma mèdica que trenca els lligams dogmàtics. Bon metge, filòsof agosarat, mestre en astronomia, en alquímia i en botànica, ensenyà ciència a l'Escola de Montpeller, de la qual fou degà, en la de Barcelona, on creà l'Escola d'Apotecaris, com les de València i Montpeller; té per deixebles dues generacions, i entre ells pot comptar-hi Ramon Llull i Bernat Delicós.

Botànic, autor d'una de les primeres obres de botànica mèdica que modestament diu que és apresada de les lliçons d'Avicenna; metge dels sobirans de Barcelona, de Mallorca, de Sicília, dels més alts dignataris de l'Església d'Avinyó i de Roma i de tots els pobres que a ell anaven, conseller i protector de tots els qui patien malalties i persecucions.

Mestre Arnau de Vilanova coneixia l'hebreu, el grec i l'àrab; havia tractat i conegut i conviscut entre aqueixes dues races; tradueix i escriu obres, recopila i reproduïx les seves pròpies per encàrrecs que rebia de malalts, tradueix l'obra d'Aristòtil i d'Avicenna. Ramon Llull el reconeix gran alquimista i home de molta ciència; Kreskes, cèlebre rabí, tradueix a l'hebreu moltes de les seves obres.

Mestre Arnau tenia passió per la saviesa i per la bonesa, i el seu afany era saber més cada dia per bé dels altres. Comença a ensenyar els benifets de les medicacions preparades amb l'aiguardent, aigua de vida, essència del vi, preparant tintures, extrets alcohòlics, extrets secs, l'ús de la llet o

xerigots esdevinguts medicamentosos per una alimentació especial dels animals que la donaven. Dóna un sentit just de la higiene particular i general.

Mestre Arnau té clara noció de la indestructibilitat de la força, unitat de la matèria i eternitat de l'ésser; introdueix un nou element entre el macro- i el microcosmos, el *spiritus*, que més tard serà conegut per quinta-essència, èter, i al qual dóna sentit i accepció de fluid nerviós.

No es pot titllar el nostre Mestre Arnau d'home afanyós de riqueses i de guanys; la seva conducta envers els grans, que flagellà sovint, i envers els petits, amb els quals s'agermana, fou sempre plena d'una dignitat de caràcter envejable. Tota la seva vida, àdhuc en els moments violents i en els esclats d'ira dels seus escrits, és plena de detalls claríssims de sacrifici del seu interès material i fins del seu avenir. Als qui, havent acabat els estudis, surten de l'Escola, els ensenya les virtuts que ha de posseir el metge i, en un tractat de pràctica mèdica, els dóna consells d'alta moralitat per al tracte dels clients i la manera de guanyar llur confiança, l'examen dels malalts i la manera de fer el pronòstic de la malaltia.

Les obres d'ensenyament de medicina i d'alquímia són escrites en llatí; quan les endreça a clients no versats en la llengua científica, les escriu «devant vos en romanç». Com ell hi escrivien Desclot, Muntaner, Martorell, Lluall. Gràcies a ells, en aquell temps fou Catalunya el lloc on s'aplegaven poetes i filòsofs; la Universitat de Montpeller i la de Lleida eren famoses, les de Perpinyà i de Barcelona, no trigaren a ésser-ho.

Acusat pel clericat corromput del seu temps de tota mena de vituperis, vicis i odis, perquè no podia suportar el mal immens que feia aquella gent i perquè contínuament blasfemava que els cristians del seu temps només tenien un culte extern i que interiorment encara eren pagans, mentre el Papa l'anomenava *filium meum dilectum*, els abats, de les riquíssimes abadies robades als albigesos, els dominics que amb el tribunal de l'anomenada Santa Inquisició, emplenaven de carn socarrimada, del baf de milers de morts no soterrats, l'ampla i bella terra llenguadociana, acusaven Mestre Arnau, l'home incorrupte moralment de tots els delictes, per tal de poder anorrear aquell qui tenia la gosadia de tirar-los en cara llurs crims i ambicions mai igualades, corrua de fanàtics folls atapeïts d'impureses.

Cal conèixer aquell temps, d'immens trasbals, per a judicar Mestre Arnau. Les tropes franceses i alemanyes de Simó de Montfort i del Lligat de Roma havien destruït la ciutat més noble de l'Aquitània, Tolosa; els seus habitants foren degollats a milers per manament de l'Església, i els dominics i els nobles francesos cremaren els darrers herois del Castell de Montsegur, esventant, després, les cendres dels catalans i dels llenguadocians defensors de la unitat de l'Occitània. Aquell mal any del 1244, era vivent en tota l'ampla terra dels trobadors; els qui sobrevisqueren a la desfeta, fugitius, fadits, poblaren la terra valenciana i hi aportaren l'esperit clar i liberal que encara perdura. És notable el nombre de metges de les terres d'Aquitània i de Septimània que anaven amb els exèrcits alliberadors de les terres valencianes, acompanyant els darrers cavallers i defensors de Montpeller que s'havien unit als catalans de Jaume I.

En aquell temps de lluites apassionades sobre la vida d'un poble florent, destruït pels poders polítics i religiosos més potents de l'època que, amb l'excusa de baralles religioses, arrossegaren els homes d'aquell temps, nasqué Mestre Arnau de Vilanova, home ple de ciència i de temperament ferm, i fill de la nobilíssima raça que hom volia destruir. La vida i els escrits de Mestre Arnau fan reviure els apassionaments d'aquella època de destrucció d'un poble, el més bo i el més culte del temps. Què té d'estrany, doncs, el geni especial de Mestre Arnau? Actiu com pocs d'altres, actiu i lluitador, mai no estava en repòs en un lloc llarga temporada; molt li plaïa l'amistat dels homes lliures del seu temps, com la del poble que

Caquèxia hipofisària i anorèxia mental

pels doctors

Leandre Cervera

Albert Folch

Bonaventura Benaïges

L'observació d'un cas de quàxia amb amenorrea i metabolisme basal baix ha empès Maurice Loeper i René Fau (1) a revisar recentment determinats aspectes de l'anomenada *quàxia hipofisària* i, sobretot, a posar una altra vegada damunt la taula el problema del diagnòstic diferencial de la *malaltia de Simmonds* i de la síndrome que Dejerine anomenà *anorèxia mental primitiva*. (2)

El treball d'aquests autors projecta indubtablement molta claror damunt l'etiopatogènia de dues afeccions que han estat i són encara motiu de confusió entre fisiopatòlegs i clínics.

Esquemàticament Loeper i Fau resumeixen llurs idees així:

a) La *malaltia de Simmonds* comença bruscament, sense prodroms, sense trastorns digestius anteriors. En ella l'amagriment, que és el primer símptoma, comença sense causa aparent, sense cap reducció important i prolongada de l'aport alimentari.

Els trastorns digestius es redueixen, molt sovint, a una anorèxia invencible, que es presenta, gairebé sempre, després de l'amagriment, després de l'amenorrea i amb un metabolisme basal sempre baix.

L'afecció és molt greu, resisteix totes les terapèutiques habituals i particularment la psicoteràpia, l'isolament i els assaigs de realimentació. Unicament l'opoteràpia específica hipofisària total, dona resultats; per bé que els seus efectes són, sovint, molt lents. Cençada dins d'aquests límits, tan concrets, la *malaltia de Simmonds* és una *afecció molt rara*. La literatura que li pertany registra un nombre molt petit d'observacions ajustades a aquesta descripció. El seu substratum és una *lesió hipofisària* l'objectivació de la qual ha estat possible en alguns casos.

b) L'*anorèxia mental veritable*, descrita per Dejerine amb el nom d'anorèxia mental primitiva, no pot ésser confosa amb la *malaltia de Simmonds*. Reconeix sempre una causa d'ordre psíquic. Comença, en general, per l'anorèxia. La reducció progressiva de l'alimentació precedeix sempre l'amagriment i l'explica a bastament. Els trastorns digestius són poc importants en la majoria de casos. El metabolisme basal no ha estat suficientment estudiat. L'afecció, tractada incorrectament, pot menar a la mort.

L'anorèxia mental pot guarir d'una manera definitiva mitjançant isolament, psicoteràpia, realimentació, aeració, altitud i sense cap mena de terapèutica endocrina. En el curs del millorament, reapareixen les regles més aviat i més fàcilment que en la *malaltia de Simmonds*.

L'anorèxia mental, per bé que no és afecció molt freqüent, és molt menys rara que la quàxia de Simmonds. Hom ignora, ara com ara, les lesions anatòmiques de les quals pot ésser la conseqüència o amb les quals pot anar acompanyada. Entre ella i la quàxia de Simmonds hi ha una característica comuna: l'*amenorrea*. Aquesta amenorrea, constant en les dues afeccions, incita a incriminar de primer antuvi l'element ovàric, massa negligit i, sovint, considerat com un simple trastorn secundari. Entre les dues afeccions—

una, deguda a disfunció hipofisària i l'altra, a un desordre mental—hi ha un nex que és el trastorn ovàric constatat en ambdues. Heus ací el probable punt de partida per a recerques ulteriors. Serà possible trobar que certes anorèxies mentals són d'origen ovàric? Una observació recent de De Gennes i Delarue, en la qual l'atròfia ovàrica és el fenomen més destacat, en sembla una demostració.

L'anorèxia mental pot tenir un substratum ovàric de la mateixa manera que la caquèxia de Simmonds té un substratum hipofisari. L'ovari jugaria ací, per la seva secreció interna, pel seu influx electiu, pel seu trofisme especial, un paper en la producció dels diferents trastorns psíquics, nutritius i glandulars de la malaltia. Ací radica, precisament, la novetat de l'observació de De Gennes: l'ovari atrofiat esdevé l'element rector, el director d'orquestra de la malaltia.

c) En un tercer grup hom pot incloure tota una categoria de fets menys típics que Bickel anomena *magrors hipofisàries* o formes atenuades de la malaltia de Simmonds, però aquest criteri caldrà que sigui discutit.

L'afecció en aquests casos s'inicia gairebé sempre per trastorns digestius funcionals. Aquests malalts són dispèptics o colítics que, a la llarga, redueixen llur alimentació i comencen a amagrir. La reducció constant de l'aportació alimentària molt abans de l'amaigriment difereix aquesta síndrome de la malaltia de Simmonds i motiva que hom la consideri com una *malaltia per carència*. En ella hi ha sempre trastorns psíquics importants: falsa gastropatia o enteropatia. Generalment aquesta mena de malalts són mentiders, sorneguers, simuladors, pitiàtics. Aquest conjunt o estat psíquic és gairebé patognomònic i serveix per a fer la diferenciació amb l'anorèxia mental. L'amenorrea és també freqüent ací i el metabolisme basal és igualment baix d'una manera constant. En general, l'opoteràpia endocrina, ovàrica i hipofisària, resulta ineficax. Per contra, el tractament a base de realimentació associada a psicoteràpia pot donar bons resultats. Però aquests resultats són força menys constants que en l'anorèxia mental vertadera.

En conjunt, es tracta ací de síndromes complexes que tenen per base un peculiar estat mental constitucional i damunt del qual s'empelten trastorns digestius funcionals. L'anorèxia i després la caquèxia secundària i una hipofunció endocrina global, completen la malaltia.

Quant al fet de saber si aquest estat de disendocrínia és la conseqüència de l'estat caquètic o del temperament particular d'aquests malalts, cal tenir en compte que poden furnir una excel·lent base d'orientació les observacions clíniques precises del malalt, seguides durant anys. Fins avui no ha estat pas possible analitzar aquesta qüestió des d'un punt de vista experimental. No obstant, hom pot imaginar quines poden ésser les repercussions que damunt l'organisme i particularment damunt la hipòfisi exercirà una alimentació insuficient sostinguda durant anys i menada als límits extrems del dejuni.

Però la importància dels trastorns digestius i dels trastorns psíquics, el fet que la caquèxia és sempre una conseqüència de l'alimentació insuficient i el fet que aquests malalts guareixen si hom els alimenta, ens semblen arguments a bastament per a no catalogar la síndrome sota la capçalera de *magror hipofisària* i per a refusar la pretensió de veure en la insuficiència hipofisària un tipus de magror simple al costat de la caquèxia de Simmonds.

No es tracta pas ací d'una banal discussió de doctrina. En aproximar aquestes anorèxies a la malaltia de Simmonds hom risca d'arribar a conclusions perilloses i a deduccions terapèutiques més perilloses encara. Hom empra a tort i a dret productes endocrins. En canvi hom negligeix l'existència dels trastorns psíquics i, per tant, no es practica l'isolament, ni psicoteràpia, ni realimentació sistemàtica. Si l'opoteràpia és suficient per a guarir la *caquèxia hipofisària*, cal convenir que en aquestes altres menes de magror únicament registra fracassos.

La malaltia de Simmonds exigeix l'opoteràpia hipofisària.

L'anorèxia mental reclama psicoteràpia i opoteràpia ovàrica.

Les magrors de Bickel volen sobrealimentació rigorosament dosada.

Aquestes consideracions tenen un valor pràctic i terapèutic molt superior del que poden tenir en l'ordre teòric i patogènic.

Agraïm a Loeper i Fau haver-nos brindat una bella avinentesa per a ampliar l'exposició del criteri que nosaltres tenim sobre aquesta qüestió i que en diverses represes hem tractat de desenvolupar (3-4-5). També agraiem de passada als autors parisencs la gentilesa de fer-se ressò de les nostres aportacions per bé que la reproducció de les conclusions reportades no sigui precisament, ni en el fons, ni en la forma, gaire fidel al text original.

L'evolució experimentada fins avui pel concepte de caquèxia hipofisària descrit per Simmonds en 1914 ha permès de constatar la complexitat i el polimorfisme que pot tenir un procés clínic, per simple i esquemàtic que sembli a primer cop d'ull.

Semblava un fet definitivament establert la dependència íntima entre la destrucció del lòbul prehipofisari i l'aparició del conjunt sindròmic que Alliard denominà *senium praecox* i que Simmonds analitzà fins a l'autòpsia. Però ben aviat la casuística d'amagrits no infecciosos anà creixent en nombre i en variants i amb aquesta aflluència de material nosològic començaren a plantejar-se dubtes, no solament sobre la universalitat que de primer antuvi s'havia atorgat a l'etiopatogènia del procés descoberta pel clínic d'Ham-burg, sinó sobre la seva possibilitat d'aplicació en els casos més semblants al que havia servit de base per a la primera definició de la síndrome hipofisària caquetitzant.

Les coses anaren evolucionant de tal manera que alguns autors han arribat a negar el mecanisme endogen de totes les caquèxies que de prop o de lluny s'assemblen a la descrita per Simmonds i pretenen explicar-les merament com el resultat d'una alimentació incorrecta.

Quan Dejerine donà la seva magistral descripció dels psico-neuròtics que amagreixen per mecanisme exogen, establí dos tipus ben diferents els quals qualificà separadament *anorèxia mental primitiva* i *anorèxia mental secundària*. Ell no esmentà—ni la sospità, segurament—cap participació endocrina en les descripcions que ens ha deixat, però, sense moure's del seu element clínic sabé mantenir ben separats i inconfusibles els magres per anorèxia mental primitiva i els que ho són per anorèxia mental secundària.

Serà útil que reproduïm les seves mateixes paraules :

Hom diu que un subjecte pateix d'anorèxia mental quan, sota la influència de representacions mentals, avorreix tota mena d'aliments i arriba a inhibir en ell la sensació de fam. Hom dirà que l'anorèxia mental és *primitiva* quan la insuficiència alimentària s'estableix sota la influència de representacions mentals primitives que no tenen, per tant, cap relació amb el funcionament de l'aparell digestiu. Hom dirà que l'anorèxia mental és *secundària* quan esdevé exclusivament com a conseqüència de trastorns digestius previs, de naturalesa neuropàtica.

D'altra banda convé remarcar que l'anorèxia mental no ha d'ésser confosa amb certs estats mentals (malenconia, deliri de persecucions, etc.), en els quals l'individu tot i conservant la noció de l'apetit, tot i tenint fam, es nega a menjar per raons determinades, pertanyents, sempre, a l'ordre de les idees delirants.

Aquests quadres d'amagritment modificables—com diu Dejerine—per l'isolament i la psicoteràpia, no poden pas ésser confosos amb el tipus de caquèxia que Simmonds descrivia després de constatar a la necròpsia una ben palesa destrucció del lòbul prehipofisari. I bé, aquesta confusió ha estat feta. Cal que la iniciativa de Loeper i Fau sigui defensada, doncs, per tal d'evitar que perduri l'error i evitar lamentables conseqüències en la terapèutica.

Remarquem que en cap de les dues formes descrites per Dejerine no es parla de la transcendència del procés caquetitzant en la zona sexual, com s'esdevé sense excepcions en els casos simmonians. Remarquem també que la simplicitat i eficàcia del tractament proposat i emprat per Dejerine con-

trasta amb la resistència que oposen a gairebé totes les terapèutiques els magres per afecció hipofisària descrits per Simmonds.

Ara fa uns quatre anys, Marañón (6), en una doble comunicació a l'Acadèmia de Medicina de Madrid i al seu Institut de Patologia Mèdica exposà un criteri personal que ha contribuït a fer més tèrbola aquesta qüestió i a retrocedir-la sensiblement. Segons l'endocrinòleg espanyol totes les malalties amb magror caquectiforme estudiades per ell són psicòpates greus que es neguen a prendre aliments. Aquesta insuficiència alimentària, i no la hipofunció hipofisària, en obligar a cremar els propis teixits, és la que mena els organismes, lentament depauperats, a la consumpció i a la caquèxia.

Un altre endocrinòleg espanyol, J. M. Alberdi, ha estat el primer a refutar la concepció maranyoniana en un treball força documentat a propòsit d'un cas personal de malaltia de Simmonds (7).

Alberdi comenta en aquest estudi unes quantes publicacions sobre les conseqüències que deriven de la hipoalimentació prolongada i remarca que únicament Marañón ha volgut confondre-les amb la malaltia de Simmonds. Així, esmenta els casos aportats per Levi en 1922 en els quals l'emaciació anava acompanyada d'un descens del metabolisme basal i els de Faber (1926), caracteritzats pel grau alarmant d'inanició, tots ells tractats amb èxit a base del restabliment adequat de l'alimentació en forma parella a la descrita per Marañón. També esmenta Alberdi els 117 casos d'anorèxia nerviosa recollits per Berckmann des de 1917 a 1929 a la Clínica Mayo i en els quals fa remarcar la presència constant d'aquests tres símptomes: *aprimament*, *hipometabolisme* i *amenorrea*.

D'aquest comentari bibliogràfic Alberdi en dedueix l'acceptació de la semblança de la caquèxia simmoniana i la nerviosa i la conveniència d'acollir amb grans reserves la doctrina de Marañón, admetent-li únicament, ara com ara, la possibilitat que una alimentació insuficient pugui alterar la funció hipofisària i, pel mitjà d'aquest *mecanisme endogen*, determinar la caquèxia de Simmonds.

Gairebé coincidents amb les conclusions de l'aportació d'Alberdi, un metge bilbaí, W. López-Albo, n'ha publicades unes altres amb motiu d'un cas d'aprimament i d'hipometabolisme que suggeria també els mateixos dubtes de diagnòstic entre la caquèxia de Simmonds i les altres formes d'aprimament dites hipofisàries i nervioses (8).

López-Albo aprofundeix la seva crítica sense negligir el comentari sobre les formes atenuades, incompletes o frustrades del procés que és on, segurament, el confusionisme arriba al grau extrem. En el cas reportat per ell manquen la inapetència i els trastorns de l'esfera genital que són típics de la caquèxia de Simmonds. Això li fa pensar que, possiblement aquests fenòmens poden mancar en les formes atenuades. Però, després d'aquesta constatació remarca el fet que el seu malalt s'ha anat aprimant lentament i progressivament malgrat i haver conservat una bona gana i haver rebut una alimentació nutritiva i adequada, les xifres del metabolisme basal han estat en ell molt baixes i la resistència a la terapèutica, absoluta.

López-Albo considera d'interès, donada la constitució astèmica i l'esplagmíria que presenten tots aquests malalts, valorar conjuntament els possibles factors exogen i endogen que pot determinar-los.

En els neuròtics anorèxics hipoalimentats en els quals apareix la síndrome de Simmonds podria suposar-se, en efecte, una disposició hipofuncional del lòbul anterior hipofisari.

Aquesta hipòtesi aclariria, certament, la suggerència de Marañón fins i tot per als casos d'anorèxia hipofisària sense quadre neuròtic, però no en els que, com el de López-Albo, presenten un aprimament a desgrat de conservar la gana i de fer sobrealimentació. En aquests casos el factor endogen és innegable i el factor exogen, si és que existeix, cal declarar que s'escapa de tota investigació.

La naturalesa hipofisària de la síndrome caquètica de Simmonds no ha estat pas desbancada pels arguments clínics posats en joc fins ara pels disconformistes. Es més, les raons d'ordre clínic adduïdes per a muntar aquesta oposició han servit perquè s'establís una separació més i més marcada entre dos tipus d'amagriment que res no tenen a veure entre ells a desgrat de llur aparent similitud.

Però en l'ordre terapèutic els fets recollits aquests darrers anys tenen una força incontestable per a donar suport al dualisme sindròmic.

Entre les nostres observacions tenim dades a bastament per a declarar-nos a favor de l'existència d'una total separació entre els processos d'amagriment caquèticiforme per hipopituïtarisme (malaltia de Simmonds) i per trastorn psíquic (anorèxia mental).

En la nostra malalta amb síndrome de Simmonds que Loeper i Fau han volgut presentar com argument a favor de llur tesi, ens fou possible de constatar que l'acció estimulante de les radiacions roentgenològiques (dosis febles) damunt la hipòfisi corregia un dèficit endocrí i restablí a condicions de normalitat el metabolisme lípid d'un cos femení al llindar de la pubertat. Remarquem que aquesta malalta, contràriament a ço que ens atribueixen Loeper i Fau, no fou tractada psicoteràpicament, ni fou objecte d'una sobrealimentació, ni ens serví per a provar les diferències que el canvi d'ambient domèstic per un ambient d'hospital pogués exercir damunt la nutrició alterada del seu organisme. La nostra malalta fou radiada sense espectacularitat i sense prèvies explicacions suggestionadores d'acord amb un pla terapèutic fet a posta per a tractar un dèficitari d'increció prehipofisària, no un anorèxic mental.

Els fets ens han demostrat que les excitacions hipofisàries a base de la radiació glandular amb petites dosis de raigs X poden anar seguides d'efectes estimables sempre que l'estructura radiada no estigui destruïda. Per contra, els malalts de Simmonds en els quals hi ha necrosi hipofisària o anul·lació glandular per qualsevol altre mecanisme anàtomo-patològic, no poden, lògicament, experimentar cap modificació, ni amb aquest ni amb cap altre mètode d'estimulació. En aquests casos es comprèn que l'opoteràpia substitutiva és, ara com ara, l'únic mitjà a l'abast del metge per a esmenar el desequilibri endocrí que motiva l'aparició de la síndrome.

En el nostre malalt comentat per Loeper i Fau, parellament a ço que hem pogut constatar en altres casos, la prèvia convicció que és possible el quadre sindròmic de Simmonds per pura inhibició del funcionalisme hipofisari, ens ha menat a la utilització del mètode excitador roentgenoteràpic. Aquest capteniment comporta la possessió prèvia de dades d'anamnesi, d'exploració clínica i d'exploració radiogràfica que ens permetin recolzar la sospita que la hipòfisi no està destruïda, sinó simplement inhibida.

Aquest criteri ens permet d'afegir una varietat més a les etiologies proposades fins ara pels autors que s'han ocupat de l'estudi de la caquèxia simoniana i de les síndromes d'aprimament que poden confondre's amb ella. Fins ara, en efecte, s'havia parlat de la sífilis, de la tuberculosi, de les embòlies necrògenes, de les neoplàsies i dels quistos (hidatídics i cisticercòsics); després Alberdi-Goni ha suggerit la possibilitat de trobar una responsabilitat patogènica en un procés de degeneració esclerosada o atròfica; nosaltres afegim la sospita d'un probable element funcional.

Esquemàticament, això ens permet de fixar el nostre capteniment així: *glàndula destruïda* exigeix una *substitució* (opoteràpia), *glàndula inhibida* comporta una *estimulació* (roentgenoteràpia a dosis petites).

Es molt probable que en els casos amb lesió destructiva d'hipòfisi anterior l'opoteràpia i millor encara l'hormonoteràpia prehipofisària sigui l'element bàsic i gairebé únic per a reparar els efectes de la insuficiència endocrina. Però és lògic admetre la possibilitat que una opoteràpia ovàrica com-

plementària pugui accelerar i reforçar remarcablement l'acció de la medicació hipofisària, sobretot en les zones neuro-psíquiques i sexual.

Aquestes consideracions d'ordre terapèutic adaptades a l'amagriment per trastorn psíquic ens ajuden a comprendre la confusió lamentable que cometen els qui consideren la malaltia de Simmonds com una síndrome susceptible d'esmenar per simples mitjans bromatològics i psicoteràpics.

Es molt probable que alguns casos d'amagriment caquèticiforme per trastorn psíquic (anorèxia mental, per exemple) puguin millorar i, fins i tot, guarir totalment sota els efectes suggestius d'una cura roentgenològica d'excitació hipofisària o d'un tractament hormonoteràpic o opoteràpic, però cal convenir que mai un malalt amb caquèxia de Simmonds no serà modificat per un simple element suggestiu.

Loeper i Fau remarquen atinadament la freqüent coincidència de fenòmens hipoovàrics en les malalties d'anorèxia caquèticitzant del tipus Dejerine i ens forneixen una base de recolzament per a valorar aquesta remarca en el fet que l'opoteràpia ovàrica emprada per ells s'ha comportat com un element d'incontestable utilitat per a reforçar la psicoteràpia.

Aquest criteri clínic i terapèutic el compartim també nosaltres íntegrament.

Un punt existeix, però, en les conclusions de Loeper i Fau que no resulta prou clar i que, per tant, no podem subscriure, ara com ara. Ens referim a la constitució del grup que aplega les magrors anomenades per Bickel *hipofisàries*, dotades d'una simptomatologia parella a la dels malalts de caquèxia de Simmonds i degudes, segons ells, a una causa exògena carencial (alimentació pobre de vitamines).

Aquesta modalitat clínica de la magror, modificable per sobrealimentació i, especialment, per una adequada vitaminització, no sembla pas massa mereixedora d'un desglossament del grup de les magrors psíquiques amb les quals va lligada per una remarcable comunitat d'evolució, de tractament i fins, moltes vegades, d'origen.

RESUM: Ens interessa remarcar l'interès d'unes suggerències de Loeper i Fau a propòsit del diagnòstic diferencial i del tractament dels diferents tipus de magror caquèticiforme observats en la clínica per tal de raonar una crítica de la hipòtesi dels qui pretenen reduir aquestes malalties a un simple fet d'hipoalimentació.

Les nostres dades personals ens menen, finalment, a proposar:

1.^{er} Que la *síndrome caquètica de Simmonds* pot ésser deguda no solament a trastorns anatomo-patològics del lòbul prehipofisari, sinó també a una inhibició intensa de l'activitat normal d'aquest òrgan endocrí.

2.^{on} Que existeix un tipus de *caquèxia psíquica* que coincideix amb el quadre que Dejerine descriví amb el nom d'*anorèxia mental primària* i en la qual cal cercar un substratum constitucional de feblesa hipofisària i un trastorn determinant (generalment digestiu) que motiva una hipoalimentació prolongada i, per tant, un aprimament alarmant.

3.^{er} Que les magrors que Bickel anomena *hipofisàries* no són pas totalment diferenciades dels quadres de Simmonds i psiconeuròtics. Molt probablement es tracta de formes mixtes i atenuades d'aquests processos i, particularment, del segon.

4.^{art} Que la terapèutica de la caquèxia de Simmonds *per lesió anatòmica* de la hipòfisi és fonamentalment *substitutiva* (opoteràpia o hormonoteràpia prehipofisària).

5.^e Que la terapèutica més eficaç de la caquèxia de Simmonds *per inhibició funcional* de la increció prehipofisària és la roentgenoteràpia estimul·lant (dosis febles) del lòbul hipofisari anterior.

6.^e Que la *caquèxia psiconeuròtica* o *anorèxia mental* únicament pot ésser tractada amb èxit a base de psicoteràpia i realimentació. Probablement,

actuarà d'element coadjuvador d'aquesta terapèutica una adequada opoteràpia o hormonoteràpia ovàriques.

7.^e Que les magrors de Bickel requereixen una ulterior investigació per tal d'enquadrar-les, com formes atenuades, en un dels dos grans grups fonamentals. Després d'aquesta tasca, llur terapèutica serà dictada pels resultats de la recerca.

8.^e Amb el pensament fix en el metge pràctic, caldrà afegir una darrera conclusió sintetitzadora del criteri que ens ha empès a la redacció d'aquest treball. Aquesta conclusió addicional és la següent: *La terapèutica hipòfiso-estimuladora (practicada a base de petites dosis de raigs X) i la terapèutica hipòfiso-substitutiva (a base d'extrets prehipofisaris), no solament no tenen contraindicacions, sinó que poden anar sempre seguides d'efectes beneficiosos en tots els casos de caquèxia simmoniana i en els de tipus psíquic, àdhuc admetent que llur acció en aquests darrers pugui resultar suggestiva. Per contra, l'ús inadequat d'una psicoteràpia i d'una simple pràctica de realimentació en les formes d'amagriment simmonia, ultra no fornir cap benefici terapèutic, pot fer perdre un temps preciós i donar motiu perquè la malaltia evolucioni vers una major intensitat.*

BIBLIOGRAFIA

1. Maurice Loeper i René Fau: *Cachexie hypophysaire et anorexie mentale*. «Le Monde Médical». París, 1 d'octubre 1936, núm. 888, pàg. 921.
2. J. Dejerine: *Sémiologie des Affections du Système Nerveux*, pàg. 1.039. Masson et Cie. Edit. París, 1914.
3. L. Cervera, A. Folch i B. Benaiges: *Considerations sur un cas de Maladie de Simmonds*. «Revue Française d'Endocrinologie». Vol. 12, núm. 1, febrer 1934, pàg. 15 i LA MEDICINA CATALANA, Any I, 1934, núm. 2, pàg. 199.
4. L. Cervera, A. Folch i B. Benaiges: *Consideracions a propòsit de 22 casos d'hipofisopaties tractats (nota terapèutica)*. LA MEDICINA CATALANA, 1934, núm. 11, pàg. 150.
5. L. Cervera, A. Folch i B. Benaiges: *Les hipofisopaties en clínica*. LA MEDICINA CATALANA, 1936, núm. 35-36, pàg. 133.
6. G. Marañon: *Delgadez hipofisaria*. Acad. de Med., 10 juny de 1933 i *Sobre la caquèxia hipofisaria*. Inst de Pat. Med., 4 març de 1933.
7. J. M.^a Alberdi y Goñi: *Enfermedad de Simmonds*. «Anales de Medicina Interna». Madrid, gener de 1934, pàg. 27.
8. W. López-Albo: *Caquèxia hipofisaria o enfermedad de Simmonds. Formas atenuadas. Con motivo de un caso de adelgazamiento e hipometabolismo*. «Anales de Medicina Interna». Madrid, agost de 1934, pàg. 707.

HIPOFIZA KAKEKSIO KAJ MENSA ANOREKSIO

Resumo: La aŭtoroj rimarkigas intereson de sugestioj de Loeper kaj Fau pri diferenca diagnozo kaj pri kuracado por diferencaj tipoj de kakeksforma malgraseco observitaj en kliniko. Poste, ili kritikas la hipotezon de tiuj kiuj pretendas limigi tiujn malsanojn al simpla fakto de hiponutrado.

Post aro da personaj observoj ili fine proponas:

1e. Ke la kakeksa sindromo de Simmonds povas ebligi ne nur pro perturboj anatomiopatologiaj de la antaŭhipofiza lobo, sed ankaŭ pro intensa inhibicio de la norma aktiveco de tiu endokrina organo.

2e. Ke ekzistas tipo de psika kakeksio kiu koincidas kun la notaro de Dejerine sub la nomo de primara mensa anoreksio, pri kiu oni devas serĉi konstitucian substaton el hipofiza malforto kaj aĝa perturbo (ĝenerale, digesta), kiu okazigas longan hiponutradon, kaj, tiel, maldikigon maltrankviligan.

3e. Ke la malgrasecoj de Bickel nomitaj hipofizaj ne estas tute diferenceblaj de la notaroj de Simmonds kaj psikoneŭraj. Tre eble temas pri formoj mikaj kaj malgravigitaj el tiuj procesoj, kaj, precipe, el la lastaj.

4e. Ke la terapeŭtiko por la kakeksio de Simmonds pro anotomia lezo de la hipofizo estas fundamente anstataŭa (opoterapio aŭ hormonoterapio antaŭhipofiza).

5e. Ke terapeŭtiko plej efika por la kakeksio de Simmonds pro funkcia inhibicio de la antaŭhipofiza inkreto estas rentgenterapio stimula (malfortaj dozoj) al antaŭa hipofiza lobo.

6e. Ke la kakeksio psikoneŭra aŭ mensa anoreksio povas esti kuracata sukcese nur baze de psikoterapio kaj renutrado. Verŝajne ankaŭ kunhelpo al tiu terapeŭtiko, adekvata opoterapio aŭ ovaria hormonoterapio.

7e. Ke la malgrasecoj de Bickel postulas novan esploron, laŭ kiu oni povos ilin grupigi kiel malgravigitajn formojn en unu el la du grandaj fundamentaj grupoj. Post tiu laboro, ilia terapeŭtiko difiniĝos laŭ la rezultatoj de la esploro.

8e. Rekte memorante la praktikan kuraciston, necesas aldoni lastan konkludon sin-tezan pri la kriterio, kiu puŝis la aŭtorojn al verkado de ilia referato. Tiu aldonita konkludo estas jena: La terapeŭtiko hipofizostimula (praktikebla per malgrandaj dozoj de Xradioj) kaj la terapeŭtiko hipofizoanstataŭa (per ekstaktaĵoj antaŭhipofizaj), ne nur ne estas maldecaj, sed povas atingi ĉiam bonajn efikojn en ĉiuj kazoj de Simmonds kakeksio kaj en tiuj tipe psikaj, eĉ se ilia agado en tiuj lastaj povas esti sugesta. Kontraŭe, maldeca uzo de psikoterapio aŭ de simpla praktikado de renutrado ĉe formoj de malgraseco de Simmonds, krom senefiko, povas malprofitigi bonegan tempon, kaj ebligi ke la malsano evoluos plegraviĝe.

L'etiologia de la retracció palmar i les seves relacions amb el reumatisme

pel Dr. Lluís Gubern-Salisachs

Professor Ajudant de Càtedra.—Cap del Servei de Cirurgia de l'Hospital de Badalona .

L'any 1933 (1) vàrem publicar un treball en el qual després d'exposar els nombrosos casos existents en la literatura de retracció de l'aponeurosi palmar d'indiscutible origen nerviós i presentar alguns casos personals d'una varietat patogènica de la síndrome retracció palmar deguda a una funiculitis reumàtica, arribàvem a la conclusió que probablement la malaltia de Dupuytren és sempre un trastorn trofoneuròtic degut a un factor etiològic únic, una lesió nerviosa. D'aleshores ençà s'han publicat i hem observat alguns casos més que reforcen el nostre criteri sobre la seva etiologia.

Laiguel-Lavastine, R. Bonnard et M. Gaultier (2) van publicar un cas d'una síndrome de Claudi Bernard-Horner (consecutiu a un tret que lesionà el simpàtic cervical) que coexistia amb na malaltia de Dupuytren i amb una ansietat paroxística i aerofagia. Cal tenir present, però, que en aquest cas la retracció palmar encara que es va accentuar després del traumatisme, es va iniciar molt abans que ell.

Richar Kissel i Simonin (3) observaren un cas de retracció de l'aponeurosi palmar, amb trastorns vasomotors i alteracions sensitives dissociades corresponents a la regió medullar d'on surten les últimes arrels cervicals i les primeres dorsals i cregueren que es tractava d'una siringomièlia.

Nicolesco Hornet i Runcan (4) van observar una malaltia de Dupuytren bilateral, acompanyada de trastorns vasomotors i parestèsies de la cara interna de les extremitats superiors. Atribuïrem la síndrome que presentava el malalt a una distròfia simpàtica.

M. Boulogne (5) va publicar un cas de retracció de l'aponeurosi palmar bilateral consecutiva a una ectasia aòrtica, deguda a un tramatisme vertebral que el malalt va patir 2 anys abans. L'ectasia aòrtica es va descobrir perquè presentant el malalt una zona amb punts dolorosos vertebrals, es va creure convenient fer una radiografia del raquis. No hi havia lues. Poriso i Sanadon (6) han observat un cas de retracció bilateral de l'aponeurosi palmar que coexistia amb àlgies, zona i trastorns de la pigmentació cutània.

La coexistència de la retracció de l'aponeurosi palmar amb l'esclerodèmia, ha estat trobada amb relativa freqüència; fa poc n'hem vist 2 casos.

Observació núm. 1. — T. G. Antecedents familiars: Pare mort als 56 anys de pneumònia. Mare morta a 87 anys, ignorada la causa. 12 germans. 6 morts, un morí d'una afecció medul·lar, altre de pulmonia, altre d'accident. Ignora la causa de la mort dels altres germans.

Antecedents personals: Fa 7 o 8 anys tingué una infecció broncopneumònica, uns dos anys després una erisipela cefàlica.

Ha tingut una sola filla sana. Cap avortament. Ha tingut diverses vegades en la seva vida signes anafilàctics, tipus d'urticària.

Història de la malaltia actual: diu que fa uns 5 o 6 anys pateix d'erupcions, sequedat, talls interdigitals, vermellors, peneïllons a les dues mans, trastorns que s'actuen i es fan més intensos a finals de tardor i de primavera. *Dolors que des del clatell s'irradien als braços i mans.*

Ha tingut algun dolor lleuger a les cames i peus. Té també cefalees i vertigens i un xic de tivantor al clatell.

Se li han fet diversos tractaments tòpics i fisioteràpies per diferents dermatòlegs, sense resultat.

Exploració neurològica: no es troba altra cosa que els reflexos tendinosos de les extremitats inferiors, vius, i els de les superiors, molt moderats.

Existeix una desviació de l'escàpula dreta cap a fora amb el seu vèrtex inferior molt més separat de la línia mitjana que la de l'altre costat, a més se separa marcadament del tòrax (escàpula alata); atròfia del deltoide i del subescapular. Hi ha escoliosi dorsal dreta i un cert augment de la curvatura dorsal. Hi ha dues últimes vèrtebres cervicals i primera dorsal sensibles a la palpació. A les dues mans es nota sequedat, i una determinada queratosis per la part dorsal i un fort apergaminament a les palmes de la mà, amb lleugera atròfia de la regió hipotenar, aplanament i una lleugera retracció de l'aponeurosi palmar.

Dades complementàries. Radiografia de columna cervico-dorsal (fig. 1 i 2). Erosions a totes les vèrtebres cervicals, desmineralització pronunciada de les parts laterals de l'arc de la V i VII al seu costat esquerre, particularment a la VII.

Calcèmia 115 mm. per mil.

Diagnòstic clínic. Reumatisme vertebral al qual probablement es deuen la síndrome cervical inferior (àlgies braquials), l'esclerodèmia, la retracció palmar i la síndrome cervical superior (vertigens, cefalees), degut aquest darrer a lesions dels nervis vertebrals.

Observació núm. 2. — Carmen P., 19 anys. Cap antecedent patològic d'interès. Des de fa 2 anys plaques d'esclerodèmia distribuïdes per la mama, escàpula i tota l'extremitat superior esquerra (fig. 3), la qual presenta des d'aleshores accentuats trastorns vasomotors. Retracció palmar d'aquest costat (fig. 4). Hipoexcitabilitat galvànica dels músculs d'aquesta mà.

La radiografia de la columna vertebral, regió cervical, no demostra cap lesió. En aquest cas resulta evident que la retracció palmar i l'esclerodèmia obeeixen a una lesió medullar o radicular. No existeixen lesions reumàtiques vertebrals.

J. Weil i R. Marie (7) han assenyalat l'existència d'estats intermedis entre la malaltia de Dupuytren i l'esclerodactília. Creuen que existeix una síndrome esclerodèmia—retracció palmar d'origen endocrí—simpàtic, en la qual síndrome l'esclerodèmia pot aparèixer abans (R. Marie) (8) simultà-

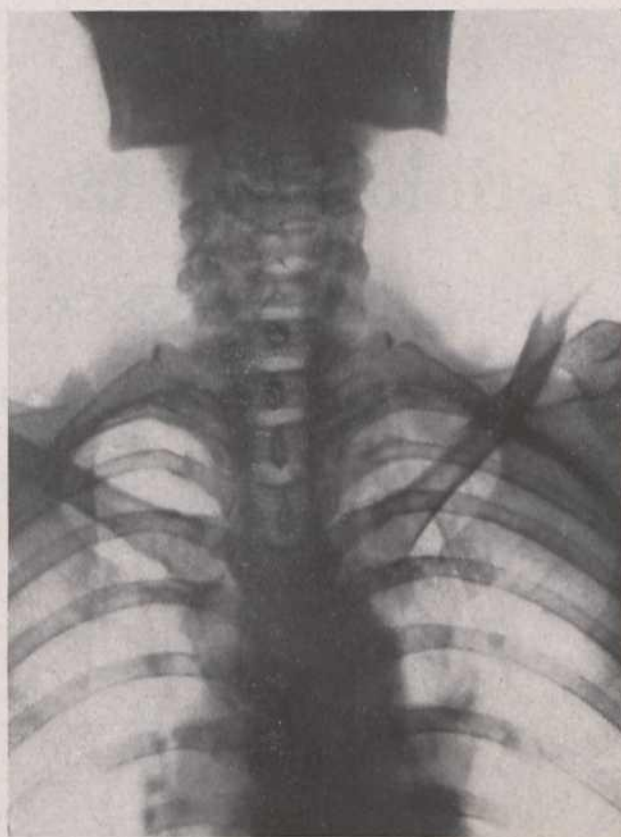
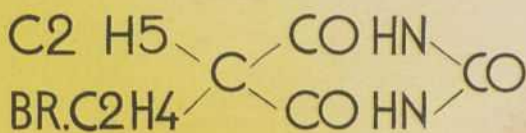


Figura 1.

Neurol



BROMODIETILMALONILUREA



HIPNÓTICO INOFENSIVO
TÓNICO SIN EXCITAR
SEDANTE SIN DEPRIMIR

LABORATORIOS TURÓN
LAURIA, 96 BARCELONA

FOSFORAL TURÓN

ESTIMULANTE DEL
SISTEMA NERVIOSO
CEREBRO-ESPINAL

*Recurso insuperable
contra la Fosfaturia*



LABORATORIOS TURÓN

LAURIA, 96

BARCELONA

niamment (Hufschmit) (9) o després de la retracció palmar, i amb freqüència va acompanyada de trastorns vasomotors, (tipus Raynaud) de les extremitats superiors.

Si tenim en compte les nombroses prolongacions que l'aponeurosi palmar mitja envia a la pell de la regió, no ens ha d'estranyar que l'esclerosi del dermis es propagui a l'aponeurosi o viceversa. Leriche i Fontaine (10) han trobat lesions dels ganglis simpàtics en l'esclerodèmia, malaltia que és deguda en molts casos, com la retracció palmar, a lesions simpàtiques de topografia radicular corresponents al territori cutani C8 i D1.

J. Weil i R. Marie, en el treball que hem esmentat, comenten que en molts casos no es troba una lesió evident d'un segment radicular. (No hi ha siringomièlia, ni tabes, ni hematomèlia, etc.). Però hem de tenir present que existeixen dues patologies del simpàtic. Una *lesional* i un altre funcional o reflexa (*simpalosis*), en relació amb una lesió del sistema endocrí de vegades d'origen luètic. Una infecció, una disfunció congènita o adquirida de les glàndules endocrines, altera l'equilibri del sistema vegetatiu, produint una síndrome simpàtica més o menys completa, que altera l'os, la pell (esclerodèmia), l'aponeurosi (retracció palmar), etc., etc.

A continuació exposarem les històries clíniques de 2 casos de Miato-mia congènita que devem a l'amabilitat del Dr. B. Rodríguez Arias, i que ens demostra l'origen distròfic de la malaltia de Dupuytren.

Observació núm. 3. — Josep F. Mare amb trastorns miotònics, 2 germans, un d'ells va morir als 12 anys, l'altre viu sa, i una germana miotònica.

Des dels 15 anys cefalees freqüents, frontals, s'installen i desapareixen lentament, d'unes 8 o 10 hores de duració, quasi dia per altre.

Extremitats sempre fredes, a l'hivern, morades. Per no res sua molt.

Fa 4 o 5 anys que cada hivern té unes àlgies intra-oculars al costat dret, matinals, que duren uns 15 dies.

Formigors a les extremitats des de fa quatre anys.

Estant al servei militar (feia de fogoner) nota que en agafar qualsevol cosa pesada, li relliscava de les mans. En agafar una botella, no la podia deixar anar fins al cap d'uns segons. En aixecar-se, després d'estar una estona assegut, les cames se li queden com envarades sense poder moure's durant uns instants; dona dos o tres passos amb dificultat i continua la marxa normal. Quan comença a enraonar, dificultat per obrir la boca i moure la llengua, que desapareix al cap de poc.

Tots aquests símptomes s'han anat manifestant durant aquests anys sense augmentar a penes i el malalt sembla no donar-los molta importància, car s'ha d'insistir molt sobre ells perquè el malalt els expliqui. Ell vingué a consultar-nos exclusivament per no tenir força a les mans i perquè no podia tancar-les bé.

Reflexos de les extremitats inferiors qua-



Figura 2.



Fig. 3. — S'aprecien clarament les plaques d'esclerodermia.

sí abolits. No hi ha Babinski. En les extremitats superiors els reflexos són normals, però queden els músculs en contracció tònica.

La sensibilitat tàctil de les mans està disminuïda.

Existeix una limitació dels moviments dels dits de les mans, més manifestada en els quart i cinquè dit, i en intentar l'extensió. Retracció bilateral de l'aponeurosi palmar.

Atròfia dels músculs de les mans, avantbraç i braç. Esternocleidomastoideo, masseters i orbiculars.

Lleugera atròfia de la part distal de les extremitats inferiors (fig. 5).

Els moviments actius estan dificultats en el primer moment per l'estat miotònic, després són normals.

L'exploració elèctrica demostra que hi ha músculs amb la reacció miotònica.

Calcèmia 122 mil·ligrams per 1.000.

Opacitat incipient del cristal·lí.

Diagnòstic: Miotonia congènita.

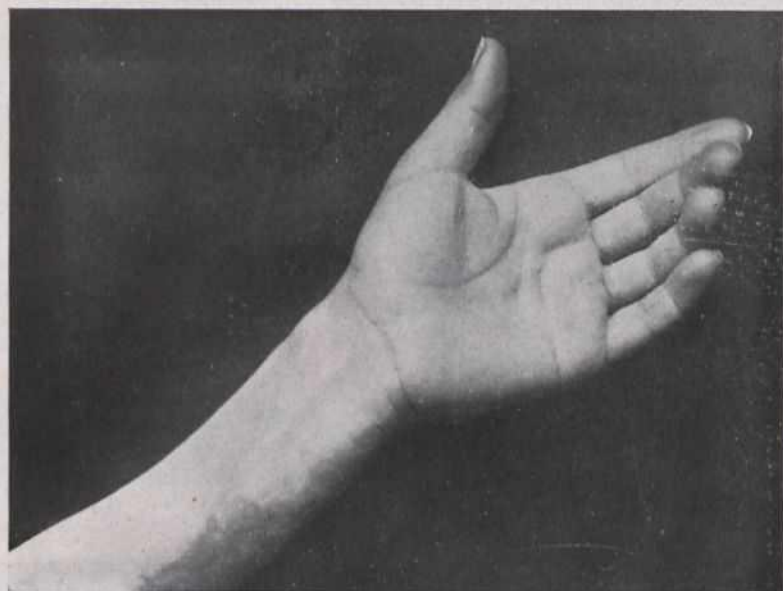


Figura 4.

Observació núm. 4. — Dolors F. — Nascuda a terme, part normal, alletament matern, fins als 20 mesos, desenvolupament somàtic sembla normal, diu que de petita jugava amb les altres nenes sense notar cap trastorn. Als 3 anys caigué de cap des d'uns 5 metres d'alçària, ferida a la regió parietal esquerra (els semblà que després no parlava tan clar). Als 4 anys malaltia febril, tres o quatre dies a 40 graus de febre, somnolència, crisis d'excitació, cefalea intensa, vòmits que semblen cerebrals, temperatura més baixa durant una setmana. Als 18 anys, tifoide. El mateix any, xarampió i escarlatina. Als 19 anys, erisipela a la cara.

Anà a l'escola fins als 12 anys sense aprendre res, no sap llegir res, no sap ni escriure. Fins als 20 anys, reglè regularment; des d'aleshores amenorreica.



Fig. 5.—Observi's la retracció palmar bilateral—en el costat esquerre la bandejeta pretendinosa del dit del mig és molt manifesta—i l'atròfia dels músculs de l'avantbraç i de les cames.

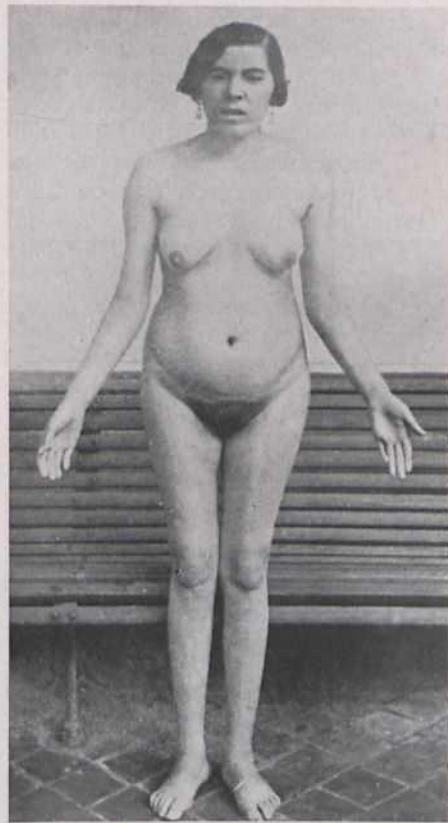


Figura 6. — L'extensió dels dits resulta incompleta, degut a la retracció de l'aponeurosi palmar.

Malaltia actual: Des de petita nota que les cames les tenia més primes que les normals i que no hi tenia tanta força. També recorda, encara que sense poder precisar quan, que de petita, en tancar les mans, li costava treball d'obrir-les durant els primers instants, cosa que després feia normalment.

Ultimament, fa uns 7-8 anys, que a més dels anteriors trastorns nota que en aixecar-se, després d'estar una estona asseguda, durant uns segons quasi no pot mantenir-se dreta, algunes vegades arriba a caure, i passat aquest temps, emprèn la marxa, amb certes dificultats al començament. També alguna vegada es queda sense poder obrir la boca durant uns segons. Actualment, en ordenar-se-li que tanqui i obri la mà, el primer moviment de tancar és normal, però no la pot obrir; passats uns segons comença a obrir-la, però molt poc, i a poc a poc va obrint-la més fins a ésser normal. També es presenta el mateix fenomen en ordenar-se-li la flexió i extensió de l'avantbraç sobre el braç. Alguna vegada en fer la desviació lateral del cap, es presenta el trastorn miotònic.

Deformitats dels dos dits grossos del peu semblant a la malaltia de Friedreich. Retracció bilateral de l'aponeurosi palmar (fig. 6).

L'exploració elèctrica també demostra la reacció miotònica de certs músculs.

Té els mateixos trastorns oculars que el seu germà.

Calcèmia: 144 mil·ligrams per 1.000.

En el nostre treball, al qual ens referíem abans, recordàvem que existien una sèrie de síndromes neurològiques que depenen de les artritis vertebrals reumàtiques, i que són produïdes per una *funiculitis*. Es a dir, per un procés inflamatori de l'arrel en el seu trajecte extrameningi, abans d'arribar al plexe.

Aquesta funiculitis es diferencia de la radiculitis per la contractura dels músculs vertebrals (ben manifestada en l'observació núm. 1 per la rigidesa del clatell) i l'escassetat o manca d'alteracions del líquid cefalo-raquídi (en la radiculitis existeix limfocitosi). D'altra banda les alteracions sensitives o motores, tenen una topografia radicular.

L'observació de nombrosos casos amb retracció de l'aponeurosi palmar i una síndrome neurològica de topografia 8 segment cervical i primera segment dorsal degut indiscutiblement a una funiculitis reumàtica, ens permeté d'afirmar l'existència d'una varietat patogènica de la síndrome retracció palmar.

Les observacions que detallem a continuació en són un exemple.

Observació núm. 5 (Dr. Vilató). — J. R., 54 anys, casat. Diu que des de la infància pateix àlgies cervicals. Des de fa uns 2 anys *les àlgies s'irradien cap a l'espatlla dreta i també al braç del mateix costat i la mà corresponent*, en la qual s'ha establert una retracció de Dupuytren típica als dits petit a anular, i sembla iniciar-se en el dit mitjà on hi ha un punt dolorós molt sensible (fig. 7). Els dolors són francament cubitals. Les radiografies de columna cervical demostren l'existència de lesions reumà-

Figura 7.



tiques típiques, més marcades en la IV, V i VI vèrtebra cervical (fig. 8). Ha estat tractada durant llargues temporades amb diatèrnia a l'espatlla i mà, havent millorat lleugerament les molèsties de l'espatlla.

Pateix una retracció palmar de la mà dreta i una funiculitis amb manifestacions doloroses en el plexe braquial i cervical, i artritis a l'espatlla del mateix costat (dret) d'evolució lenta i d'origen indeterminat, puix que les radiografies de l'espatlla no presenten lesions marcades suficients per a determinar la naturalesa del procés.

6 de setembre. Porta 14 setmanes de dielectrolisi cerebro-medullar, les àlgies han disminuït molt a l'espatlla i braç dret, mo-
lestant-lo molt poc; són ara insistents els dolors a la mà i un xic a l'avantbraç. Quant a retracció, la que s'inicià al dit mitjà no s'evidencia actualment; la del dit anular disminueix i es troba molt més flexible i ha desaparegut el punt més distal d'adherència dels que n'hi havia; la del dit petit segueix igual.



Figura 8. — Lesions de reumatisme vertebral osteofític de la IV, V i VI vèrtebra cervical.

Observació núm. 6. — C. P., 72 anys. Pare mort de pneumònia. Mare d'hemiplègia. Eren 4 germanes i un germà. Una germana té reumatisme crònic.

Des de fa 6 o 7 anys nudositats en la regió palmar dreta, que ella atribueix a traumatisme de la regió provocats pel mànec de l'escombra. Hiperhidrosi de les mans. Des de fa 5 anys, àlgies al genoll dret, espatlla i regió lumbar.

Des de fa dos anys, àlgies al clatell amb contractura de la regió. Les àlgies s'irradien a les articulacions de l'espatlla i són més intenses al costat dret. El genoll dret (que presenta accentuades lesions de reumatisme deformant) està en posició viciosa de flexió.

Exploració radiogràfica: lesions reumàtiques en la columna cervical lumbar i genoll dret, el qual està en posició viciosa de flexió (figs. 9, 10, 11 i 12). La radiografia de la mà sols demostra una lleugera decalcificació.

De vegades existeix clarament una funiculitis (síndrome sensitiva motora de topografia radicular, amb con-

tractura dels músculs del raquis) sense que hi hagi lesions reumàtiques vertebrals. Hem de tenir present, però, que la radiografia sols visualitza les lesions que han produït una calcificació dels teixits, però mai no pot demostrar-nos la compressió de l'arrel nerviosa a nivell del funicul per un teixit esclerós. Un exemple demostratiu és aquesta observació.

Observació núm. 7. — Manuel J., 52 anys. Un germà afecte de reumatisme crònic va morir cec i tuberculós als 50 anys.

Gonocèccia uretral als 18 anys, a conseqüència de la qual té actualment una prostatitis crònica. Xancres no luètics, segons el facultatiu que el va tractar.

Fa 20 anys, hematemesis, i va ésser diagnosticat d'ulcus gàstric. Al cap de 20 dies, epigastràlgies a les dues hores de dinar irradiades a l'esquena, que no li calmaven amb l'ingesta; als 7 o 8 mesos es va trobar completament bé.



Figura 9.

Fa 2 anys que té àlgies que des de l'espatlla s'irradien per tota l'extremitat superior dreta fins el cinquè dit. Àlgies en regió hipotenar. A l'altre costat presenta les mateixes molèsties, però menys intenses.

De vegades àlgies en el raquis cervical amb contractura manifesta de la regió. A la regió lumbar també presenta les mateixes molèsties. Àlgies a totes les articulacions, sobretot al canell dret.

Des de fa un any i mig, retracció palmar bilateral (fig. 13).

La radiografia de la columna cervical, pot considerar-se com normal, puix que sols existeix un osteofit en el lloc marcat per la fletxa (fig. 14).

Es indiscutible en aquest cas l'existència d'una funiculitis, puix que les àlgies de distribució radicular van acompanyades d'un procés

de contractura vertebral, i en canvi l'exploració radiogràfica de raquis vertebral és negativa. Seria interessant en aquest cas investigar l'origen luètic del procés nerviós.

El fet que en molts casos existeix una funiculitis reumàtica indiscutible en la regió lumbar sense retracció de l'aponeurosi plantar, no té cap valor per a negar l'existència de la varietat patogènica de la malaltia de Dupuytren, que nosaltres hem donat a conèixer. En efecte, hem de tenir en compte que la retracció de l'aponeurosi plantar és una afecció raríssima, en relació amb la freqüència de la malaltia de Dupuytren; la qual cosa justifica que no es presenti encara que actuïn les mateixes causes. D'altra banda, hem de tenir en compte que existeixen una sèrie de condicions anatómiques (diferent distribució funicular i simpàtica, diferent estructura i distribució de l'aponeurosi plantar) i fisiològiques, que expliquen que la patologia de les aponeurosis palmar i plantar no siguin comparables.

Altres vegades comprovem l'existència de becs vertebrals en la regió corresponent de les arrels que inerven la part interna de l'aponeurosi palmar mitja, però no existeix cap síndrome neurològica.

Observació núm. 8. — J. M., 24 anys. Treballador del camp. No hi ha antecedents patològics d'interès.

Fa 5 anys va presentar una ciàtica que li va produir accentuades molèsties durant dons anys i mig. Va ésser tractada amb injeccions epidurals.

Des dels 16 anys que presenta una retracció palmar bilateral que afecta la segona articulació interfalàngica del cinquè dit. En l'eminència hipotenar dreta nodositats cobertes per una zona de queratosi. S'intenta activament estendre el dit cinquè de la mà

Figura 10.

dreta, té dolor amb sensació de distensió en la part supero-externa de l'avantbraç, si aquesta està en pronació, i a les proximitats de l'apòfisi coracoides si l'avantbraç està en supinació (àlgies per distensió muscular).

La radiografia demostra més lleugeres lesions de reumatisme en el raquis cervical (5, 6, 7 vèrtebres) (figura 15).

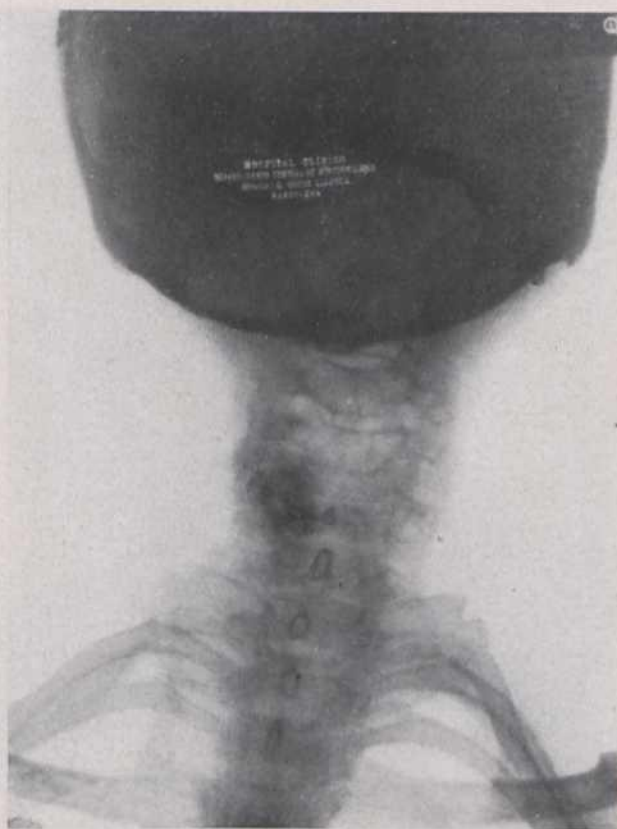
Observació núm. 9. — M. R. Fa 5 mesos punxada de la part palmar de l'articulació segona interfalàngica del polze. Femó a la mà i avantbraç amb incisió a la part dorsal del tercer metacarpí i a l'avantbraç (va cicatritzar en 15 dies).

Cintilla pretendinosa del cinquè dit molt marcada, amb flexió de la primera falange. Lleugera retracció a l'altra mà.

Calcèmia 106 i mig per 1.000.

La radiografia demostra l'existència de lesions de reumatisme vertebral osteofític, accentuades especialment entre la VI i la VII vèrtebra cervical (fig. 16).

Es evident, però, que no podem eliminar l'existència d'una funiculitis reumàtica per l'absència d'una síndrome sensitiva-motora, puix que de vegades les formacions osteofítiques sols produeixen trastorns tròfics, localitzats naturalment en el territori del funicul afectat com succeeix, per exemple, en les amiotròfies periescapulars i en un cas de Leri (11) d'un vitiligo, probablement luètic, distribuït en el territori corresponent en un funicul cervical, rodejat de formacions osteofítiques. Tampoc no poden negar l'origen trofoneuròtic de la retracció palmar en els casos en què es comprova una lesió nerviosa en l'autòpsia, o la història del malalt ens la fa admetre encara que no existeixi cap síndrome sensitiva motora. Demostratius són els casos de Biegnaski (12) i Dejerine (13). Bieganski va observar un vell arterioesclerós i luètic que presentava una retracció de l'aponeurosi palmar des de feia 10 anys sense cap alteració de la sensibilitat; l'autòpsia demostrà l'existència d'una cavitat en la part inferior de la medulla cervical i superior de la dorsal. Dejerine va observar un cas de retracció de l'aponeurosi palmar d'indiscutible origen nerviós; es tractava d'un jove que en una temptativa de suïcidi es va disparar un tret a la regió cervical i li va aparèixer una retracció de l'aponeurosi palmar al costat on hi havia la bala, no presentant cap trastorn motor ni sensitiu. Ara bé, en els casos en els quals no existeix cap síndrome neurològica de topografia radicular, l'origen funicular reumàtic de la retracció palmar sols podrà ésser una hipòtesi més o menys defensable, però no un fet indiscutible com és, al nostre judici, en els casos que existeix una síndrome neurològica de localització funicular,



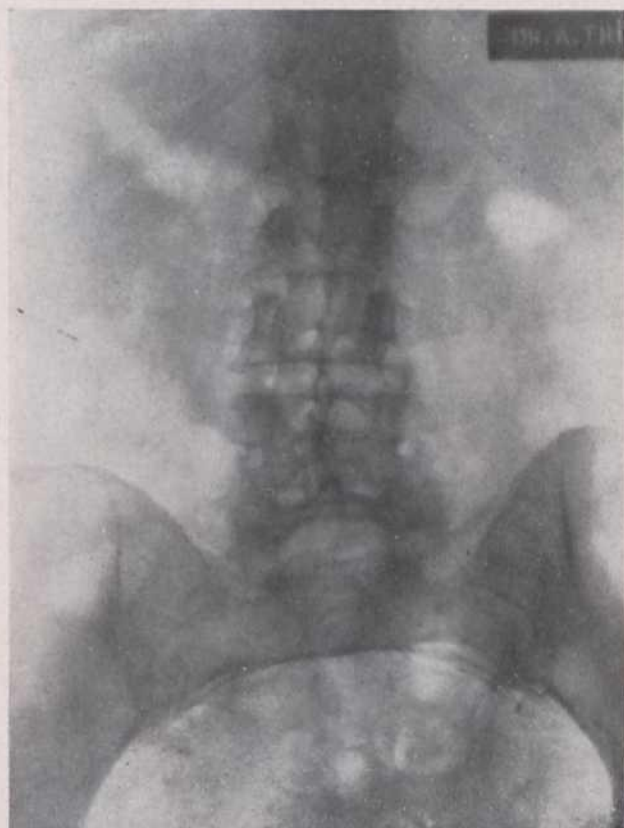


Figura 11.

afectes de retracció de l'aponeurosi palmar, sols hem trobat a vegades una lleugera decalcificació, però mai zones calcificades en les parts toves. Seguint les indicacions del nostre mestre hem fet investigar la quantitat de calci de l'aponeurosi palmar d'una malalta afecta de retracció, prèvia dosificació del calci d'una aponeurosi palmar normal (procedents d'un cadàver).

Heus ací la història de la malalta.

Observació núm. 10 — P. M., 45 anys. Nevus pigmentari cara. Té una retracció de l'aponeurosi palmar que ella atribuïa a una petita erosió que fregant amb sosa caústica es va produir en el primer plec interfal·làngic del quart dit retret. Retracció de la pell en l'eminència hipotenar dreta (fig. 17). Dolors a l'espatlla dreta des de fa molts anys. Actualment, perquè no treballa no en té.

Gangrena humida des de fa 15 dies, del dit gros del peu. *Glucèmia en dejú*, 2'50 per 1.000. La radiografia del raquis cervical és normal.

en la regió on precisament surten les arrels que innerven la part de l'aponeurosi palmar afecta. En els nombrosos casos que l'existència de la funiculitis reumàtica no és clara i, per tant, no podem assegurar que ella sigui l'origen de l'afecció, però el pacient presenta lesions de reumatisme crònic, de tipus deformant, quina relació pot haver-hi entre els dos processos?

El nostre volgut mestre, Dr. A. Trias, creu que hauria d'admetre's una mutació càlcica local semblant a la que succeeix, per exemple, en les calcificacions peri-escapulo-humerals; seria aquest excés de calci de l'aponeurosi el que provocaria l'esclerosi i la retracció.

En les radiografies de les mans dels malalts



Figura 12.



Figura 13

Vàrem extirpar amb anestèsia local un petit fragment d'aponeurosi palmar junt amb la pell que hi estava adherida, fent determinar el calci que hi contenia amb la següent tècnica (Dr. Bofill). Prèvia dessecació per separat i a la temperatura de l'ambient dels dos fragments d'aponeurosi palmar (un procedent d'una aponeurosi normal i l'altre de la malalta) en un dessecador en el qual s'havia fet el buit i que contenia àcid sulfúric, es varen obtenir els següents resultats:

Aponeurosi normal, 08 mg. de calci per gram. Aponeurosi afecta de retracció, 1,2 mg. de calci per gram. Cal tenir present que junt amb l'aponeurosi retreta hi havia pell íntimament adherida, teixit que probablement és menys ric en calci que l'aponeurosi.

D'aquests resultats sols es desprèn que en aquest cas l'aponeurosi palmar retreta és quelcom més rica en calci que la normal, cosa explicable tenint en compte que es tracta d'un teixit esclerós. Amb la dosificació del calci de l'aponeurosi palmar en un gran nombre de casos, és possible que es poguessin treure conclusions respecte a la patogènia de la malaltia de Dupuytren i les seves relacions amb el reumatisme, però en l'actualitat creiem que sols podem admetre la funiculitis reumàtica com a justificant de la freqüent coexistència de la retracció palmar amb el reumatisme crònic.

R. Marie creu que les artropaties reumàtiques són produïdes en alguns casos, com la malaltia de Dupuytren, per una lesió que afecta el simpàtic, explicant-ho així la coincidència dels dos processos.

Sabem que Charcot i posteriorment Leri, Tesier i Roque (14) van admetre la patogènia trofoneuròtica del reumatisme crònic, per lesió meningo-medullar primitiva, comprovada clínicament en molts casos pel signe de Babinski i algunes vegades en les necròpsies. Aquestes lesions meningo-medullars no poden ésser secundàries a les lesions articulars puix que aleshores estarien localitzades en el cordó posterior i en les cèl·lules anteriors, però mai en el feix piramidal.

Barré (15) ha demostrat l'existència de trastorns piramidals consecutius

a la funiculitis per compressió dels vasos que irriguen la medulla. És molt probable que les lesions menígeo-medullars que va comprovar Leri en algunes necròpsies i clínicament pel signe de Babinski, no siguin la causa del reumatisme, sinó degut a lesions existents a nivell del forat de conjunció. Això ens explicaria que excepcionalment en algun cas de funiculitis s'observen signes humerals d'alteració meníngia (lleugera limfocitosi, etc.). Veiem, doncs, que cada dia s'amplia el camp de les afeccions produïdes per la funiculitis reumàtiques.

El fet indubtable és que existeix una relació evident entre el reumatisme i la retracció palmar i que en molts casos és clarament la funiculitis reumàtica la causant de la malaltia de Dupuytren. Admetem, però, que les atropaties de les extremitats puguin ésser degudes o influenciades per la lesió vertebral, especialment en els casos que hi ha molts trastorns simpàtics. A vegades, l'existència d'aquesta funiculitis no pot ésser demostrada. Heus ací un altre exemple.

Observació núm. 11 (Dr. Vilató. — Manuel S. Casat, de 44 anys, carrabiner. Data de la primera visita: 21 de juny del 1935. Retracció palmar-Dupuytren. Des de fa uns tres anys afecte de reumatisme crònic i fa dos anys s'anuncia la retracció palmar a la mà dreta amb flexió del dit petit i anular. Té 6 petits angiomes a l'espatlla. No s'ha fet radiografies del raquis cervical i, per altra banda, clínicament no existeix una funiculitis reumàtica.

Es evident que en molts casos l'etiologia d'aquesta afecció resta incerta com en les observacions següents:

Observació núm. 12. — R. L., de 65 anys. Moliner, pagès. Era molt fumador. *Etilisme crònic* (dos o tres litres diaris). Hèrnia engonal dreta, des de fa 10 o 12 anys. Des de fa 2 anys, retracció palmar bilateral molt accentuada de l'anular. Més marcada al costat esquerre, que va ésser on es va iniciar. Fa 7 anys, ferida de la còrnia. Amaurosi d'aquest ull.

En aquest cas, podríem acceptar, com Eulemberg(16), que és la intoxicació etílica la causa d'aquesta afecció.

Observació núm. 13. — Domènec A. Mecànic. No rep traumatismes accentuats a les mans. Pateix de bronquitis crònica, afecte d'una extensa retracció palmar. Mare viu sana. 9 germans, 3 afectes de retracció del cinquè dit. Presenta una retracció palmar bilateral des de fa 5 anys.

Observació núm. 14 (Dr. Rodríguez Arias). — Anna R., edat 14 anys, soltera.

Germanes: (1) — 16 anys, *acrociànosí*.

(2) — 12 anys, *acrociànosí* molt accentuada, hèrnia engonal doble. En el dit petit



Figura 14.—Aquesta radiografia pot considerar-se com normal puix sols existeix un petit osteòfit en el lloc marcat per la fletxa.

de la mà dreta lleugera hiperextensió de la primera falange sobre el metacarpí i lleugera flexió (irreductible) de la segona falange sobre la primera.

Mare: (3) 38 anys, actualment té bona salut, encara que ha tingut amb freqüència infeccions (pleuresia, pulmonia, febre tifoide, etc.). En el dit petit de la mà dreta, lleugera hipertensió de la primera falange i lleugera flexió irreductible de la segona.

Pare: (4) mort als 36 anys de pulmonia; de professió rellotger, sembla haver tingut en la seva joventut malaltia venèria (?).

Oncles materns: (5) — 50 anys, rajoler. Presenta al dit petit de la mà esquerra la mateixa deformació que la mare de la malalta. Ha tingut 8 fills, dels quals 5 han mort.

(5') — mort als 9 mesos, de catarro.

(5'') — mort als 9 mesos, de pulmonia.

(5''') — 17 anys, amb bona salut.

(5''') — mort als 18 mesos, havent nascut amb la malaltia de Roger.

(5''''') 14 anys, acrocianosi.

(5''''') 11 anys, ties.

(5''''') va morir en néixer.

(5''''') mort als 3 mesos de pulmonia.

(6) — 41 anys, rajoler. Presenta la mateixa deformació que el núm. 3 al dit petit de la mà dreta. Tres filles amb bona salut, sense cap deformació. (6') 17 anys — (6'') 15 anys — (6''') 9 anys.

(7) — 35 anys, rajoler, igual deformació que el núm. 3 a la mà dreta.

Avis paterns: s'ignora.

Avis materns: (8) — mort als 73 anys d'una hematemesi. Tots els dits dels peus estaven dirigits cap a baix. Diuen que tenia una deformació en un dels dits petits, semblant a la que ja hem assenyalat en altres membres de la família.

(9) — 72 anys, amb bona salut. Presenta la mateixa deformació al dit petit de la mà dreta.

Antecedents individuals: Embaràs normal. Desenvolupament somato-psíquic, normal.

Menarquia als 14 anys (fa 3 mesos); tipus 5/3.

Narampió, catarro, angina blanca als 4 anys.

Per la resta, sempre ha estat forta i sana.

Ha anat al col·legi dels 7 als 12 anys. Conducta i aplicació normals. A l'edat de 6 anys, notà que tenia el dit petit de la mà dreta en semiflexió *per* manent. Dos o tres anys després notà que el dit petit de la mà esquerra també es quedava en semiflexió.

Fa 4 anys la malalta té un quist a la vora radial del canell esquerre, acompanyat d'intensos dolors que apareixien amb els moviments. Si feia algun esforç, tenia la impressió que li desenganxaven la mà. Aquests dolors han continuat amb menys intensitat fins a la data. Fa 3 anys tenia amb freqüència vertigens (2-3 per dia) que desaparegueren passats alguns mesos; però que reaparegueren en aquest últim temps. També tenia refalees supra-orbitàries amb nàusees i sensació de batec al cap quan la malalta estava en decúbit.

Examen. — A l'exploració notem el color roig marcat de les dues mans i extremitats inferiors dels avantbraços, accentuada sobretot a les regions dorsals.

Físicament la malalta està ben desenvolupada, però notem a nivell de la garreta esquerra que existeix un major desenvolupament muscular que en la cama dreta. Practi-



Figura 15. — Reumatisme vertebral (5, 6 7 vèrtebres cervicals). Rigidesa segmentària en la part inferior de la columna cervical.

quem llavors una sèrie de mides que ens demostren que tota la cama esquerra està més desenrotllada.

Retracció bilateral de l'aponeurosi palmar. Ma esquerra: la primera falange del dit petit està en lleugera hiperextensió, la segona falange en flexió, formant un angle de 120° .

Mà dreta: la primera falange en lleugera hiperextensió, la segona en flexió formant un angle amb aquesta última de 90° .

Els moviments de flexió, abducció i adducció són possibles.

L'extensió de la segona falange sobre la primera és impossible i si exagerem activament aquesta extensió apareix un vuit poc marcat en la línia que va de la base del dit petit al punt mig de la interlínia articular del canell.

En la resta, l'examen somàtic i neurològic és completament negatiu.

Es interessant de fer constar els trastorns vasomotors de la malalta i dels seus familiars.

En aquestes dues últimes observacions és palesa la importància d'un altre factor: l'herència.

Schroder (17) en un recent treball troba que, en un 40 per 100 de casos, la malaltia de Dupuytren és hereditària, justificant la freqüència dels antecedents hereditaris en la patogènia d'aquesta afecció. En efecte, Schroder admet com Krogus i Jakova (18) que la retracció de l'aponeurosi palmar és deguda a la degeneració de restes del flexor curt embrionari que existeix en molts mamífers, a expenses del qual es forma l'aponeurosi palmar superficial. Aquesta degeneració podria ésser en molts casos provocada per un traumatisme. Per a nosaltres, convençuts de l'etiologia trofo-neuròtica de la malaltia de Dupuytren, no és estranya la freqüència dels antecedents hereditaris, si tenim en compte la seva importància neuropatologia. Recordem l'observació d'Alberico i Testi (19) de 4 germans afectes de retracció de l'aponeurosi palmar en 3 dels quals la necròpsia comprova l'existència de lesions siringomièliques. En la majoria de centres quirúrgics que tracten moltes retraccions de l'aponeurosi palmar, descarten la importància etiològica del factor trofo-neuròtic, ço que és degut al nostre judici al fet que els malalts no són explorats des del punt de vista neurològic. En canvi, són els neuròlegs els que publiquen amb freqüència casos de malaltia de Du-



Figura 16. — Lesions de reumatisme vertebral osteofític, més accentuades entre 6 i 7 cervical.



Figura 17.

flogosi, però en canvi ens presenti amb freqüència processos degeneratius, d'una manera semblant a la que succeeix amb el cartílag (teixit mancat de vasos) en les artropaties cròniques. Això ens porta a parlar novament de les relacions del reumatisme crònic amb la retracció palmar, fet comprovat per nombrosos autors, alguns dels quals com Mouriquand (21), inclouen la retracció de l'aponeurosi palmar i la campo-dactília entre les lesions reumàtiques localitzades a la mà. En els casos en els quals existeix clarament una funiculitis reumàtica, és ella indubtablement la causant de la retracció palmar. Quan clínicament no existeix una funiculitis (absència de síndrome sensitiv-motor), d'admetre l'origen funicular reumàtic de la malaltia de Dupuytren sols pot ésser una hipòtesi que, de no acceptar-la, no ens explicarem en molts casos les relacions que puguin existir entre la retracció palmar i el reumatisme.

Seguim nosaltres, des que ens hem ocupat de la malaltia de Dupuytren, convençuts que probablement aquesta afecció és deguda sempre a un tras-

puytren d'origen nerviós.

Henry W. Myerding (20) després d'examinar 448 mans de 273 malalts afectes de retracció de l'aponeurosi palmar arriba a la conclusió que la coexistència amb arterioesclerosi, esclerosi amb plaques i siringomièlia són pures coincidències. Troba en un 14 per 100 de casos l'existència d'una infecció local, la qual cosa per a nosaltres no té res d'estrany si tenim en compte la importància d'aquest factor, en la patogènia dels reumatismes crònics.

En la discussió de la comunicació d'Henry W. Myerding, A. Bruce Gill, insisteix en això, que la retracció de l'aponeurosi palmar és una inflamació d'aquesta aponeurosi, semblant a la sinovitis o artritis, puix que han trobat una elevació local de temperatura que ha desaparegut (millorant a vegades la retracció) després d'extirpar la infecció focal causant de la síndrome (amígdales, apèndix, etc.). Si tenim en compte l'estructura de l'aponeurosi palmar i la seva pobresa en vasos, comprendrem que sigui un teixit poc propens a la

torn trofoneuròtic el factor etiològic del qual és una lesió nerviosa, encara que en molts casos l'esmentada lesió no sigui despistada clínicament.

El fet que admetent la teoria trofo-neuròtica puguin explicar-se les diverses patogènies invocades en aquesta afecció, és un argument al nostre judici convincent. En efecte, la lues, l'alcoholisme (observació núm. 11), el saturnisme, la diabetis (observació núm. 9), l'esclerodèrmica (observació núms. 1-2) la malaltia de Recklinhausen, els trastorns endocrins, el reumatisme, etc., etc., produeixen o coexisteixen freqüentment amb lesions i alteracions funcionals nervioses, especialment en els casos que per ésser ben patents els símptomes d'aquestes afeccions o intoxicacions, a elles s'ha atribuït l'origen de la retracció palmar.

BIBLIOGRAFIA

1. L. Gubern Salisachs: Consideraciones acerca de la etiología de la enfermedad de Dupuytren. «Revista de Cirugía de Barcelona», septiembre, 1933.
2. M. Laignel-Lavastine, R. Bonnard i M. Gaultier: Syndrome de Claude Bernard-Horner traumatique avec maladie de Dupuytren et anxiété paroxystique par aérophagie. Société de Neurologie de Paris. «Revue de Neurologie», 1934, pàg. 384.
3. Richon Kissel i Simonin: Maladie de Dupuytren et troubles nerveux associés. «Rev. Médicale de l'Est», 15 març 1933, núm. 6, pàg. 231. «Revue Neurologique», 1933, pàg. 513.
4. I. Nicolesco, T. Hornet i V. Runcan, de Bucarest: A propos de la maladie de Dupuytren. «Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Bucarest», núm. 10, desembre de 1930.
5. M. Boulogne: Deux observations concordantes pour une etiologie de la maladie de Dupuytren. «Revue Neurologique», 1935, pàg. 991.
6. Porisso, Recordier, Sarradon: Algies post-zonateuses avec troubles de la pigmentation cutanée. Rétraction bilatérale de l'aponeurose palmaire. Marsella, med. 1.º 20-29, 5 enero de 1935.
7. Jean Weill i Roger Maire: Rétraction de l'aponeurose palmaire et sclérodémie. «Paris Médical», 24 març 1934, pàg. 264.
8. R. Marie: Les maladies de Dupuytren d'origine nerveuse. «These de Paris», 1932. Jouve et Cie. éditeurs.
9. Hufschmit: Reunion dermatologique de Strasbourg. 26 maig 1929.
10. Leriche, Fontaine: (Reunion annuelle de la Société française de dermatologie, 1929).
11. Léri: Les affections de la colonne vertebrale. 1924. Masson et Cie. Des de la pàgina 427 fins la 504.
12. Bieganski: Deutsche med. Woch. 1895.
13. Dejerine: Sémiologie des affections du système nerveux. 1926.
14. Léri: Nodosites digitales d'Herberden et de Bouchard et rétraction des aponeuroses palmaires a évolution précoce aigue et simultanée. Procédé de Affections des os et des articulations, pàg. 1.159.
15. Barré: Troubles pyramidaux et arthrite vertébrale chronique. «La Médecine», febrer de 1924. Neurologie et Psychiatrie.
16. Eulenberg: Neurol. Zentralbl. 1883.
17. Schroder, C. H.: La herencia en la enfermedad de Dupuytren. «Zentral. Blatt. für Chirurgie», març de 1934, núm. 18, pàg. 156.

18. Krogus; Citat per Garré, Carl i A. Borchard en «Lehrbuch de Chir.», Leipzig. Any 1923.
19. Alberico Testi: Reforma Médica. «Revue Neurologique», 1905, pág. 1.044. 1906, pág. 235.
20. Henry W. Meyerding: M. O. Dupuytren's contracture. Archives of Surgery. 1936, pág. 320.
21. Mouriquand: Capítulo dedicado al reumatismo crónico del tratado de Patología Médica de Sergeant, Ribadeau-Dumas, Babonneix, tomo 23, pág. 592.

ETIOLOGIO DE LA RETRAKTO MANPLATA KAJ GIAJ RILATOJ KUN REUMATISMO

La aŭtoro prezentas la klinikan historion de du fratoj, en kiuj kuneŝtas manplata retrakto kun distrofia miotonio (Dro. Rodriguez Arias). Li insistas ke radiklito diferencas de funiklito, malgraŭ tio ke ambaŭ havas la sensomoran sindromon samlokiĝe, pro manko de vertebra kontrakturo kaj pro ŝanĝoj de cefalo-rakida likvaĵo.

Li eldiras historion de du kazoj de retrakto manplata okazigitaj de reŭmatisma cervika funiklito. Li insistas ke foje la neŭra sindromo estas klara, sed radiografaĵo de la rakio ne montras iun lezon, ĉar, evidente, se estas sklerozo de la histo ĉirkaŭ la nerva radiko nivele de la funiklo, tiu lezo, se ne ekzistas kalkiĝo, ne aperos radiologie. Li elmontras klinikan kazon de manplata retrakto kun funiklito klinike klara, sed sen radiologia ŝanĝo de la cervika rakio. Li ne apartigas ĉe tiu kazo eblecon pri specifa radiklito. Li rakontas la historion de du kazoj de manplata retrakto kun reŭmatismaj lezoj de cervika kolono ne estante klinike afekciaj de reŭmatisma funiklito, akceptas en tiuj kazoj reŭmatisman funiklitan devenon, kiel diskuteblan hipotezon.

Sekce je instruoj de lia profesoro Dro. A. Trias, li provis klarigi la rilatojn inter manplata retrakto kaj kronika reŭmatismo pro kalka translokiĝo kaŭza al troeco de kalko de la aponeŭrozo, la sklerozo kaj la retrakto. Li esploris la kalkon de la aponeŭrozo de malsanulino diabeta afekcia de ŝultra reŭmatismo kaj de manplata retrakto, kaj kiu ne prezentis klinikan funiklan sindromon. Li trovis 1.2 mg. el kalko po gramo (0.8 mg. po gramo ĉe norma aponeŭrozo), kio pravas pli grandan kalkiĝon en tiu aponeŭrozo, sed li ne povis tamen fari konkludon ĝin kiam tiuj pristudoj atingos pli multajn kazojn.

Li prezentas kazon de manplata retrakto de kronika etilulo kaj du aliajn observojn en kiuj la afekcio estas el nedifinita deveno, sed hereda. Kunesto de la hereda faktoro estas komprenebla pro sia graveco en Neŭropatologio. Li memorigas ke Alberico kaj Testi, ĉe kvar fratoj afekciaj de manplata retrakto, trovis ĉe tri el ili ekziston de sirinĝomjelajn lezojn. Li fine insistas, ke la teorio trofineŭra estas rimarkinda pro la fakto, ke la diversaj patogenoj aluditaj (lueso, alkoholismo, saturnismo, diabeto, sklerodermio, reŭmatismo, k. t. p.) ofte okazigas aŭ kuneŝtas kun nervaj lezoj aŭ perturboj.

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.

Cirurgia

Tractament de les fractures de guerra, pel Dr. J. TRUETA. «Revista de Cirurgia de Barcelona», Vol. XII, núm. 69-70, 1936.

La dissort de la guerra que plana damunt tots nosaltres, ens ha donat un dolorós coneixement de les condicions i característiques que acompanyen les ferides per arma de foc, i de les fractures per cos vulnerant que, fins ara, sols posseïem com a fruit de l'experiència d'altres.

L'estadística en què es basen les conclusions actuals, ens dona un total de cent-onze fractures obertes, tractades totes elles amb una unitat de criteri que permet, si no treure conclusions definitives, almenys dibuixar les línies de l'actuació que creiem més encertada.

Dos factors marquen la personalitat de les fractures de guerra que, en la majoria de casos, les diferencien completament de les fractures obertes per accident fortuit: la importància de les lesions destructives dels teixits tous, en molts casos, i les dificultats d'instituir dintre del temps necessari, el tractament oportú. D'aquests dos factors, el primer, depenent de la forma, mida, nombre i velocitat de l'element contundent, es completament aliè a la nostra actuació, i la primera causa de la gravetat de les nostres decisions. El segon factor, depenent de les condicions inherents a la pròpia guerra i està supeditat a la bona organització, material disponible i, per damunt de tot, a la tècnica emprada en el tractament quirúrgic.

No és intenció nostra en aquest moment, ocupar-nos de les gradacions i elements amb què ha de comptar una bona organització, la finalitat última de la qual no ha d'ésser altra que la de posar en mans solvents el lesionat, en un mínim de temps. Tot el que tendeix a complir amb aquesta única finalitat, engranant els enllaços, accelerant els mitjans de transport, apropant el cirurgià o millor l'hospital al front de batalla, etc., tendirà també a millorar el resultat definitiu. Però l'objecte d'aquest treball, és purament de tècnica quirúrgica o si es vol, de mètode o conducta mèdica.

Els dos elements exposats suau, com a determi-

nants de la personalitat de les fractures de guerra, conflueixen en un punt i el pronòstic i fins les dificultats de la tècnica a emprar estan supeditats al temps transcorregut des que s'ha produït la fractura, fins al moment d'operar. Sobre això no cal insistir, puix és sobrerament conegut de tots. Quin és el millor moment per a operar i quan acaba el període òptim? Aquestes preguntes no poden respondre's amb el mateix criteri que s'ha imposat, per exemple, en l'apendicitis, i la gravetat dels casos que tractem no ens permet disposar d'un marge de vint-i-quatre hores, ni tan sols de dotze. Operar al més aviat possible, puix que la colonització microbiana a les sis hores està ja en plena marxa. Així, doncs, serà molt profitós per al futur del fracturat, intervenir-lo abans de les sis hores, en el ben entès, però, que transcorregut aquest temps, el pronòstic no canvia sobtadament, però sí que s'agreuja amb el temps transcorregut. Entre mig dels nostres casos n'hi ha d'operats a les dotze, setze i fins vint-i-quatre hores, que malgrat la importància de les lesions sofertes, han seguit un curs favorable, de manera excepcional.

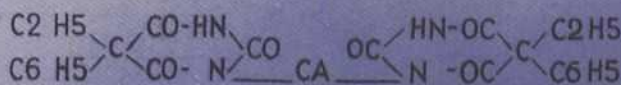
Sobre el mètode de tractament a posar en pràctica, ens volem detenir amb major extensió.

El fruit de l'experiència de la gran guerra, han arribat fins a nosaltres alguns principis que continuen vigents i dels quals hem pogut constatar la qualitat: fals per exemple l'escissió dels teixits contundits, l'ampla obertura dels recons i cavitats irregulars deixades pel pas de la metralla o projectil, la bona hemostàsia, etc. Però sobre de tots aquests temps de la tècnica n'hi ha un que juga, en el nostre entendre, el paper primordial i que pot enorgullir-se d'ésser el salvador de moltes extremitats: la immobilització.

Aquesta tècnica, posada ja en ús i propagada també per l'experiència de la gran guerra, ha agafat davant dels nostres ulls un valor decisiu fins al punt que ens atrevim a immobilitzar de la manera més radical possible totes les fractures que cauen a les nostres mans.

Per a aconseguir una bona immobilització el millor element de què disposem és l'enguixat total de l'extremitat afectada, això és, sense que cap part de dita extremitat es trobi mancada de guix. No

Fenilcal



FENILETILMALONILUREATO CÁLCICO



HEROICO ANTIEPILEPTICO



OTRAS INDICACIONES:

DISMENORREAS DOLOROSAS
CEFALALGIAS LUÉTICAS
ENURÉSIS NOCTURNA

LABORATORIOS
LAURIA, 96

TURÓN
BARCELONA

LIDENOL

PODEROSO RECONSTITUYENTE



MEDICACIÓN
FOSFO-IODADA
ORGÁNICA

LABORATORIOS
LAURIA, 96

TURÓN
BARCELONA

cal dir doncs, que nosaltres som enemics de la finestra en el lloc operat, finestra que té per fals objectiu de vigilar la ferida, com si les complicacions que hi radiquen, es traduïssin solament per símptomes apreciables per la inspecció. Sabem tots molt bé que el desenvolupament d'un procés sèptic en el focus operatori es tradueix per altres símptomes més importants, tals com: l'edema, adenitis, febre, inapetència i principalment el dolor. En canvi, la finestra té entre altres, alguns inconvenients que ens la fan poc recomanable; el més important de tots és que la propulsió dels teguments impulsats per l'edema al defora del marc de la finestra, provoca un canvi circulatori que dificulta la bona nutrició del focus; també que la mobilitat a què sotmetem els teixits a cada canvi de cura, posa en circulació els petits trombus capil·lars i limfàtics que bloquegen el procés sèptic inicial que mai no manca en aquesta mena de lesions, facilitant amb això la difusió microbiana i l'eclosió infectiva greu.

Cal considerar, doncs, per principi, que totes les fractures de guerra que intervenim, estan infectades i que els recursos a emprar per nosaltres han de tendir a localitzar i vèncer aquesta infecció.

Després dels treballs d'Orr i la difusió que ha aconseguit el seu mètode de tractament de l'osteomielitis per l'enguixat, amb el qual procediment estem tots cansats de veure com desapareix la febre per veritable autoesterilització dels focus per formació de baciòfag, no ha d'estranyar que nosaltres persistim en el criteri sustentat des d'aquest mateix lloc fa cosa d'un any, pel que es referia a les fractures obertes per accident i no hem fet altra cosa que aplicar aquell criteri a la pràctica actual.

L'existència del cos estrany, element causal de la fractura, no juga al nostre entendre, el paper primordial que semblava correspondre-li. En nombrosos casos nostres, un cos estrany perifocal, no ha dificultat per a res la bona consolidació asèptica d'una fractura i per tant, estem inclinats a desposseir-lo del paper que anteriorment se li donava.

Un altre dels elements de què disposem i la importància del qual no m'atreveixo a definir és la del sèrum antigangrenós. Estem inclinats a sentir-nos escèptics sobre el seu poder específic, però manquem actualment de prou dades per a afirmar-nos en aquest criteri; així doncs, en tots els casos greus, especialment els operats dintre d'un temps excessivament tardà, emprem les injeccions de sèrum antigangrenós en la base de l'extremitat afectada, introduint-lo subcutàniament i en forma circular en l'arrel del membre.

Per a esquematitzar el nostre criteri, exposarem la tècnica sistemàtica d'ús en el nostre servei:

1.^{er} Anestèsia general etèria (Ombredanne) per a les extremitats superiors i raquianestèsia per a les inferiors.

2.^{on} Ensabonat enèrgic de tota l'extremitat i del focus de fractura amb un raspall, afeitat i pintat amb tintura de iode diluïda en alcohol.

3.^{er} Escissió ampla de les ferides cutànies, sense isquèmia.

4.^{art} Extirpació de tots els teixits contusionats que no sanguin o que presentin una vitalitat disminuïda (color). Hemostàsia curosa.

5.^è Extracció de la bala o metralla.

6.^è Reposició dels fragments eliminant solament els que es trobin completament desproveïts de periòstic i desplaçats del seu lloc (cal ésser conservador).

7.^è Sutura musculò-aponeuròtica amb catgut fi, si és factible sense tensió.

8.^è Sutura de la pell amb crin, si és factible sense tensió.

9.^è Enguixat total de l'extremitat agafant les dues articulacions veïnes.

Amb aquesta tècnica, hem aconseguit els immillorables resultats que presentem, algun dels quals hem presentat públicament: dels cent-onze fracturats que han estat operats per nosaltres fins al moment actual, cap d'ells ni ha mort ni ens ha obligat a practicar-li l'amputació del membre, trobant-se entre ells, dos casos en els quals al moment d'operar-los s'havia iniciat un procés gangrenós. Un d'aquests dos casos, fou operat a les vint-i-quatre hores de produïda una fractura comminuta de la cama, presentant ja la coloració violada i l'olor fètid característic. L'ampla escissió dels teixits i, en aquest cas l'absència de sutures amb col·locació del guix directament damunt la superfície cruenta, han permès la conservació de l'extremitat i la consolidació correcta en menys de cinquanta dies.

Sobre la conveniència de col·locar un drenatge, en els excepcionals casos en què ens hem vist obligats a fer-ho, no hem deixat per això, d'enterrar el petit tub de goma sota la closca protectora del guix, al qual nosaltres reconeixem qualitats auxiliars al bon drenatge, motivades per l'absorció del carbonat de calç. Tenim un aforisme en el servei que no sol fallar mai: quan un vendatge de guix es taca de sang als dies següents a la intervenció, el pronòstic serà favorable.

Per tot ço exposat es desprèn que rebutgem l'auxili dels antisèptics, que considerem nocius i incapaços de dominar els processos sèptics quan aquests es desenrotllen i que la missió encomanada al cirurgià és principalment la de no pertorbar el camí de la normal i ràpida curació.

(Traducció integral.)

Vegeu, encara:

- POUYANNE, L.: *Un cas de cifosi lumbar osteogènica*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 31-V-36, p. 350.
- MASSIAS, CH.: *Sobre cinc casos d'empalament*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 31-V-36, p. 348.
- SABRAZÈS, J.: *Comentari a un treball sobre L'osteochondromatosis múltiple*, del Dr. VAN PÉE. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 31-V-36, p. 337.
- FORTON, P.: *Tumor paraarticular del genoll*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 21-VI-36, p. 399.
- PAPIN i FERRADOU: *Un cas d'osteoma del braquial anterior*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-VI-36, p. 507.
- CONTARGYRIS, ATH.: *Resultat tardà d'un cas de sutura tendinosa*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-VI-36, p. 505.
- FORTON, D. P.: *Un cas de fractura de Bennet*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30 juny 1936, p. 503.
- ROCHER, H.-L. i ROCHER, CH.: *Esmotraxament humeral. Extirpació. Guariment*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-VI-36, p. 503.
- CHARBONEL: *Decorticació traumàtica del condili humeral*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-VI-36, p. 502.
- DIETRICH, LASSERRE, CH. i SAFT: *Absència congènita de la tibia*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-VI-36, p. 501.
- ROCHER, H.-L.: *Aparell de detorsió per a la correcció de les torsions gamberes després de redreçament del peu de pinya congènit*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-VI-36, p. 499.
- LÓPEZ TRIGO, T.: *Fractures obertes diafisàries*. «Anales». València, VII-XII-36, p. 653.
- CHOFERÉ ALBIDOL, A.: *Consideracions sobre quatre casos d'aneurismes traumàtics, per ferida de guerra*. «Anales». València, VII-XII-36, p. 668.
- GUYOT, J. (de Bordeus): *Sobre una malaltia afectada de tumor abdominal*. «Le Progrès Médical». París, 15-VIII-36, p. 1.303.
- AIMES, A. (de Montpellier): *Ruptura subcutània del tendó llarg extensor del pulgar*. «Le Progrès Médical». París, 3-X-36, p. 1.533.
- GUYOT, J. (de Bordeus): *Sobre un resultat afectat d'un voluminós tumor de la sina*. «Le Progrès Médical». París, 31-X-36, p. 1.682.
- AIMES, A. (de Montpellier): *L'osteomielitis primitiva de la ròtula*. «Le Progrès Médical». París, 21-XI-36, p. 1.823.
- SABRAZÈS, J. i GRAILLY, R. DE: *L'osteochondromatosis de les articulacions i de les bosses sèro-ses. Els cossos estranys articulars*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 22-XI-36, p. 741.
- SABRAZÈS, J. i GRAILLY, R. DE: *Sinovialomes quístics benignes articulars i paraarticulars (quists sinovials) quists dels meniscs*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 29-XI-36, p. 755.
- GUÉRIN, R.: *Artritis crònica de la natja dreta. Artrodisi extra-articular*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-XI-36, p. 830.
- LASSERRE, CH.: *A propòsit del tractament ortopèdic de l'artritis crònica de la natja en l'adult*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30 novembre 1936, p. 830.
- DUBECQ, X.-J.: *Contenció de les fractures del massís facial superior per mitjà d'un suport cranià. Dispositiu de l'autor*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-XI-36, p. 817.
- CREYX, M. i RINGENBACH, G.: *Mal de Pott dorsal. Paraplègia per compressió en un tuberculós pulmonar i laringea*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 10-XII-36, p. 845.
- DIJONNEAU, H.: *Amputació dels dos avantbraços en el terç superior. Resultat després de quatre mesos de reeducació*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-XII-36, p. 864.
- BADÉLON, P.: *Perill de desconèixer la fractura marginal posterior isolada pura*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-XII-36, p. 865.
- MERLE-BÉRAL, J.: *Consideracions sobre un cas de fractura bilateral traumàtica de la mandíbula*. «Toulouse Médical». 15-XII-36, p. 789.
- LASSERRE, CH.: *A propòsit del tractament ortopèdic de l'artritis crònica de la natja en l'adult*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 2-XII-36, p. 778.
- SABRAZÈS, J. i GRAILLY, R. DE: *Sinovialomes quístics benignes articulars i para-articulars (quists sinovials) quists dels meniscs*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 6 desembre 1936, p. 773.
- GUÉRIN, R.: *Artritis crònica de la natja dreta artrodisi extra-articular*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 6 desembre 1936, p. 780.
- SABRAZÈS, J. i GRAILLY, R. DE: *Sinovialomes quístics articulars i para-articulars (quists sinovials) quists dels meniscs*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 13-XII-36, p. 788.
- LASSERRE, CH. i CADENAULE, PH.: *A propòsit d'un cas d'artritis supurada del genoll esquerre en un hemofilic*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 20 desembre 1936, p. 812.
- DUBECQ, X.-J.: *Recerques morfològiques, fisiològiques i clíniques sobre el menisc mandibular*.

luxació habitual i cruïra tèmporo-maxil·lar. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30 gener 1937, p. 125.

DUBECQ, MARONNEAUD i SENTENAC: *Fracàs del massís facial superior. Aparellatge i resultats.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 30 gener 1937, p. 180.

DUBECQ: *Contenció de les fractures del massís facial amb auxili d'un suport cranial. Dispositiu de l'autor.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-I-37, p. 180.

SANCHIS OLMOS, V.: *El tractament de les fractures de la clavicula per la tracció continua transesquelètica.* «Crònica Mèdica». València, gener-febrer 1937, p. 10.

Endocrinologia

L'ull i les glàndules endocrines, pel Dr. H. VIALLEFONT. «Montpellier Médical». Desembre de 1926, pàg. 357.

Es guairebé impossible d'estudiar d'una manera completa les relacions de l'ull i de les glàndules endocrines, car tots els metabolismes necessaris a l'existència estan estretament lligats entre si i sota el control de les secrecions endocrines. No tenim pas la pretensió d'ésser complets ni tampoc precisos en una qüestió mal coneguda encara i tan complexa que hom pot temer no poder mai representar-ne clarament el mecanisme.

No parlarem de la influència de la visió i de l'estat ocular sobre les diverses glàndules endocrines, car actualment hom no fa més que suposar-la.

De bell antuvi indicarem una semiologia elemental, sobre la qual tothom està guairebé d'acord, que no pertany de cap manera a l'oftalmologia, i que permet orientar les recerques del metge vers tal o tal perturbació endocrina.

Observarem després ràpidament les més típiques manifestacions oculars relacionades amb un trastorn de les secrecions internes.

Finalment, passarem revista a les diverses glàndules bo i indicant succintament llur influència eventual sobre l'ull.

Aquest curt examen permetrà d'adonar-se de la importància de les relacions oculo-endocrines; hom veurà els serveis que poden fer-se mutuament l'oculista i el metge endocrinòleg, les anàlisis dels quals cal que es prossegueixin paral·lelament i en completa harmonia per al millor benestar del malalt.

Un simple cop d'ull, el fet de contemplar una persona permet, en molts de casos, de suposar un desequilibri endocrí. Limitant-nos només a la regió ocular, hom sap la influència de la glàndula tiroide en el desenvolupament de les pestanyes i

de les celles; la deficiència de les celles en la seva part externa, indica el seu hipofuncionament mentre que la hipertricosi intercellar és senyal d'un funcionament exagerat; si coexisteixen les dues senyals cal pensar en una *estabilitat* tiroïdiana.

Ensems la llargada excessiva de les pestanyes, tan freqüent en els tuberculosos, és considerada per Léopold Levy com senyal d'hipertiroidisme.

L'aspecte brillant de l'ull, amplament obert, sovint fix, fa pensar en una malaltia de Basedow; per contra, l'ull àton amb obertura palpebral petita, inexpressiu, denota un hipotiroidisme.

L'estat de les parpelles forneix dades molt útils: infiltrades o bé inflades, reduint la fendidura palpebral en el mixedema, tenen un aspecte torrat en la melanodèrmia addisoniana.

La ptosis no ha de passar inadvertida en la miastèmia de Erb Goldflam, sovint influenciada beneficiósament per la medicació endocrina.

En el globus mateix la coloració blava de les escleròtiques fa pensar en un trastorn del metabolisme càlcic i de les paratiroides; l'arc senil assenyalava un trastorn del metabolisme dels lípids, i en un individu jove ha d'atreure l'atenció sobre l'estat del fetge.

Molts d'altres petits senyals, en el detall dels quals no podem entrar, tenen un veritable valor diagnòstic.

Remarquem que amb la iriscòpia, alguns metges creuen trobar dades en virtut de les quals certes lesions de l'iris correspondrien a diversos òrgans: ovari, testicle, fetge, melsa, etc.

Exoftalmia i goll exoftàlmic

El goll exoftàlmic és la més típica i la més antigament coneguda de les afeccions que interessin l'ull i les glàndules endocrines.

No podem discutir ací, si la causa és solament la tiroide, quin és el paper de la teriostimulina segregada per l'antehipòfisi, quin és el de les supra-renals, o de les altres glàndules, ni quina és la influència exacta del simpàtic en la malaltia de Basedow.

No farem més que recordar els senyals oculars bo insistint sobre l'exoftalmia:

Senyal de De Graefe o retracció de la parpella superior.

Senyal de Joffroy, que posa de relleu l'absència de la sinèrgia normal del frontal i de l'elevador de la parpella.

Senyal de Stellwag o augment de la fendidura palpebral.

Tremolor de les parpelles.

Raresa del parpelleig.

Senyal de Moebius o parèsia de la convergència. Llagrimeig.

Senyal de Gifford o dificultat d'eversió de la parpella superior.

Senyal de Jellineck o pigmentació anormal de les parpelles.

Senyal de Topolanski o congestió del segment anterior, particularment a la inserció dels rectes.

Tremolor del glòbuls oculars.

L' *exoftalmia* és, no obstant el senyal més important; d'antuvi pot ésser unilateral, però excepcionalment subsisteix; habitualment és bilateral, més o menys accentuada; sovint està subjecta a modificacions espontànies i ràpides i pot ésser excessiva fins a la luxació dels glòbuls endavant de les parpelles. Hom pot mesurar-la amb precisió per mitjà d'aparells anomenats exoftalmòmetres.

Sobre el seu mecanisme hom no ha fixat res encara.

S'ha inculminat una acció muscular, un afebliment del tonus dels músculs oculo-motors, sense, però, que hom pugui assolir conclusions precises a desgrat de les nombroses recerques i dels treballs recents de Labbé, Villaret i llurs col·laboradors. Aquests autors han demostrat que experimentalment hom pot dissociar l'acció del simpàtic i provocar per mitjà de certes amines, en individus que hagin rebut injeccions d'extret tiroïdià, una exoftalmia sense midriasi del tipus basedowia; han demostrat també els bons efectes de la iohimbina i de la corinantina, substàncies que disminueixen notablement aquesta exoftalmia, i per aquesta causa han ocupat un lloc en la terapèutica ocular del goll exoftàlmic.

L'exoftalmia no és pas sempre d'origen tiroïdià; Halpern ha observat recentment la desaparició d'exoftalmia després d'opoteràpia oàrica. Hi ha, sobretot l'exoftalmia d'origen hipofosari recentment ben estudiada per Labbé i Justin Besançon. Aquesta exoftalmia és de tipus basedowia, sense hipertonia ni midriasi, sense edema òrbito-parpebral, i que s'acompanya sovint d'augment del metabolisme basal; hom l'observa en les síndromes acromegàliques, en les quals pot ésser disimulada, totalment o en part, pel desenvolupament de l'esquelet òrbitofacial, però, contràriament al que succeeix en l'exoftalmia basedowiana, desapareix sota anestèsia general. Aquests autors han pogut reproduir-la experimentalment i, per tal d'explicar el seu mecanisme, no assoleixen més que conclusions negatives, car no creuen en l'acció de l'hormona hipofisària directa o en l'intermediari de la tiroide sobre els músculs llisos, i menys encara en un intermediari suprarenal.

A desgrat d'aquestes noves dades, l'exoftalmia bilateral, isolada o associada a d'altres senyals basedowians, obliga a prosseguir les recerques dels senyals d'hipertiroïdisme i procedir a un examen acurat de la funció tiroïdiana; particularment cal

que no sigui negligida l'exploració del metabolisme basal.

Les cataractes endocrines

La relació existent entre l'ull i les glàndules endocrines es manifesta en certes cataractes; al costat de les cataractes senils, les més freqüents, traumàtiques o simptomàtiques de lesions profundes, existeixen unes cataractes l'origen endocrí de les quals és, o bé evident i demostrat, bé infinitament probable.

Aquestes cataractes, si més no en llur fase inicial, tenen habitualment un aspecte que permet de distingir-les a un simple examen, particularment, a l'examen biomicroscòpic; llurs opacitats es localitzen a nivell de l'escorça, sobretot a nivell de l'escorça posterior i presenten un aspecte de cataracta en forma de platet, de cataracta posterior en molla de pa, amb reflexos més o menys tornassolats, mentre que el nucli és molt poc afectat. Aquests aspectes si no són patognòmics, han de fer pensar, particularment si es tracta d'individus joves, en un origen endocrí i obliguen a procedir als exàmens adequats.

La cataracta més típica d'aquest grup qualificable d'endocrí és la *cataracta paratiroidiana* observada durant el curs de la tetània, observada també antany en les intervencions de golls, i que Goldmann ha estudiat experimentalment en el gos.

Aquesta cataracta paratiroidiana s'explica fàcilment si hom té en compte que les paratiroides comanden el metabolisme del calci en general, localment pertorbat en l'opacització del cristallí; nombroses recerques amb unanimitat han demostrat, en efecte, que el calci del cristallí és molt augmentat en la cataracta, mentre que el potasi és disminuït ensem amb el fòsfor, i la relació $\frac{\text{calci}}{\text{potasi}}$ a la qual es refereixen sobretot els autors, és fortament augmentada.

A aquesta cataracta paratiroidiana cal apropar la *cataracta ergobinica* que va acompanyada dels símptomes de la tetània.

El paper de les paratiroides sembla també preponderant en la cataracta que acompanya la *miotonia distròfica* recentment estudiada per Rouquier.

Certs autors retroben també el rol de les paratiroides en la cataracta de la *idiòcia mongoloide* la qual es manifesta habitualment sota la forma d'opacitats puntiformes o de floes, sovint amb una coloració blava (Koby).

Hom sap que en el *reumatisme crònic* s'ha involucrat l'acció de les paratiroides i s'ha assajat un tractament quirúrgic, sovint eficaç, sobre aquestes glàndules; nosaltres hem observat, sovint, la coincidència de cataracta i de reumatisme crònic sen-

se, però, que puguem afirmar que l'un sigui tributari de l'altre.

Sense poder-les relacionar d'una manera certa a les paratiroides, hom admet que aquestes glàndules poden jugar un paper en la *síndrome de Rothmund* en la qual s'observa una cataracta, del tipus de les cataractes dermatògenes.

També cal relacionar la *cataracta raquítica* a un trastorn del metabolisme del calci en el qual és possible el rol de les paratiroides; aquesta cataracta presenta un aspecte zonular, i l'opacitat es limita a la regió del cristallí, que es presenta cortical en el moment de l'afecció.

Aquesta cataracta zonular, de tipus raquític, ha estat observada a seguit de tetània infantil. Terrien i els seus deixebles han insistit sobre aquests fets i admeten que la cataracta zonular s'associa, en un 80 per 100 dels casos a una tetània infantil més o menys manifesta.

A aquestes cataractes hom pot relacionar certes formes de *cataracta congènita*.

Cal consignar a part la *cataracta diabètica* la qual és admesa per la major part dels autors com dependent d'una pertorbació de la secreció interna del pàncreas. Cal no confondre amb la cataracta diabètica, altrament molt rara, la cataracta senil, banal, que es presenta en els diabètics, sinó la que es desenvolupa molt ràpidament, en pocs dies, (4 dies, Scheffel; 11 dies, Neuburge) durant el curs d'una diabetis consumptiva en un individu jove i d'evolució fatal; en aquests casos la intervenció quirúrgica té una importància relativa, car aquests mals tenen un termini molt breu.

En oposició amb aquesta cataracta diabètica, Vencea ha insistit recentment sobre la reabsorció espontània de la cataracta banal durant el curs d'hiperfuncionament pancreàtic.

Cal també assenyalar les *cataractes per distiroïdisme* sobre les quals Vossius ha cridat l'atenció i Branberger, Sedan han reportat exemples, que semblen relativament rars.

Hom pot també observar (nosaltres n'hem vist molts casos) cataractes *hipofisàries* amb localització posterior, en forma de molla de pa, en individus acromegàlics.

Finalment, alguns autors creuen que caldria atribuir a la *cataracta senil* un origen endocrí lligat a la senescència de les glàndules genitals, però això són encara simples hipòtesis, a desgrat de l'acció benèfica en certs casos, d'un tractament opote-ràpic.

En el determinisme de la cataracta també s'ha invocat un *origen suprarrenal* per tal com en el seu rol endocrí hi ha el comandament del metabolisme del sofre i el control dels fenòmens d'òxido-reducció a nivell del cristallí.

Hom pot observar, per la complexitat del problema de l'etiologia de la cataracta, dissociat actualment, que hom s'esforça a explicar per mitjà de recerques físico-químiques, en les quals intervenen diversos metabolismes el comandament de certes glàndules endocrines, i hom veu la utilitat d'una estreta col·laboració entre endocrinòleg, oculistes i homes de laboratori.

La importància capital dels trastorns endocrins en la diabetis ens mena a dir alguns mots sobre els *senyals oculars de la diabetis*, sense entrar en discussions sobre el mecanisme glicoregulator i el paper exclusiu de la secreció interna del pàncreas.

La diabetis va acompanyada freqüentment de trastorns de la refracció, estàtica—miopia i més rarament hipermetropia—o dinàmica—disminució d'amplitud de l'acomodació. Les iritis diabètiques no són pas rares i tenen una tendència hemorràgica. Abans hem parlat de les característiques de la cataracta en la diabetis dels joves. Però la complicació ocular més important de la diabetis està en relació amb les alteracions retinianes. En ella els exsudats i hemorràgies coexisteixen en proporcions variables i presenten el quadre de la retina puntejada central o perifèrica, de papillo-retinitis diabètica amb, en certs casos, hemorràgies massives que evolucionen vers el quadre de retinitis proliferant.

Alguns autors atribueixen, en aquestes retinitis diabètiques, un paper important a les falles renals concomitants.

Amb certa freqüència s'observen també manifestacions com per exemple: neuritis retrobulbar, paralisis oculars.

Com hom sap, les complicacions oculars de la diabetis són molt nombroses i molt importants; llur diagnòstic té un gros interès tant des del punt de vista vital com visual i és del tot diferent del de les complicacions renals. Tal com diuen Cotela i Blum «els albuminúrics moren abans d'esdevenir cecs, mentre que els diabètics, cecs, poden viure molt de temps».

La facilitat i la gravetat de les infeccions en els individus diabètics expliquen les complicacions del segment anterior: blefaritis, conjuntivitis observades amb tanta de freqüència i que exigeixen del cirurgià minucioses precaucions i, sovint, un tractament preventiu capital en el cas d'indicació operatòria en un diabètic.

Una manifestació clínica, sortosament rara, però de molta gravetat, són les *hemorràgies recidivants en el vitri*: ha estat atribuïda a trastorn endocrí: tiroïdià (Jeandelize, Sedan, etc.); hipofisari (Jeandelize i la seva escola); paratiroidià (Arloing i Raybaud, Aubineau, Onfray); melsa (Narog).

En la patogènia dels *glaucomes*, particularment del glaucoma agut, mal conegut encara a desgrat

d'innombrables treballs, cal tenir en compte una disendocrinia, però no podem entrar en el detall de les teories proposades pels diferents autors.

Podríem repassar tota la semiologia ocular i atribuir els símptomes a la possible causa endocrina. Creiem preferible, però, després d'esbossar les principals manifestacions clíniques, de passar revista a les diverses glàndules endocrines i enumerar simplement, a propòsit de cada una d'elles, les perturbacions que pot comportar llur disfuncionament.

El paper del *timus* damunt del globus ocular és encara mal conegut. És possible que jugui un rol important en les afeccions oculars de la infància i de la pubertat, com per exemple les queratoconjuntivitis flictenulars, certes blefaritis de la infància, però fins ara hom no pot fer aportació de cap conclusió certa.

Quant a la *glàndula tiroide* no afegirem res més als mots consagrats a la malaltia de Basedow. Recordarem també el paper que Léopold Lévy li assigna en l'origen de la migranya oftàlmica, i segons d'altres autors en els espasmes de l'artèria central de la retina.

Quant a les *paratiroides*, ja hem vist el punt essencial de llur acció a propòsit de la síndrome paratiroidiana i de les cataractes endocrines.

No ha de sorprendre que la *melsa* hagi estat considerada com la provocadora de certes hemorràgies oculars, isolades o bé associades, afeccions que milloren amb l'esplenectomia.

La secreció interna del *pàncreas* sembla que actua damunt de l'ull per mitjà de la insulina i de la vagotonina i de perturbacions del metabolisme dels glúcids. Ja hem esmentat abans les manifestacions oculars de la diabetis.

Sembla, però, molt versemblant que l'hormona hipotensiva, isolada per Gley i Kisthinos, juga un rol en aquestes síndromes oculo-vasculars o angiospàstiques oculars.

El paper del fetge com a glàndula de secreció interna és extremadament important; hom sap bé el rol primordial que juga en el metabolisme dels lípids en general i del colesterol en particular.

Hom ha pogut també relacionar amb els trastorns de la secreció interna del fetge les manifestacions oculars de la hipercolesterinèmia; cercle senil que hom observa sovint de manera precoç, edema de la còrnea, assenyalat per Aubineau i més recentment per Hambresin.

Al trastorn del metabolisme del colesterol i dels lípids en general, cal relacionar les diverses formes d'idiòcia amauròtica: L. Van Bogaert ha agrupat, d'acord amb Kupa, sota el nom de dislipidosi, la idiòcia amauròtica, la malaltia de Stargardt (degenerescència macular progressiva i familiar), la malaltia de Gaucher i la malaltia de Niemann Pick, mentre que Giannini, relacionant la idiòcia amau-

ròtica i la síndrome de Lawrence Biedl, les atribueix a trastorns de la hipòfisi i de la regió infundibular.

Finalment, és legítim de fer jugar un rol a les secrecions hepàtiques per tal d'explicar l'anell corià de Kayser-Fleischer observat en la malaltia de Wilson; i alguns autors, Moren recentment, invoquen un trastorn hepàtic en certs casos de retinitis pigmentària adquirida.

El paper de les suprarrenals en oftalmologia ha estat considerat com negligible, i per tant sembla que cal atribuir a un trastorn de la secreció de l'adrenalina (sovint utilitzada l'acció pupil·lo-dilatàtria) certs casos d'hipertensió arterial de la qual són ben conegudes les manifestacions vascular-oculars.

La terapèutica ha posat de manifest el probable paper de la suprarrenal en un cert nombre d'afeccions, i Magitot, entre molts d'altres autors, ha obtingut bons resultats amb el tractament radioteràpic de les suprarrenals en les capillaritis retinianes. Quant a la còrtico-suprarrenal, la seva acció sembla menys important, però no obstant, hem assenyalat el seu rol en el metabolisme del sofre en general, del qual hem vist la importància en les modificacions del cristallí. Aquest trastorn del metabolisme del sofre podria també, per les perturbacions de les combustions anaeròbiques, explicar l'astènia addisoniana i possiblement, certs casos de miastènia en la qual la simptomatologia ocular és tan important.

Nosaltres hem observat que la pigmentació de la malaltia d'Addison es troba a nivell de les parpelles i de les mucoses oculars.

Quina és la influència de la secreció interna de les *glàndules genitals*? No cal esmentar ací les relacions estretes que uneixen les glàndules genitals i la hipòfisi, puix que hom coneix el seu rol de regulació i de control sobre el sistema ocular. Fisiològicament i experimentalment és encara mal conegut, car els treballs consagrats a escatir l'acció exercida damunt de l'ull per les secrecions testiculars o ovàriques són poc nombrosos.

En clínica la influència de les glàndules genitals damunt de l'ull es manifesta en molts de casos.

Els diversos moments de la vida genital van acompanyats de trastorns oculars.

Durant la pubertat les queratoconjuntivitis flictenulars, les queratitis intersticials són influenciades favorablement per un tractament opoteràpic adequat, sense que hom pugui precisar-ne la manera d'actuar.

En la malaltia de Leber o atròfia òptica hereditària, molts autors, d'entre ells el professor Terrien, atribueixen un rol a la vicinació de la secreció de les glàndules genitals.

En les conjuntivitis al·lèrgiques, entre les quals la conjuntivitis primaveral és la més freqüent, ha estat ben estudiada per Henri Lagrange, aquest autor atribueix un rol important a les glàndules genitals, particularment en el moment de la pubertat.

La menstruació va acompanyada sovint de trastorns que poden ésser molt diversos; congestió i irritabilitat del segment anterior, trastorns sobre els quals ha insistit recentment François, iritis recidivants, trastorns de l'acomodació, obnubilacions visuals, etc.

L'embaràs, a desgrat d'ésser normal, s'acompanya igualment de manifestacions anàlogues així com de modificacions del to ocular, reducció del camp visual temporal, sobre el qual han insistit Jeandelize i la seva escola, i que cal evidentment atribuir a una hiperplàsia hipofisària. L'embaràs patològic pot provocar accidents molt greus que nosaltres només podem indicar, i en els quals l'acció endocrina passa sense cap mena de dubte a segon pla; amaurosi gravidica per trastorn circulatori a nivell dels centres visuals, papilitis amb hipertensió intracraniana (Schaeffer), trastorns oculo-vasculars de caràcter isquèmic (Tyl) o congestiu, retinitis gravidica, de la qual hom coneix la gravetat, despreniment de la retina, etc.

Cal citar de passada la reacció de Bercowits, recentment utilitzada per al diagnòstic de l'embaràs: la instil·lació de sang total de la dona presumpta embarassada provocarà modificacions pupil·lars; miòsis i manta vegada midriasi.

En les neuritis òptiques durant el curs d'al·letament, potser caldria atribuir el trastorn a les glàndules genitals, de les quals la glàndula mamària és una anexa, puix que segons les observacions del professor Villarol no pot ésser atribuït a cap altra causa.

Els cinquanta anys menen sovint els individus a consultar l'oculista. Hom sap el rol que certs autors reserven a la menopausa en el determinisme de la cataracta senil i del glaucoma crònic. Però al costat d'aquestes relacions encara hipotètiques, és una iritis manifestament lligada a la menopausa, ço que hom observa amb predilecció en la dona. Aquesta iritis tòrpida, insidiosa «quiet iritis» dels anglesos, sobre la qual han insistit el professor Terrien i els seus deixebles, és influenciada molt favorablement amb una terapèutica glandular.

Per múltiples raons cal reservar un lloc a part a la *síndrome hipofisària*.

El veïnatge de la hipòfisi i de les vies òptiques, i particularment del quiasma, provoca mecànicament en el cas dels tumors de la hipòfisi una simptomatologia ocular actualment ben coneguda i que nosaltres només podem esbossar.

Les modificacions del camp visual afecten en principi la forma d'una hemianòpsia bitemporal,

sovint irregular i progressiva. La reducció del camp s'inicia d'antuvi per la part supero-externa fins assolir la part infero-externa i abasta molt després a la part infero-interna i supero-interna. Mentrestant la papilla òptica mostra senyals d'atròfia discrets de bell començ, sovint combinats amb una èstasi papil·lar. Durant molt de temps l'açuitat visual resta normal i la reducció del camp visual passa desapercebuda. Cal, però, recercar sistemàticament els senyals oculars des del moment que hom sospita l'existència d'un tumor de la hipòfisi. Les nombroses secrecions hipofisàries i el paper regulador d'aquesta glàndula damunt de les altres glàndules endocrines li confereixen una influència directa en certes manifestacions oculars. El lòbul anterior segrega la tiroestimulina i per aquesta causa té una importància en la síndrome basedowiana; també controla el funcionament de les paratiroides, de la còrtico-suprarrenal i de les glàndules genitals; no cal dir, doncs, com és de difícil en certs casos, de precisar la importància patològica de la hipòfisi.

El lòbul mitjà controla la pigmentació en general i sembla que té una influència sobre el pigment retinià, per tal com sembla demostrar-ho la síndrome de Lawrence Biedl i els bons efectes de l'extret hipofisari en el tractament de certes retinitis pigmentàries.

El lòbul posterior, per mitjà de la secreció de vasopressina actua sobre la regulació de la tensió arterial i condiciona certs trastorns oculo-vasculars.

El paper de la hipòfisi és considerat per certs autors com el provocador de la migranya exoftàlmica, de les hemorràgies recidivants, en el vitri, i el Prof. Jeandelize ha insistit sobre la complexitat de les manifestacions oculars de l'hiperpituitarisme.

La conclusió que s'imposa davant la freqüència i la importància de les manifestacions oculars en els trastorns endocrins és la necessitat per a l'oculista, de pensar sovint en una etiologia endocrina i de procedir a un examen general profund així com també exàmens especialitzats, com per exemple, metabolisme basal, o examen interferomètric del sèrum, sobre la importància del qual en oftalmologia, ha novament insistit el professor Weil, o bé els nombrosos exàmens biològics d'ús corrent en els laboratoris. Davant d'una malaltia endocrina, també serà útil al metge internista de sol·licitar un examen ocular el qual aportarà dades i precisions sovint de la més gran importància.

En un mot: ací, com en tot, la col·laboració entre les diverses disciplines mèdiques ha d'ésser estreta per tal d'assolir un diagnòstic precís i un tractament racional i eficaç.

Medicina interna

Les peritonitis pneumocòcciques, pel Dr. P. BROUSTET, de Bordeus. «Le Progrès Médical». París, 21 novembre 1936, pàg. 1.809.

Segons l'autor són múltiples les formes clíniques de la peritonitis degudes al pneumococ. En realitat—diu—que molts autors isolen amb el nom de *peritonitis generalitzades* són peritonitis per pneumococs deturades en la primera fase de llur evolució, bé per causa d'una malignitat extrema (aleshores el malalt mor tant de septicèmia com de peritonitis), bé, contràriament, a causa d'una benignitat ben especial.

Es innegable que existeixen formes avortives en les quals tot retorna a l'ordre inicial, sense supuració ulterior, després d'un començament tràgic. Alguns autors es demanen si no caldria pas atorgar aquesta significació de peritonitis avortiva a les reaccions abdominals tan freqüents al començament de les pneumònies lobars. Cal, a propòsit, recordar que Nové-Josserand ha remarcat que aquestes formes avortives són enganyadores, susceptibles de recaigudes després d'una primera acalmia.

Inversament, les formes localitzades són peritonitis per pneumococ en les quals ha mancat la fase inicial, aparentment. Moltes vegades l'interrogatori descobreix que aquesta fase ha estat amagada per una grip, una diarrea, uns dolors abdominals més o menys discrets.

De vegades la malaltia es presenta de cop i volta en forma de *peritonitis quística*.

Per regla general, l'acompanyen senyals infecciosos marcats que permeten d'establir el diagnòstic de peritonitis agudes localitzades. De vegades els signes generals són talment frustres (observació de Nové-Josserand i de Chauvenet i Broustet) que l'abscess pot ésser pres per un tumor ossi, un quist hidatídic, etc.

Les formes emmascarades, per bé que rara, s'observen, sobretot, en el nodrissó sovint constitueix una troballa d'autòpsia, car en el quadre general de la pneumocòccia, la peritonitis no havia pres cap individualitat.

De vegades, fins i tot quan és isolada, constituint una veritable peritonitis per pneumococs, pren l'aspecte d'una gastro-enteritis greu però banal. Un únic signe permetrà de tant en tant fer el diagnòstic: una vaginitis per pneumococ, que explica la persistència, en aquesta edat, del canal vagino-peritoneal. Aquest procediment, tan elegant, de diagnòstic no pot donar més que una satisfacció absolutament platònica, car la peritonitis per pneumococs té en el nodrissó un pronòstic fatal.

Diagnòstic i tractament: Semblen tan estretament lligats l'un a l'altre que hom no pot estudiar-los separatament.

D'una manera general, cal dir que a mida que la malaltia és més vella més fàcil és el seu diagnòstic i més fàcils resulten les indicacions terapèutiques.

a) *Peritonitis pneumocòcciques enquistades:* Generalment no són difícils de diagnosticar. Els antecedents del malalt, la simptomatologia local d'abscess calent peritoneal, la descoberta per punició d'un pus que habitualment conté pneumococs—malgrat possibles associacions microbianes—són elements que no deixen gaire marge al dubte, sobretot quan la col·lecció ocupa el seu lloc habitual en la regió subumbilical.

Poden, no obstant, néixer dificultats del fet d'una simptomatologia física anormal: abscessos situats en les cambres laterals de l'abdomen poden motivar un diagnòstic d'abscess perinèfric d'evolució abdominal o de pericolicitis supurada; els abscessos pelvians o ilíacs fan pensar en supuracions d'origen genital.

Ajudats per la coneixença de la primera fase, generalitzada, d'aquesta peritonitis, hom arriba molt sovint al diagnòstic.

Més excepcionalment, hom es pot trobar en presència de més grans dificultats. La ignorància de la fase inicial fa córrer el risc de cometre errors. Si el malalt té febre, hom pensarà, correntment, en una peritonitis tuberculosa enquistada. Però la fórmula sanguínia, ben diferent de l'una a l'altra afecció, farà d'avertiment.

Si el malalt no té temperatura—i hi ha reportades observacions indiscutibles d'abscess pneumocòccic que han evolucionat sense cap senyal general ni local de supuració—l'error del diagnòstic és gairebé fatal i hom pensarà, com Josserand, en un tumor d'origen ossi, com Chauvenet, en un quist hidatídic.

Però la regla és que existeix la fase inicial i, per tant la reconeixença de la malaltia està afavorida.

La terapèutica, un cop descoberta la col·lecció purulent, és la incisió. Cal, però, no practicar-la ni massa aviat ni massa tard. Massa precoç emmenaria el cirurgià sobre un abscess encara mal col·leccionat i mal limitat i faria córrer el risc de propagar l'afecció a la gran cavitat peritoneal. Massa tardana, permetria una prolongació de la febre hèctica, afebliria el malalt i permetria l'aparició de noves infeccions pneumocòcciques a distància. Cal, doncs, no negligir aquesta qüestió d'oportunitat.

En casos d'aquest ordre els errors possibles no tenen, però, conseqüències enutjoses, car menen a la laparotomia, operació que, en rectificar el

Vacunas Robert



INJECTABLE



BUCAL

ANTICOLIBACILAR
ANTICOLIBACILAR
COLITIS



En todas las infecciones digestivas producidas por el colibacilo, use Vd. Doctor la

VACUNA ANTICOLIBACILAR ROBERT

Vía bucal
(Caldo-vacuna)

e

inyectable



LABORATORIOS ROBERT

Director: JOSÉ ROBERT MESTRE.-Farmaceutico

BARCELONA: Calle Lauria, 74

MADRID: Av. Eduardo Dato, 6

Resuelve las
gastritis,
gastro-enteritis,
diarreas infantiles,
trastornos dispépticos del lactante,
enterocolitis
y
colitis crónicas,
así como los
procesos hepato-biliares
y
síndromes entero-renales
derivados de la pululación digestiva colibacilar.

diagnòstic, assegura també la terapèutica necessària.

L'existència d'una fistula en aquesta fase tardana de la malaltia facilita el diagnòstic permetent la descoberta d'un pus exclusivament o predominantment pneumocòccic. Ella pot constituir també un tractament suficient, sobretot quan radica en el recte o en la vagina. Fins quan es presenta al melic pot tenir conseqüències beneficioses, tant, que caldrà no anar amb pressa a la intervenció d'un malalt que en sigui portador, car sempre convindria demanar-se si les condicions generals del pacient no sortiran més afavorides de l'obertura espontània que de la practicada pel cirurgià.

Diagnòstic de la peritonitis pneumocòccica en la seva fase intermediària. — Es relativament fàcil. D'entre totes les peritonitis generalitzades de començament dramàtic l'única que permet de constatar la possibilitat d'una milloria espontània és la pneumocòccica.

Si els senyals abdominals de començament han estat discrets, si el malalt és, abans de tot, un infectat—amb alguns trastorns intestinals—el diagnòstic de febre tifoide pot ésser sospitat. En general, però, no hi ha confusions diagnòstiques.

L'error podria, fins a cert punt, ésser evitat per l'examen de la sang (hemocultiu i aglutinacions que són gairebé sempre positives en el cas de la tifoide i febres paratífiques). La fórmula leucocitària (polinucleosi en la pneumocòccica i mononucleosi en la tifoide) donarà indicacions més ràpides però menys segures.

Tot amb tot, cal convenir que la confusió no representa per al malalt cap perjudici seriós, car en ambdues malalties l'abstenció és estrictament la norma que cal seguir.

Diagnòstic de la peritonitis pneumocòccica en la seva fase inicial. — Es teòricament considerable el nombre d'afeccions amb les quals pot confondre's la peritonitis pneumocòccica en les seves fases inicials. Caldria passar revista al diagnòstic de totes les síndromes abdominals agudes, sobretot de l'infant, per tal de convèncer-se d'això.

Fer un diagnòstic de septicèmia pneumocòccica quan existeix una peritonitis és, potser, un error de diagnòstic, però, tanmateix, no ocasiona cap conseqüència enutjosa al malalt.

Parellament podem dir d'ignorar una peritonitis esdevinguda en el curs d'altres accidents pneumocòccics.

Per imprevist que sigui, el diagnòstic de la peritonitis pneumocòccica cal contrastar-lo amb certes intoxicacions d'origen alimentari.

Una curiosa observació de Mondov en dona la prova: Dues germanes, després d'haver menjat una crema de frescor dubtosa, presentaren tras-

torns digestius. En una d'elles la discreció dels senyals peritoneals, la importància dels vòmits i la diarrea feren pensar en una intoxicació alimentària. En canvi, tota la simptomatologia menava a diagnosticar una peritonitis. La intervenció s'encarregà de confirmar-ho mostrant una serositat plena de pneumococs. Això motivà una rectificació del diagnòstic de l'altre infant. En efecte, la intervenció objectivà una peritonitis pneumocòccica.

Les manifestacions peritoneals que marquen, de vegades, el començament d'una púrpura, han induït, també, a l'error. La presència de petèquies, excepcionals en les pneumocòccies, farà pensar més aviat en una afecció d'altra mena.

De la mateixa manera, la repercussió abdominal d'una granúlia que comença pot provocar el mateix error. Però la presència habitual de símptomes pulmonars, el curs especial del malalt i la seva fórmula leucocitària podran restablir el diagnòstic.

Però les confusions poden produir-se també entre afeccions pròpiament abdominals. Anem a revisar-les:

Teòricament, la similitud etiològica, si més no en alguns casos, situarà en primer lloc d'aquestes probabilitats d'error les peritonitis gonocòcciques. Pràcticament les dues afeccions tenen, tan sols, semblances molt grosseres: la peritonitis gonocòccica ho és de cop i volta i roman sempre una pelvi-peritonitis.

En realitat la distinció que cal establir és amb les *peritonitis agudes generalitzades*, les quals poden presentar-se a seguit de perforacions viscerals. Hom no constata, certament, en l'infant gaires casos d'úlcers gastro-duodenal susceptibles de provocar aquesta perforació, però no és pas excepcional la perforació de les úlceres del diverticle de Meckel. Cal remarcar que la peritonitis que resulta d'aquest accident és d'un diagnòstic molt difícil i, per tant, resulta ignorada gairebé sempre.

Però fora d'aquestes formes excepcionals, la majoria de peritonitis agudes de l'infant són d'origen apendicular. Per tant el diagnòstic diferencial que interessa d'establir és el de la peritonitis pneumocòccica i el de la peritonitis apendicular. Aquesta és una qüestió cabdal. Ambdues mereixen el qualificatiu de peritonitis però llur semblança fi-neix ací.

La peritonitis pendicular és una peritonitis banal; té un punt de partida limitat; té un origen localitzat i la seva generalització és sempre secundària. Per a guarir-la cal suprimir la seva causa—l'apèndix—i, malgrat totes les divergències de criteri, drenar-la convenientment.

La peritonitis pneumocòccica, per contra, no té fogar d'origen sinó que és, de primer antuvi, una

peritonitis generalitzada. No reclama pas l'operació, car hom no pot suprimir un focar d'origen inexistent ni drenar un pus que encara és absent. La intervenció no és solament inútil sinó que, fins i tot, pot resultar perillosa, car fa córrer el risc de difondre la infecció pneumocòccica i, a favor de l'anestèsia, pot provocar localitzacions pulmonars. D'altra banda, el choc que determina és terrible en individus profundament afectats. Cal remarcar, finalment, que per mitjà de l'ileus paralític post-operatori que provoca, detura la diarrea habitual d'aquesta fase inicial de la malaltia. Aquesta diarrea té per a molts autors el valor d'una reacció defensiva i d'eliminació microbiana.

Així, doncs, els arguments s'acumulen contra la intervenció quirúrgica en la fase inicial de la peritonitis pneumocòccica.

La història de la malaltia parla també en aquest sentit: Quan Talomon i Fraenkel descobriren el pneumococ fou possible la identificació de les afecions provocades per aquest germen. La descoberta de la peritonitis no trigà pas, recordi's les descripcions que d'ella en féren Brun, Michaud i Dieulafoy, esdevingudes clàssiques. També cal remarcar la coincidència dels autors a reconèixer que, malgrat el seu començament dramàtic, l'afecció és relativament benigna, car solament compta amb un 15 a 20 per cent de mortalitat.

Però quan semblava ja totalment coneguda en tots els seus aspectes, de cop i volta la peritonitis pneumocòccica, a partir de 1915 sembla que desapareix. En 1928, el professor Apert pot, així, escriure que fa deu anys que no ha vist cap cas de peritonitis pneumocòccica.

En realitat la malaltia no havia pas desaparegut, el que succeï és que els cirurgians l'havien aca-parada. Es vivia aleshores l'època en que regnà la justa doctrina de l'apendicectomia en calent. Naturalment, no hi ha pas dubte que, amb la finalitat d'extirpar precocment els apèndixs, hom operà sense saber-ho moltes peritonitis pneumocòcciques en llur fase inicial o d'invasió.

L'estudi més ponderat dels casos desafortunats, auxiliat de la bacteriologia i de l'anatomia patològica, menà els cirurgians al redescobrimient de la peritonitis pneumocòccica. Però ara en aquesta segona etapa, ja no sembla aquella mateixa malaltia de Dieulafoy, sinó una afecció de pronòstic tan seriós que arriba a donar xifres de mortalitat entre 90 per 100 i 95 per 100.

Aquest agreujament és massa considerable perquè pugui considerar-se com el fet de variacions epidèmiques i de temporada, talment com pot veure's en les malalties infeccioses. Una coneixença més perfecta de l'afecció permet a certs cirurgians el diagnosticar-la i de respectar-la... i heus ací que el pronòstic dels casos en què no és practi-

cada la intervenció el pronòstic s'acosta molt al fixat suara per Dieulafoy.

La causa és, doncs, vistent. Cal evitar la intervenció en les peritonitis pneumocòcciques durant llur començament.

Però per no operar cal que es faci el diagnòstic, car si no es tractés d'aquesta afecció és gairebé segur que es tractarà d'una peritonitis apendicular greu, curable si hom intervé i fatalment mortal si hom deixa d'operar-la.

Tal és, en resum, el difícil problema amb les seves dures conseqüències que es planteja sovint en la clínica, car, segons diuen Favre i Auroisseau, als hospitals d'infants es presenta una peritonitis pneumocòccica per cada 20 apendicitis.

Elements clínics del diagnòstic. — Sens dubte, el quadre que hem traçat és bastant característic: dolor brusc, vòmits, diarrea, febre, aspecte especial del malalt, la seva contractura particular, els antecedents personals i familiars. Tota aquesta simptomatologia difereix sensiblement de la que hom observa al començament d'una peritonitis apendicular. Però, si hom pren d'un a un tots aquests símptomes, la interpretació esdevé molt menys segura.

El dolor en la peritonitis pneumocòccica és ordinàriament intens, difús o peri-umbilical. Però, com serà possible en l'infant apreciar la intensitat del dolor? Tampoc la seva localització no té res de segur, car pot ocupar la fossa ilíaca dreta. Inversament, en el curs de l'apendicitis autèntica no és gens rar observar que el dolor és purament peri-umbilical.

La diarrea constitueix un signe d'una valor capital. Però moltes vegades no es presenta fins passades quaranta-vuit hores, quan el diagnòstic ja hauria d'estar fet. Fins i tot hi ha casos en els quals manca del tot. Remarquem que també és possible observar apendicitis molt greus amb diarrea.

La sobtada elevació febril, farà pensar en la infecció pneumocòccica. Però caldrà que la temperatura hagi estat presa amb anterioritat per tal d'apreciar aquesta ascensió súbita.

Els antecedents familiars o personals d'infecció pneumocòccica tenen també un cert valor; no és endebades que hom sap que els cirurgians no operen mai tantes apendicitis com després d'una epidèmia gripal.

Davant la vulnerabilitat d'aquest seguit de senyals clínics cal passar revista als signes biològics.

Els signes biològics. — L'augment de la fibrina de la sang, testimoni habitual de la infecció pneumocòccica, podria, segons alguns autors, servir al diagnòstic. Però cal convenir que, tanmateix, aquest signe és prou petit i prou difícil de posar

ràpidament en evidència perquè mereixi la categoria de prova certa i objectiva.

Tampoc podem recolzar-nos sobre la fórmula leucocitària: la polinucleosi existeix tant en l'apendicitis com en la pneumocòcciosi. Potser una forta i brusca polinucleosi pledejaria més a favor de la segona. Així i tot cal convenir amb Fèvre que mai no serem prou reservats ni prou prudents per a donar un valor a tals matisos.

L'hemocultiu cal que sigui practicat sistemàticament. Malauradament la seva lentitud obliga a perdre un temps i, per tant, la solució que ens pot aportar arriba amb retard.

Certs cirurgians han assajat la recerca extemporània del pneumococ per examen directe d'un frotis de sang. Així, Auroousseau pensa que l'ha descobert cinc vegades. Altres autors declaren que han estat menys afavorits.

Hi ha també qui ha proposat la recerca del pneumococ en el pus vaginal i en la femta, però cal convenir que aquesta tasca exigeix tècniques d'isolament difícil que necessiten també un temps considerable.

Lipschutz i Loewenburg practiquen la punció peritoneal per descobrir i identificar el pus. Aquesta tècnica, perillosa, és absolutament condemnada a França, car, ultra el seu risc, va sovint seguida del fracàs, puix que la serositat viscosa que es troba en el ventre durant aquesta fase inicial passa difícilment per la cànula de la punció.

Així, doncs, hem de convenir que ni en l'ordre biològic ni en el clínic no existeix un signe estrictament patognomònic de les peritonitis pneumocòcciques. Cal, per tant, renunciar a establir aquest diagnòstic impossible?

Tot amb tot, si el diagnòstic sembla impossible a base d'un sol signe, en realitat l'agrupament de la totalitat simptomatològica permetrà, algunes vegades, arribar a ell. Així, pot succeir que, una discordança en el quadre clínic faci sospitar la pneumocòccia peritoneal: així, pot esdevenir-se que en un determinat cas el quadre no encaixa prou bé amb la hipòtesi de la peritonitis apendicular, sospitada sempre; un matís en la contractura; una vesícula d'herpes... una vulvitis, que en si mateixos no tenen un valor absolut, poden agullonar l'esperit indagador del metge.

En aquestes circumstàncies, l'experiència, la noció de la cosa ja vista, compten més que res. Es ben segur que el metge no fa gairebé mai el diagnòstic de les primeres peritonitis pneumocòcciques que se li presenten. Per contra, els metges i els cirurgians pediatres que n'han observat diversos casos, arriben a establir el diagnòstic i a establir-lo amb fermesa suficient per a no operar aquests malalts. No cal dir que aquest capteni-

ment els obliga—per l'enorme responsabilitat que representa llur refús d'intervenció quirúrgica—a vigilar estretament el malalt d'hora en hora, sense oblit ni negligència.

Aquesta sembla que és la millor conducta a seguir, però hom comprèn que la gran dificultat del diagnòstic faci claudicar alguns cirurgians menys formals; la por de deixar passar una apendicitis—mortal si no s'opera—els empeny a no refusar pas sistemàticament la intervenció en les peritonitis pneumocòcciques.

Llur únic argument és el temor d'errar el diagnòstic. Ningú no admet que la intervenció sigui útil a la peritonitis pneumocòccica. En tot cas, si hom la proposa, cal que sigui feta a base d'una tècnica molt especial, una tècnica de mal menor si és que s'admet aquesta expressió.

Mentre sigui possible, caldrà operar sota anestèsia local.

La incisió serà un simple trau que permetrà de flairar el pus—el pus apendicular és neuseabund, el pus pneumocòccic és inodor—, de veure les nanses intestinals enganxigoses, viscloses i una mica tumefactes. L'apèndix participa simplement al procés general, sense presentar, però, lesions particulars. En cas necessari es pot procedir a l'examen bacteriològic immediat de la serositat recollida.

Si el diagnòstic de peritonitis pneumocòccica és confirmat per aquesta inspecció, cal aturar-se ací i no prosseguir l'exploració, no malaxar les nanses intestinals, sobretot no eviscerar, no endinsar-se a la recerca del problemàtic fogar d'infecció. A tot estirar, si la incisió ho fa avinent, podrà extirpar-se l'apèndix... però això no és pas necessari. Convé que no es faci cap rentat. Potser, serà oportú deixar un drenatge. Això és tot.

Aquesta intervenció mínima constitueix, en tot cas, el màxim de ço que cal executar. Es el millor que pot fer-se—o el menys dolent—mentre no disposem d'una terapèutica general específica de la infecció pneumocòccica.

(Traducció fragmentària.)

Vegeu, encara:

DARBER, E. i MENEU, A.: *Dos casos de febre exantemàtica mediterrània*. «Revista Médica de Barcelona». Maig, 1936, pàg. 424.

DUPÉRIÉ, R., DUBARRY, J., i LACHAUD, R. DE: *Septicèmia gonocòccica amb localitzacions flemonoses articulars i sub-cutànies en una diabètica. Vacunoteràpia i seroteràpia. Guariment*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 21 juny 1936, pàg. 388.

GARCIA VIVÓ, J.: *Tractament del tètanos per via intrarraquídia*. «Anales», València, juliol-desembre 1936, pàg. 676.

- BERINI FERRAN, J.: *Diftèria amb bacteriologia negativa*. «Annals de l'Hospital General de Catalunya». Barcelona, 15 setembre 1936, pàg. 511.
- MAROT, R.: *Examen clinic d'una malalta d'Osler*. «L'Art Médical». Niça, 15 novembre 1936, pàgina 15.
- GRAILLY, R. DE i RINGENBACH, G.: *Sobre una síndrome de Mikulicz*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14 febrer 1937, pàg. 109.
- LANDE, P., DERVILLE, P. i LÉVY, J.: *Sobre un cas de meningitis estreptocòccica amb evolució després d'un traumatisme de la columna cervical*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 28 febrer 1937, pàg. 142.

Neurologia i psiquiatria

Contribució a l'estudi del tractament de l'insomni, pel Dr. HENRI FAVIER. «Toulouse Médical» (revisió de tesi doctoral). 15-II-37, p. 118.

L'autor ha consagrat aquest treball a l'estudi dels hipnòtics i en particular a l'acció de l'al·lilisopropilacetilcarbàmid o sedormit. Hom sap que entre els hipnòtics, el grup més ric en compostos interessants és el dels ureids i, entre aquests, correspon un lloc especial a les sals orgàniques de la urea que són molt manejables: l'al·lilisopropilacetilcarbàmid, particularment. L'experimentació fisiològica (Pouchet, Ritz) ha demostrat que aquest producte és, sobretot, un sedant que actua lentament, sense acció sobre el sistema nerviós vasomotor, sense efecte nociu damunt del cor i dels ronyons. També ha demostrat que es destrueix ràpidament dins de l'organisme. La seva dosi tòxica és vuit vegades més alta que la dosi terapèutica. L'experimentació clínica (Perget, Tibi, Bénech, Favier) ha confirmat les dades de la fisiologia.

A la dosi mitjana de 25 a 75 centígrams (1 a 3 comprimits) per dia, el sedormit es manifesta en l'adult com un sedant i un hipnogen d'acció suau i progressiva, fàcilment absorbible, molt manejable, no acumulable, ben tolerat pel tub digestiu i pels altres principals aparells i particularment eficaç en l'insomni dels preocupats, dels angoixosos, dels petits agitats, dels hipernerviosos i dels neuròpates. Menys poderós que els barbitúrics, més actiu, no obstant, que la valeriana i que els bromurs, el sedormit, en definitiva, per raó de les seves propietats especials, ocupa en la gamma dels sedants i dels hipnòtics un lloc ben personal i sembla que li està reservat en la pràctica diària molt apreciables èxits en el tractament dels petits insomniacs i dels petits angoixosos.

Vegeu, encara:

- MARTORELL, F.: *Algies de les extremitats de tractament quirúrgic senzill*. «Actes de les Reunions del Cos Facultatiu del Policlínic». Barcelona 1936, p. 157, Vol. I, núm. 19.
- GUASCH, J.: *Tècnica d'obtenció i valor diagnòstic dels mielogrames*. «Actes de les Reunions del Cos Facultatiu del Policlínic». Barcelona, 1936, p. 165, Vol. I, núm. 20.
- TOLOSA COLGNER, E.: *Sobre la localització dels trastorns apràctics*. «Revista de Psiquiatria i Neurologia». Barcelona, maig 1936, p. 58.
- GISPERT CRUZ, I.: *Sobre la patogènia de la sírtingomielia. Observació d'alguns casos familiars*. «Revista de Psiquiatria i Neurologia». Barcelona, maig 1936, p. 52.
- SCHNEIDER, K.: *La nostra experiència amb el «tractament actiu» a la clínica Universitària de Heidelberg*. «Revista de Psiquiatria i Neurologia». Barcelona, maig 1936, p. 50.
- IRAZOQUI, E.: *Plantejament i orientacions de la psicologia en l'esquizofrènia*. «Revista de Psicologia i Neurologia». Barcelona, V-36, p. 24.
- SARRÓ, R.: *Etapas de la nova psicologia mèdica en l'obra de C. G. Jung*. «Revista de Psiquiatria i Neurologia». Barcelona, V-36, p. 2.
- CREYX, M. i RINGENBACH, G.: *Sobre un cas de meningitis orlana*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 7-VI-36 pàgina 367.
- ROCHER, H. L., JEANNENEY, G. i POUYANNE, L.: *Un cas de luxació de l'espatlla amb trastorns nerviosos*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 7-VI-36, p. 366.
- PAULY, BERGOUIGNAN i VERGER: *Atròfia cerebel·losa tardana*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-VI-36, p. 506.
- ROCHER, H. L.: *La nova tècnica per a la neurotomia intrapelviana del nervi obturador*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-VI-36, pàgina 498.
- BERGOUIGNAN i VERGER: *Parquinsonisme agut regressiu aparegut en un encefalític antic durant el curs d'un tractament pel novarsenovenzol*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30 juny 1936, p. 491.
- SABRAZÈS, J.: *Comentari a una tesi intitulada: La diàtesi neoplàsica en el sistema nerviós. La neurofibromatosis. Les seves formes hereditàries i familiars*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 16-VII-36, p. 513.
- GRESA DE MIRABELL, A.: *Dos casos d'amiotròfia de Charcot Marie*. «Annals de l'Hospital General de Catalunya». Barcelona, 15-IX-36, pàgina 489.

- QUERCY, P. LACHAUD, R. DE: *Estudi histològic d'una siringomièlia*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 29 novembre 1936, p. 763.
- CHARBONNEL i MASSE: *Meningoblastoma frontal operat tres vegades. (A propòsit de 16 casos d'intervencions per tumors cerebrals)*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-XI-36, pàgina 830.
- DELMAS-MARSALET, CHARBONNEL i MASSE: *Trastorns reflexos dolorosos i mastico-sudorals de la cara i del coll per esclerosi inflammatòria periarterial (artèria cervical transversa). Arteriectomia. Franca millora. Recidiva*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-XI-36, p. 830.
- LLUESMA URANGA, E.: *Relació de vint històries clíniques de tumors cerebrals*. «Crònica Mèdica». València XI-XII-36, p. 686.
- DELMAS-MARSALET, CHARBONNEL i MASSE: *Trastorns reflexos dolorosos i mastico-sudorals de la cara i del coll per esclerosi inflammatòria periarterial (artèria cervical transversa). Arteriectomia. Clara millora. Recidiva*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 13-XII-36, p. 793.
- CHARBONNEL i MASSE: *Meningoblastoma frontal operat tres vegades. A propòsit de 16 casos d'intervencions per tumors cerebrals*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 13-XII-36, p. 794.
- ROCHER, H.-L. i POUYANNE, L.: *Un cas excepcional de miopàtia*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 20-XII-36, pàg. 812.
- DESPENS, VIAUD i PINNAN: *Extracció d'un cos estrany de guerra, estatjat a la regió eseno-orbitària que provocà, després de divuit anys, neuràlgies facials*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-XII-36, p. 786.
- ZLATKOFF, C.: *Contribució a l'estudi de les polineuritis barbitúriques*. «Toulouse Médical». 1-I-1936, p. 77.
- SABRAZÈS, J.: *Comentari a un treball sobre: Recherches sobre l'encefalitis epidèmica al Japó. Dr. R. Inada*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 31-I-37, pàg. 65.
- RENÉ-CELLES, J. i SEVEILHAC, P.: *L'estudi i la pràctica del cant*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 31-I-37, pàg. 69.
- PAULY, R. i MARTY, J.: *Lesió experimental dels nuclis vestibulars del bulb*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 31-I-37, p. 78.
- PAULY, R.: *Rigidesa de descerebració*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 31-I-37, p. 78.
- BERGOUIGNAN i VERGER: *Estat del mal comicial per paquimeningitis sifilitica. Intervenció quirúrgica. Guariment*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 6-13-III-37, p. 337.
- PAULY, R. i J. MARTY: *Lesió experimental dels nuclis vestibulars del bulb*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 13-II-37, p. 246.
- RENÉ CELLES, J. i SEVEILHAC, P.: *L'estudi i la pràctica del cant*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 13-II-37, p. 249.
- DELMAS-MARSALET, COURRIADES, BERGOUIGNAN i VERGER: *Estat de mal comicial en un sifilitic. Intervenció quirúrgica. Guariment*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-II-37, p. 109.
- PAULY, R.: *Rigidesa de descerebració*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-27-II-37, p. 291.

Notes bibliogràfiques

Equilibri neuro-vegetatiu, pel Dr. AUGUST PI I SUNYER. «Monografies Mèdiques». Any XI, 1936, núm. 100-101. Barcelona.

Certament cal que qualifiquem d'apoteòsica la forma com Jaume Aiguader ha sabut celebrar la publicació del número centenar d'aquests quaderns, per tants conceptes mereixedors d'ésser declarats lectura obligada entre els metges de parla catalana.

A través de tota mena d'adversitats, a desgrat de tots els contratemps que s'han interposat al seu camí, durant els onze anys que han transcorregut des de la publicació del primer volum, Jaume Aiguader ha reeixit admirablement amb la seva meravellosa perseverància a procurar a la seva obra una estabilitat que li assegura la continuació.

August Pi i Sunyer, triat com a símbol, hauria homenatjat amb la sola presència del seu nom aquesta efemèride dels quaderns mèdics arribats al centenar, però August Pi i Sunyer ha volgut demostrar que la tria del seu nom era un encert més de l'editor. Així ens ho diu aquesta seva monografia, magnífica, que ve a ésser la sintetització del pensament que ha guiat totes les activitats del fisiòleg català durant més de vint anys, que es manté fidel a un mateix esperit d'escola i que ha sabut establir un nex solidíssim entre l'obra del seu gran mestre, Turró, i la d'un estol de deixebles estimabilíssims que són ja el seu propi orgull i tota una esperança per a la perpetuació del seu mestratge.

En aquesta nova monografia, Pi i Sunyer acobla, a servei de les idees mateixes que l'impel·liren a redactar «La Unidad Funcional» (1918) i, després, «Los mecanismos de correlación funcional y de unificación fisiológica» (1920), les ulteriors aportacions, pròpies i alienes, que han anat enfortint-les i cohesionant-les.

Com a catalans ens sentim orgullosos de constatar la respectuosa acceptació que universalment van aconseguint aquests fets i aquestes interpretacions harmonitzats en l'entranya d'una doctrina fisiològica que és per a nosaltres autòctona per antonomàsia.

Els dos paràgrafs que clouen la monografia motivadora d'aquests comentaris ens forneixen un bell argument per a dir-ne la seva gran qualitat.

«El conjunt de la regulació vegetativa—humoral i nerviosa—forma les arrels de la vida, per les quals la personalitat absorbeix les pròpies essències característiques. La vida dels òrgans és regu-

lada, però també és percebuda, pel sistema nerviós orgànic, la funció del qual és basal en els processos d'integració fisiològica i psíquica. És per això que al sistema vegetatiu li correspon tanta part en la gènesi i la caracterització de la patologia somàtica i mental. Direm que un perfecte equilibri neuro-vegetatiu és la condició fonamental per a la salut del cos i la salut de l'ànima.»

«Assistim a una reacció per la qual el segle XX reincorpora l'esperit a les ciències biològiques. No hi ha perill que aquest moviment torni a portar-nos a disquisicions metafísiques allunyant-nos de la filosofia natural. Portem el llast compensador de la ciència positiva. I hem guanyat, amb això, un concepte essencial per a entendre la vida: el de visió conjunta i unitària d'allò que és de fet una sola cosa.»

Felicitem el Dr. Pi i Sunyer pel seu nou triomf i al Dr. Aiguader li fem ofrena dels nostres desigs més fervents de perduració esponsorosa de la seva tasca editorial tan admirable.

Instituto de Fisiologia de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. Trabajos de 1936.

Exponent d'aquell dinàmic rusc de treballadors que dirigeix el professor Houssay a la gran ciutat del Plata és aquest recull de tiratges a part amb què anualment ens obsequia l'Institut de Fisiologia de la Facultat de Medicina de Buenos Aires.

Cal remarcar que en aquesta tramesa anual excel·leix entre la gran diversitat de temes que atreuen les preferències de molts dels col·laboradors, una constant i obstinada preocupació per dues o tres qüestions que, iniciades per Houssay en temps ja força reculats, van essent una deu inestroncable de recerques i de deduccions: tals, per exemple, la fisiologia i la fisiopatologia hipofisàries i la fisiologia i la fisiopatologia suprarenals.

Enguany entre les aportacions sobre aquests temes remarcuem un interessant treball de Houssay, Biasotti i Dambrosi sobre «Glucogen i Hipòfisi» i un de Houssay i Foglia sobre «Diabetis antero-hipofisària i funció endocrina pancreàtica».

La resta de títols d'aquest recull va avalada per noms d'investigadors que ja ens han esdevingut familiars i per d'altres que representen les noves voluntats conquerides per la màgica atracció del gran mestre de la fisiologia argentina que és el professor Bernardo A. Houssay.

L. C.

Noticiari d'activitats

GENERALITAT DE CATALUNYA

CONSELL DE SANITAT DE GUERRA • COMISSARIAT DE PROPAGANDA

DEFENSA PASSIVA ORGANITZADA

S'anomena defensa passiva organitzada tot allò que es porta a cap per tal d'evitar els estralls irreparables de la guerra. La D. P. O. té un alt sentit a les ciutats. A judici dels partidaris de la D. P. O. toca al Govern, només al Govern, la defensa activa de la Nació, però és tasca de tothom, del ciutadà més modest, de tu que llegeixes aquest opuscle, d'incorporar-se a les activitats de la D. P. O.

En la D. P. O. tothom ha de procurar protegir-se. Aquesta protecció s'ha de fer d'una manera orgànica. L'articulació de tots els procediments, portats conjuntament per tots els habitants d'una ciutat, constitueix la missió de la D. P. O.

Evitar el perill. Amb serenitat, amb calma, fent obra de conjunt. Això és la D. P. O. No actuar per iniciativa pròpia. Col·laborar a l'obra de tots.

Els governs s'ocuparan de la defensa activa. Avions, metralla, bombes i exèrcits; a nosaltres, els ciutadans, els camperols, ens toca d'intervenir en la D. P. O.

DUES TENDENCIES

Per tot Europa es dibuixen dues tendències: Una que accepta integralment la *Defensa Passiva Organitzada*, Pressupostos, Ministeris, Assaigs, Propaganda, tot per a la defensa passiva contra la guerra. Diuen que és una mesura de precaució civil indispensable. La mainada aprèn les lletres, i al costat, al mateix temps, aprèn a protegir-se contra les injúries de la química, contra les insídies de la guerra, contra els estralls dels gasos, contra el risc de l'incendi i la metralla. Al compàs d'això, els governs constituïts fan maniobres aèries, simulacres d'atac,

toes d'alerta... tot en un mig festiu, per tal d'acostumar, de donar moral per al moment necessari o d'assaonar l'esperit a la tragèdia de la guerra. La gent ha de respondre als senyals amb disciplina, camuflant els llums, protegint els vidres, assajant les caretes i els polvoritzadors... i tot això s'esdevé en temps de pau per tal de donar el ritme de moral suficient perquè en temps de guerra no es perdi la calma i sigui eficaç la Defensa Passiva Organitzada.

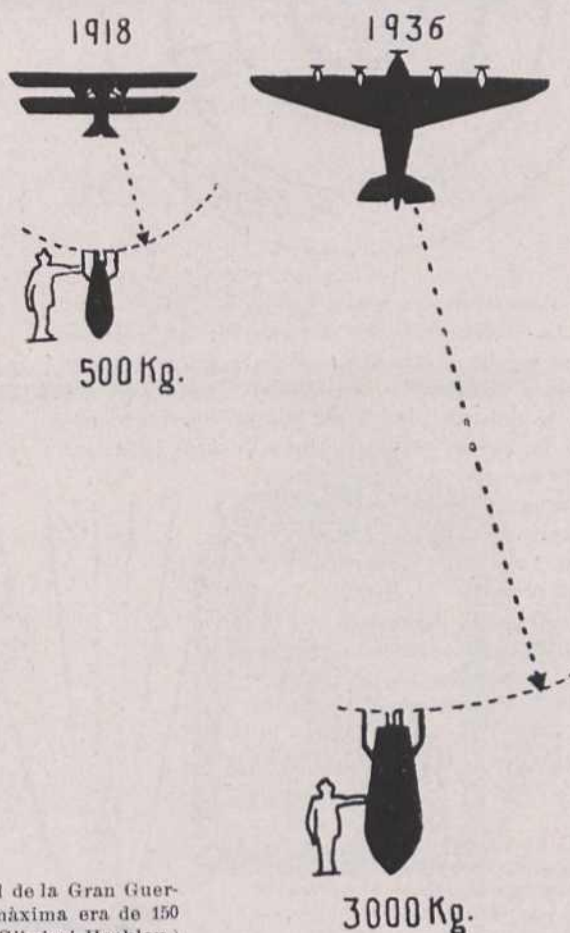


Fig. 1.—Potència comparada dels avions del final de la Gran Guerra amb la dels actuals. L'any 1918, la velocitat màxima era de 150 quilòmetres. Actualment ultrapassen els 400. (Gibrin i Heckley.)

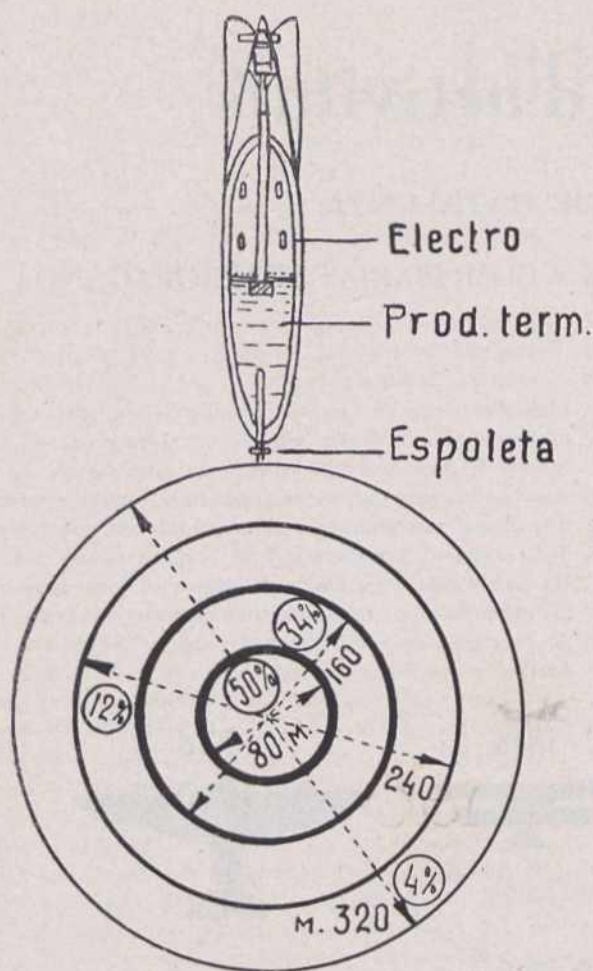


Fig. 2. — Esquema d'una bomba incendiària i precisió d'un bombardeig fet des de 2.000 metres d'alçada. El 50 per 100 de les bombes llançades cauen a 80 metres del blanc, el 34 per 100 a 160 metres, i així successivament. (Gibrin i Heckley.)

dest que no té altre refugi que un pis despullat i llòbrec.

Per això ha sortit la «Lliga contra la Defensa Passiva».

Endevineu les dues tendències?

Heu pensat mai a quin costat esteu vosaltres?

Els primers assenten la seva tesi en nom de la PRUDÈNCIA. Invoquen l'assenyament, la precaució. I diuen:

Perquè nosaltres no podem anorrear els estralls dels altres.

Perquè nosaltres no podem fondre l'orgull imperialista de les nacions veïnes.

Perquè nosaltres no podem evitar la guerra amb totes les seves tragèdies! Es per això que procurem evitar els perfídiosos maleficcis d'una guerra química i seriosa. Com? *Organitzant la defensa passiva.*

Els altres diuen:

Organitzar una defensa passiva en temps de pau val tant com estimular la guerra.

No deformeu la gràcia dels infants parlant-los de guerra.

No doneu tècniques de guerra, ni de prevenció.

No parlem de guerra.

No faciliteu les indústries de guerra.

No compreu màscares.

Menyspreu el qui us parli de Defensa Passiva.

Només un mot d'ordre:

ODI A LA GUERRA.

EL NOSTRE PUNT DE VISTA

Davant d'aquestes dues tendències la nostra posició és ben clara:

L'altra tendència brama contra la defensa passiva. La irriteren els xiulets d'alarma en temps de pau i fixa per les cantonades papers de colors vius, incitant a desobeir les ordres de l'Estat Major. Diu que la defensa passiva és injusta. La bona màscara la podran adquirir només la gent benestant, però no els obrers i bracers malestants, sota el punt de mira econòmic.

La mateixa dispersió que tant propugna la Defensa Passiva Organitzada, estarà a l'abast de gent adinerada, propietaris de vehicles segurs i ràpids que els dispersaran al moment de perill, des de la ciutat al camp, però no del vianant mo-

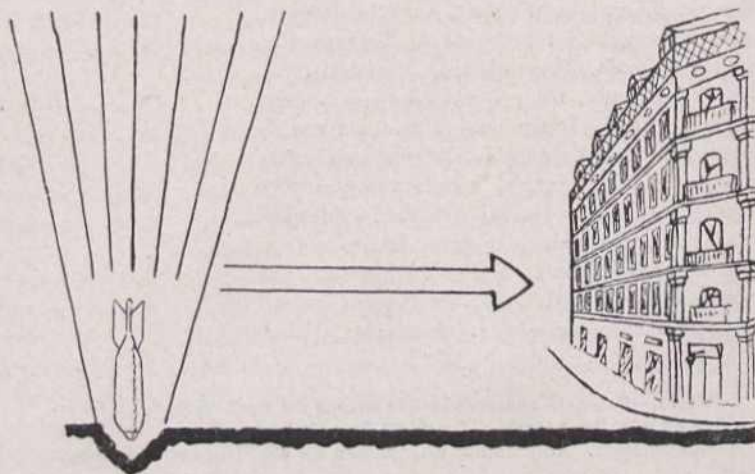
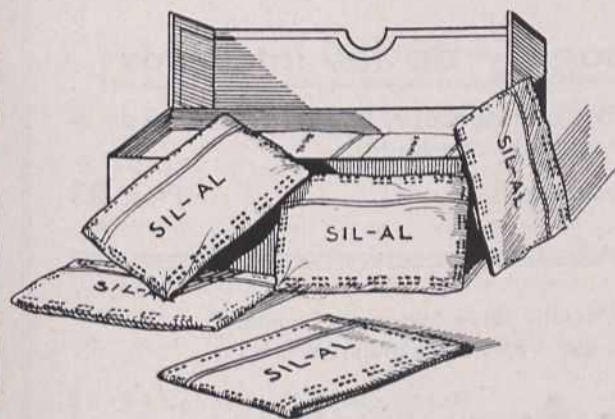


Fig. 3.—Efectes del bufet de les bombes explosives: Bomba de 50 quilograms caiguda a 50 metres de distància. Trencar tots els vidres no protegits.



Les clíniques nacionals
usen els productes nacionals
d'Aurelio Gamir



LA MEDICINA CATALANA US RECOMANA ELS SEUS ANUNCIANTS

NOVES PUBLICACIONS MEDIQUES **LABOR**

APAREGUDES EN EL 3.^{ER} TRIMESTRE 1935

Tratado de Pediatría

Pels Profs. Drs. R. Degwitz, A. Eckstein, E. Freudenberg, H. Brühl, F. Goebel, P. Guörgy, E. Rominger. Traducció de la 1.^a edició alemanya (1934).

Un volum de 727 pàgines amb 271 il·lustracions en negre i color. Ptes. **50**

Tratado de Oftalmología

Pel Prof. Dr. E. Fuchs, completat pel Dr. M. Salzmann, Prof. d'Oftalmologia en la Universitat de Graz, amb un Apèndix a les operacions oculars, original del Dr. S. Viusà. Traducció de la 15.^a edició alemanya.

Un volum de 915 pàgines amb 884 il·lustracions en negre i color. Ptes. **85**

Propedéutica clínica psiquiátrica

Pel Dr. A. Vallejo Nágera, Professor de Psiquiatria de l'Acadèmia de Sanitat Militar, Conseller de Sanitat i Beneficència, Acadèmic corresponent de la Nacional de Medicina.

Un volum amb 335 pàgines.

Ptes. **20**

Las hormonas sexuales femeninas

(EN LES SEVES RELACIONS AMB EL CICLE GENITAL I EL LÒBUL ANTERIOR DE LA HIPÒFISI)

Pel Dr. C. Clauberg, Prof. de la Clínica ginecològica de la Universitat de Königsberg. Edició corregida i augmentada per l'autor per a aquesta versió espanyola. Traducció de la 1.^a edició alemanya (1934).

Un volum amb 190 pàgines i 112 il·lustracions.

Ptes. **20**

Enfermedades del estómago y de los intestinos

Pel Dr. K. Faber, Prof. de la Universitat de Copenhague. Traducció de la 2.^a edició danesa. (3.^a edició espanyola ampliada).

Un volum de 331 pàgines amb 92 il·lustracions.

Ptes. **22**

Si li interessa conèixer més detalls sobre alguna d'aquestes obres, sol·liciti fullet explicatiu que trametem gratuïtament, a la

Editorial Labor, S. A.

BARCELONA: Provença, 84-88
M A D R I D : Pl. Independència, 4

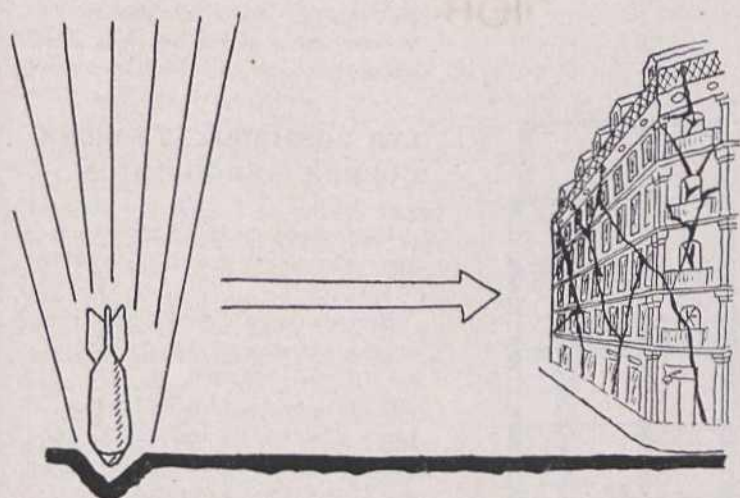


Fig. 4.—Efectes del bufet de les bombes explosives: Bomba de 300 quilograms caiguda a 50 metres de distància. Clivella les cases.

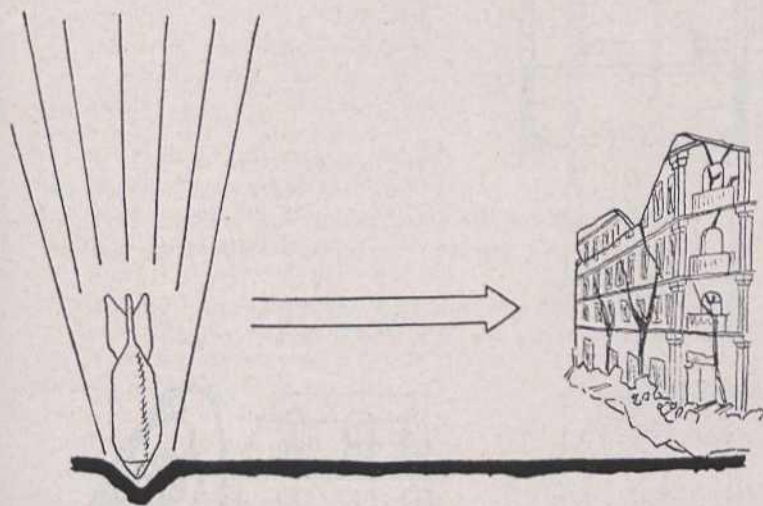


Fig. 5.—Efectes del bufet de les bombes explosives: Bomba de 1.000 quilograms caiguda a 50 metres de distància. Esfondra la casa totalment.

En temps de pau: Odi a la guerra.

En temps de guerra: Prevenció, Assenyament, Disciplina... i tot això, plasmat a la reraguarda, vol dir:

Organització de la Defensa Passiva

Perquè a casa nostra i en aquest moment:

No hem estat nosaltres els que hem empastifat amb foc de canó la tranquil·litat biològica d'una societat més o menys escanyada. No hem estat nosaltres els que hem enfangat amb color llóbrec de mort la ingenuïtat dels infants, ni

l'esperit plàcid de les mares, però és evident que estem empastifats i estem enfangats. Doncs bé, sapiquem lliurar-nos dels seus malefícis amb la menor despesa de sacrifici possible. I això ho aconseguirem amb la disciplina rigorosa de la «defensa passiva».

Defensa Passiva Organitzada

La Defensa Passiva comprèn tres fonts d'activitat:

Refugi.

Careta.

Dispersió.

Només de llegir el nom ja en tenim el concepte. Ja sabem de què va. Però hem de saber més; hem de saber seleccionar un refugi, improvisar una careta i conèixer el moment i la utilitat de la dispersió. Però escolteu: No demoreu a darrera hora la preparació. Ja teniu cercat el refugi a casa vostra?

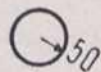
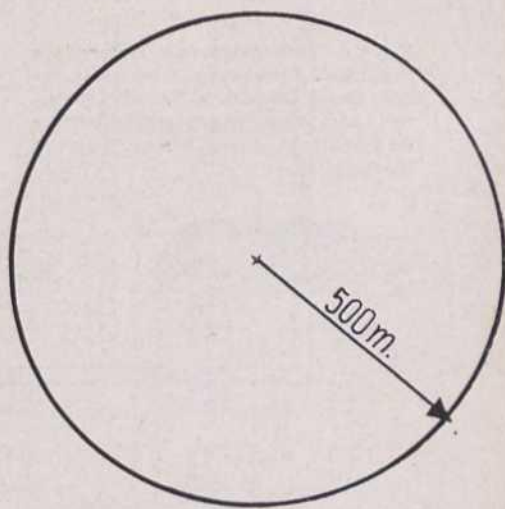


Fig. 6.—Zones d'extensió (perill) de 200 quilograms de projectil.
Bomba de gas, fa un radi de mig quilòmetre.
Bomba explosiva, fa un radi de 10 metres de destrucció, 50 metres de bufet. (Gibrin i Heckley.)



100x2

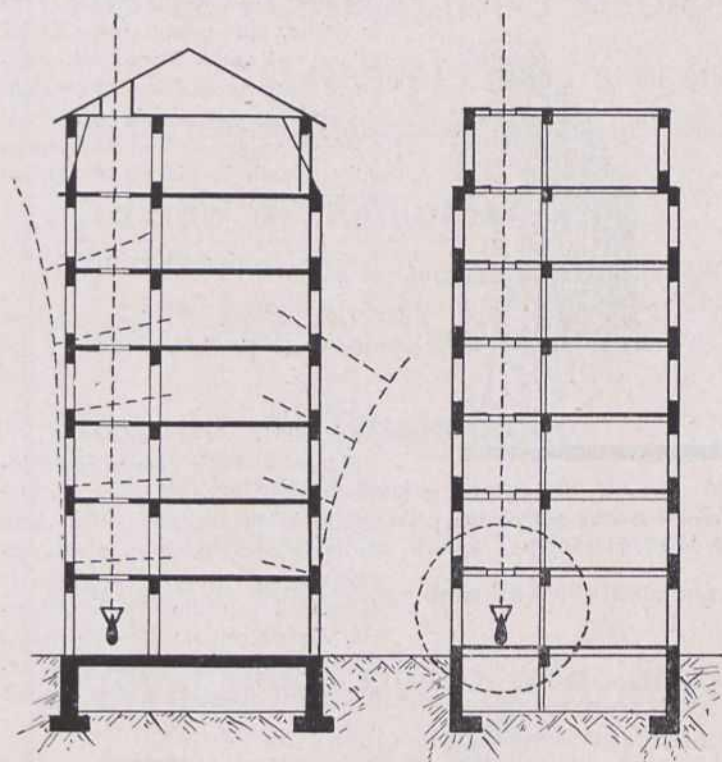


Fig. 7. — Resistència dels materials a l'explosió. Al'esquerra, la casafeta d'obra cuita, s'esfondra fàcilment. A la dreta, la casa es salva per bé que es perfora de dalt a baix (ciment armat). (Gibrin i Heckley.)

nostra guerra, la guerra del 1936, tindrà una fesomia més química. Més gasos, més incendis, menys metralla, menys detonacions.

Va ésser l'any 1918 que van aparèixer les bombes incendiàries. Les bombes incendiàries són la revelació de la tècnica moderna.

No espereu fins que toquin les sirenes. Ja coneixeu els tocs d'alarma?

LES POSSIBILITATS D'UNA GUERRA AEROQUÍMICA

La fesomia de la guerra ha canviat rodonament des de l'any 1918 al 1937.

Recordeu que a la Guerra Gran la cosa fonamental era la *detonació*. Bombes de 100, de 200, de 300 quilograms... Un dia ens arribaren a parlar de les de 500 quilograms! La guerra era una tronada. L'exponent de pànic per la destrucció mecànica era el punt agut. Tots tenim present amb quina atenció es premiava la tècnica dels aliats o dels *germans* i es parlava dels mil·límetres del canó. El canó del 42! 420 mil·límetres de diàmetre. Encara ara ressona la troballa a l'oida de tots els que teniu més de trenta anys.

Ara les coses han canviat. La

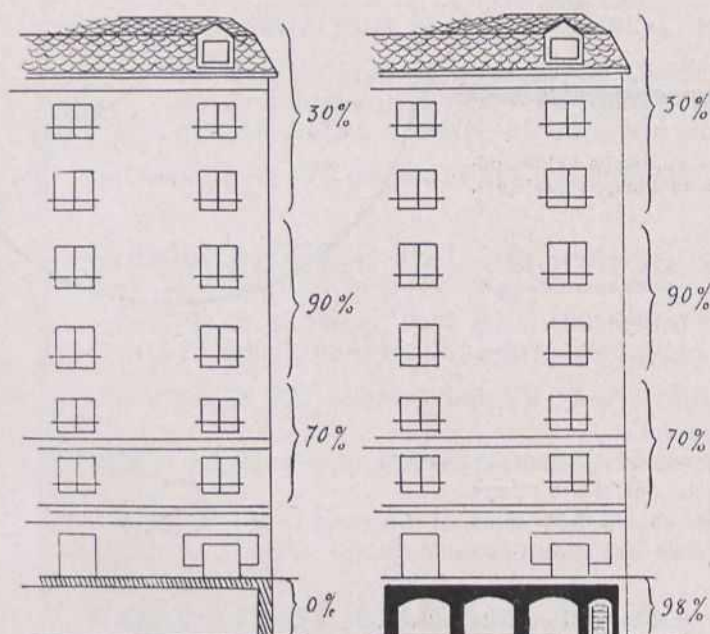


Fig. 8. — Coeficient de seguretat segons l'alçada del pis i la construcció de l'edifici (Bruere Vouloir.)

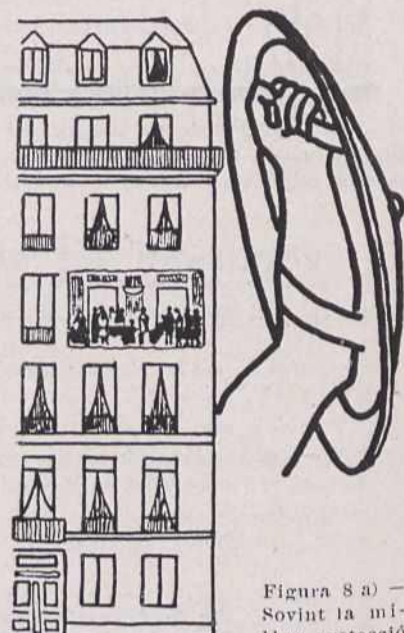


Figura 8 a) — Sovint la millor protecció

consisteix a deixar 3 o més pisos per damunt del nostre. (Bruere-Vouloir.)

Les característiques d'aquestes bombes són: Pes petit, molt petit. No ultrapassaven els 5 quilograms; i temperatura molt alta. Ultrapassaven els 2.000° C.

Durant la guerra europea no es van arribar a emprar. Descobertes l'any 1918, no van donar temps de provar llurs malefícis. S'havia projectat pel comandament alemany una expedició contra Londres. S'havien de llançar 2.250 bombes incendiàries «Electron» per tal d'abrasar la població civil. Mitja hora abans d'emprendre la marxa es va suspendre per ordre de l'Estat Major. Posteriorment, l'armistici ja no donà ocasió a emprar-les.

La guerra de gasos, en les poblacions civils, no es va portar a cap durant el transcurs de tota la guerra.

Vegem el balanç:

Durant els anys 1914-18, l'aviació no ultrapassava els 200 quilòmetres per hora de velocitat. Les detonacions més fortes eren de 500 quilograms, i a desgrat d'aquesta tècnica endarrerida, els alemanys llançaven 280 tones de bombes.

Avui l'aviació ultrapassa els 400 quilòmetres per hora. Es construeixen bombes que fan tres tones, i a desgrat d'aquest progrés, no han d'ésser aquests avenços els que han de donar la fesomia a la nostra guerra.

Les possibilitats de les bombes incendiàries són les següents: Quant a eficàcia, en fallen un 50 per 100. Senzillament, no s'encenen. Demés, no donen lloc a incendis, a desgrat d'encendre's, si no cauen al punt estratègic. En una ciutat es calcula 10 vegades més de superfície des poblada (no inflamable) que de construccions incendiàries...; per tant, de cada 100 bombes tirades sobre una població civil de gran radi, només 5 provocaran possibles incendis.

La defensa contra aquestes bombes és relativament fàcil si s'arriba a localitzar la bomba encesa (vegi's pàgina 447), ja que el seu poc pes la fa poc vulnerant i poques vegades penetraria més enllà del darrer pis. Cal, doncs, que aquest darrer pis de cada casa estigui protegit contra els incendis, i la construcció especial de casa nostra fa bastant senzilla i eficaç la protecció.

Les possibilitats de les bombes tòxiques es pot considerar sota el punt

de mira econòmic i sota el punt de mira de l'eficàcia.

Al punt de mira econòmic, les bombes tòxiques són de grans possibilitats. Aquestes bombes resulten, quilo per quilo, 300 vegades més econòmiques que les detonants. Si en lloc de comparar-les amb les detonants les comparen amb les incendiàries,

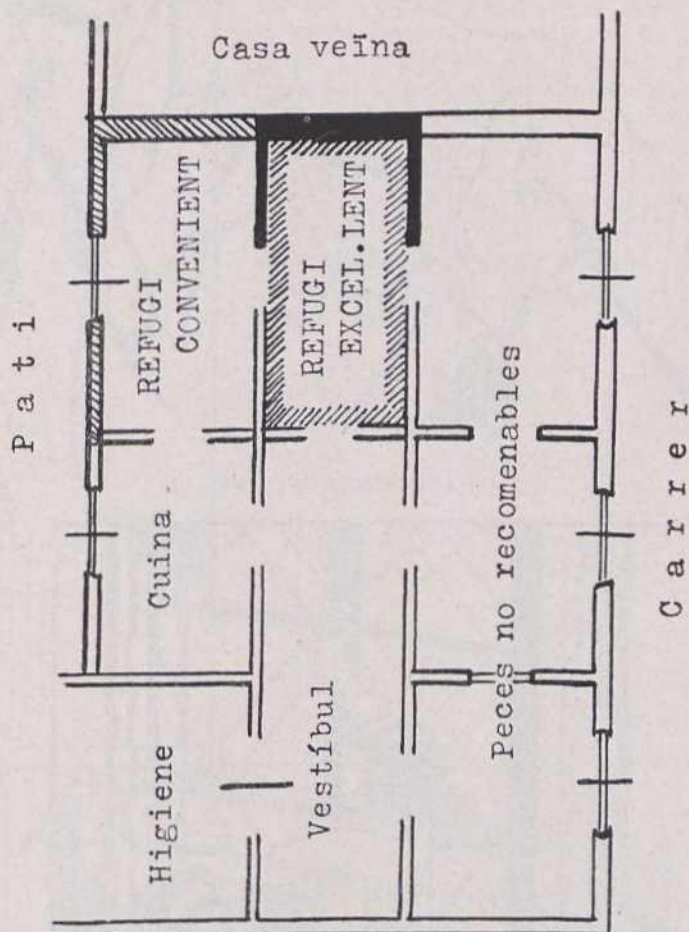


Fig. 9 — Selecció d'un refugi dintre de casa vostra. (Bruere-Vouloir.)

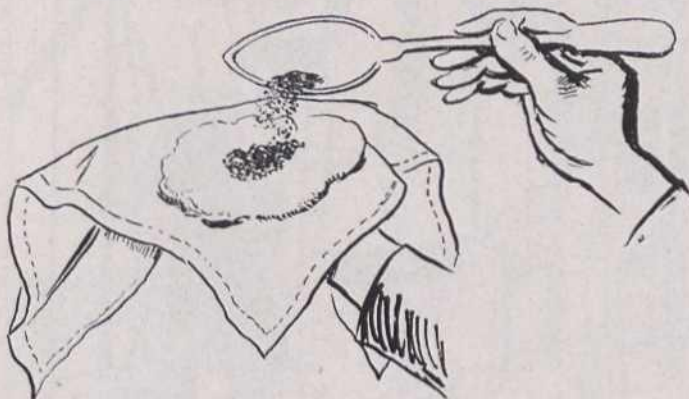


Fig. 10.—Improvisació d'una careta, a).

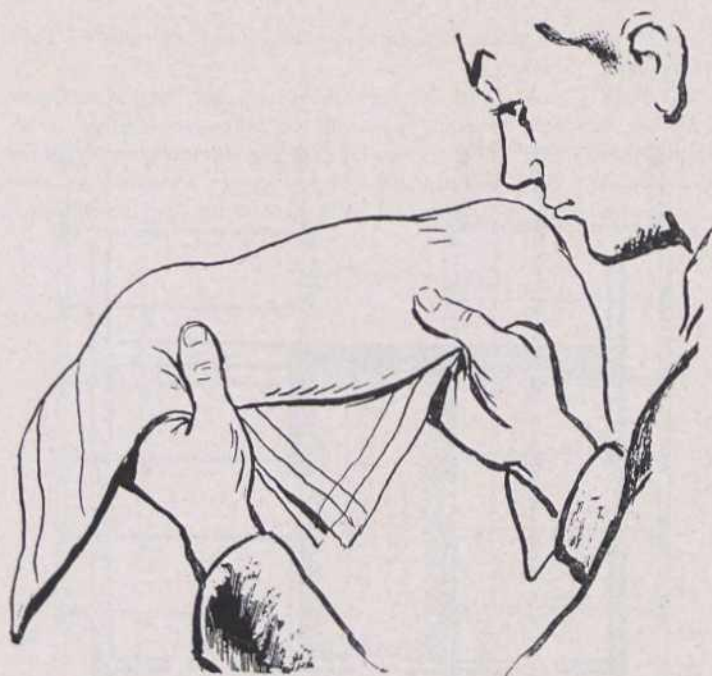


Fig. 11.—Improvisació d'una careta, b).



Fig. 12.—Improvisació d'una careta, c).



trobem que són 20 vegades més econòmiques. Així, doncs, resulten més eficaçes i més econòmiques. (Cada bomba detonant de 3.000 quilograms de pes, val un milió tres-cents mil francs.)

Sota el punt de mira de l'eficàcia, ens en donarà idea l'extensió que ocupen en caure, cada un dels tres tipus de bombes esmentats:

Detonants (explosives).

Incendiàries.

Tòxiques (gasos).

Les primeres tenen un radi d'acció molt migrat. Naturalment que al bell punt on cauen ho trenquen i devasten tot, però és només al bell punt de caiguda. Si no fos per la sortida de gasos i pels corrents de compressió, una detonació de 200 quilograms no actua més enllà de 10 metres de radi.

L'expansió dels gasos es deixa sentir a 50 metres, i l'extensió de llurs efectes es veurà fàcilment a les figures 3, 4 i 5.

Si també d'una manera esquemàtica representem el radi d'acció d'aquestes tres modalitats de bombes, veurem com, sense cap mena de dubte, les possibili-

Fig. 13.—Protecció de vidres. 'A l'aguait amb les puntes, les quals s'han d'enganxar al bastiment de fusta-



Fig. 14. — Protecció de portes i esquerdes

tats de les bombes tòxiques són infinitament superiors a les de les altres modalitats de bombes.

Per això hem de veure que també aquestes seran les que s'empraran més.

Però també hem d'avançar, fent honor a la veritat, que és contra les bombes tòxiques que tenim una manera més eficaç de protegir-nos, com veurem en el capítol corresponent.

Entre les possibilitats, s'ha parlat encara de les bombes bacteriològiques. Aquestes, emprades directament, no són a témer. S'havien fet assaigs amb núvols tòxics de cultius bacteriològics. No tenen sentit, primer per la seva inestabilitat i ine-

càcia. Després per la facilíssima conquesta del combat. Un núvol desinfectant neteja l'ambient en menys d'un pensament.

En canvi, pot tenir més eficàcia quan aquestes s'empren indirectament. Rates i puces com a intermediaris de pesta i còlera. Aigües i aliments com a intermediaris de tifus i altres malalties.

Val a dir per què aquests factors són perillosos a ultrança. La infestació d'una regió qualsevulla comporta un greu risc. El de la desinfecció quan aquell camp o aquella ciutat sigui ocupat per l'enemic que ha enviat aquell mitjà bacteriològic.

LES PROBABILITATS DE LA GUERRA AEROQUÍMICA A CASA NOSTRA

La guerra aeroquímica és la que més hem de témer; perquè es la més moderna, perquè... en el terreny de la tàctica guerrera o de la conquesta bèlica «és el vestit que es porta més; és el de cada dia».

Conèixer-ne totes les possibilitats ens farà encara més bé; aquestes possibilitats són tres:

Bombes detonants (explosives).

Bombes incendiàries.

Bombes tòxiques (gasos).

Les bombes detonants que s'han em-

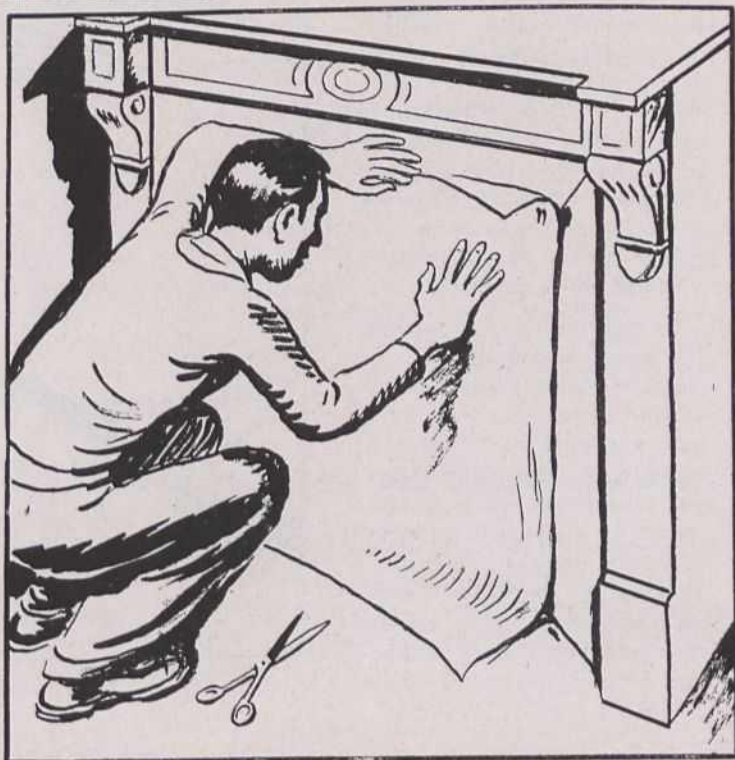


Fig. 15 — Ull viu la xemeneia.

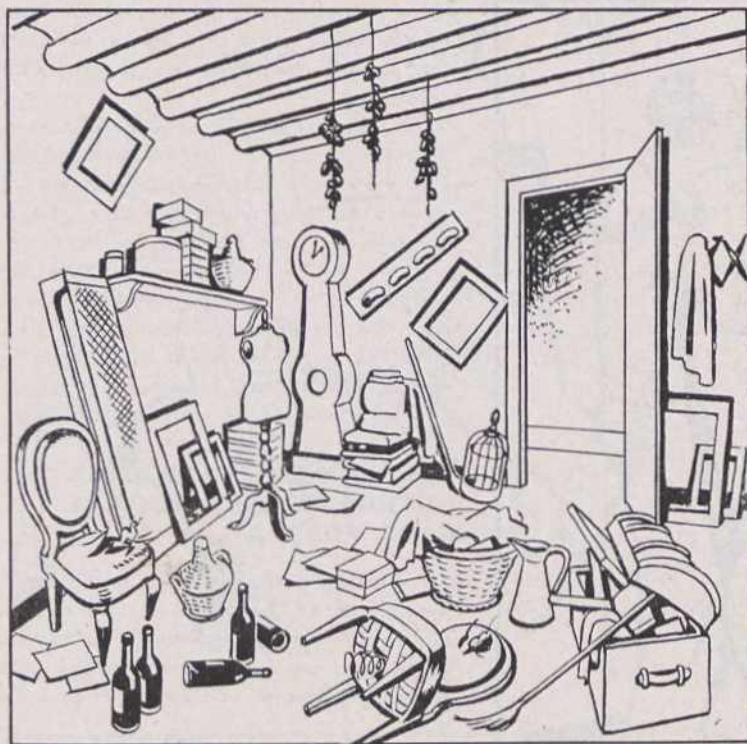


Fig. 16. — Com s'acostuma a tenir el darrer pis, les golfes i els terrats.

d'explosiu exerceixen una pressió de 5 quilos per centímetre quadrat a vint metres de distància del lloc on cau la bomba.

Però sapiguem-ho bé: els vidres trencats, a part dels efectes de bufada i xuclet, deixen la porta oberta als gasos procedents de les bombes incendiàries (òxid de carbon), i no cal dir que als procedents de les bombes pròpiament tòxiques.

CAL, DONCS, PROTEGIR ELS VIDRES DELS VOSTRES REFUGIS.

Les bombes incendiàries. — Aquestes tenen dos perills: el foc i el gas. Un veritable núvol d'òxid de carbon acompanya la ignició de les bombes modernes. Tant, que àdhuc en el cas de resultar inactives sota el punt de mira incendiari

(per haver caigut al mig del carrer), es tornen perilloses sota el punt de mira tòxic.

Cal que insistim una altra vegada: PROTEGIU ELS

prat fins ara a casa nostra no ultrapassen els 200 quilograms. I en bona lògica cal admetre que no perillan les 2 o 3 tones si ens atenem a la nostra migrada indústria bèlica, d'una banda, i a les dificultats d'importació i risc d'aplicació, per altra. Doncs bé: contra la detonació d'aquesta modalitat de metralla només us en podreu protegir si s'escau l'explosió més enllà de 50 metres de casa vostra. Però, fixeu-vos-hi bé: si no esteu preparats, ben preparats, a desgrat d'aquesta distància mínima de 50 metres, podreu ésser víctimes, sereu víctimes, de la detonació.

La detonació llança metralla i fa alguna cosa més. Bufa, xucula, i és aquest corrent de gas i aire, el vendaval tempestuós que, a manera de terratrèmol, trencarà els vidres mal protegits i us empenyerà o xuclarà, segons la distància o la intensitat del detonant. L'Institut alemany de recerques Tecnològiques ha estudiat aquesta força amb una precisió matemàtica i troba que 1.000 quilos

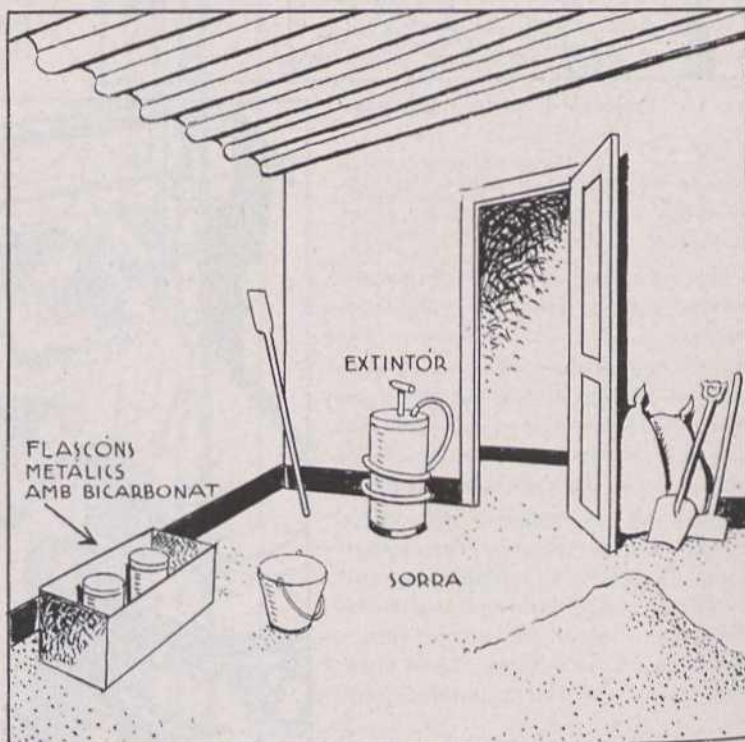


Fig. 17. — Com s'haurien de tenir.

VIDRES DELS VOSTRES REFUGIS contra els efectes de les bombes incendiàries igual que contra les detonants.

No penseu massa a apagar la bomba. En tot cas, un gruix de sorra (un centímetre) a tot el paviment superior, i un sac de reserva, és tot el que podreu prevenir des del vostre refugi.

Bombes lleugeres (no passen més enllà de dos quilos) com són les incendiàries, no cal pensar que tinguin efectes mecànics de destrucció.

La tercera modalitat de la guerra aeroquímica és la de les bombes gasògenes o tòxiques. No us entretingueu a escatir si s'arribaran a tirar o no. Estiguen preparats contra els gasos. Això és molt més eficaç. Recordeu-vos de l'exemple edificat d'Ypres o del de Bolimof i això us farà bé. En aquells llocs la carnisseria va ésser despietada: LA GENT NO VA ESTAR PREPARADA.

D'altra banda, si en lloc de discutir la possibilitat dels gasos compareu la seva toxicitat amb la dels ferits de metralla, trobareu que les baixes per qualsevol procediment que no siguin els gasos dona una mortalitat deu vegades més alta.

I QUINA MORT LA DE LA METRALLA!!

I quina sort la dels desventurats que no es moren i han sentit l'esgarapada dolorosa de la metralla: invàlids, inútils, esguerrats, desvalguts!...

Això no s'esdevé amb els gasos.

Si esteu preparats no heu de témer res, ni tan sols aquella lesió pulmonar que, al dir de la gent, castiga durament el pit. No i no. Si sentiu l'urpa del gas, protegiu-vos i no us passarà res. Estem ben entesos? RES.

Aquells qui avui es queixen d'una relíquia de gas, o no es van protegir degudament o ja tenien la lesió pulmonar abans de la guerra.

El que no heu de fer és perdre ni un minut discutint si enviaren gasos o no. Recordeu que els gasos lacrimògens (els que fan plorar) són emprats pels governs constituïts i dintre de casa seva. És, doncs, una qüestió de matís. Cauran gasos. Seran lacrimògens? Tant se val. Són gasos i heu de saber com cal reaccionar enfront d'aquesta modalitat d'ofensa.

Per tant, nosaltres hem de veure:

Primer. Que les bombes detonants més grosses que s'empraran seran les de 100 quilograms.

Segon. Que les bombes incendiàries són proba-

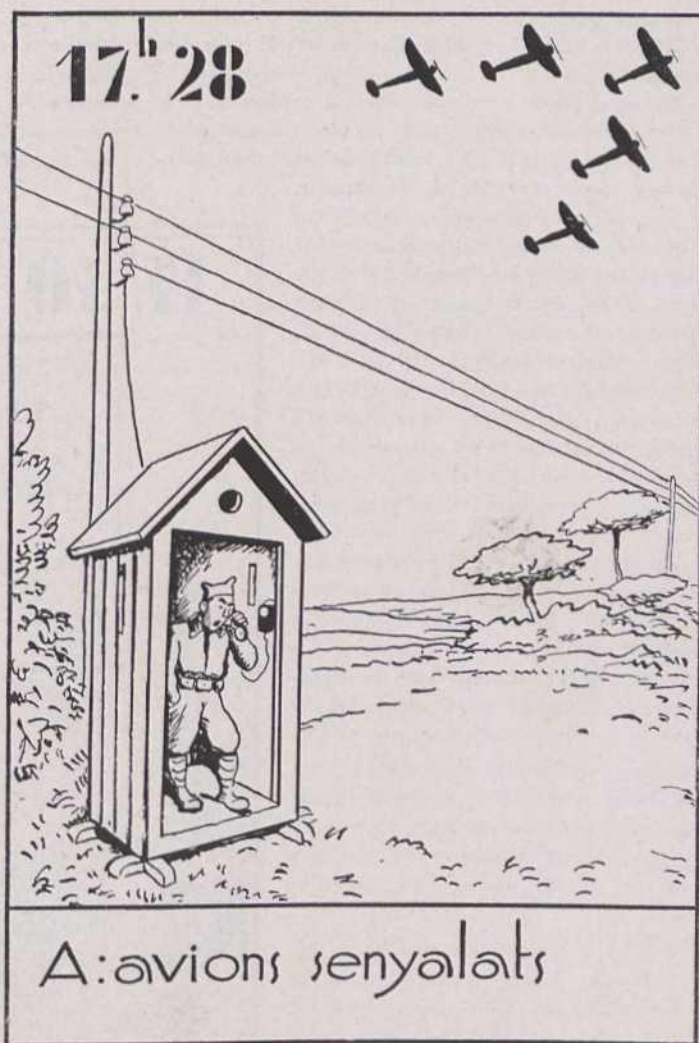


Fig. 18. — Marxa general d'un bombardeig: A les 5'28 de la tarda s'acusa la presència d'avions enemics.

bles i que tenen una forta activitat, ni so s'està prèviament preparat.

Tercer. Que les bombes tòxiques, vinguin o no vinguin, són d'una fàcil prevenció dintre de la ciutat i seria imperdonable que no s'haguessin preparat tots els habitants de casa nostra. *Perquè és fàcil. Perquè és eficaç i perquè està a l'abast de totes les fortunes.*

QUÈ HEM DE FER ABANS DEL RISC?

Abans de tot hem de saber on vivim. Estudiem casa nostra. De dalt a baix. Quants pisos té? De què està feta? D'obra? De ciment armat? Com és el terrat? Qui habita el darrer pis? Com són els soterranis?

Quants pisos té? — És fonamental conèixer el nombre de pisos i també la qualitat de la construcció.

Aquestes dades tècniques ens ho explicaran:

Una bomba de 50 quilos forada un sostre de 0.95 m. de ciment. Una bomba de 100 quilos forada un sostre de 1.16 m. de ciment. Una bomba de 250 quilos forada un sostre de 1.68 m. de ciment. Una bomba de 500 quilos forada 13 m. de terra o bé 3.50 de ciment. Una bomba de 1.000 quilos forada 24 m. de terra o bé 4 de ciment.

Penseu que les bombes de 100 quilos només destrueixen dos pisos. El tercer deixa sentir els efectes de la detonació, com són els desperfectes, però no la destrucció ni la perforació.

De què és feta casa vostra? — Naturalment que això depèn de la qualitat dels materials de construcció. En general, ens referim a la nostra construcció. Però avancem que la construcció d'obra és molt menys resistent que la de ciment armat.

Vegeu què s'esdevé quan cau una bomba potent (1.000 quilos), segons que caigui en un edifici d'obra o de ciment armat. L'obra cuita resisteix poc. És fràgil. No aguanta la detonació.

Aquest esquema ens orientarà:

Per tant, si sou habitant d'una casa d'obra cuita, procureu tenir 4 pisos damunt (3 o 4). En canvi, si és de ciment armat, n'hi haurà prou amb 2 o 3.

Com és el terrat? — Això també és fonamental. Terrat, teulada, Uralita... quants gruixos? Això és important per una raó. Les bombes incendiàries més terribles—les Elektron—són de poc pes. Si el terrat és de prou resistència, no foradaran el darrer pis. Si no (teulada, Uralita, etc.) passaran a l'últim pis i allí s'hauran de tenir moltes precaucions. També té importància en el cas de les bombes detonants, ja que si no hi ha prou gruixos de teulut a l'hora de protegir-vos, heu de comptar un pis més, perquè pràcticament la teulada no té cap eficàcia.

Qui habita el darrer pis? — Les bombes incendiàries és probable que prenguin al terrat si no s'ha deixat en condicions de protecció. És menys

probable que prenguin al darrer pis. És difícil que foradin i encenguin pisos més baixos. Per altra part, tot incendi iniciat ens farà perillar tots els refugis de la casa. Per això cal que estiguem segurs de la condició del darrer pis. Condició que es reduirà a deixar la menor quantitat de co-

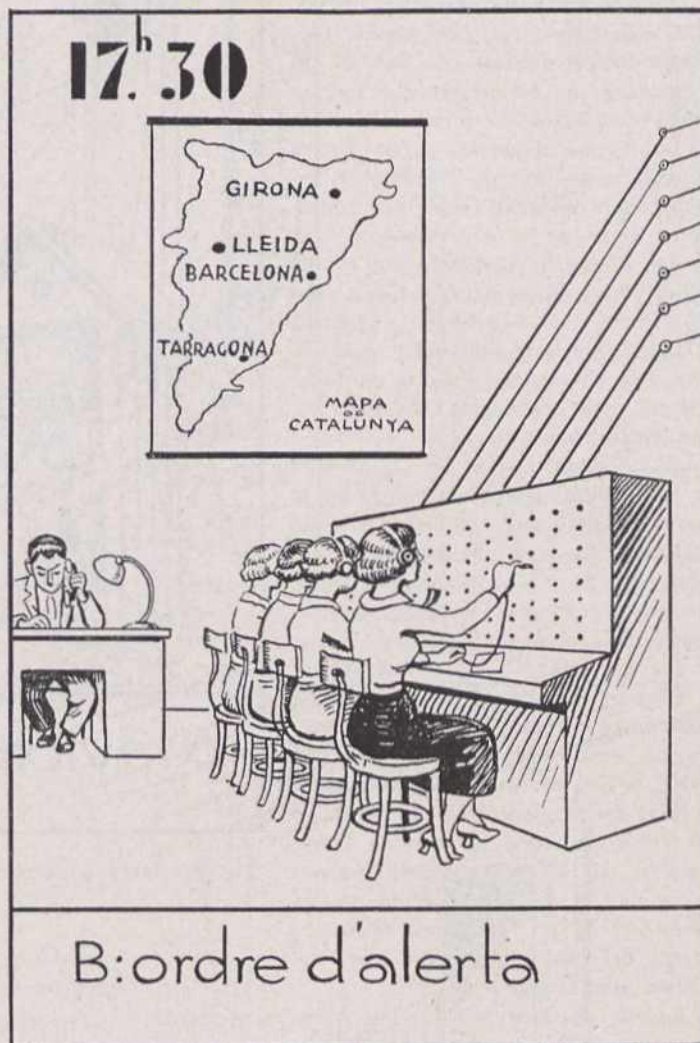


Fig. 19. — Als 2 minuts és transmesa la notícia a tot el territori lleial.

ses inflamables i a protegir-les com veureu tot seguit en aquest mateix capítol.

Com són els soterranis? — El problema dels soterranis s'ha de tenir molt present.

Aquest esquema us il·lustrarà:

Vegeu que, o bé és el millor lloc de la casa, o bé és el pitjor.

Si està fet en condicions, és el millor. Si no ho està, és el pitjor.

Quines són les condicions bones que ha de tenir un soterrani? Primer. Que tingui dues sortides. Segon. Que no ocupi més espai que la casa. Si es perllonga—endavant o endarrera—i ocupa més espai que la casa, ja és *inservible*. Tercer. Que tingui bones tanques i bon isolament. Quart. Que tingui

ment és un trasbals desmoralitzador que només es pot emprar a canvi d'un refugi de tota garantia. A casa nostra d'aquests n'hi ha molt pocs, gosa-riem dir CAP.

Segon. De casa vostra, a quin pis?

No aneu al soterrani.

No aneu als baixos.

No aneu al principal.

Procureu, en una sola paraula, que sigui el pis més alt possible, a condició que per damunt vostre hi hagi 2 o 3 pisos més (explosió, incendi). Així, per exemple, en un edifici de 7 pisos, no vacilleu: EL TERCER I EL QUART SÓN ELS MILLORS.

Tercer. D'aquest pis, a quina cambra?

La més isolada de totes.

La més lluny del carrer.

La més propera a les parets mes-
tres.

La que tingui menys obertures, i si aquestes existeixen, procureu que donin al celobert més petit, més es-
canyat i, per tant, menys propici a la circulació d'aires tòxics.

Ja heu seleccionat tots una cam-
bra? Ara heu d'assajar d'acomodar-
vos-hi. Feu-ho avui mateix i haureu
avançat molt en l'eficàcia del vostre
refugi.

CAPACITAT

Quanta gent cap en una cambra re-
fugi? Recordeu que cada persona ne-
cessita, almenys, un metre cúbic d'es-
pai per a poder respirar tranquilla-
ment durant una hora. Mesureu la
llargada, l'amplada i l'alçada de la
vostra cambra refugi, multipliqueu les
tres valors i tindreu els metres cú-
bics de la cambra; així, per exemple:
la vostra cambra refugi té:

3 metres d'ample.

3 metres de llarg.

3 metres d'alt.

$$3 \times 3 \times 3 = 27 \text{ metres cúbics.}$$

Dones, durant una hora, podran respirar tran-
quillament 27 persones dintre aquesta cambra. Si
són menys, molt millor. Si només són 9 hi podran
sojornar tres hores, i així successivament.

A L'AGUAT! Quan feu el càlcul del vostre refugi,
compteu sempre la possibilitat d'haver d'estar 6
hores tancats dintre de la cambra. En aquest cas,
la cambra anterior només hauria d'allotjar 4 o 5
persones.

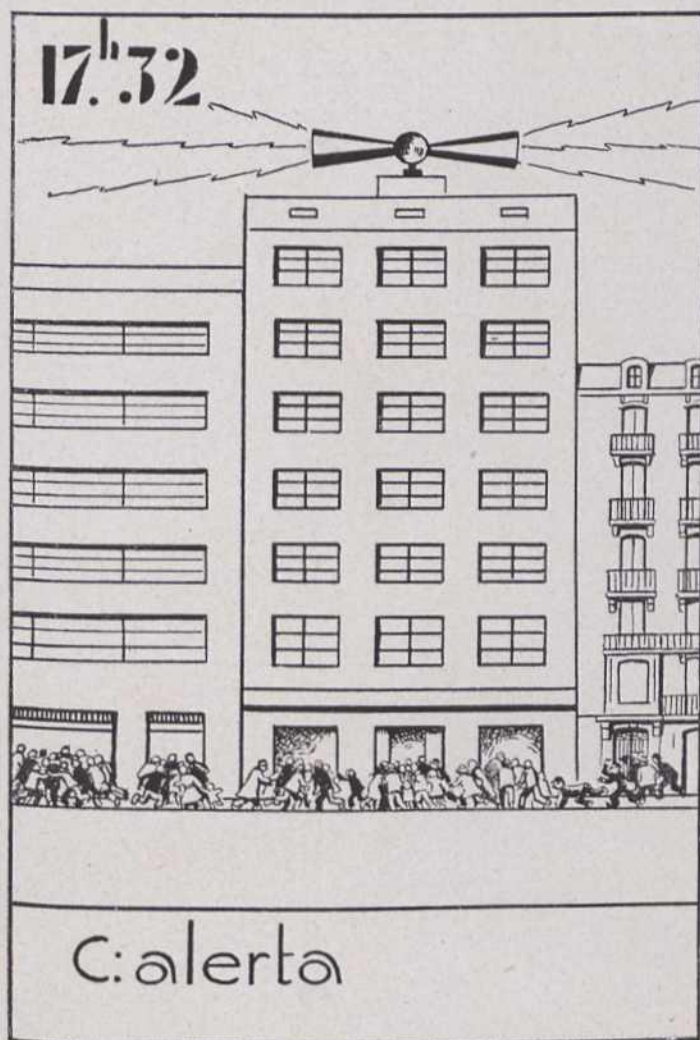


Fig. 20. — Als 4 minuts tothom s'ha protegit al seu refugi.

capacitat suficient per a tots els pisos i l'acciden-
tal vianant que va pel carrer.

Ja coneixeu casa vostra? Dones ara atureu-vos
a pensar on heu de localitzar el refugi.

TRIA DEL REFUGI

Consells per a seleccionar el refugi:

Primer. Val més un lloc no gaire bo a casa
vostra que un de millor fora de casa. El desplaça-

I un cop teniu triat el refugi, què?

1.^{er} Protecció de vidres. — 2.^{on} Protecció de portes. — 3.^{er} Una màscara per al cap de casa. — 4.^{art} Dintre el refugi la menor activitat possible.

Assegurats els vidres, les esquerdes i els intersticis de les portes (esparadraps, passapàs, claus, mar-

Un mocador gran plegat en diagonal.

A dintre, cotó hidròfil.

Polsejat d'hiposulfit sòdic i sal de Solvay.

Tant gruix de carbó actiu com hi càpiga.

Això ben embolicat, posat a la boca i lligat al clatell; ajudat d'unes ulleres de xofer i una boina, us protegirà durant molta estona, àdhuc en el cas de sortir del refugi i haver de travessar una zona gasada.

Dintre la cambra prepareu les solucions i poseu-les dintre el polvoritzador «Fli-tox». Polvoritzeu:

a) La cambra oberta pel cap de casa quan surti a explorar i detecta «alerta el gas».

b) Els vestits del ciutadà que entra tard procedent del carrer.

c) Tota la casa, suspecta de contaminació després d'acabar el senyal d'alerta.

UTILLATGE

La llista de les coses més importants que s'han de preparar consta de les següents matèries:

Clorur de calç.
Aigua de Javel.
Hiposulfit sòdic.
Bicarbonat sòdic.
Polvoritzador.
Claus de tapisser.
Martell.
Paper engomat.
Esparadrap.
Fustes i claus de punta.
Sabó negre.
Caixeta-botiquí.
Llum elèctric «Lot».
Passapàs.
Llumins.
Sorra.
Aigua.
Llaunes.
Pots de llet condensada.
Magnèsia.
Paper detector.
Recipient d'higiene.

Despertador.

Permanganat (pastilles de 0.25 gr.).

UNA MÀSCARA i tantes màscares improvisades com individus allotjats al refugi, per tal de facilitar un canvi inesperat. Aquests canvis els ordenarà sempre el cap de casa quan ho cregui pertinent. (Mocador gran, cotó hidròfil, carbó actiu, ulleres de xofer i boina.) (1)

(1) Per saber les quantitats d'aquest element, vegi's al final on diu «Consells útils».

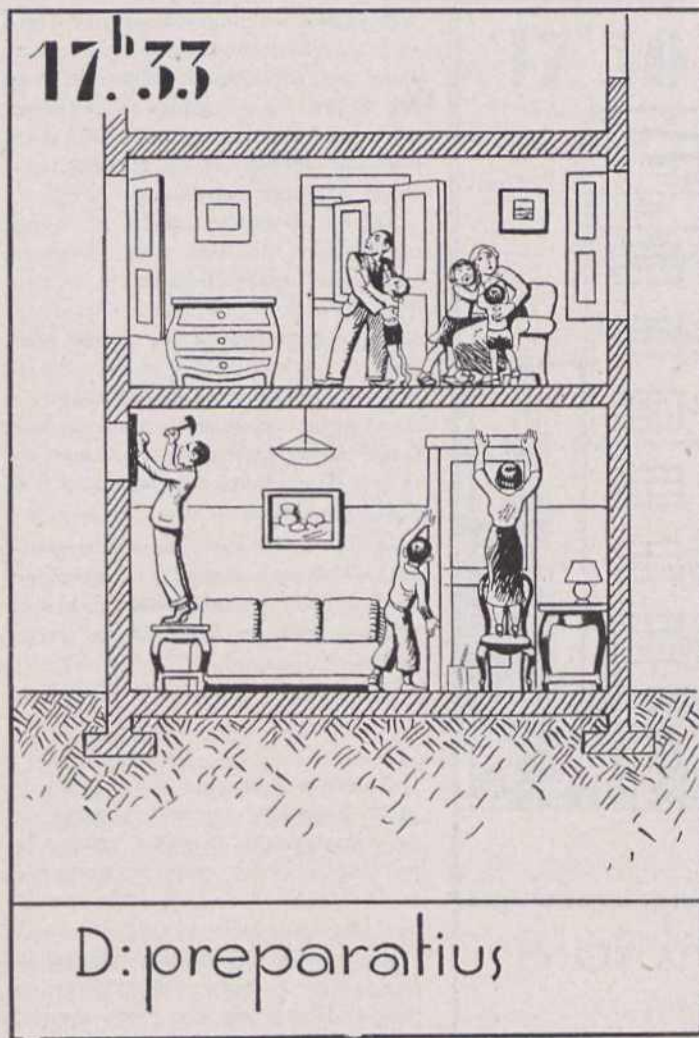


Fig. 21. — Als 5 minuts cadascú ha d'assegurar el seu refugi.

tell, paper engomat), assegurada la higiene (recipients amb calç sodada o sosa càustica), assegurada la respiració (capacitat del refugi i nombre de refugiats), cal només que el cap de casa surti sempre que el risc fundat o sospitat aconselli una exploració; sortirà amb careta i amb papers detectors.

CARETA

A manca de careta, aquesta es podrà improvisar de la següent manera:

PROTECCIO DE VIDRES

Per a evitar la trencadissa de vidres conseguint al terratrèmol d'una bomba caiguda prop de casa, heu de protegir-los convenientment. Per tal d'aconseguir-ho es faran les següents coses: S'abai-xaran les persianes de fusta—si n'hi ha—, procurant que aquestes quedin arrapades al bastiment o forat exterior de l'obertura. Si hi ha gelosies es tindrà cura de disposar-les de forma que deixin passar la menor quantitat de llum possible. Aquestes persianes de porta són excel·lents protectors dels vidres. En general, tota protecció exterior de fusta és de gran utilitat.

Després es protegiran els vidres amb tires de paper de 3 centímetres d'amplada, tal com indica la figura adjunta:

Finalment s'ha de tenir molta cura a tancar bé la finestra i fer altre tant amb el finestró, si n'hi ha.

PROTECCIO DE PORTES

Un cop protegits els vidres contra la trencadissa, hem de protegir-nos contra la possible penetració dels gasos. Portes, vidres, esquerdes. Per tal d'aconseguir-ho s'haurà de tenir: passapàs, sabó negre i paper. A les portes, passapàs tot al volt, a excepció de la junta. Allí es pot enganxar amb paper i sabó negre. El sabó negre neutralitza els gasos que es puguin filtrar.

ESQUERDES I ALTRES OBER-TURES

On hi hagi esquerdes o forats, emplenar-ho de paper. Ben atapeït. Ben ajustat. Damunt s'enganxa curosament el sabó negre i paper de pla.

Les figures adjuntes donaran idea del procés mecànic. Sobretot, recordeu la xemeneia.

CAS ESPECIAL DE LES BOMBES INCEN-DIARIES

Abans del risc us heu de protegir per al cas especialíssim de les bombes incendiàries. La nostra construcció de paviments ens ajudarà molt. Ací la

fusta gairebé no s'empra. Mosaic, rajola roja o ciment fan el 98 per 100 dels paviments de Barcelona. Això és una defensa natural extraordinària que no té Madrid, per exemple, i molt menys les capitals nòrdiques.

Per tal d'evitar estralls d'incendis, procurarem

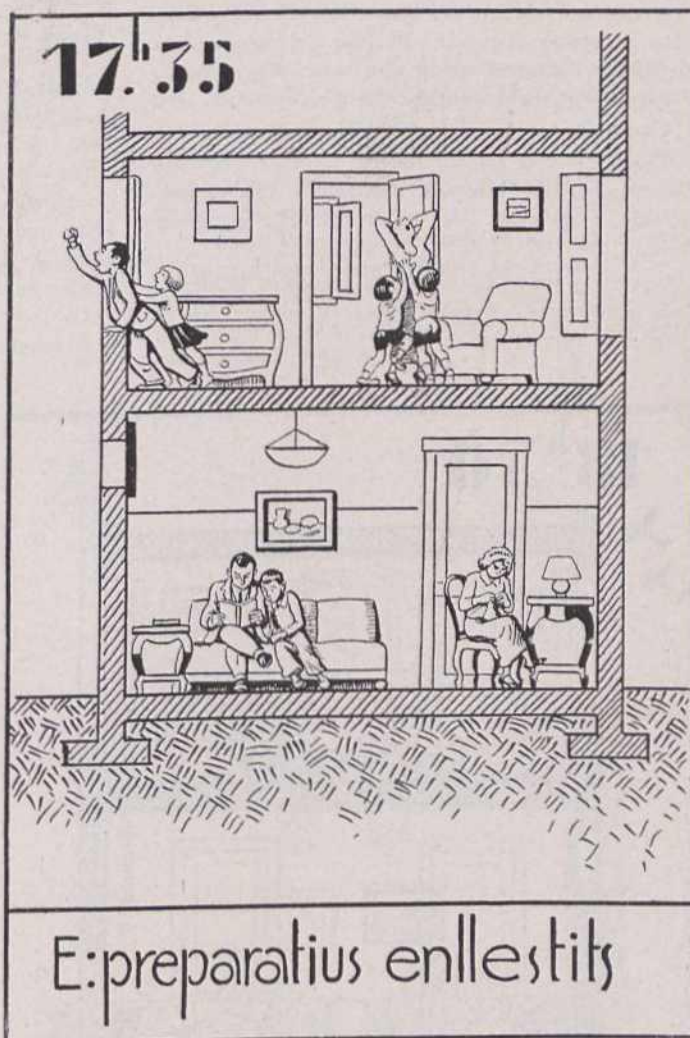


Fig. 22. — Al pis de dalt, una família que no sap què ha de fer. Al pis de baix una família que coneix els ressorts de la D. P. O.

que el terrat i el darrer pis estiguin protegits. Com? Aquesta al·lusió esquemàtica és prou eloqüent (vegeu figures 16 i 17).

QUÈ HEM DE FER EN'EL MOMENT DEL RISC?

Toc de sirenes.

Ja coneixeu els tocs d'alerta?

Deixeu que us en parli una mica. Són senzillíssims.

Els tocs d'alerta són de dues classes: Sirenes seguides. Toc llòbrec, penetrant. Vol dir: entrada al refugi. Busqueu aixopluc. Protegiu-vos. Fugiu del carrer; seguiu les indicacions enganxades per les parets, que diuen «REFUGI».

Sirenes interrompudes. Repetides. Picades. Sons breus i seguits. Vol dir: Sortida del refugi. Aire pur. Tranquillitat al carrer. No sortiu fins a sentir el senyal d'alerta de sortida. No el confongueu amb el d'entrada.

Mentre toca el senyal d'alerta seguit o no toqui interromput, les brigades municipals fan el servei de desinfecció, de neutralització, d'impregnació.

Espereu a sentir les sirenes a tocs secs interromputs, continuats. Eureka! Llavors sortiu. No hi ha risc al carrer.

CALMA — CALMA — CALMA

On sigui que us trobi la bomba o el senyal d'alerta, CALMA. Per tenir-la és precis que hàgiu previst tot el que s'ha de fer en cada cas. Imagineu-vos que us trobeu fora de casa quan la sirena. Us trobeu al bell mig del carrer i l'alerta us sorprèn desproveït. Serenament envestiu el refugi més proper. Si la visió d'una boirina us anuncia el gas, o bé la flaire d'all i mostassa us parla de la iperita, o la de gerani de la benizita, o bé la de xocolata de la palita, o bé la d'ametlles amargues de les axines, que aquest és el llenguatge dels gasos, no vacilleu a mullar el mocador, si us és avinent, i amb el mocador xop d'aigua clara haureu fet un primer filtre que us permetrà arribar al refugi o a la recerca de la mascareta improvisada que us ha de rendir servei immediatament.

Us trobeu al carrer. En aquest cas ja veureu les indicacions oportunes al carrer mateix. Aquests rètols escrits per les parets que diuen REFUGI, tenen un gran paper, un excellent paper per a tothom que es troba al carrer. Seguiu l'adreça de la sageta i entaforeu-vos al primer refugi que troben.

Un cop dintre del refugi col·loqueu-vos lluny de la porta d'entrada. A ésser possible al recó més allunyat d'aquesta.

Si les sirenes us atrapen a *casa vostra*: Calma. Serenitat. Amb ordre anireu al refugi previst, tenint molta cura de:

Repasar la llista de coses indispensables.

Agafar mantes i roba.

Recipient d'aigua per a beure.

Una palangana amb aigua.

Apagar tots els llums i les estufes de combustió.

Dintre del refugi no deixar ni una espelma encesa, perquè en cremar es gasta oxigen que necessitareu per a respirar.

En entrar al refugi poseu el despertador disposat perquè toqui quan s'acabi l'aire pur del vostre refugi.

Tot seguit prepareu les solucions de la següent manera:

t) Una pastilla de permanganat de 0.25 gr. amb un litre d'aigua.

b) Una tassa de bicarbonat amb un litre d'aigua.

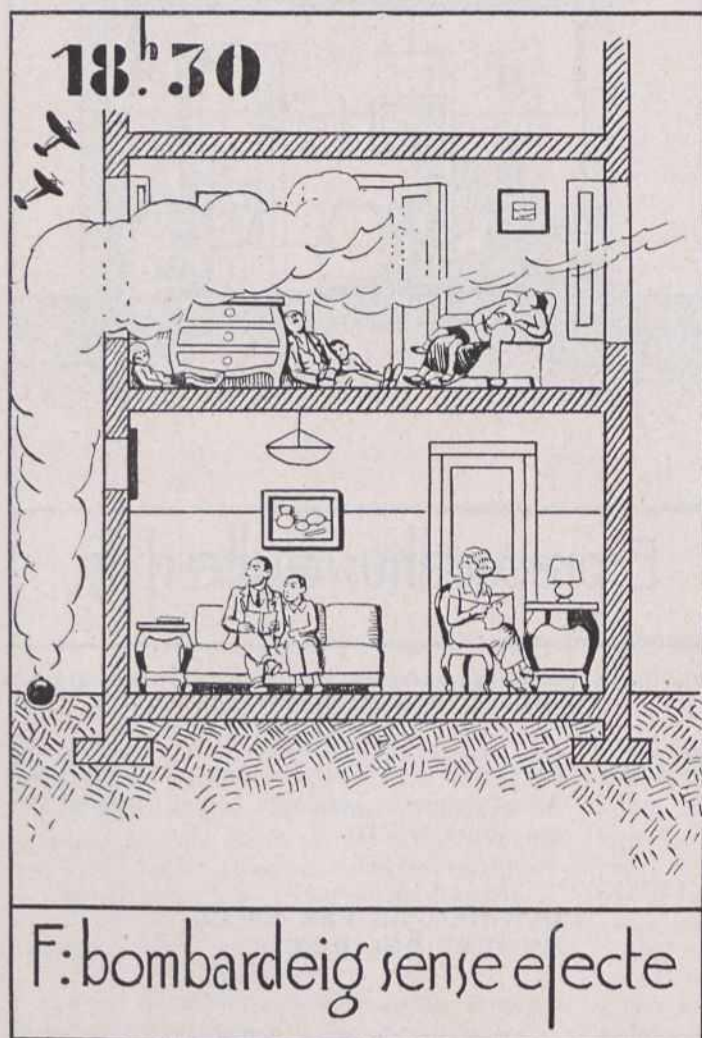


Fig. 23. — Efecte d'una bomba incendiària ineficaz per haver caigut al carrer.

- c) Una tassa d'hiposulfit amb un litre d'aigua.
- d) Uns quants litres d'aigua de Javel pura.

Acabats aquests preparatius es pot redoblar el reforç dels vidres del refugi. Pintar totes les juntes amb sabó negre i empapar el passapàs d'aigua de Javel.

La gent del refugi estarà amb la menor activitat possible, per tal de no consumir més oxigen del necessari. Ajaguts, dormint, llegint o bé asseguts còmodament.

Només el cap de casa estarà a l'aguait per tal de fer les excursions exploradores que aconsellin els esdeveniments.

Sortirà sempre amb careta protectora.

Tots han de tenir la careta improvisada per si arriba el moment que sigui aconsellable el canvi de refugi a indicació exclusiva del cap de casa.

NOUS VINGUTS

Si arriba algú de fora, li espargireu la solució c), li renteu mans i cara amb la solució b) i els ulls amb la solució a).

No us mogueu del refugi:

Primer. Si no us ho mana el cap de casa (incendi, canvi).

Segon. Si no sentiu les sirenes del final d'alerta.

Tercer. Si no us avisa el despertador.

Examineu bé aquestes figures adjuntes i veureu la rapidesa i l'eficàcia de l'activitat familiar al moment del risc, si es porta a cap la defensa passiva organitzada.

REMEIS A FER A UN GASAT

Què hem de fer davant d'un gasat?

Recordeu bé que si us trobeu dintre el refugi, protegits els vidres, protegides les portes, no us gasareu!

Bé; i si, a desgrat de tot, us atrapa el gas anant pel carrer?

I si una bomba incendiària us ha obligat a fer canvi de refugi i el seu mateix òxid de carbon (CO) us ha atacat traïdorament?

I si el vostre veí, *descregut*, no ha

fet res per a prevenir-se, i el trobeu estirat a la vostra escala?

Dones bé, germans, àdhuc en aquest cas no us cal desesperar. L'esgarrapada del gas dóna gairebé sempre—a les ciutats sempre—temps de retornar l'esglaiat, de ressuscitar l'asfixiat.

ASPECTE GENERAL DEL GASAT

A l'aguait: si sentiu els primers símptomes del gas, *no us desespereu*. Seguiu els consells que us donarem i no us passarà res.

Mentre preneu alè, remarqueu com és deplorable i mal intencionada la campanya que es va fent contra els gasos.

Primer. Perquè si els gasos us atrapen al vostre refugi, *NO PASSA RES*, si teniu serenitat.

Segon. Perquè si no sou a casa vostra, teniu procediments senzillíssims d'arribar al refugi (moador mullat d'aigua).

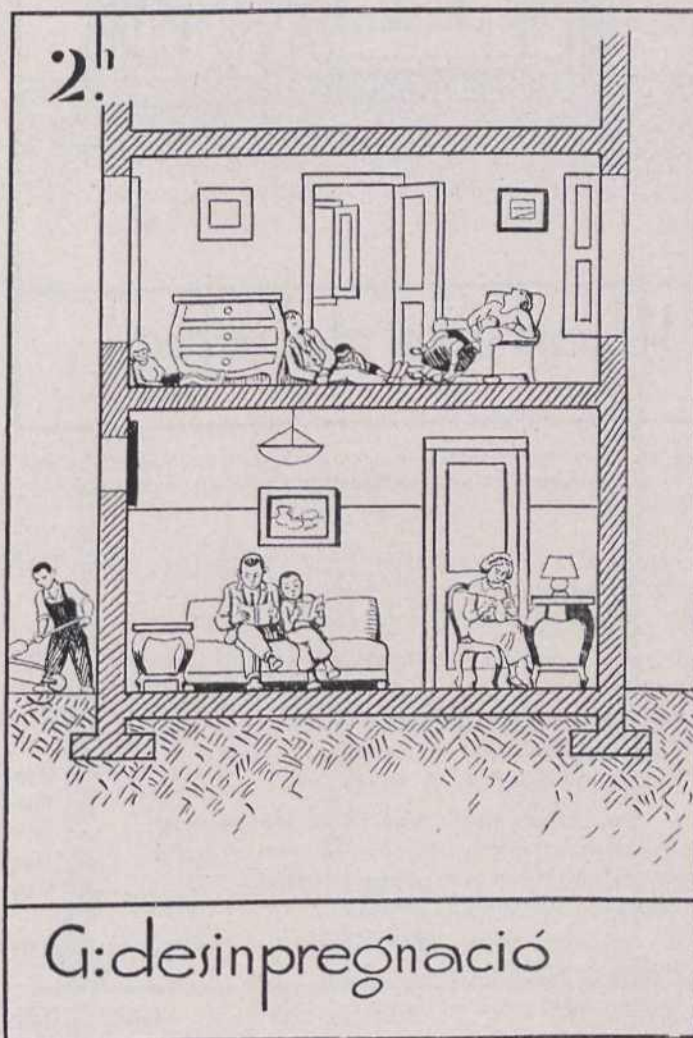


Fig. 24.—Acabat el bombardeig, hi ha el període de desinpregnació a càrrec de les brigades municipals. Níngú no sortirà del seu refugi.

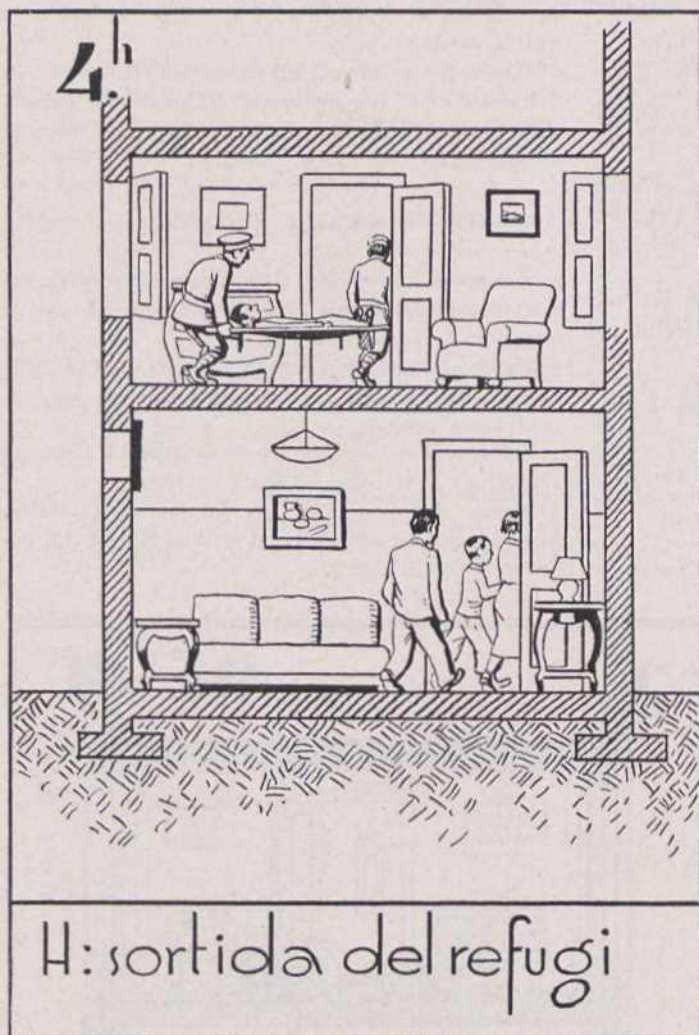


Fig. 25. — Toc final de sirenes. Compareu les dues cambres. La de dalt, mal seleccionada, plena de finestres. La de baix, un interior.

Tercer. Perquè, si a desgrat de tot esteu gasats, teniu procediment de seguir aquests quants consells i també us guarireu sense deixar relíquia:

Primer us diré les característiques generals d'un gasat:

Ulls roigs, fatiga a la llum.
Esternuts freqüents; el nas raja.
Veu presa, rogallosa, de falset.

1. Tos. Espurts roigs. Sang per la boca (tenyint l'espurt i prou; mai a glopades). Escuma al nas i als llavis tenyida de sang. Sang pel nas.

Respiració de pressa i difícil.

2. Sufocació, asfíxia, llavis descolorits o violeta. Mal de cap. Rodaments.

3. Dificultat per a caminar.
Esglais.

EL QUE S'HA DE FER

Portar-lo al refugi. El punt millor és l'angle oposat a la porta d'entrada.

El gasat, ajagut. Treure-li la roba que porti i posar-li flassades calentes.

Mirar d'esbrinar quin gas l'ha afectat.

Respiració artificial, si està en mort aparent.

EL QUE NO S'HA DE FER

Sota el pretext de reforçar, no donar mai cordials (ni alcohol, ni vi, ni rom, ni licors, ni conyac).

No fregueu mai els ulls del gasat (ni amb drap de tela).

Eviteu que camini.

Eviteu que es refredi.

ESBRINAR EL GAS ESPECÍFIC

Ara bé: acabem de dir: «mireu d'esbrinar quin gas l'ha atacat».

Com es mira?

Com se sap?

Per què?

Aquí la fantasia popular es desbor da de seguida. Que hi ha molts gasos, que avui són uns i demà seran uns altres, que n'hi ha uns de nous que filtren les màscares i fan vomitar.

No! Els químics saben la limitació dels gasos sota el punt de mira industrial. Els metges saben la limitació dels gasos sota el punt de mira patològic.

NO TANTS GASOS, CINC I PROU!

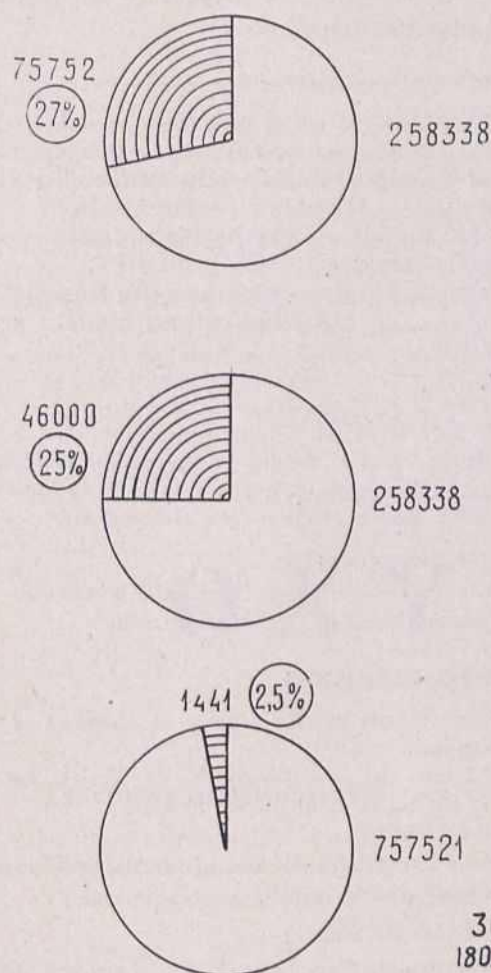
No us deixeu entabanar. Sobre el nostre organisme només hi ha cinc modalitats de gasos. Ni un més ni un menys. El qui us digui una altra cosa, us enganya.

1. Gasos esternutatoris.
2. Gasos lacrimògens.
3. Gasos sufocants.
4. Gasos vesicants.
5. Gasos tòxics.

DETECTORS DE GASOS

No ens hi entretenim perquè no és feina nostra. Correspon a les brigades de socors i patrulles

Americans



municipals, de detectar el gas i identificar-lo.

La brigada de flairadors Z, és una brigada d'homes especialitzats en la flaire. A cada Municipi hi haurà els especialistes. S'hi acostumen fàcilment fent exercicis amb substàncies oloroses i perfums diferents. Es comença per l'amoniac i s'acaba per l'alcohol. Quan es vol sensibilitzar a un agent molt tòxic, com és ara la iperita, es fan pràctiques amb substàncies que tinguin la mateixa aroma, com és ara l'oli vell de camió barrejat amb mostassa. La detecció amb el nas és fàcil i útil.

Es pot fer la detecció amb animals sensibles. Els canaris, per exemple, són vint vegades més sensibles que nosaltres.

Fig. 26. — Estadístiques americanes:

- 1.ª Relació de baixes totals a baixes per gas (27 per 100).
- 2.ª Relació de baixes totals a morts totals (25 per 100).
- 3.ª Relació de baixes per gas a morts per gas (2.5 per 100).

Això vol dir que la quantitat de gas que hi haurà a l'ambient quan es mori el canari és vint vegades més petita que la necessària per a matar una persona. Les rates són també un bon índex detector. També s'empren detectors químics. A Catalunya tenim instal·lacions que permeten registrar el gas pels canvis de color que ofereixen diferents líquids preparats i disposats convenientment.

Finalment, encara hi ha detectors elèctrics per a determinats gasos, com és ara el Cl., que en aparèixer a l'espai fa encendre un llum o engega un timbre elèctric que pot tocar a molta distància.

Els papers detectors són papers impregnats de substàncies químiques, que canvien el color en presència dels gasos. Són fàcils de manejar. Es porten a la cartera. Quan sospiteu, mulleu-los i vegeu si canvien de color.

El paper «lutece», per exemple, passa de color roig a blau.

LESIONATS

Al costat d'aquest procediment de detecció, tenim encara l'examen del gasat. La naturalesa de les lesions ens dirà la classe de gas que hi ha a l'ambient. Ja hem

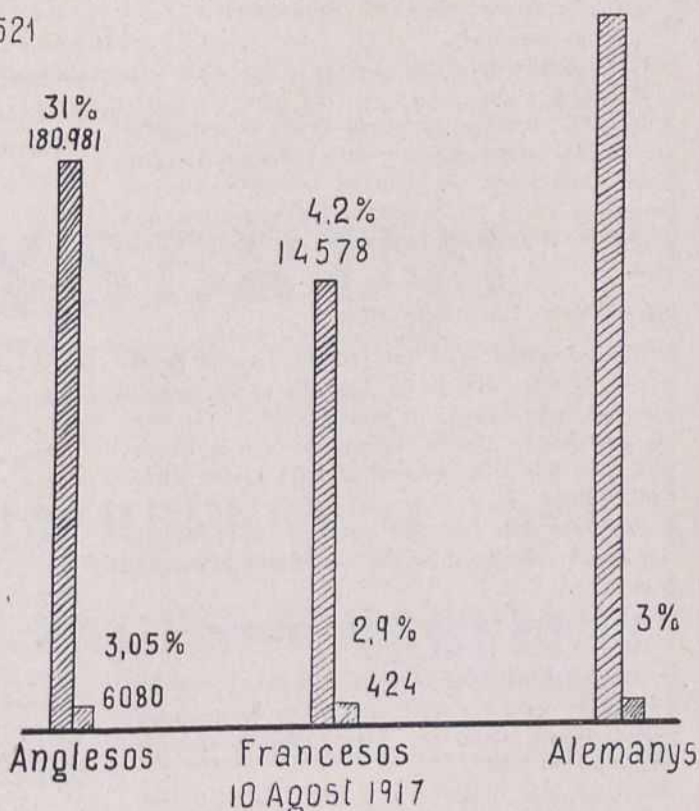


Fig. 27. — Estadística anglesa, francesa i alemanya. Noti's l'acció menys mortífera dels gasos.

vist que no són tants els gasos possibles. Estudiant les lesions que produeixen, només en trobarem de 5 classes. Els estudiarem, lleugerament, cada un d'ells dintre de molt poc.

CREU VERDA, CREU BLAVA, CREU GROGA

I encara n'hem fet massa! En la guerra es distingeixen tres modalitats. Els que ataquen els ulls i la pell (vesicants) són els que s'anomenen de la «creu groga». Els que ataquen els ulls i el pit (sufocants) són els de la «creu verda», i els que ataquen els ulls i el nas (esternutatoris) són els de la «creu blava». Això és una primera classificació útil en campanya. No sempre es castiguen els ulls de la mateixa manera. Els de la creu groga deixen un color vermell encès i el malalt es queixa de tenir arena als ulls. Els altres senten més aviat la sensació de foc. Dediquem un moment a cada un.

ELS GASOS ESTERNUTATORIS

Els coneixereu perquè tenen una flaire intensa a ametlles amargues o bé a gerani, segons la qualitat del gas. Davant d'aquest gas els canaris presenten una fase d'excitació manifesta. L'individu afectat té una forta secreció de saliva i esternuda tossudament. Esternuts sense antecedents generals, talment com si fossin provocats pel rapè o pels pols de tabac. Nàusees, vòmits.

Els principals d'aquest grup són l'Adamsita, Estarnita, Etilcloarsina i Dibromur d'Etilarsina.

Què s'ha de fer? Productes necessaris:

Vaselina cocaïnada.

Llet condensada.

Magnèsia.

Introduir vaselina cocaïnada dintre el nas. Quatre de llet condensada més una cullerada de magnèsia efervescent. No empreu màscara lligada, perquè el vòmit les inutilitza. En aquest cas serà preferible el mocador improvisat en forma de careta.

ELS GASOS LACRIMOGENS

Els coneixereu aviat per la seva especial funció sobre els ulls. Fan plorar com els altres, però a més donen la sensació de cremadures als ulls. Sentiu foc als ulls. No ho confongueu amb la iperita, que dona lloc a la sensació d'arena posada dintre l'ull.

Els noms dels tres més coneguts, són: Bromur de benzil, Metil-etil-cetona i Cetones clorades i bromades.

Què s'ha de fer? Productes necessaris:

Permanganat de potasi, 25 ctg.

Bicarbonat sòdic.

Rentats seguits primer amb aigua de camamilla bicarbonatada al 20 per 1.000. Després amb permanganat al 0.25.

Coses a evitar:

No empreu mocadors ni teles. No empreu pastes grasses. No empreu atropina.

GASOS SUFOCANTS

Els coneixereu per la flaire a pòlvores de gas, de palla podrida o de xocolata, segons el compost emprat. El fum de la cigarreta és dolentíssim. No es pot fumar.

Els principis són: Cl., Fosgent, Difosgent, Cloropierina i Polita.

El malalt sent: irritació de les mucoses del nas i de la boca, cremor de pit. Tos, sensació d'asfíxia. Barballeres, escuma, sang per la boca, sufocació.

Què s'ha de fer?

Repòs absolut durant 48 hores. Inhalacions de O₂. (1). Perles d'èter per a calmar la tos, cada 10 minuts. Sagnia. Injeccions d'oli camforat.

Coses necessàries:

Oli camforat. Eter. Xeringa d'injeccions. Sac d'oxigen. Llanceta. No doneu morfina.

GASOS VESICANTS

Es coneixen per les sentors de mostassa, d'all i de gerani.

El nom del més destacat és la Iperita. Es prepara també la Lewisita i l'Esternita.

Característiques: Són substàncies líquides. Es veu el núvol. Té símptomes diferents equivalents a les cremades de la pell.

Productes necessaris:

Bicarbonat. Permanganat. Oli gomenolat. Clorur de calç. Petroli.

El que hem de fer:

Primer. Canviar de roba i reescalfar el malalt.

Segon. Desinfecció de les mans amb clorur de calç sec. (Eixugar les mans prèviament).

Tercer. Poseu als ulls gotes de bicarbonat al 25 per 100.

Quart. Una cullerada de bicarbonat sòdic i un xic d'aigua freda cada deu minuts.

Cinquè. Oli gomenolat al nas.

Sisè. Rentar les lesions amb permanganat, oli gomenolat i damunt la pell al descobert pòlvores de talc.

ELS GASOS TOXICS

Es reconeixen pel tuf dels brasers o bé per la flaire d'ametlles amargues.

Només són dos: Oxid de carbon i Cianhídric.

(1) A falta del sac d'oxigen, fareu respiració artificial. Amb molta condícia!

PHOSOFORME

Acid monoetdietylortofosfòric

En tots els trastorns de la nutrició i en els casos d'alcalosi:

Neurastènies - Fosfatúries - Convalescències - Fatigues - Dispèpsies hipomotrius - Dermatosis - Colibacil·losis - Litiasis - Tuberculosi i Reumatisme crònic: (fosfo-oxalo, càlcic).

De 75 a 100 gotes a prendre durant les menjades de migdia i nit, en un gran vas d'aigua ensucrada o no (o en vi blanc o negre barrejat amb o sense aigua).

CAVALIÉ, Professor de la Facultat de Bordeus. - **EPSTEIN**, Professor de la Facultat de Ginebra. - **ESCAT**, Professor de la Facultat de Tolosa (França) - **GERARD**, Professor de la Facultat de Lille. - **LAIGNEL-LAVASTINE**, Professor de la Facultat de París. - **REMOND**, Professor de la Facultat de Tolosa (França). **SPILLMANN**, Professor de la Facultat de Nancy. - **MARCEL LABBÉ**, Professor de la Facultat de París.

OXYLEINE

Sulfat neutre d'oxiquinoleïna

2 o 4 comprimits a cada àpat

Trastorns intestinals: Diarrees estivals, fermentacions, infeccions, paràsits intestinals, (exceptuant la tènica), úlceres, colitis.

Trastorns de les vies biliars: Colecistitis.

Trastorns de les vies urinàries: Totes les infeccions, colibacil·losis, gonocòcia i les seves complicacions, pielitis, tuberculosi de les vies urinàries.

SALYSERUM

Totes les àlgies reumatismals, ciàtiques, lumbagos, torçades.

Ampolles de 5 cc. en injeccions indolores.

LABORATORIS DROUET et PLET

Rueil Malmaison - (Banlieue Ouest de París)

Representants: PAGÈS & SARRIAS

Argensola, 7 - MADRID

Portaferriassa, 16 - BARCELONA



UROTOFAN

NOU TRACTAMENT DE LES MÚLTIPLES FORMES REUMÁTIQUES
I DE TOTES LES MANIFESTACIONS ÚRIQUES I COLESTERÍNQUES

establiments
rocafort doria, s. a.
esplugues - barcelona

El primer es desprèn de les metralladores. A cada detonació surt un radi de fum d'òxid de carbon. Si es tracta d'un niu de metralladores, caldrà tenir molt de compte. També en desprenen gran quantitat les bombes incendiàries. No és fàcil que mai es tirin gasos d'aquest ordre per l'enemic. Són ineficaços, inaplicables.

Característiques: Són l'asfíxia i la pèrdua dels sentits.

Coses necessàries:

Aigua freda. Cafè. Oli camforat. Xeringa d'injeccions.

Què cal fer?

Primer. Ajeure el malalt.

Segon. Fer-lo entrar en calor, fent friccions.

Tercer. Cafè.

Quart. Oli camforat.

Cinquè. Respiració artificial.

Sisè. No desabrigueu el malalt!!

Aquestes són les cinc modalitats de gasos que haurem d'atacar. Tot el que s'ha dit anteriorment fa una llista de 10 coses i prou. Repetim-les:

Vaselina cocaïnada. Permanganat de potassa. Bicarbonat sòdic. Oxigen (un sac). Perles d'èter. Oli camforat. Oli gomenolat. Petrol. Xeringues d'injeccions i un cost de 2 o 3 duros.

LA GUERRA DE GASOS A CIUTAT ES BENEVOLA

Si encara us espanta, recordeu la possibilitat dels socors municipals, les brigades de sanitat organitzades oficialment, i a condició de portar careta, traslladeu el gasat allà on sigui; seria injust, incivil, que a dintre d'una ciutat advertida, tinguéssim una baixa, una sola baixa, per culpa dels gasos. Si s'esdevé, serà culpa nostra.

Germans: Si encara sentiu que la indolència dels vostres amics recomana la inacció contra els gasos perquè «no hi ha res a fer», penseu que o parlen de bona fe o no és un bon amic, i en aquest cas la mala fe el consum. Heu de creure que us serveix la insídia i la calúmnia teixides i trenades al compàs d'un derrotisme sospitos: DELATEU-LO!!! Si parlen de bona fe, assageu d'explicar-los el que diu Valieu quan pregona la tàctica dels gasos. Escriviu textualment: «Quan vulgueu emprar els gasos contra la població civil, us previnc que seran totalment ineficaços per ells tots sols si la població coneix les normes de la Defensa Passiva Organitzada.

Ho sentiu bé, germans de Catalunya? Ho diu un general alemany. Ho repeteix un químic suec. La tàctica dels gasos emprats contra la població civil és ineficaç per ella tota sola. Per això els militars professionals, en parlar de tàctica, diuen sense enrogir-se: «Per tornar eficaç el gas contra la població civil cal cercar la manera de fer sortir

la gent del seu refugi». A l'aguait, germans! Talment com si es tractés de fer sortir rates pestoses del seu cau. «Per això—diu el tècnic—no planyeu detonants, bombes de 2.000 i 3.000 quilos, trons, llampecs, tempesta guerrera, detonacions, incendis, que si són cars i ineficaços per ells mateixos, aconsegueixen, per contra, que la gent perdi el control, s'esgarri, surti del refugi i travessi la zona de gasos que l'ha d'inutilitzar».

Germans! Cerqueu un refugi, protegiu-vos, tingueu serenitat i impossibilitareu l'eficàcia dels estralls que comporta la guerra.

DERROTISME, POR O IGNORANCIA

Si el qui pretén atemorir-vos amb falsedats us parla amb un llenguatge mèdic, pregunteu-li si sap de quantes maneres es queixa el nostre organisme. Dues? Tres? No gaires més. *Dolor, inflamació*. Això és gairebé tot. I és que tots els òrgans tenen una manera semblant de plorar, de reaccionar. Tants gasos com vulgueu, tantes innovacions com us plagui. Si ataquen la pell—vesicants—, aquesta reaccionarà de tres maneres i prou: Cremadura, llaga seca i llaga humida.

Inventeu els àcids més traïdors, els càustics més maliciosos i la vostra pell es rendirà sempre de la mateixa manera. Car la classificació és curta.

Sentireu dir que el gas clor crema el pulmó.

La iperita rosega la pell.

Els òxids de carbon enverinen la sang.

Que ara s'ha descobert el gas *leprós*—se n'ha parlat molt a Rússia—, que torna mesells els homes, coberts de crostes de mal i secrecions pudentes. Proc. Això són falsedats fulletinesques per a esverar incauts o fer tornar més histèriques les filles de Maria autèntiques o els homes—que encara en queden—amb un esperit tou, tovíssim, de filla de Maria.

Si el qui pretén atemorir-vos amb falsedats parla amb un llenguatge químic i us diu que ara hi haurà gasos que no retindran els filtres fets a base de carbó actiu, feu-lo tornar roig, pregunteu-li només per què? Quina diferència hi ha entre adsorció i adsorció? Filtre mecànic i físico-químic?... I a continuació recomaneu-li qualsevol tractat elemental de físico-química. Li fa falta!

A propòsit d'això us recordaré dues substàncies de gran esperança bèl·lica:

La lewisita dels americans.

El gas leprós dels russos.

La primera s'esdevingué l'any 1918. Els americans amics de grandeses, van anunciar que la lewisita cauria sobre Berlín i amb 12 bombes quedaria destruïda tota la població civil. L'armistici no els donà ocasió de fracassar. Assaigs ulteriors van demostrar que era senzillament un gas *vesicant* que irritava la pell amb menys intensitat que la

iperita. Al cap de poc temps els americans carregaven les 150 tones, que tenien fabricades, a bord d'un vaixell que a 80 quilòmetres de la costa i a 2.500 metres de profunditat, va alleugerir-se modestament de la seva càrrega.

Els russos han parlat molt d'un gas leprós. Els alemanys l'han estudiat i ha resultat que ja el coneixien i que ja l'havien abandonat i tot. Es tracta d'un altre vesicant. Vesicant i prou. I per afegir-hi, molt menys actiu que la iperita.

LA GUERRA DE GASOS AL CAMP ES EFICAC

Encara podríem afegir que al camp també és fàcil protegir-se dels gasos si es compta amb l'utilitatge necessari per a filtrar els núvols de gas emanats de l'enemic (mascaretes). Les dades estadístiques que donem a continuació en són bon testimoni.

Aleshores—direu—els gasos no tenen eficàcia guerrera? Al revés. Es una eina de gran eficàcia. Fa moltes baixes i poques morts. Per tant, inutilitza l'enemic per a les finalitats proposades per l'alt comandament. Per altra banda, és d'una forta utilitat a l'hora de protegir una retirada. L'emancipació de gasos obliga l'enemic a posar-se careta. Això dificulta l'atac, ja que els que van davant no necessiten d'aquest obstacle i es faciliten la retirada.

Es tracta, doncs, d'una arma de guerra eficaç en l'ofensa i en la defensa.

Al camp s'empren gasos de fumigació per tal de tapar objectius de guerra.

El vol obligat de més de 1.000 metres per part dels avions enemics, dificulta la precisió dels objectius si aquests es tapen amb gasos inofensius.

Amb aquest objecte es fan gasos de color verd per dissimular un objectiu en plena vegetació i en ple camp.

Gasos de color blau, a la vora del mar, per a un objectiu de costa o a alta mar per als vaixells.

Gasos grisos per als dies sense sol, i així successivament.

LA GUERRA DELS GASOS TE UNA BONA ESTADÍSTICA

Les dades estadístiques de les diferents nacionalitats us donarà una idea dels maleficcis dels gasos.

Vegeu Amèrica:

258.338 baixes durant tota la seva intervenció en la Guerra Gran.

D'aquestes baixes n'hi havia:

75.752 corresponents a les degudes al gas. Es a dir, el 27 per 100.

D'entre totes aquestes baixes hi hagueren:

46.000 morts per metralla, 25 per 100.

1.441 morts per gas, 2 i mig per 100.

Es a dir, 10 vegades més mortífera la metralla que el gas.

Vegeu l'estadística que registra Anglaterra:

180.981 baixes per gas, d'entre les quals,

6.080 morts. Es a dir, el 3,3 per 100 de mortalitat. Per contra, la mortalitat acusada per les baixes de metralla va ésser a la mateixa Anglaterra del 31,4 per 100.

Sempre trobareu aquest excellent balanç comparat amb les altres modalitats d'atac. Alemanya, per exemple, té un índex de morts d'un 3 per 100 entre les baixes de gas.

Només a França puja la mortalitat fins al 4,2 per 100, però això cal atribuir-ho al càstig extraordinari que va rebre en encetar-se la guerra dels gasos, quan justament l'exèrcit no estava previnut. Això ho demostra el fet següent:

En lloc de comptar tots els morts i les baixes que van del 1914 al 1918, agafem els 10 primers dies del mes d'agost del 1917:

14.578 baixes per gas.

424 morts.

O sia un 2,9 per 100, que és pràcticament el mateix que tenen els alemanys, els anglesos, els americans, etc.

CAS ESPECIAL DE CIUTATS PETITES

Sembla que la característica de les ciutats petites és la construcció a base de dos o tres pisos. Es evident també que el bombardeig detonant d'un nucli urbà de poc radi no té eficàcia militar. Es pot donar el cas de perseguir un nucli industrial, camp d'aviació, concentracions i tallers, etc., sovint localitzades en ciutats de segon ordre.

Intensifiquem les previsions contra l'incendi. Les bombes incendiàries són l'atac específic contra els hangars de l'aviació. Neteja de coses inflamables. Sorra, bicarbonat i, si és possible, bombes piròfugues.

Es interessant, però, remarcar que una defensa excellent per a la població civil és la *dispersió*.

La *dispersió al camp* és una defensa eficaç per a totes aquestes poblacions civils. Ja sigui per acció directa, ja sigui per aprofitament d'alguna foradada, soterrani, etc., existent o construït expressament.

Abans d'iniciar la dispersió no descurem, sobretot, de fer la protecció de casa nostra. Vidres, portes, terrat, darrer pis.

QUÈ S'HA DE FER DESPRÉS DEL RISC?

Les patrulles municipals tindran cura de desinfectar l'ambient. Protégits convenientment, neutralitzaran carrers i places. Quan sentiu tocar la sirena d'alerta, a tocs breus i interromputs, ja estarà l'ambient net de tot perill.

Vosaltres a casa vostra heu de procurar fer la *desimpregnació dels suposats gasos tòxics*.

Vestits. Si podeu portar-los a l'autoclau (vapor a pressió), és el millor. Si no, tracteu els vestits

LIPOSPLENINA

DEL DR GROC

OPOTERÀPIA ESPLÈNICA ESPECÍFICA (SOULA)

L'AGENT DE LA COLESTEROGENESI I ELS
LÍPIDS INSAPONIFICABLES DE LA MELSA

COMPRIMITS

G O T E S

INJECTABLES

Totes les anèmies.
Amagriments greus i persistents.
Raquitisme i escròfula.
Retards de creixença.
Atrèpsia
Totes les desmineralitzacions.
(Embaràs i període d'alletament).
Trastorns de la dentició.
Convalescència de les malalties
infeccioses.
Consolidació de les fractures.
Depressió nerviosa i neurastènia.
Feblesa general.

REPRESENTANT:

A. COROMINAS

GOMIS, 102

TELEFON 78587

BARCELONA

Talli aquesta postal i envii-la

(1) Indiqui's fórmula

Població

Adreça

Nom

Data

(1)

(signatura)

Serveixi's enviar-me mostres de
Liposplenina

Impresos

Segell
de
Correos

Senyor A. COROMINAS

Gomís, 102

BARCELONA

sospitosos amb solució d'hipoclorit al 10 per 100. (El vestit perd resistència.)

També és bo tractar-los amb un corrent d'aire calent (100°) durant tres hores.

Si la iperitació és feble, es desimpregnarà fàcilment deixant les peces de roba sota un corrent d'aigua freda durant 20 hores.

Les sabates i el cuir es tractaran amb hipoclorit primer i amb aigua després.

El paviment. Si és suspecte d'iperificació, es cobreix amb hipoclorit i damunt d'una capa de sorra.

Si és de fusta és molt més difícil de desimpregnar. Es renta amb aigua i lleixiu d'hipoclorit.

Aliments. Els aliments sospitosos o bé es llençaran o bé es couen prèviament amb l'eina destapada.

Aigua. Es bullirà durant un quart d'hora amb el recipient destapat per tal que s'escapin els vapors de la iperita.

CONSELLS ÚTILS

En acabar aquest resum de D. P. O. ens sembla útil donar uns quants consells que poden tenir aplicació en els diferents tipus de refugi.

En principi, sovint s'esdevé que tots els veïns d'una mateixa casa s'han vingut per tal de comprar un sol botiquí i arraulir-se al mateix refugi. Admès que el soterrani tingui capacitat i garantia, es pregunten sovint: Quina quantitat de cada substància necessitem?

Suposem que es tracta de 60 persones.

Tingueu preparats:

14 litres d'aigua (renoveu-la cada 3 dies. És molt convenient que al refugi hi hagi aigua corrent). 2 litres d'aigua bicarbonatada (1). 2 litres d'aigua picrica. 2 litres d'aigua amb permanganat 1/7.000 (renoveu-la cada 10 dies). 4 litres d'aigua de permanganat al 1 per 100 (per als excrements). 100 grams de tintura de iode. 2 litres d'aigua oxigenada. Mig litre d'aiguanaf. Coramina (un flascó comptagotes). 2 tubs Dermosa Cusi. 2 litres de cafè carregat. 2 quilos de pólvores de talc. 5 quilos de bicarbonat de sodi en pols. 2 quilos d'hiposulfit de sodi en pols. 5 quilos de cotó hidròfil premsat. 10 pastilles de permanganat, de 1 gram. 1 quart de quilo de magnèsia anglesa (no efervescent). 2 rotlles d'espardenya. 20 benes. 30 mocadors grans. 30 mocadors corrents. 100 imperdibles. 4 tisores. 30 llistons de fusta o canyes d'un dit de gruix i dos pams de llarg. 2 litres d'oli d'oliva. 5 quilos d'hipoclorit de calç o pólvores de gas (procureu tenir-ho ben tapat).

Utensilis d'importància:

Regadora. 10 orinals o serveis tapats. 3 palanganes (per a cures i vòmits). 1 gresca gran (per a

rentar els iperitats). 10 tovalloles. 2 llençols o bé un paravent. 10 flassades. Claus, cordes i martell. Un pic i una destrat (per a obrir-se pas si fos precís). Ganivets corrents. 10 plats de porcellana (per a cures, per al menjar dels nens). Un llum elèctric. 5 quilos de sabó moll (obturador). Un despertador. Paper engomat. Culleres de metall. Llumins. Alguns matalassos. Cadires. Sacs amb sorra o terra (per al cas d'incendi). 30 periòdics.

Aliments:

Sardines o bé tonyina a l'oli (no descuideu l'obridor de llaunes). Llet condensada. Galetes. Nocollata. Melmelades.

Aclariment:

En aquesta llista haureu vist matèries que no tenen res a veure amb els gasos. Tals com glasses, cotó, teles, iode, àcid píric, etc. Es tracta de prevenir-se contra les complicacions freqüents a l'atacament: *cops, ferides, cremadures*. Tot això no s'esdevindria si en tocar el senyal d'alerta hi haguessis calma, calma i calma, per tal d'acudir sense atropellaments al refugi seleccionat.

Abans d'anar al refugi recordeu-vos de:

a) Tancar el llum i el gas de casa vostra.

Posar-vos la mascareta, si en teniu.

El millor agent per a destruir la flaire dels excrements és el permanganat al 1 per 100.

Les pólvores recomanades per a la pell, després de curada, són:

Talc, 600 grams

Oxid de magnesi, 200 grams

Carbonat de magnesi, 200 grams.

Carbonat de calci, 200 grams.

ben barrejat i guardat en una capsula metàl·lica ben tapada.

Finalment, ja sabeu fer respiració artificial?

Penseu que sovint s'ha de recórrer a aquest procediment. Avui mateix assageu-ho amb el vostre company. No oblideu que el gasat ha d'estar estirat a terra, boca terrosa, cap inclinat a un costat i, sobretot!, ben abrigat.

Si el gasat es queixa de *molèsties al païdor*, procureu:

1.^{er} Provocar-li el vòmit (dits a la boca).

2.^{on} Gens de menjar.

3.^{er} Una culleradeta de bicarbonat amb un xic d'aigua.

4.^{art} Una culleradeta de magnèsia anglesa desfeta en mig got d'aigua i beguda a glopets petits.

Sempre que *falli el cor*:

1. 10 gotes de coramina amb una cullerada d'aigua.

2. Cafè.

3. Respiració artificial.

(Original ofert per l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya.)

(1) Per cada litre d'aigua una xicra de bicarbonat.

Una nova revista mèdica en català

Saludem amb joia l'aparició de *Sias*, nova revista que la Conselleria de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat de Catalunya edita amb gran elegància i amb un excel·lent criteri d'orientació.

El Dr. F. Martí Ibáñez com a director tècnic, J. M.^a Francès com a redactor-cap, i Sim en la direcció artística són els artífexs d'aquesta magnífica i simpàtica publicació que ve a la palestra pletòrica de bons dissenys i, a judicar per les excel·lències del primer número, prometedora de resultats.

Una nova revista en català hem de suposar-la un lluitador més que ve a enfortir els rengles dels quals LA MEDICINA CATALANA lluita per imposar a propis i estranys la idea que Catalunya és

un poble que mereix un lloc en el concert dels pobles civilitzats, no solament perquè la seva pròpia voluntat ho reclama, sinó perquè la seva cultura li atorga aquest dret.

Sias, portantveu de la Conselleria de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat de Catalunya, amb un ritme mensual vol fornir-nos un índex de les activitats del Departament, però en fer-ho cerca la manera d'arribar a totes les llars i a tots els estaments mitjançant el seu format en *magazine*, ricament il·lustrat i escaientment amenitzat per una col·laboració literària de tipus paramèdic que atraurà l'atenció del lector menys preparat.

Sias no és pas una revista més, és, per contra, una revista única en la seva comesa. Benvinguda sigui la nova germana a la brega i que visqui molts anys pel bé de l'obra mèdico-social que la motiva i pel bé de la nostra Catalunya.

(ve de la pàg. 391)

MESTRE ARNAU DE VILANOVA

defensava, dels menorets de qui era amic, dels perseguits que acollia, com de Frederic de Sicília, home bo, intelligent i de tota la seva devoció, com de Robert de Nàpols, que protegia llargament les ciències del seu temps, i un cop Mestre Arnau havia complert el seu deure d'amistat o de confiança, cercava un altre lloc de treball, de discussió o de lluita. No el seduïa la pau de la llar, sinó que cercava les controvèrsies, el treball a profit del pobre, del perseguit, del desvalgut, i contra el poderós que feia gala del seu orgull i de les seves riqueses. Violentíssim, potser, en fuetejar els abats, bisbes i arquebisbes que acusava d'abusar de llur poder i de llurs riqueses i de traficar amb la veritat. Per a satisfer la seva passió de saber, res no el deturava ni tenia por de ningú, ni de les persecucions de l'Església. Com a home de valer, tenia amics i valedors. Per als amics era un brau; per als perseguits, llur ajut. Era intransigent, massa intransigent en les idees filosòfiques i religioses i a combatre els enemics, als quals, ple d'ira, llançava entre cap i coll l'amenaça de la fi del món.

Mestre Arnau havia trobat tanta malesa entre la gent que havia de donar exemple de bondat, que esdevingué arrogant amb tots els qui el contradien, i a tots desafiava: contestava en públic o per escrit, es sentia fort i no hi havia persecució que l'aturés ni l'acoquinés; ell sostenia les seves proposicions de reforma social perquè tothom fos bo i honrat. Com a metge fou incansable; són centenars els opuscles i les obres que produí, però la meitat han estat cremades pels tribunals eclesiàstics; algunes, mal reproduïdes, degué salvar Mestre

Arnaud, i alguns originals seus es troben inèdits a la biblioteca vaticana esperant qui els pugui redimir.

Com anatómic, cometé molts errors, cosa molt general, llavors. Però en canvi, estudia amb perfecció de detalls tota la medicació coneguda d'aquell temps i que ell sabia per les diferents escoles on havia begut, els simples, els verins, l'antidotari, l'art de la coneixença, la manera de fer preparacions medicamentoses, l'estudi de la febre, de la tuberculosi, la terapèutica de la consumpció i dels climes convenients al seu guariment, replè d'observacions i de dades de llarga experiència, estudis de règim per a tota malaltia i per a conservar la salut, i estudis de deontologia mèdica extraordinàriament precisos.

Estudia detalladament els filòsofs àrabs i grecs, i d'ells treu la publicació de l'alquímia, l'astrologia i la medicina hermètica dels egipcis; publica poc i li atribueixen dotzenes d'obres que per tal de valorar-les són encapçalades amb el seu nom. Cansat i vell, espera en el descans escriure els seus darrers consells, quan l'amistat d'abundosos protectors el fa embarcar, i fent via vers Avinyó mor en la mar l'any 1319. Fou enterrat en arribar a Gènova, on Van-der-Linden, metge holandès, l'any 1656 encara pot visitar la tomba del Mestre.

Barcelona, Catalunya, deuen a Mestre Arnau de Vilanova un homenatge avui dia més possible, ja que tants de noms forasters, gent de llunyes terres que res no han fet per al nostre país, tenen ací perpetuat llur nom amb lletres de pedra o d'or.

LLIBRERIA CATALÒNIA

U^s ofereix el millor servei
per a subministrar-vos els
llibres nacionals i estrangers de
totes les especialitats mèdiques

SUBSCRIPCIONS
i REL·LIGADURES



3, Ronda de Sant Pere, 3

T E L E F O N 2 4 6 4 7

LA MEDICINA



CATALANA