LA MEDICINA CATALANA

PORTANTVEU DE L'OCCITANIA MEDICA

TREBALLS ORIGINALS

Un diagnòstic difícil, pel Dr. E. Brujas; A propòsit de la radiografia plàstica, pel Dr. R. Torres-Carreres; El sarcoma d'Ewing, pel Dr. J. Trueta-Raspall.

HEMEROTECA MEDICA (occitana)

OCCITANIA MEDICA – NOTICIARI D'ACTIVITATS

PUBLICACIÓ MENSUAL - ANY V - VOLUM VII

Abril - Maig de 1957

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

43-44

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 °/₀; Greix, 22,40 °/₀; Substàncies minerals, 1,37 °/₀; Proteïnes, 11,80 °/₀; Hidrats de carboni insolubles (midó) 1,31 °/₀; Hidrats de carboni reductors (glucosa) 1,23 °/₀; Hidrats de carboni no reductors (sacarosa) 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

Astúries, 48 • 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
CARIES – 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 internacionals
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 • Menopausa natural o artificial
Trastorns d'embaràs, etc., etc.

Laboratoris GALUP
Casp, 23 i Claris, 13 - BARCELONA

PARAMEDICA

NOTES CURTES

per Josep Armangué

Un home enèrgic amb poder dictatorial pot salvar una nació. El mal està en el fet que gairebé mai una volta complerta la seva missió, no sap, no vol o no pot retirar-se.

Els catalans tenim l'ànima més complicada que els anglesos; per això no la tenim tan ferma.

On es prenen mesures massa rigoroses contra el comunisme, cal esperar que tard o aviat hi aniran a raure.

Novella. Novella, i què més novella que la vida? Napoleó, Marat, Bernadotte, Lincoln...

Els animals salvatges són nets i els domèstics són bruts.

MORRHUËTINE
• JUNGKEN •

EL TÓNIC DELS INFANTS I DELS ADOLESCENTS

SUBSTITUEIX AMB AVENTATGES
L'OLI DE FETGE DE BACALLÁ

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

Tres característiques essencials:
A. Simplicitat de composició. Iodo. Hipofosfits. Fosfat sódic. Glicerina.
B. Puresa absoluta de primeres materies
C. Cap medicament de perillosa administració als infants
NI ESTRICNINA, NI ARSÈNIC.

DEPURATIU · RECONSTITUIENT
SABOR MOLT AGRADABLE

LABORATORI **MIRABENT** BARCELONA.

Primer producte nacional de cámfora amoniacal neutre hidro-soluble

Canfolic

Laboratori. A.R.G.A.

BARCELONA
PARIS, 201 - TELEF. 72277

MADRID
EDUARD DATO, 27 - TELEF. 15580

Larosan "Roche"
Larosan "Roche"
Larosan "Roche"
Larosan "Roche"
Larosan "Roche"
MEDICAMENTO
DIETÉTICO DE
LAS DIARREAS
PRODUCTOS ROCHE, S. A.
MADRID
STA. ENGRACIA, 4
BARCELONA
CASPE, 26
LEON
AV. DE MEJIĈO, 4

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

No diríeu el que ha costat als metges de convéncer la gent de la necessitat de la netedat. Per exemple, les llevadores d'ara, fa temps que estan convençudes i ben instruïdes, però les d'abans! En un escrit, vaig comparar-les als quatre genets de l'Apocalipsi escampats per la nostra ciutat.

L'instint no es desvia mai. Per contra, la raó humana equivoca sovint la ruta.

Les formigues viuen feineres, conteates, sanes, fortes i proveïdes sobrerament de mitjans de viure. Els homes amb llur flamant raciocini, fan la mar de nicieses, es moren de gana, havent-hi al món mitjans sobrers de viure i estan subjectes a quaranta mil neguits i a quatre mil malalties.

No hi ha paper més neci que el d'un metge que tenint un malalt a les portes de la mort, corri amunt i avall de la sala, el molesta amb tràfecs de tota mena quan ja sap que no li faran cap bé, es passa la mà pels cabells i se'ls esbulla, i profana, amb escenes de melodrama ridícul, l'austera solemnitat d'una agonia.

Ferides de cicatrització difícil?
Ferides infectades?

DOCTOR: RECORDI TRES PRODUCTES

FHER

Calcifher
Protilacta antiflora piògena
Vacuna estafilocòccica
(Combinada)

FHER

MOSTRES I LITERATURA:
Carrer Jaume Piquet, 31 - Telèfon 72117 — BARCELONA

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.

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.

Et servirà més un instrument vell que hagi treballat diàriament, que un de quasi nou que faci molt de temps que no s'usi. El mateix haig de dir del gran instrument humà: el cervell. Cal no deixar-lo inactiu.

Hipertensió és una *mula* idiomàtica, car és una paraula composta en dues llengues diferents. Nicolau d'Olwer proposa el nom de *supertensió*. Heus ací el mot que cal acceptar.

El goll exoftàlmic transforma en pocs dies una dona bellíssima en un parrac humà.

Tot el que deixis per a després et costarà doble feina i, segons com, doble despesa.

Una dona de moda tracta millor el seu gosset que un savi envellit en l'estudi.

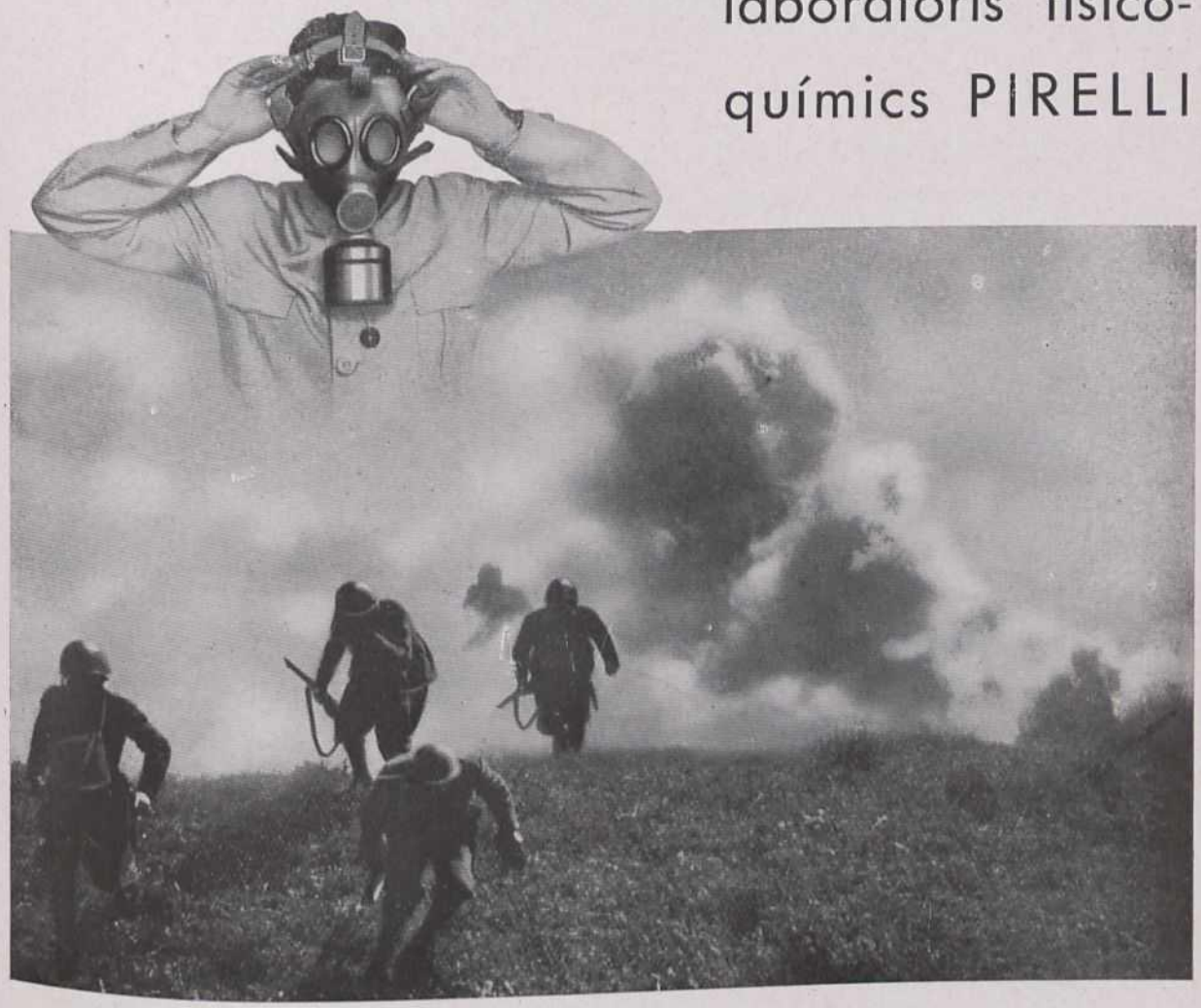
Retingueu la nova adreça de
LA MEDICINA CATALANA:

MADRAZO, 26-28 — TELÈFON 74555

MÀSCARA PIRELLI

PRODUCCIÓ NACIONAL

Per a la protecció de la població civil, construïda sota el control tècnic dels laboratoris físico-químics PIRELLI



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. Paisseau:

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. Moutier:

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 • ABRIL-MAIG 1937 • NÚMEROS 43-44

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. Sànchez i Gozalbo (Castelló de la Plana); F. Sancho i Sagaz (Palma de Mallorca); Josep M. Sastre i Piqué; F. Serra i Salsas; Higini Sicart; Josep Simon Barceló (València); L.-C. Soula (Tolosa); Lluís Suñé i Medan; Humbert Torres; Ramon Torres i Carreres; Alfons Trias i Maxencs; Joaquim Vellvè i Cusidó; G. Verger (Limoges); Salvador Vives.

Redactor en cap

Leandre Cervera-Astor

LIPOSPLENINA

DEL DR. GROC

OPOTERAPIA ESPLENICA ESPECIFICA (SOULA)

Contra

Anèmies

Amagriments

Retards de creixença

Feblesa

Distròfies de la pell

Eczemes, etc.

Gotes — Comprimits — Injectables

Mostres i literatura:

Carrer Gomis, 102 - BARCELONA - Telèfon 78587

Sumari

(Els títols en negretes corresponen a treballs originals)

Pàgs.

APARELL DIGESTIU

Oclusió intestinal per càlcul biliar, per *A. Delord i Marron* 484

APARELL RESPIRATORI I TISIOLOGIA

Un cas de tuberculosi i càncer, per *Miquel Espinosa* 486

CIRURGIA

El sarcoma d'Ewing, pel Dr. J. Trueta-Raspall 475

ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIO

Adiposis localitzades i malaltia de Dercum. A propòsit d'una observació, per *J. Ravoire* 488

EPIDEMIOLOGIA I HIGIENE

Salubritat del marisc als mercats de Bordeus, per *G. Dubreuil* i *M. Normand*. . 493

OBSTETRICIA I GINECOLOGIA

Un diagnòstic difícil, pel Dr. E. Brujas 459

El problema de l'esterilitat fisiològica temporera de la dona, per *J. Audit* . . . 495

Pàgs.

OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Recerques morfològiques, fisiològiques i clíniques sobre el menisc mandibular: luxació habitual i cruixits tèmporo-maxil·lars, per *X. J. Dubecq* 498

PEDIATRIA

L'acrodínia infantil al Sud-Est de França. Recerques sobre l'acrodínia. (*A propòsit de 49 observacions recollides a Montpeller*), per *E. Leenhardt* i *J. Boucomont*. 499

RADIOLOGIA I TERAPEUTICA FISICA

A propòsit de la radiografia plàstica, pel Dr. R. Torres-Carreres . . . 471

Ràdio-paraglifes, per *G. Jeanneney* . . . 503

GALERIA DE CATALANS I OCCITANS IL·LUSTRES: El Dr. Agustí Yañez i Girona, per *Antoni Novellas-Roig* 457

NOTES BIBLIOGRÀFIQUES 504

OCCITÀNIA MÈDICA, per *Leandre Cervera* . . 505

NOTICIARI D'ACTIVITATS 506

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

MEDICACIÓ ESTRÍCNICA A DOSIS CREIXENTS

CAIXA SERIE N.° 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 centigrams i cacodilat sòdic, 2 centigrams, en tots els tubs, igualment.

CAIXA SERIE N.° 2

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

INDICACIONS:

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

ÚS:

Un injectable al dia, a ésser possible sense interrupció.

MEDICACIO ARSENIADA A DOSIS PROGRESSIVES:

Capsa Sèrie n.° 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.° 2

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

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

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

Indicacions sistema nerviós: Neurastènia; Estimulant del sistema nerviós

Indicacions vies respiratòries: Atenuant dels exagerats canvis respiratoris.

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

Als amics de

La Medicina Catalana

Mai com en els moments difícils és més d'estimar un gest d'adhesió. Per això és més d'agrair l'esforç de les cases que ens ajuden amb llur anunci • **Recordeu-vos-en en fer les vostres prescripcions.**

EL DOCTOR AGUSTÍ YAÑEZ I GIRONA

(1789-1857)

FARMACEUTIC NATURISTA

pel Dr. Antoni Novellas i Roig

Quatre grans figures són el fonament i l'esclat de la Farmàcia catalana del segle XIX; i són *Carbonell y Bravo, Fors y Coruet, Balcells y Camps* i *Yañez y Girona*. Aquest últim és el nostre biografiat d'avui i que creiem amb raó poder qualificar de l'últim gran farmacèutic clàssic de la nostra terra. Fou, com veurem, no solament un gran farmacèutic sinó un home de ciència versat en totes les naturals i exactes, matemàtic, naturalista, filòsof i patriota i barceloní de soca i arrel.

Nasqué *Agustí Yañez y Girona* el 9 de setembre de 1789. Era el seu pare natural de Vilafranca del Penedès encara que oriünd de Sevilla. Ja d'infant donà proves de gran afició a l'estudi. De 1797 a 1798 cursà llatí i retòrica en el Seminari Tvidentí, i més tard i en el propi establiment estudià tres anys de filosofia. Defensà, el 1803, conclusions generals a penes complerts els 14 anys d'edat. De 1803 a 1804 cursà física experimental en el Reial Collegi de Cirurgia. En dit any i en qualitat d'oient assistí a la càtedra de botànica del mateix collegi, començant així el seu estudi favorit, que fou la delícia de la seva vida i amb el qual obtingué glòria merescuda en la tardor de la seva existència. El 1.er d'octubre de 1804 es matriculà de química en la càtedra del Dr. Joan Ametller, i al mateix temps estudià matemàtiques i cosmografia en la Reial Acadèmia de Ciències sota la direcció d'Isidre Gallarda i Fr. Agustí Canellas. El 1805 es matriculà de química en la càtedra del Dr. Carbonell i Bravo, de qui fou deixeble predilecte.

Mentre durà la invasió napoleònica (1808-1814) utilitzà el temps estudiant història, iiteratura i donant lliçons de química i matemàtiques, i en finalitzar aquell període, ja era Yañez un valor positiu entre els barcelonins que, en fructuós moviment de renaixement, tractaren d'esborrar els estralls d'aquell luctuós temps.

Rebé els graus de batxiller en filosofia i farmàcia en el Collegi de farmàcia de Sant Victoriano, el juny de 1816, i els de llicenciat i doctor en el Collegi de farmàcia de Sant Ferran de Madrid, poc temps després. Ingressà en la Reial Acadèmia de Ciències de Barcelona el 15 de febrer de 1815, de la qual va ésser meritíssim membre fins a la seva fi. El 1822, va ésser nomenat individu de l'Acadèmia de Bones Lletres de Barcelona, i el propi any co-fundà la Societat Econòmica d'Amics del País.

Inaugurà les seves glorioses tasques en el professorat (on l'esperava el més gran renom) exercint la càtedra de química per nomenament de la *Real*

Junta de Comercio de Barcelona, en substitució i absència del seu titular, el Dr. Carbonell i Bravo, amb gran satisfacció de la dita Junta, de manera que havent retornat el professor Carbonell abans de finir el curs, volgué que l'acabés el jove substitut, en premi a la capacitat i zel demostrats (1814-1815).

El 7 d'octubre de 1816, prèvies oposicions celebrades a Madrid, fou nomenat catedràtic del Collegi de Farmàcia de Sant Victoriano de Barcelona, del qual fou secretari per més de vuit anys. Fou tal la puntuació de les oposicions del Dr. Yañez, que li fou oferta càtedra a Madrid, però ell va preferir un lloc més modest a la seva terra nadiua. El 2 de novembre de 1822, fou nomenat catedràtic de Mineralogia de la Universitat, càrrec que acumulà al de la seva facultat. Igualment va exercir la càtedra de física experimental en la pròpia Universitat. Fou vice-rector de la dita Universitat durant dos anys. Igualment exercí la càtedra de Botànica i Zoologia mèdiques a la Facultat de Ciències Mèdiques, i el 1845 ho féu a la de Farmàcia, a conseqüència del trasbalsament continuat en el pla d'estudis, cosa que no sembla pas nova a casa nostra. Fou degà de la seva Facultat l'any 1854, i finalment, el 19 de març de 1856, rector en comissió, fins al 1857, data en què va morir a Barcelona, el dia 3 de maig, als seixanta-set anys d'una vida austera, laboriosa i pura, havent esmerçat en l'ensenyança quaranta-dos anys.

Publicà l'any 1820, unes «Lecciones de Historia Natural» que foren de text a les Facultats de farmàcia nacionals. Tota la part farmacèutica del «Diario general de las ciencias médicas» era d'ell. Fou celebradíssima l'oració inaugural de curs del 1842, titulada «Scientiarum omnium fœdus». Innumerables discursos, conferències, fullets, apologies, oracions fúnebres i inaugurals, articles periodístics, etc., són una prova de la incansable autoritat del farmacèutic i patrici illustre i ponderat, home molt seu, representatiu de la seva època, que trobà encara la manera d'ennoblir la seva facultat, exercint-la amb una altesa, elegància i honestedat que van fer-se proverbials.

Foren també seves una lluminosa «Descripción ontognóstica y geológica de la montaña de Monjuich» ; unes «Reflexiones sobre el sistema mineralógico de Berzelius» i altres memòries sobre geologia i mineralogia atinadíssimes i avanguardistes de la seva època.

Collaborà Yañez en infinitat de periòdics i entre ells va afavorir el degà «El Restaurador Farmacéutico». I les seves activitats polifacètiques el portaren a figurar com a capdavanter i àrbitre equilibrat i justicier en mant conflicte social i polític d'aquell agitat període de la nostra terra. Fou batlle primer de Barcelona, diputat a Corts, i pot ben assegurar-se que des del 1820 fins a la seva mort, no passà res de notable a Barcelona en què el Dr. Yañez i Girona no figurés amb encert i dignitat, defugint sempre tot honor i costant molt de treball fer-li acceptar la Creu de l'ordre de Carles III, potser pensant ja que per a ell era prou recompensa la popularitat i el crèdit que la ciutat i el poble li atorgaren.

Morí Yañez a Barcelona, el 3 de maig de 1857. La farmàcia que ell honorà amb la seva pulcra activitat professional, situada al carrer d'Escudellers, existeix encara, si bé amb altre nom. I les seves cendres descansen en un allegòric mausoleu en el Cementiri Vell de Barcelona, ofrena dels seus familiars, confrares i admiradors, i testimoni del respecte i amor que meresqué el gran farmacèutic català als seus coetanis.

Un diagnòstic difícil [1]

pel Dr. E. Brujas

Agraïm als distingits biòlegs Dr. Guàrdia Bilbao i Dr. Roca de Vinyals llur desinteressada collaboració.

El problema de les àlgies genitals és un dels temes que amb més interès ha d'estudiar el ginecòleg. No és pas que siguin moltes les lesions que fan difícil el diagnòstic diferencial, deixant a part les neoplàsies, que gairebé sempre tenen simptomatologia pròpia ben característica, tres possibilitats es presenten en primer terme i d'una manera destacada a la nostra consideració: L'anexitis, l'ooforigitis escleroquística i les neuràlgies essencials.

En general, la clínica ens permet determinar la malaltia culpable del dolor. En els casos difícils i quan les molèsties resisteixen tots els tractaments mèdics recomanats, aclariran la qüestió les impressions recollides durant l'acte operatori que necessàriament ens veurem obligats a practicar, o l'examen de la peça operatòria. Si es tracta, però, d'un procés inflamatori, les coses es compliquen d'una manera extraordinària en presentar-se la necessitat de conèixer la seva etiologia. Aquest detall és, per altra part, importantíssim i no podem recomanar un tractament sense haver-lo resolt d'una manera, si no definitiva, almenys tan aproximada, que ens permeti de complir les màximes indicacions terapèutiques.

El capítol de les infeccions genitals desborda les fites de l'especialitat, puix que absorbeix el 90 per 100 de les malalties genitals. Malgrat l'abundància de material, no sols no ens ha estat possible de fixar un criteri definitiu referent al percentatge dels diferents gèrmens, sinó que amb profusió de dades i arguments es defensen criteris ben oposats.

Si descobrim en la malalta antecedents gonocòccics o septies puerperals, serà fàcil de resoldre el problema; en canvi, quan manquen antecedents patològics, cosa que sol passar amb molta freqüència especialment en les dones solteres, ens trobarem envoltats de nombroses dificultats per a fer reeixir el nostre propòsit.

Es tracta d'un procés tuberculós o d'una infecció provocada per gèrmens normalment sapròfits en l'organisme humà? Aquesta és la pregunta que ens hem de fer sempre, encara que poques vegades sigui possible contestar d'una manera satisfactòria, àdhuc després de l'acte operatori i amb la peça al nostre abast.

La clínica no ens proporciona elements de judici, i sovint els cultius de productes extrets de peces operatòries resulten estèrils.

Teòricament i sense profunditzar les possibilitats que té cada germen per a arribar als genitals interns de la dona, i, més que tot, sense considerar si és possible allotjar-s'hi, la majoria de microorganismes poden ocasionar processos inflamatoris; en la pràctica, però, no creiem que la cosa sigui fàcil, per a niar als genitals interns és necessària la cooperació dels dos factors que intervenen en totes les infeccions, virulència i terreny; coo-

(1) Rèplica a la comunicació «Cas de Leptingitis Colibacillar», presentada pel Dr. Soler Julià a l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya.

peració que en alguns casos i en determinats gèrmens es donarà sovint i en altres sols en ocasions molt especials.

En les estadístiques s'observen dos detalls que donen a comprendre el motiu de les discussions que s'han produït a l'entorn d'aquest tema. No existeix unanimitat en l'apreciació del percentatge de cada germen, i es troba en totes elles un nombre molt elevat de cultius estèrils. En un sol punt sembla que tothom està conforme: a concedir els primers llocs al gonococ i a l'estreptococ. La proporció cada dia més creixent de gonorrees i avortaments sèptics és una confirmació clínica de les observacions bacteriològiques.

Malgrat d'existir conformitat en apreciar la supremacia dels gèrmens esmentats, les xifres que es donen en cada estadística són en extrem diverses. En citarem algunes tretes del treball publicat pel Prof. TH. Heynemann a l'obra de Halban Seitz, per tal que el lector pugui comprendre els nostres dubtes, i com és de justificat l'interès que sempre hem tingut per a aclarir aquesta qüestió.

Wertheim i Menge calculen en 82 per 100 el nombre d'anexitis que cal atribuir al gonococ. Pankov creu que cal calcular-ne el 90 per 100. En canvi el mateix autor, en una altra estadística arxivada abans de la guerra, establia les següents proporcions: 43 per 100 d'anexitis gonocòcciques, 13 per 100 d'anexitis sèptiques, 23 per 100 d'anexitis d'origen apendicular i la mateixa proporció de tuberculoses.

Th. Heynemann, d'Hamburg, calcula que més de dues terceres parts d'anexitis són causades per gonococs, la quarta part per gèrmens sèptics puerperals, especialment estreptococs, i una desena part per bacils de la tuberculosi.

En una estadística que Hermann va reunir l'any 1900 i en què figuren 1.505 casos bacteriològicament estudiats, deduí les següents proporcions: 21 per 100 per al gonococ; 11 per 100 per a l'estreptococ i l'estafilococ; 9 per 100 per a altres gèrmens i en el 57 per 100 resulta estèril el cultiu. Cal tenir en compte que en aquella època no es donava importància als anaerobis.

Schottmüller i Barfurth, emprant els mètodes de cultiu anaerobis, han trobat el resultat següent:

Estreptococs (hemolítics)	6	casos	7'6 %
Estreptococs vaginals (anhemolítics)	2	»	
Estreptococs mucosos	1	»	
Diplococs lanceolats	2	»	
Estafilococs	2	»	
Gonococs	5	»	6'3 %
Bactèrium coli	8	»	10'1 %
Bactèrium coli — estreptococs vaginals	1	»	
Estafilococs aerògens (anaerobis)	3	»	3'8 %
Anaerobis gramnegatius (bacils)	1	»	
Estreptococs putríficus (anaerobis)	13	»	16'4 %
Estreptococs putríficus (estafilococs anaerobis)	10	»	12'6 %
Estreptococs putríficus (gèrmens de diverses classes)	13	»	16'4 %
Pus estèril	12	»	15'2 %

Referint-se a una estadística de la postguerra, Curtis de Chicago diu que el 70 per 100 de les anexitis inflamatòries són causades pels gonococs encara que sols resultin positius el 10 per 100 dels cultius fets amb material procedent de peces operatòries, el 15 per 100 són produïdes pels estreptococs (hemolítics, no-hemolítics i aneorobis) i el 5 per 100 pels bacils de la tuberculosi. Diu que el Bactèrium coli i els estafilococs tenen poca importància quant a l'etiologia d'aquests processos.

Aquesta última estadística palesa d'una manera ben clara, com certs autors estudien els problemes clínics i com és poc el que podem fiar dels resultats obtinguts per persones que tracten les qüestions amb un criteri tan ampli. Afirma que el 70 % d'anexitis són blenorràgiques, essent així que sols en el 10 per 100 de cultius es troba el gonococ, és a dir que sense cap fonament, sense cap motiu justificat i sense cap raó recolzada en observacions bacteriològiques o histopatològiques, assegura que el 60 per 100 de cultius estèrils són gonocòccics.

Prescindirem, ací, dels resultats obtinguts en les estadístiques per considerar que moltes vegades i d'una manera especial en el problema que estudiem, s'utilitzen per a embrollar les coses i fer-les creure segons convé a la teoria defensada per cada autor. Creiem, nosaltres, que les estadístiques no són necessàries per a donar una idea aproximada de la proporció dels diferents gèrmens en les infeccions dels genitals interns ; cal sols considerar llur possibilitat per a niar a la trompa. En la interpretació d'aquest fet està la veritable incògnita del problema etiològic de les anexitis, car tots els gèrmens es troben constantment en l'organisme humà i tots poden arribar als genitals per via limfàtica i per via hemàtica. Quant a la via directa intestinal, ja en parlarem després ; no la creiem molt a propòsit per a trametre aquest tipus d'infecció. Aprofito aquesta oportunitat per a expressar l'adhesió més absoluta a la teoria defensada pel distingit company Dr. Garriga Roca en la comunicació presentada al II Congrés Nacional de Patologia Digestiva.

Un cas clínic tractat fa poc temps ens servirà per a discutir el tema de les anexitis, quan es presenten en dones sense història genital patològica i farem referència d'una manera especial a les possibilitats respectives del bacil de Koch i dels gèrmens normalment sapròfits.

En tractar dels gèrmens sapròfits parlarem únicament del colibacil per considerar que és el més representatiu de les infeccions banals i el que té més probabilitats per a arribar a allotjar-se a la trompa ; entengui's, però, que en esmentar el colibacil ens referim a tots els gèrmens que es troben a la mucosa nasal, a la boca, amígdales, intestí, etc. (micrococus tetràgens, neumococ, enterococ de Thiercelin, bacillus perfígens, bacillus sporògens, ets., etc.).

Un altre motiu tenim per a referir-nos especialment al colibacil. En el curs passat (1935-1936) el Dr. Soler Julià va presentar una comunicació a l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya en la qual defensava l'origen intestinal (sovint colibacillar), de moltes salpingitis. Aquest article està concebut a manera de rèplica a la comunicació del distingit ginecòleg, i, per tant, tindrem especial interès a ampliar i demostrar la contestació que nosaltres donàrem a l'esmentat company en aquella data.

* * *

Sra. E. C., casada, 31 anys, un fill, menarquia (16 anys). Tipus menstruació 30-3, de soltera 40-3. Lactància materna. Per manca de llet va emprar en la seva filla la lactància artificial.

Antecedents familiars. — Un germà mort de tuberculosi pulmonar.

Antecedents personals. — Coxàlgia tuberculosa als dotze anys la qual guarí amb sol i repòs de llit. Mobilitat de l'anca malalta disminuïda. Adenitis cervical supurada. Operada d'apendicitis, sembla que les molèsties justificaren la intervenció a conseqüència de la qual van desaparèixer els dolors i els trastorns digestius. L'apendiceptomia guarí el restrenyiment habitual que sofria de jove.

Fa tres anys que es queixa de dolor a les cames i regió lumbar, cefalàlgia i vertigens ; menja bé. A l'hivern té amb molta freqüència infeccions de tipus gripal que coincideixen amb la menstruació i l'obliguen a allitar-se. Sembla que cada any aquestes infeccions es repeteixen amb més freqüència.

Malaltia actual. — Començà com una infecció gripal o colibacillar; febre, cruiximent d'ossos, mal de cap i desgana, sequedat de pell i mucoses. Aquestes molèsties coincidiren amb el començament de la regla. La malaltia durà uns vint dies, passats els quals començà a llevar-se. Sols presentà febre (38°) els sis dies primers.

No quedà ben guarida. Estava decaiguda, no tenia gana i a poc a poc començà a sentir-se, cada dia més acusat, dolor a la fossa ilíaca dreta que augmentà després de dues aplicacions de sol, fins a obligar-la a allitar-se per segona vegada. No obstant, el repòs no millorà el dolor, al contrari, augmentà. S'intentaren molts tractaments sense èxit. Un detall important: l'escalfor augmentava les molèsties. No va tenir més febre. Sembla que el dolor d'estómac que patia abans desaparegué en el curs d'aquesta malaltia, especialment en presentar-se les molèsties a la fossa ilíaca. Ni vòmits ni ventre voluminós. Deposicions normals.

Exploració bimanual. — Marcada resistència de la paret, fons de sac dret dolorós. Matriu normal.

La intervenció posà de manifest les següents lesions: Trompa dreta i fons de pelvis dret enrogits; ovari del mateix costat de forma, color i consistència normals, exceptuant una prominència llisa molt ben delimitada de color de sang venosa de la mida d'un cigró.

Practicada la salpingoovariectomia dreta, la malalta guarí completament de les seves molèsties.

La biòpsia resultà negativa, quant a l'existència d'un procés inflamatori. La petita tumoració de l'ovari que macroscòpicament donava la sensació d'un abscés, no era altra cosa que un antic hematoma follicular ja organitzat i de consistència molt dura.

Cultiu. — Estèril.

En comentar aquest cas, hem de prescindir dels resultats negatius obtinguts en els exàmens bacteriològic i histopatològic. Davant la síndrome que acusava la malalta i davant el fet real del seu guariment una vegada extirpat l'anex dret, cal pensar que forçosament la lesió estava localitzada, o bé a la trompa o bé a l'ovari. Es tractava d'una simple neuràlgia essencial? Les neuràlgies genitals tenen per origen, segons Cotte, un estat de vulnerabilitat o millor d'hipersensibilitat en les terminacions dels nervis sensitius, especialment del simpàtic; en aquestes condicions, és suficient un petit estímul, mai no proporcionat a la intensitat de les molèsties, per a provocar una reacció dolorosa. Aquest petit estímul, que en les dismenorrees és la menstruació, podria ésser ací una toxèmia gripal o colibacillar o també un ultravirus tuberculós.

Podria, encara, donar-se el cas que existís una espina irritativa i no s'encertés el lloc precís de la seva localització en practicar la biòpsia.

Recordant una conferència pronunciada pel professor Dr. Bartrina, direm que quan la clínica no està d'acord amb les investigacions biològiques, hem de donar més belligerància a la primera, puix que per equivocar-se en la clínica s'ha d'interpretar malament, la història de la malalta, les manifestacions del malalt i les sensacions que recollim mitjançant el tacte, les oïdes i la vista; és molt difícil que en cas d'equivocar-nos, no trobem una d'aquestes sensacions que ens orientin per a seguir el bon camí. Els diagnòstics biològics sols s'obtenen mitjançant les impressions recollides per la vista en un moment determinat de la malaltia i en un fragment de la peça patològica, si per qualsevol circumstància no s'encerta el lloc de la lesió o el moment precís de la seva virulència, la impressió recollida no expressarà la realitat dels fets objecte d'estudi.

Tres malalties compten amb possibilitats d'ésser les causants dels dolors i molèsties abdominals: La pelviperitonitis tuberculosa, l'anexitis colibacillar, o bé una reuràlgia ovàrica.

TUBERCULOSI GENITOPELVIANA

L'aspecte macroscòpic de la peça extirpada, l'examen ocular de la regió durant l'acte operatori i les dades recollides en l'estudi clínic de la malalta, ens porten, en primer terme, a considerar la possibilitat que es tracti d'un cas de pelviperitonitis atípica tuberculosa.

En efecte, en els antecedents familiars i personals ja trobem senyals de tuberculosi: Un germà mort tísic, i ella amb lesions cutànies i articulars ben manifestes. No hem d'oblidar que quan volem descobrir l'etiolo-

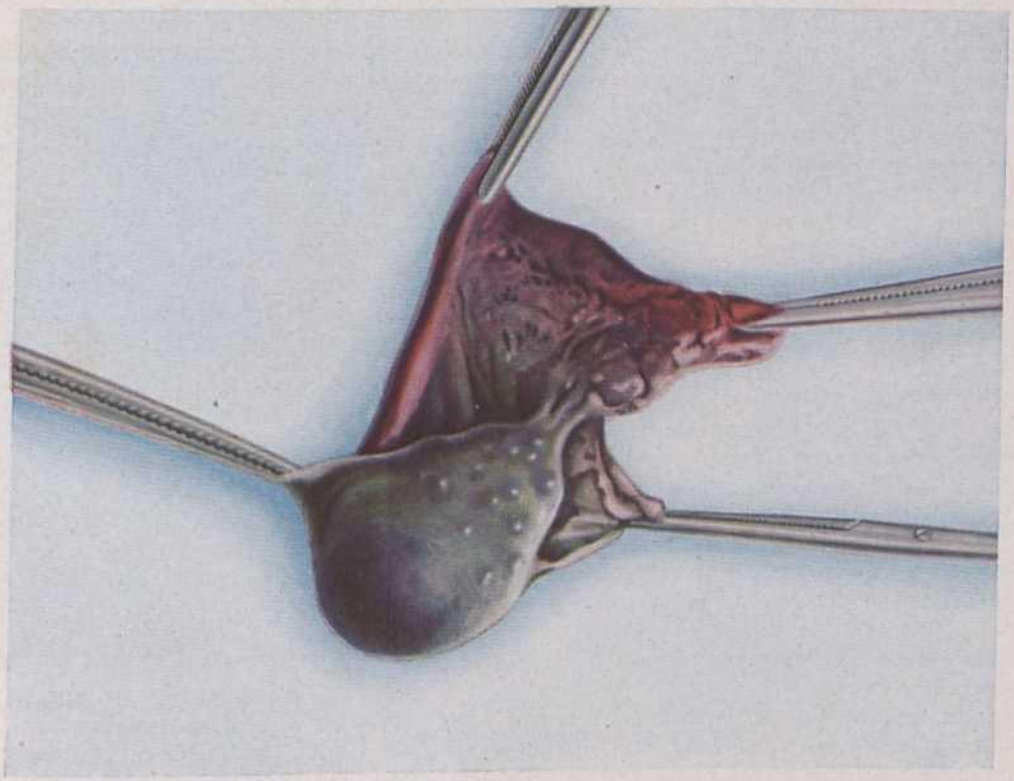


Figura 1.

gia d'una infecció genital, i no ens orienten els exàmens biològics, ens hem de valer de les dades que ens proporciona l'interrogatori i els senyals objectius recollits en el moment de la inspecció, aquestes observacions tenen manta vegada més transcendència, per al diagnòstic, que la mateixa exploració manual tan important sempre en ginecologia. De la mateixa manera que la història d'un part, d'un avortament o bé d'una blenorràgia com a punt de partida del trastorn genital, ens fan pensar amb molt fonament en un procés sèptic o gonocòccic, així mateix quan trobem antecedents tuberculosos o un ambient familiar propici al contagi, hem de pensar en la tuberculosi.

Altres dades ens fan pensar també en aquesta malaltia. Els hiverns sofria freqüents refredats que coincidien amb la menstruació i que li produïen febre. Certs autors ens parlen de febre fisiològica que comença uns dies abans de la menstruació i acaba en començar aquesta. No creiem molt en l'existència d'una febre fisiològica: és més raonable acceptar l'existència d'un procés inflamatori genital en evolució, estimulat per les alteracions, especialment d'ordre circulatori, que tenen lloc, en determinats moments del cercle uterí. Quan la febre augmenta en començar les pèrdues cateminals

i continua uns dies després, ningú no dubta de la presència d'un procés inflamatori.

En el cas concret que discutim, tot ens recorda la tuberculosi, la febre inexplicable que coincidia amb la menstruació i l'oblgava a allitar-se, la menarquia tardana (16 anys), les menstruacions retardades, l'ambient familiar, l'adenitis supurada, etc. A més, la manera de començar la malaltia actual i el seu desenvolupament ens recorden també la tuberculosi abdominal: el principi uns dies de febre, després, un llarg període de temps sense, però, amb desgana, mal de cap, incapacitada per al treball i dolor a la fossa ilíaca dreta que va augmentant fins a obligar-la a allitar-se per segona vegada. Es molt important per al diagnòstic la circumstància que el dolor no millorés amb el repòs ni amb les aplicacions calentes. Aquest detall, cal tenir-lo molt en compte puix que no s'observa en cap més infecció llevat de la tuberculosi; si la grip o bé el coli poden donar una reacció genital d'aquesta naturalesa és cosa que no sap ningú i que naturalment fóra molt interessant d'ocupar-se'n; qui sap si ens donaria l'explicació de certes lesions fins ara desconegudes i que per exclusió atribuïm al bacil de Koch.

Ja que hem esmentat la grip, no volem passar per alt plantejar la suposició que la presència d'aquesta malaltia hagués reactivat una tuberculosi genital latent, o precipitat la seva evolució d'una forma semblant al que sovint veiem en la tuberculosi pulmonar. No és descabellat d'acceptar que es tractava d'una veritable grip, la qual reactivà una salpingitis tuberculosa latent o bé contribuí a localitzar als genitals una tuberculosi distant clínicament guarida.

Per tal que tractem de fer un judici crític imparcial, no volem deixar sense comentari algunes dades poc favorables al diagnòstic de tuberculosi, que justifiquen les hipòtesis que discutirem després. Volem posar-les de manifest perquè, malgrat que no siguin incompatibles amb el concepte de tuberculosi, ens priven d'acceptar de bell antuvi aquest diagnòstic, i ens donen peu a plantejar la possibilitat que les lesions, l'etiologia de les quals tractem de descobrir, hagin estat ocasionades per un altre germen.

L'aspecte de la serosa del fons de pelvis dret era el que veiem en tots els estats flogístics peritonials no bacillars, enrogida i hiperemiada. En els processos tuberculosos aguts o subaguts està enrogida únicament la trompa, puix que en els seus capillars més fins i més pròxims a la llum canalicular és on acostumen a raure les lesions primàries i més destructives. Quan també està interessat el peritoneu pèlvic o visceral, a més de les zones enrogides trobem sempre sembres miliars més o menys abundants, però sempre visibles. Unicament es podria acceptar aquestes lesions com a tuberculoses, suposant que fossin provocades per gèrmens filtrables, l'existència dels quals es sospita des de fa uns anys en el cicle evolutiu del bacil de Koch.

Les molèsties que acusa la pacient tant per llur manera ràpida de desenvolupar-se com també per la seva intensitat i situació, ben limitada i precisa, no donen la sensació d'un procés tuberculós. En la tuberculosi, el dolor abdominal és mal localitzat i la mateixa malalta no sap precisar exactament el lloc on està situat. Es queixa de molèsties i dolors en diferents regions que difícilment es poden localitzar palpant amb energia.

Quan tractàrem extensament aquest tema (Monografies Mèdiques, volum 86), dèiem que explorant aquestes malaltes no es troba pas la tensió abdominal de la peritonitis aguda en la qual el ventre es posa dur com una fusta i molt dolorós, ni la que s'observa en les peritonitis ocasionades per un procés estreptocòccic o gonocòccic que donen reacció dolorosa en la part baixa del ventre, la qual va minvant a mesura que ens apartem de la pelvis. En els processos tuberculosos, el dolor i la resistència al palpament no s'observa sols a les fosses ilíaques sinó que pren un caire més uniforme i difús. També fèiem notar, i no tenim motius per a canviar de criteri, després del temps transcorregut d'aquella comunicació, que el dolor intens

i ben limitat és propi de les adenitis mesentèriques, malaltia molt més freqüent del que en general es creu. Aferrats en aquest criteri, dèiem textualment: «El dolor espontani no es propi de la tuberculosi genital. La invasió lenta del bacil de Koch i el caràcter destructiu de les lesions segurament inhibeix tota reacció dolorosa».

La resistència i dolor del fons de sac dret és una altra prova en contra per tal que les anexitis tuberculoses es caracteritzen per la moderada resistència de la paret i la poca sensibilitat a l'exploració combinada.

I ara em seran permeses unes reflexions a propòsit de la tuberculosi.

No m'explico per què tanta oposició a acceptar que la tuberculosi genital és una malaltia freqüent. No és del domini públic que el bacil de Koch es troba en els llocs més diversos de l'organisme i que gairebé en totes les autòpsies es descobreixen lesions tuberculoses, unes vegades guarides i altres en evolució, encara que la malaltia que ha ocasionat la mort no tingui res a veure amb la tuberculosi? El bacil de Koch provoca lesions ganglionars, pulmonars, intestinals, òssies, articulars, etc., amb una freqüència que no trobem ni de lluny en cap altre germen. Per què no acceptar, doncs, la freqüència de la tuberculosi genital, essent així que els genitals de la dona presenten condicions especialment favorables per a la seva implantació? En ells, hi trobem activitat funcional (períodes menstruals, parts, i avortaments) congestions actives i passives (tota mena d'infeccions, prolapses, versions i torsions) i també comunicació directa amb l'exterior i amb la cavitat abdominal. Encara que nosaltres no crèiem molt en les infeccions directes, la comunicació amb la cavitat abdominal fa que puguin ésser contaminats en les infeccions peritoneals d'origen intestinal.

Figura 2.

Hem d'acostumar-nos a la idea que la majoria d'infeccions genitals atípiques són tuberculoses, per moltes raons, especialment, però, perquè el bacil de Koch és el que amb més freqüència es troba dins de l'organisme i el que ocasiona lesions en els llocs més diferents, i també perquè no poden encabir-se en cap altre grup.

Es ací, on més hem de creure en l'existència d'un ultravirus tuberculós. Molts processos genitals atípics que trobem en dones generalment verges en el curs de laparatomies practicades per les més diverses afeccions i moltes vegades en virtut de diagnòstics erronis, presenten un quadre clínic que ens recorda a cada pas la tuberculosi. Això no obstant, no són descrits com a tuberculosos, perquè no cultiven el bacil de Koch ni s'observa la presència de formacions miliars.

El quadre clínic més freqüent, gairebé standard, a què ens referim és el de l'antiga clorosi. Noies de constitució feble que durant llur infantesa han sofert processos tuberculosos ganglionars o articulars, amb menstruació de tipus oligomenorreic o dismenorreic, amb molèsties abdominals imprecises, leucorrea, desgana, etc., etc., en casar-se aquestes dones augmenten les molèsties abdominals, s'aprimen, no tenen fills, i si queden emba-

rassades per casualitat, el procés adquireix una evolució més greu. L'exploració combinada posa de manifest una matriu atròfica, versions o flexions poc movibles, moltes vegades laterodesviacions i resistència fibrosa en un fons de sac lateral.

ANEXITIS COLIBACIL-LAR

Tant la manera de desenvolupar-se la malaltia, com la lectura dels símptomes descrits dóna peu a establir certa analogia amb la història clínica presentada per Soler Julià, de la qual ja hem parlat anteriorment. L'estudiarem, doncs, des d'aquest punt d'albir amb més motiu per tractar-se també del diagnòstic que nosaltres suposàvem més probable abans de decidir la intervenció.

La infecció general que va precedir la localització que estudiem ara, sembla talment una infecció de tipus calibacillar. Febre, sequedat de pell i mucoses, cruiximent d'ossos i lleugers trastorns gàstrics. Una infecció gripal que és la malaltia amb la qual es podria confondre no acostuma a donar trastorns gàstrics i té una característica pròpia inconfusible, humitat de mucoses i diaforesis.

Acceptant el diagnòstic d'infecció colibacillar, no res més natural que creure en un procés genital de la mateixa naturalesa, car l'estat de virulència del colibacil era el més a propòsit per a provocar una genitalitis aguda. Copiarem exactament la simptomatologia de la malalta presentada per Soler i Julià, perquè hom pugui veure la seva semblança amb el nostre cas.

Des de fa vuit o nou mesos es queixa de tant en tant de dolor en la F. I. D. que alguna vegada han adoptat forma de crisi, però sense vòmits, ni embalum de ventre, ni ventre tancat: creu que no tenia febre, almenys no era alta. Quasi bé mai no s'havia de posar al llit. A més d'això, sent amb freqüència pes i malestar en el sotaventre, particularment a la dreta, algunes tardes sensació de fatiga general. No sap si té febre. Durant tot aquest temps, constipació pertinaç (3-4 dies sense evacuar). Poca gana, creu que ha perdut de pes. Orina bé.

Exploració. — L'únic punt quelcom dolorós de l'abdomen és el Mac-Burney i fossa iliaca dreta. Punts renals normals.

Per palpació combinada es troba: Uter normal de forma i posició. Trompa dreta engruixida i dolorosa: Douglas lleugerament dolorós Anexos esquerres semblen normals, per bé que el fons de sac és quelcom dolorós.

El fet que la malalta que presentem no millorés els dolors abdominals amb el sol artificial podria ésser una altra dada en pro d'una infecció aguda colibacillar, almenys no abona la possibilitat de la tuberculosi.

Malgrat que acceptem que pot tractar-se, aquest cas, d'una infecció colibacillar, ens resistim a creure que la salpingitis d'aquesta naturalesa sigui una malaltia freqüent i donarem les nostres raons.

Les observacions deduïdes dels casos observats en la nostra pràctica i, a més a més, els coneixements que tenim de les diferents facècies de què és capaç el colibacil, tant sapròfit com patogen semblen recolzar aquest criteri. Els dubtes que tenim es refereixen, quant a la freqüència, no a la possibilitat que pugui desenvolupar-se la infecció genital provocada per aquest germen. No dubtem, com hem dit, que és possible la salpingitis colibacillar, puix que es tracta d'un germen que sovint es torna patogen; cal, però, tenir present, que, si a voltes ocasiona lesions orgàniques, és més per la quantitat en què sol envair les vies humorals que per la seva virulència.

Aquesta particularitat és molt important pel que fa referència a la possibilitat de les lesions genitals. En efecte, sabem que les lesions colibacillars més freqüents es produeixen en el fetge i vies biliars (congestions hepàtiques, colecistitis crònica amb càlculs o sense càlculs) i en les vies urinàries (pielonefritis, pielitis i cistitis), no res més natural que siguin aquests òrgans els més lesionats puix que són els encarregats d'eliminar el germen

durant les fases de colibacillèmia. No s'ha descrit cap més lesió, fora de les salpingitis en la resta de l'organisme. Tot fa creure que si la salpingitis colibacillar fos una malaltia freqüent també es parlaria de lesions en altres òrgans que es troben en condicions semblants.

Els colibacils que viuen normalment a l'intestí, gairebé sempre inofensius, poden travessar la mucosa especialment a nivell del cec ascendent i de l'última porció de l'íleum, i arribar a la gran circulació seguint les vies limfàtiques i el canal toràcic. Aquesta colibacillèmia d'origen intestinal, més o menys intermitent i passatgera, però contínuament repetida, ocasiona les infeccions colibacillars cròniques. Els gèrmens que no són ràpidament destruïts, resten a la sang molt poc temps i són eliminats de les vies humorals per mitjà del fetge i ronyons. Es per aquesta raó que es produeixen amb tanta freqüència les infeccions biliars i urinàries; més ben dit, no és pas per la virulència del germen que s'infecten les vies biliars i urinàries, sinó que és per la quantitat i per la continuïtat en què passen per aquestes vies naturals d'eliminació.

Per què es parla del colibacil i del bacil de Koch quan es tracta d'escatir el germen de les infeccions genitals d'etiologia desconeguda? Té una explicació. L'estat actual de la clínica i de la fisiopatologia no permet o fa molt difícil descobrir la causa d'aquestes lesions. No sols són difícils de diagnosticar les lesions guarides i les que estan en període regressiu, sinó també, manta vegada, les que estan en plena evolució. En parlar de lesions guarides ens referim a totes les malformacions genitals d'ordre atròfic no congènites ni traumàtiques.

El clínic procura assabentar-se mitjançant un meticulós interrogatori, com ha començat el procés, quina malaltia o trastorn fisiològic ha sofert la pacient que pugui tenir relació amb l'objecte de les nostres investigacions. Coneixent el mecanisme en virtut del qual les infeccions locals i generals (blenorràgia, infeccions puerperals, tifoide, etc.) i les malalties constitucionals (raquitisme, diabetis, etc.) actuen sobre els diferents òrgans de l'aparell genital de la dona, és possible d'arribar a coneixement de com s'ha desenvolupat una hipoplàsia uterina, una desviació, una salpingitis o una ovaritis escleroquística. Quan l'interrogatori acompanyat d'una acurada exploració no ens orienta d'una manera satisfactòria, s'acostuma a culpar el colibacil i el bacil de Koch; el primer perquè trobant-se sovint a la sang es suposa que pot arribar i conrear-se a la trompa i el segon perquè és capaç de lesionar i lesiona en efecte tots els òrgans.

Plantejada la qüestió en aquests termes, sembla versemblant que tant el coli com el bacil de Koch poden ésser causa de les inflamacions anexionals d'etiologia desconeguda. Si examinem, però, més curosament l'assumpte recordant i aplicant ací el que sabem de la fisiopatologia de les infeccions, veurem que cap de les vies de propagació no té possibilitats de transmetre als genitals la infecció colibacillar. Ja hem parlat abans de la via hemàtica; quant a la via directa o per continuïtat, i a la limfàtica (a través del lligament de Clado, tan discutit i no acceptat per tothom) que sembla més a propòsit per a portar el colibacil a la trompa, la pràctica quirúrgica ens demostra que no són freqüents les lesions genitals d'origen intestinal i més concretament d'origen apendicular, que és la malaltia que amb més freqüència necessita intervenció, i on, per tant, es poden observar, sovint, aquests fets.

No es podrà negar que molt poques vegades una apendicitis dóna lloc a una salpingitis; si aquest cas es donés sovint, en practicar apendicèptomies ens trobaríem constantment sorpresos amb la presència de processos genitals concomitants, cosa que, com tots sabem, no sol passar. L'apendicitis i en general totes les inflamacions intestinals, es caracteritzen per la tendència a formar adherències intestinals i parietals i a encapsular les formacions purulentes; ara bé, nosaltres no hem vist mai la presència dels anexos en

aquests enganxaments. *El tan cobejat flirt apendiculoovàric no és més que una frase, una frase elegant per a sortir del pas quan es fa difícil de precisar un diagnòstic, però sense cap valor clínic.* La laparatomia demostra sempre, en aquests casos, l'existència d'una sola lesió. En canvi les pelvicellulitis, i en general totes les genitalitis agudes, ocasionen fàcilment adherències amb l'intestí i amb l'apèndix. Les observacions de H. Freud, Thaler, Fonyo, Bumm, Schridde, donen suport al que acabem d'exposar.

En practicar apendiceptòmies constatem sovint la presència d'ooforitis escleroquística ; això, però, ja és un altre assumpte que no intentarem estudiar perquè ens apartaríem massa del nostre objectiu. Sols recordarem que la majoria d'ovaritis escleroquístiques són de naturalesa tòxica i per tant es tracta d'una lesió molt freqüent ; l'apendicitis crònica és capaç d'ocasionar-la, però per mitjà d'un altre mecanisme, no pas per contagi directe.

Per últim, citarem dues raons en contra d'aquest tipus d'infecció genital, tretes de la comunicació presentada per Garriga Roca al II Congrés Nacional de Patologia Digestiva, titulada «Origen intestinal de les infeccions uteroanexials». «He tingut ocasió—diu—d'operar dos casos d'apendicitis, coincidint un d'ells amb una gestació de quatre mesos ; en l'altre (es tractava d'una apendicitis gangrenosa), amb una gestació a terme. Pel cas, era absolutament igual, ja que en els dos vaig trobar tot l'anex dret submergit en plena col·lecció purulenta i la trompa estava banyada per una gran quantitat de pus. En cap d'aquests casos no es trobà les franges tubàriques aglutinades ni es desenvolupà posteriorment un piosalpix, tot i que era una col·lecció purulenta de gran poder sèptic que reunia les millors condicions per a poder desenrotllar aquesta lesió, puix que, com he indicat, els anexos estaven submergits en el pus. Els casos d'hematometra, hematocolpos, o hematosalpix per manca de permeabilitat del conducte vaginal, veiem que poques vegades supuren si no s'ha practicat cap punció. Fargas, en la seva obra de ginecologia, cita casos d'hematocele retrouterí tolerat durant molts mesos. Els casos d'embaràs abdominal retingut durant anys, demostren suficientment que trobant-se reunides una sèrie de circumstàncies que podrien ésser suficients per a determinar la infecció, aquesta no es produeix ; d'on es pot deduir que en condicions normals no és fàcil la infecció d'origen intestinal per via hemàtica».

No insistirem més en l'aportació de dades perquè creiem haver demostrat a bastament les poques possibilitats del coli, quan a la provocació de lesions genitals es refereix. Sols la descripció de molts casos com el presentat pel nostre distingit company Dr. Soler Julià, ens faria canviar de criteri, ja que, davant de l'evidència dels fets, perdrien valor totes les teories i consideracions clíniques i patogèniques mitjançant les quals hem tractat de justificar els nostres punts d'albir.

NEURALGIA GENITAL

La neuràlgia genital és un altre diagnòstic que es pot discutir.

En l'actualitat domina el criteri que sempre el dolor genital de tipus neuràlgic és el resultat d'una hiperexcitabilitat de la trama nerviosa de l'úter i de l'ovari, i en parlar de trama nerviosa, el mateix ens referim als filets sensitius (dolor per irritació directa), que als filets motors (producció d'espasmes i còlics), ja sobre els vasomotors (isquèmies i hiperhèmies) com també sobre els secretors. El que no sabem és si la hiperexcitabilitat és el resultat d'una hipersimpaticotonia o d'una hipervagotonia.

Diferents factors poden fer més vulnerables les terminacions dels nervis conductors de la sensibilitat. Segons Kraul, l'evolució del follicle provoca un estat d'hipervagotonia (la del cos groc una hipersimpaticotonia), amb més motiu l'hemorràgia follicular podia portar com a conseqüència obligada un desequilibri del sistema vagosimpàtic. També les infeccions i into-

xicacions cròniques tenen molta importància en l'etiologia de les neuràlgies i neuritis primitives.

Determinades modificacions del medi humoral relacionades amb un trastorn endocrí, poden donar lloc als mateixos resultats. La disminució en l'organisme del ion Ca., és suficient per a provocar una hiperexcitabilitat de tots els nervis perifèrics, per això en aquestes malalties no solament trobem pertorbat el sistema nerviós de la pelvis, sinó que també observem altres manifestacions vagotòniques (crisis del plexo solar, asma, gastràlgies), o simpàtiques (diarrees, taquicàrdia, acrocianosis, etc.). La tuberculosi podria haver actuat ací d'agent pertorbador de la concentració càlcica.

En aquest tipus de neuràlgia, la reacció dolorosa depèn, més que de la mateixa lesió considerada aïlladament, de la seva situació, pel fet que quan està localitzada prop d'un terreny intensament inervat els dolors abdominals són sempre desproporcionats a la lesió trobada en l'acte operatori. També cal recordar que cada individu reacciona de diferent manera al dolor; l'herència artítrica, per exemple, predisposa a les neuràlgies de tota mena. Això explica que certes dones amb processos inflamatoris molt manifestos a penes acusin molèsties, mentre que altres són portadores de lesions que no justifiquen els sofriments llurs.

Insistint sobre aquest tema, que, malgrat s'aparti lleugerament del nostre objecte, no deixa de tenir interès, puix que tractem de justificar l'etiologia d'un cas de reacció dolorosa abdominal, sense causa justificada, direm que precisament la majoria de dismenorrees i de neuràlgies pèlviques es troben en dones amb genitals aparentment sans, per bé que l'acte operatori posa de manifest lesions de poca importància, des d'aquest punt d'albir, com, per exemple, úter atròfic excessivament movible, ovaris atròfics o escleroquístics, trompa prima i esclerosa, lligaments prims i distesos, cap de les quals no justifica el dolor que tractàvem de guarir. La nostra opinió, en aquest assumpte, ja insinuada en un altra publicació, és que es tracta de processos crònics ocasionats per malalties infeccioses de llarga duració, especialment: tuberculosi, sífilis, parotides, etc., sofertes a la segona infància i pubertat.

Si la dismenorrea es pot explicar com el resultat d'una hiperexcitabilitat del sistema nerviós genital provocada per trastorns que, com el neuroartritisme i l'ovaritis escleroquística no són altra cosa que estats constitucionals o bé estats de defensa consecutius a malalties ja desaparegudes, o poc tòxiques, quan el símptoma dolor és accidental i ben localitzat, com en el nostre cas, hem de pensar a més a més en la presència d'un procés en activitat. Es natural que si coincideixen les circumstàncies anteriorment exposades, pot donar-se el cas que la intensitat de les molèsties acusades no guardi relació amb la poca importància del procés inflamatori.

Per altra part, l'espina irritativa, pot passar desapercebuda, si en practicar la biòpsia no es cau en el lloc precís de la lesió.

En resum, la neuràlgia genital no és més que un estat de major vulnerabilitat dels nervis sensitius que té per origen o bé una lesió local guarida o en estat latent que actua d'espina irritativa, o bé un procés tòxic general amb lesió més o menys coneguda, o les dues coses a la vegada. Forçosament les lesions genitals han d'ésser latents o de poca activitat microbiana, puix que d'altra manera no es comprèn que sols ocasionen dolor en circumstàncies molt especials i mitjançant estímuls molt petits.

En el nostre cas, l'espina irritativa seria l'antiga hemorràgia follicular i la toxèmia (tuberculosa, gripal o colibacillar) l'estímul que posà a prova la vulnerabilitat de la xarxa nerviosa de l'ovari.

Total, que després de donar mil voltes a l'entorn d'aquest problema hem tornat a parar en el primer punt de sortida; a formular-nos un altre cop les mateixes preguntes. Es tracta d'una lesió inflamatòria? Quin germen l'ha ocasionada?

Han passat sis mesos de la intervenció i les molèsties que havien minvat algunes, i desaparegut altres, s'han tornat a manifestar encara que amb característiques diferents.

Ha tornat a perdre la gana sense aprimar-se, i està novament decaiguda i endolorida; el dolor no l'acusa a la fossa ilíaca dreta i buit del mateix costat, sinó que està repartit per tot l'abdomen. La palpació de la paret acusa dolor moderat i presenta la resistència elàstica tan característica dels processos peritoneals difusos i subaguts.

Els fons de sac estan completament lliures i l'exploració combinada no és dolorosa. En fi, de l'examen clínic sembla deduir-se que el procés que motivà la laparatomia s'ha escampat arreu de la serosa.

Tot plegat, l'estat de la malalta, el dolor abdominal difús i somort, la millora obtinguda després de la laparatomia i sobretot el resultat negatiu de la intervenció practicada (salpingoovariectomia) semblen indicar que el diagnòstic que tants dubtes i consideracions ens ha suggerit s'ha resolt a favor de la tuberculosi.

* * *

Hem escrit aquest article amb la finalitat d'aportar una nova prova en defensa del criteri que un procés pot ésser tuberculós encara que no sigui possible demostrar la presència del germen que s'ha acordat acceptar com a únic causant de la tuberculosi.

Forçosament si volem trobar una explicació més o menys satisfactòria dels casos com el que hem exposat i en general de tots aquells processos genitals atípics l'etiologia i evolució dels quals desconeixem, hem de començar per acceptar que el tubercle i el bacil de Koch no són més que els dos aspectes de la infecció tuberculosa que els actuals mitjans d'observació posen a l'abast dels nostres sentits: el primer, és la forma de defensa del germen, i el segon, la reacció histològica de l'organisme. Flota en l'ambient, impulsat per les ensenyances de la clínica i els suggeriments d'alguns investigadors, el criteri que, a l'entorn de les formes clàssiques esmentades, existeixen formes atípiques—ultravirus, formes mucòsiques, bactèries d'atac, gèrmens de virulència flogògena no tuberculògena—que malgrat que desconeixem gairebé en absolut, no és molt lluny la data en la qual serà possible descriure les seves característiques bo i posant de manifest el sospitat dinamisme polimorf del germen de la tuberculosi.

MALFACILA DIAGNOZO

La aŭtoro, kiu en antaŭaj diversaj publikaĵoj eldiris kriterion, ke la tuberkulozaj infekcioj reprezentas grandan procenton inter la inflamprocesoj de la internaj generorganoj, profitas klinikan kazon ĵus observitan por insisto pri tiu interesa afero. Temas pri malsanulino, kiu prafamilie kaj persone prezentis tuberkulozajn okazaĵojn, kiu, post infekcio tipe gripa, statas malforta, senapetita, kun laco kaj ĝeno ĉe la dekstra iliaka fazo, kiu iom post iom estiĝas fortdolora.

Malsukceso de ĉiuj kuracadoj aplikitaj devigas lin interveni, kaj li trovas, kiel nuran lezon, moderan ruĝiĝon de la loka peritoneo kaj altiĝon de vejna sangkoloro ĉe la ovario, kio, post histologia ekzameno, montriĝas hemoragia foliklito antikva kaj organizita.

Li faras la diferencigan diagnozon inter la tuberkulozaj procesoj, la kolibacilaj aneksitoj kaj la generaj neŭralgioj. Li ne opinias ke kolibacilaj infekcioj povas esti oftaj, ĉar nek la salpingo nek la ovario estas bonaj medioj por kolikulturado, kaj tiuj ĝermoj nur lezas hepatajn kaj urinajn vojojn. Pri rekta infekcio ankaŭ li ne kredas, kaj li aludas kazojn de pusadoj apendicdevenaj, en kiuj la aneksoj troviĝis banataj en puso, sen infektiĝo, kio certigas ke la esperita apendicovaria altiro estas nur frazo por eviti malfacilan precizigon de diagnozo, sed ĝi havas nenian klinikan valoron. Li fine asertas ke tuberkulozo estas ebla ĉe se oni ne povas konstati ĉeeston de K. B., kaj ke K. B. kaj tuberkulo estas simple du aspektoj de tuberkuloza infekcio, kiujn la nuntempaj observorimedoj ebligas al niaj sentoj, ekzistante tiel certe netipaj formoj, ke, kiam oni povos ilin priskribi, evidentiĝos antaŭdubebla multforma dinamismo de la ĝermo de la tuberkulozo.

A propòsit de la radiografia plàstica

pel Dr. R. Torres-Carreres

El professor Jeanneney en una comunicació a la Societat de Cirurgia de Bordeus (10 desembre 1936) ha desenterrat una enginyosa tècnica que Bela Alexander féu conèixer l'any 1906 al II Congrés Alemany de Roentgenologia i amb la qual obtenia imatges radiogràfiques d'un relleu sorprenent.

Jeanneney reclama novament l'atenció sobre la possible utilitat d'aquestes radiografies *en relleu*.

Es molt probable que aquestes radiografies plàstiques puguin constituir un mitjà d'aclariment en alguns casos de diagnòstic difícil i és possible també que, com diu ell, aquests casos es trobaran, sobretot, entre els malalts d'aparell digestiu.

La cosa més segura és, però, que tot plegat no passi d'una simple curiositat fotogràfica en la qual l'aspecte artístic excelleixi per damunt de tota altra particularitat.

Un radiòleg valencià, el Dr. C. Calatayud-Costa, el 1915, des de la «Revista Española de Electrología y Radiología», cridà l'atenció sobre la curiositat del mètode de Bela Alexander i amenitzà el seu treball amb unes quantes illustracions força interessants. Tenim referències que, d'aleshores ençà amb poca distància l'una de l'altra, únicament Blondeau, d'Alger, i Grand-Gérard, de Nancy han assajat l'adaptació del mètode a l'obtenció de modelatges radiofotogràfics, d'ossos i de vísceres el primer i de lesions toràciques el segon. Ambdues aportacions corresponen al 1936, ço que val tant com dir que han passat mes de deu anys de silenciació des del treball del radiòleg valencià fins ara ; de la mateixa manera que en transcorregueren deu més des del treball de Bela Alexander fins el del nostre collega llevantí, per al qual volem reivindicar uns drets en la història del tema.

Calatayud-Costa, en efecte, donà a conèixer una síntesi del procediment que té un *modus faciendi* ben senzill. D'acord amb ell, és possible, d'un negatiu radiogràfic qualsevol, extreure una *radiografia plàstica* capaç de donar la sensació innegable de relleu.

Per començar, cal obtenir del negatiu i per contacte una prova positiva damunt de vidre. Aquesta diapositiva no exigeix cap modificació en la tècnica fotogràfica habitual : carregar el xassís-premsa amb el clixé negatiu i una placa seca encarats per la part de la gelatina ; impressionar aquesta placa adequadament amb llum natural o artificial durant un temps que estarà d'acord amb la duresa del negatiu i amb la intensitat lumínica del focus emprat ; revelat, fixat i eixugat de la placa positiva impressionada.

Un cop obtinguda la diapositiva hom procedeix a impressionar una tercera placa a través d'ella i del negatiu original. Caldrà, però, que aquesta operació vagi precedida d'un previ desplaçament dels dos clixés en forma que llurs vores es distanciïn—bé en sentit vertical, bé en l'horitzontal—en una quantitat que pot variar de ¼ a 1 ½ mm. Aquest desplaçament facul-

Figura 1.

tatiu en sentit vertical o horitzontal permetrà d'obtenir, a voluntat, l'aparició d'ombres de relleu a dalt, a baix, a la dreta o a l'esquerra.

Formada, així, la imatge plàstica, hom pot fer la seva reproducció de dues maneres: bé tirant abans un *negatiu plàstic* i, a seguit, les proves definitives damunt paper.

Breu: la tècnica de Calatayud-Costa, a base dels elements que eren corrents en aquell moment pot abreujar-se així:

1. Obtenció prèvia d'una diapositiva del negatiu radiogràfic.
2. Superposició de les plaques negativa i positiva per la cara del vidre i amb un lleuger desplaçament mesurable per fracció de millímetre.
3. Obtenció del *negatiu plàstic* a través d'aquestes gelatines impressionades i lliscades.
4. Obtenció de fotocòpies positives d'aquest darrer negatiu.

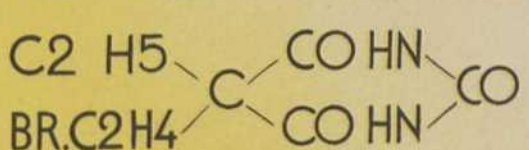
Les imatges obtingudes d'acord amb aquest esquema acusen una manca de finor, segurament per causa de l'excés de distància entre les gelatines impressionades.

Nosaltres, treballant amb film, per comptes de fer-ho amb placa, aconseguim reduir força l'obligatòria aparença de desenfocat que tenen les imatges *mal casades*, si ens és permès d'usar ací el lèxic fotogràfic.

Figura 2.

També nosaltres ens hem permès una modificació d'estalvi que consisteix a escurçar les operacions amb la supressió del darrer temps. Això ens ho ha suggerit l'aspecte particular de les imatges obtingudes damunt paper fotogràfic a través del negatiu i de la positiva sobreposats. Cal remarcar que, contràriament al que diuen Bela Alexander i Calatayud-Costa, aquestes imatges no són pas negatives, sinó una cosa mixta, i per tant ens pot estalviar

Neuronal



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
FOSFORAL
TURÓN
TONICO NERVIOSO Y
ESTIMULANTE DEL CEREBRO
Fatiga cerebral, - Agotamiento psíquico, - Estados neurasténicos, - Depresión nerviosa, - Convalecencias
Debilidad consecutiva a las emociones y al trabajo mental excesivo, - Perturbaciones de la memoria y de la atención, - Melancolía en sus diversas formas, - Desmineralización orgánica, - Fosfaturia.
PREPARADO POR
JOSÉ Mª TURÓN SITJAR
QUIMICO FARMACEUTICO
LABORATORIOS TURÓN
Lauria, 96
BARCELONA
DOSIS: Una cucharada de las de café disuelta en tila o en sifón, después de las comidas, cuantas veces lo disponga el médico.
LABORATORIOS TURÓN
LAURIA, 96
BARCELONA

Fenilcal

FENILETILMALONILUREATO CÁLCICO

OTRAS INDICACIONES:

DISMENORREAS DOLOROSAS
CEFALALGIAS LUÉTICAS
ENURÉSIS NOCTURNA

LABORATORIOS TURÓN
LAURIA, 96 BARCELONA

LIDENOL

PODEROSO RECONSTITUYENTE

MEDICACIÓN FOSFO-IODADA ORGÁNICA

LABORATORIOS TURÓN

LAURIA, 96 BARCELONA

Figura 3.

l'obtenció d'un nou passatge.

Es molt probable que, com diuen gairebé tots els radiòlegs que se n'han ocupat, aquestes *radiografies plàstiques* o *radioparaglifes* no tinguin més transcendència que la de pura curiositat radiològica, però és també molt probable que alguna vegada puguin fornir suggerències que contribueixin a aclarir diagnòstics difícils.

Les radiografies que presentem per a illustrar aquesta nota ens permeten de fer més vistent una fractura de colze i una hipertròfia de sella turca.

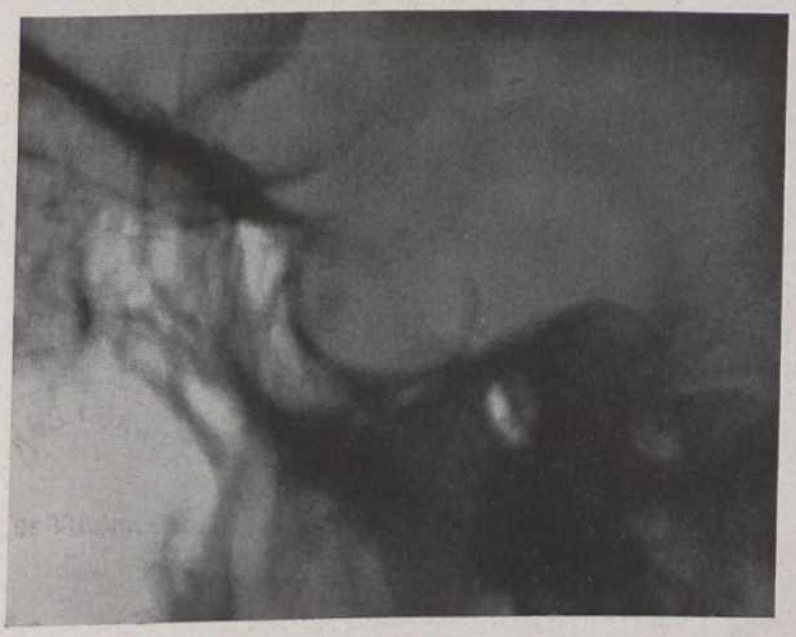


Figura 4.

Estem segurs que la comparació de les dues ràdios plàstiques amb les imatges clàssiques corresponents podran motivar del lector crític reaccions diverses, però a tots sense excepció no deixarà de colpir la sensació de relleu adquirida per les ombres roentgenogràfiques. Així en la *radiografia* 1.ª el *relleu* o, millor dit la *falsa imatge del relleu* fa molt vistent la ratlla de fractura que en la *radiografia* 2.ª té una *imatge plana* i força menys destacada.

Parellament, en la *radiografia* 3.ª hom pot veure, en mig d'un camp que recorda les visions lunars clàssiques, el *relleu* d'unes apòfisis clinoides pertanyents a la sella turca d'un acromegàlic engrandida pel procés d'hipertròfia hipofisària que constitueix la base anatòmica d'aquesta malaltia endocrina. Aquesta imatge anormal fa bo de veure al costat de la reproduïda en la figura 4.ª, corresponent a la radiografia senzilla de la mateixa zona cranial.

Remarquem que la lectura diagnòstica de les imatges trucades és particularment més alliçonadora a base de procedir per simple cop d'ull.

Si, per contra, hom pretén aprofundir l'examen de les ombres radiogràfiques amb el mateix esperit analític que requereix la interpretació de les radiografies ordinàries, el resultat de la recerca serà ben poc aprofitable i en alguns casos pot arribar a conclusions negatives.

PRI PLASTIKA RADIOGRAFIO

La aŭtoro enhavigas, kiel kuriozan noton, metodon, kiun Bela Alexander proponis en 1906 por atingi radiografaĵojn kun reliefo, kaj post memorigo ke valencia radiologo—Calatayud-Costa—ankaŭ ĝin uzis, proponas teknikan modifon konsistantan el:

1e. *Atingo sur filmo pozitivon el la negativo radiografa.*

2e. *Surmeto de ambaŭ gelatenoj de la pozitivo kaj de la negativo kun iometa flankeflanka delokigo je milimetra frakcio.*

3e. *Atingo sur fotografa papero pozitivon el tiu kuniĝo delokigita.*

El sarcoma d'Ewing

pel Dr. J. Trueta i Raspall
Cap del Servei de Cirurgia de l'Hospital General de Catalunya

Conegut sota diferents noms segons el país o l'investigador que se n'han ocupat, fou descrit el 1921 pel professor de Nova York J. Ewing de manera magistral amb el nom d'endotelioma. Altres autors el denominen periteloma (Zanoli), retículo-sarcoma (Connor) i sarcoma globocellular. Avui és universalment conegut amb el nom del savi americà que en féu la descripció, homenatge just i merescut contra el qual es rebellà inútilment la seva modèstia.

Es presenta aquest tumor amb característiques d'una acusada individualitat, constituint una entitat pròpia al marge del sarcoma osteogenètic i del mieloma. El mèrit principal d'Ewing és haver definit tots els trets més sortints del tumor, ja que aquest no solament té una histologia d'individualitat ben marcada, sinó també una radiologia, una clínica i fins una sensibilitat a la radioteràpia inconfusible.

La freqüència d'aquest tumor és molt més elevada del que es podia sospitar per l'escassesa de descripcions que aparegueren durant els primers anys.

L'any 1931, entre els 1.158 que hi havia catalogats al «Registry», de Chicago, Bowman, en trobà 129 d'endotelioma, la qual cosa dóna un percentatge de més de 1'11 %. Servier publicà el 1930 un recull dels casos existents en la literatura mèdica fins aquell moment i arribà a la xifra de 108. Kolodny trobà un percentatge més petit, puix no sobrepassen les seves dades del 8 % dels sarcomes del «Registry» entre menys de 700 tumors mesenquimatosos (any 1927).

Correntment es localitza damunt els ossos curts (crani, omòplat, pelvis) i sobre la regió metafisària dels llargs, d'on es propaga al tub diafisari; depèn del treball de les cèllules neoplàsmiques i de les mesures protectives de l'os, essent una malaltia de la segona infància i de l'adolescència; en aquest punt l'acord és unànime. La major part dels casos descrits tenen de 8 a 15 anys. El cas típic que adjuntem al final d'aquest treball atacà un nen de 6 anys.

La histogènesi del tumor, que ha motivat innombrables interpretacions, no està encara aclarida del tot. En un principi Ewing cregué que tenia origen en l'endoteli perilimfàtic i tardà bastants anys a canviar d'opinió. Actualment admet com a més segur que s'origini el neoplasma a expenses de l'endoteli vascular; basa aquesta concepció en l'estructura histològica del tumor, especialment en el caràcter endotelial de les cèllules, en l'abundant existència de sinus plens de sang normal, en el fet d'aparèixer en diverses parts de l'os a la vegada seguint el curs dels vasos de la medulla i en la manca de propietats osteogenètiques de les cèllules pròpies d'aquest sarcoma.

Després de la primitiva interpretació d'Ewing, l'any 1925 Connor exposà el seu criteri atribuint al teixit retículo-endotelial l'origen del neoplasma. Segons aquest autor, la cèllula mesenquimatosa primitiva pot evolucionar en dues diferents direccions:

1. Per una part, la transformació de la cèllula primitiva pot donar lloc al fibroblast. Quan a expenses d'aquest es presenta un neoplasma, pren els caràcters del sarcoma osteogenètic.

Per altra banda, la cèllula originària es pot convertir en un element propi del sistema retículo-endotelial. Si és aquest que pren una evolució maligna, apareix el tumor d'Ewing.

2. Si la cèllula mesenquimatosa primitiva agafa els caràcters de la cadena sanguínia, dóna naixença a "hemocitoblast que acabarà el cicle de la seva evolució formant el leucocit o l'hematie. Si es presenta una degeneració sarcomatosa, prendrà el tipus del mieloma.

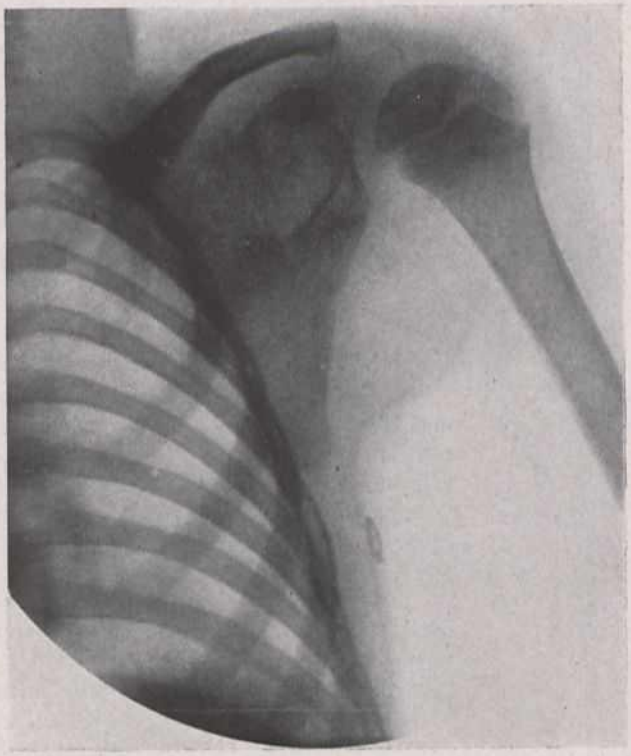


Figura 1

Connor, que amb aquesta distribució cataloga totes les formes de sarcomes ossis, ha volgut arribar fins a l'última classificació creant subgrups. Segons ell, el tumor d'Ewing podria prendre un tipus reticular amb fi retícul intercellular, un tipus difús sense estructura definida i per últim un altre formador de vasos, que batejà amb el nom d'angioendotelioma. Aquestes subdivisions no són generalment acceptades, puix sembla que un mateix tumor estudiat a fons presenta, segons el lloc que s'examina, caràcters de les dues primeres formes. Quant a l'angio-endotelioma, cal estudiar-lo a part, seguint el criteri de Kolodny, segons el qual es tracta d'un tumor amb personalitat pròpia.

La interpretació de Connor, encara que no amb exactitud, és pariona a la donada més tard per Oberling. Segons aquest autor, la cèllula reticular jove pot diferenciar-se de la següent manera :

a) En cèllules reticulars o en cèllules endotelials. Quan esdevenen neoplàsmics, formen els retículo-sarcomes indiferenciats, els retículo-sarcomes diferenciats i els retículo-endotèlio-sarcomes.

b) Pot evolucionar també cap al cicle hematopoiètic donant lloc a l'hemocitoblast que al llarg de la seva transformació originaria, en esdevenir neoplàsmic, els mielo-sarcomes. En la direcció limfoide, el mateix hemocitoblast donaria lloc als limfo-sarcomes.

Aquesta classificació d'Oberling, que Roussy fa seva, té indiscutiblement l'avantatge de basar-se en l'estudi complet del sistema retículo-endotelial i de poder incloure's en ella tots els neoplasmes d'origen endotelial encara que no sigui de localització òssia. Té en canvi l'inconvenient d'ésser excessivament teòrica i menysprear per complet totes les suggerències clíniques que no hi mantenen cap mena de relació. Per altra banda, l'angioendotelioma, descrit per Kolodny, no té cabuda en la nomenclatura d'Oberling.

Kolodny critica el criteri d'Ewing de l'origen vascular del sarcoma que porta el seu nom, dient que en el material del «Registry» no hi ha observacions que permetin de compartir les seves idees. Troba més suggestiva la concepció de l'origen similar entre el mieloma i el tumor d'Ewing com a fills tots dos d'alteracions del sistema limfogènic, ja que és evident l'absència d'elements formadors de sang en la medulla de l'os afecte. Per totes

aquestes dades, hi veu quelcom més que un simple tumor ossi, i així li ho fan creure la seva tendència a la difusió, la multiplicitat de focus en un mateix os i la rapidesa amb què dóna noves localitzacions tumorals en distintes parts del cos.

De totes aquestes opinions diferents, no hi ha encara avui possibilitat de saber quina és la més encertada. Per una banda, el prestigi i llargs estudis d'Ewing inclinen a acceptar el seu criteri com a bo. Per altre costat, l'autoritat dels seus contraopinants ens fa impossible de prendre partit.

Hi hagi o no dubtes sobre la histogènesi del sarcoma d'Ewing, no per això deixa aquest de constituir una entitat mòrbida ben definida. Com sempre, la clínica i la radiologia formen el suport de la seva personalitat.

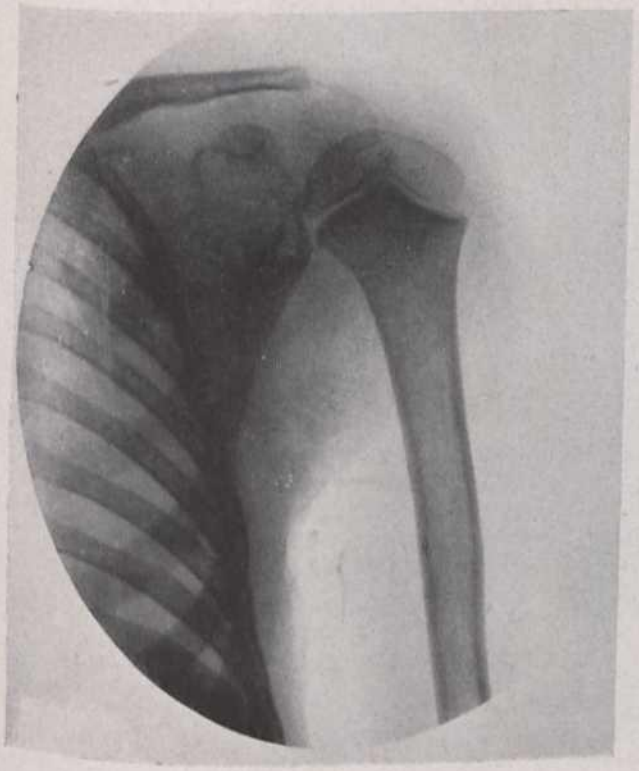
Anatomia patològica macroscòpica. — A diferència del sarcoma osteogenètic, sembla començar en diversos focus a la vegada, tant a la medulla com als canals haversians de gran mida. Aquests focus primitius confluexen i s'estenen en totes direccions i tarden quelcom a lesionar el còrtex, fent-ho quan la medulla està àmpliament envaïda. De manera ràpida rarifica i dissol la substància òssia dels canals haversians fins arribar al periosti, el qual reacciona produint una capa de reforç. Aviat aquesta barrera és traspassada, però novament el periosti intenta embolcallar tot l'os envaït, creant una capa superposada a l'altra. Aquest procés es repeteix diverses vegades fins que la capacitat productiva és vençuda definitivament i aleshores es propaga el tumor als teixits tous circumdants.

Si en aquest període es produeix una necrosi amb absorció de teixit ossi, apareix una cavitat al llarg de la diàfisi, de localització subperiòstica, plena d'un líquid semblant al pus.

Les cèllules sarcomatoses s'escampen amb facilitat entre les làmines òssies separant-les unes d'altres, imatge que és perfectament visible en les proves radiogràfiques.

Als talls apareix el sarcoma d'Ewing com si un teixit de granulació emplenés els espais ossis, prenent quan és d'evolució recent, un color grisenc. Per l'aspecte anatomo-patològic, tal com veurem després que passa amb la simptomatologia, té molts punts de contacte amb l'osteomielitis. Si la peça examinada és d'un tumor en període més avançat, pot presentar l'aspecte característic de molla de pa.

Figura 2



La duresa del sarcoma és molt variable; depèn del lloc d'implantació i de les alteracions regressives del teixit ossi, així com del grau de vascularitat del tumor. Algunes vegades s'observa la formació de falsos quistos amb un contingut groguenc vermellós semblant a la gelatina. En general, el sarcoma d'Ewing té una rica aportació sanguínia.

Diferint del sarcoma osteogenètic, aquest neoplasma metastitza sovint per via limfàtica demés de la sanguínia, i és corrent de trobar els ganglis regionals infartats. Això fa que també els òrgans envaïts siguin distints, trobantse sovint empelts del tumor en altres ossos, amb preferència en els del crani; també els pulmons són objecte de gran nombre de metàstasis. Tant en un

lloc com en l'altre prenen la mateixa contextura histològica del tumor primitiu.

Anatomia patològica microscòpica. — Vist a petit augment, al microscopi, el sarcoma d'Ewing presenta una característica que el fa fàcilment diagnosticable: la uniformitat de la seva distribució histològica, sols alterada per petites zones hemorràgiques i necròtiques.

A major augment s'aprecia la forma polièdrica i petita de les de les cèllules, amb un nucli ovalat i un citoplasma allargat i sense taques; grànuls de cromatina abundants i nombroses mitosis. El que no hi ha en aquest tumor són cèllules gegantes, ni tenen les petites cèllules pròpies del sarcoma d'Ewing cap propietat osteogenètica; no es veu, doncs, os neoformat que no sigui el propi de la reacció periòstica. Es freqüent de veure cèllules en franca degeneració hidròpica i mucoide arribant, en alguns casos, a la necrosi completa amb liqüefacció. No hi ha substància intercellular apreciable, però en canvi els aplecs de cèllules estan tan estrets, que els límits d'aquestes es fan poc visibles i arriben a deformar-se per pressió de les unes contra les altres.

Un fet que cal esmentar és la manera d'absorbir-se l'os sense l'ajut de cèllules gegantes, veient-se les travècules en camí de necrosar-se rodejades de cèllules neoplàsmiques, com si fos lisada la substància òssia per la secreció cellular patològica. Una altra particularitat la dóna el fet de trobar-s'hi cèllules dels plasma, com esdevé en el mieloma, sense que avui, encara, puguem explicar-nos el paper que hi juguen.

En les parts perifèriques del tumor es veuen infiltrats limfocítics que en una preparació poc meticulosa un investigador inexpert pot prendre per un procés inflamatori.

Hi ha en el sarcoma osteogenètic una varietat amb cèllules petites i a penes fusiformes, la característica histològica de la qual és molt semblant a la que dóna el tumor d'Ewing. Constitueix, segons aquest autor, una subvarietat del sarcoma osteogenètic i ha estat presa indegudament per un endotelioma. L'existència d'os en formació, de substància fonamental fibrillar, de monstruositats cellulars, i de cèllules fusiformes més típiques en altres camps, és el que permet diferenciar-los. En últim extrem, hem de seguir el consell d'Ewing: la història del malalt, la simptomatologia, la radiologia i la tendència a la difusió, són els elements decisius per a orientar-nos.

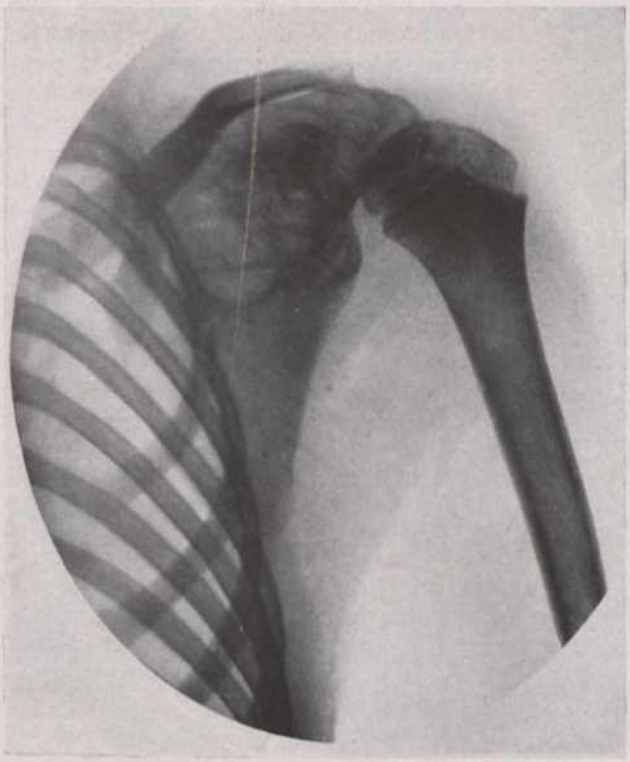


Figura 3

Simptomatologia i curs clínic. — En el «Registry» americà, un 7'5 % de casos de sarcoma ossi eren del tipus descrit per Ewing. Té marcada preferència pel sexe masculí (tres mascles per una femella). Com el sarcoma osteogenètic, apareix en

l'edat jovenívola; té predilecció per als ossos petits (costelles, clavícula, vèrtebres, crani) i també per als ossos tubulars, com la tíbia, peroné, húmer cúbit i fèmur; en aquests és de localització metàfiso-diafisària, i pren una gran extensió fins agafar gairebé tota la diàfisi.

Es molt freqüent l'existència, en els antecedents del malalt, d'un traumatisme, el qual sembla tenir més influència en aquest tumor que en el sarcoma osteogenètic.

Sovint va acompanyat de febre, que junt amb els grans dolors, fan errar el diagnòstic, prenent-lo per una osteomielitis. El tipus de dolor que succeeix al trauma sol ésser continu al principi, però aviat agafa el ritme intermitent com també ho fa la febre, i cedeix al cap d'uns dies fins a produir-se un nou atac, que sempre sol ésser més fort que l'anterior. Cada vegada que els atacs de febre o de dolor són més pròxims, fins que la primera sospita que es tractés d'un reumatisme o d'una osteomielitis es veu esvaïda per l'aparició del tumor palpable. No és rar que s'escoli un any abans que el tumor sigui descobert. Per a fer més complicat el quadre, els períodes de febre van acompanyats d'alteració quantitativa dels leucocits amb augments fins a quinze i divuit mil, amb la fórmula normal.

S'ha donat, repetides vegades, el cas de diagnosticar una osteomielitis en malalts afectats de sarcoma d'Ewing als quals practicaren exàmens microscòpics del teixit extret i en què l'evolució immediata semblava confirmar la naturalesa inflamatòria del tumor per haver cicatritzat la ferida després d'un període de granulació, talment com si es tractés del curs curatiu d'una osteomielitis. Leriche ha insistit en les dificultats de diferenciar el sarcoma d'Ewing de les osteïtis corticals diafisàries d'estafilococs, especialment quan el malalt ha estat tractat per mitjà de vacunes. Aleshores l'osteomielitis pren un curs anormal sense grans símptomes inflamatoris, i la imatge radiològica té molts punts de contacte amb la pròpia del tumor d'Ewing. Un cas reportat per ell a la Societat de Cirurgia de Lyon, l'any 1929, fou una palpable demostració de les seves asseveracions.

Hi ha casos en els quals el primer símptoma és la fractura de l'os afecte, però aquesta contingència no és molt freqüent en el sarcoma d'Ewing.

Convé practicar la palpació del tumor amb meticulositat donant-li més importància de la que correntment se li atorga, ja que, a més d'apreciar la forma, consistència, duresa, volum, etc., en els casos sotmesos a radioteràpia ens permet de seguir la marxa i apreciar els efectes del tractament. Així mateix, interessa efectuar sovint la palpació de les regions gan-

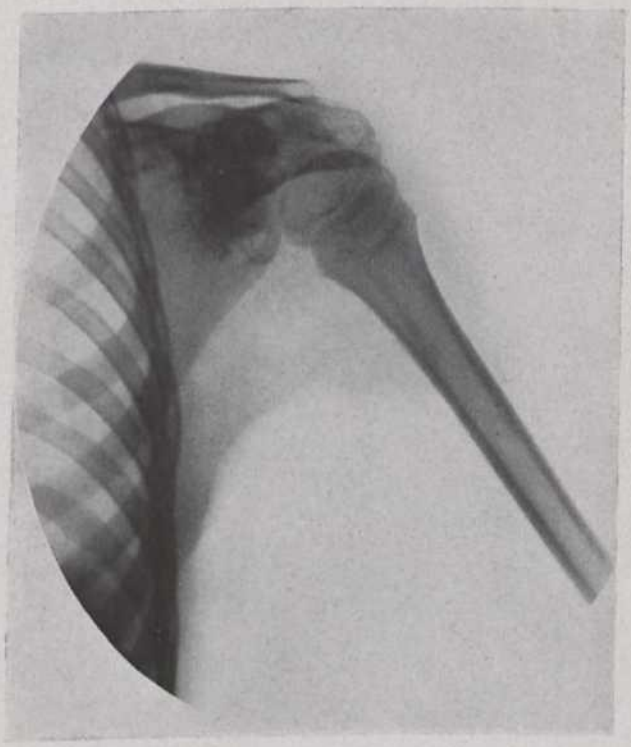


Figura 4

glionars, car, com hem dit abans, és corrent d'apreciar-hi infarts metastàsics, cosa que no ocorre en el sarcoma osteogenètic.

L'aparició del tumor va acompanyada d'un quadre d'hipertèrmia local amb rubefacció moltes vegades, i que forma, amb el dolor, el conjunt simptomàtic tan poc característic.

Tot d'una, la suposada síndrome inflamatòria minva d'intensitat fins desaparèixer, fent creure en una curació espontània del mal, mentre un nou atac no vingui a donar impuls creixent al sarcoma.

A l'igual que en el sarcoma osteogenètic, no és freqüent la invasió articular, i quant a metàstasis, no té regla fixa, ja que si bé sol donar-les ràpidament en la majoria de casos, en altres tarden anys a presentar-se ; tenen la màxima predilecció per al crani, seguint a aquest, en freqüència, els pulmons ; els altres ossos són atesos més rarament. La sembra ganglionar, encara que no és rara, és veu en menys casos que la metàstasi pulmonar.

Diagnòstic. — De la major importància, de poc característics que són els símptomes i per la gran transcendència que té formular un diagnòstic ràpid, és que valorem el conjunt de dades en què es pot basar.

La clínica, per sobre de tot, ens deu posar sobre la pista començant per l'anamnesi, amb la freqüent existència d'un traumatisme en l'inici d'un procés i un curs intermitent de dolors i altres símptomes propis de la inflamació, seguits de períodes d'aparent curació.

La radiologia ens dóna dades de gran importància per a sentar el diagnòstic. Quan es practica un examen radiogràfic al debut de la malaltia, no podem apreciar cap dada, puix calen uns sis mesos per a fer-se aparents els trastorns ossis ; després d'aquest temps veiem les modificacions següents :

1. Quan es tracta d'ossos llargs, es veu una reabsorció irregular i difusa que envaeix gran extensió de la diàfisi i el canal medullar es fa borrós.

2. Engrandiment de la diàfisi, que en el seu conjunt pren un aspecte fusiforme, disposant-se l'os periòstic en capes paralleles i longitudinals, a la manera d'una periostitis de gran intensitat. Es, el que s'ha anomenat imatge en tels de ceba, que es considera gairebé patognomònica. Quan l'os atacat té al seu veïnatge un altre os com a la cama i a l'avantbraç, el sa es corba lleugerament a la pressió del neoplasma.

La imatge radiogràfica del tumor d'Ewing es diferencia de la del sarcoma osteogenètic per la major difusió del procés i per prendre una localització més francament diafisària. Li manca, a més la disposició tan freqüent en el sarcoma osteogenètic d'imatge en raigs de sol i també en l'ombra en esperó a l'extrem periòstic del neoplasma.

Radiològicament, en canvi, el sarcoma d'Ewing és molt difícil de distingir de l'osteomielitis, puix aquesta també pot presentar la imatge en tel de ceba ; ara que l'aparició d'aquest canvi d'estructura en la infecció és molt precoç, mentre que sol ésser tardana en el sarcoma d'Ewing.

Amb l'abscés central i crònic dels ossos de Brodie, la localització metafisària central i limitada ens permetrà de diferenciar-lo.

El sarcoma d'Ewing vertebral es confon correntment amb la tuberculosi. El tumor dóna amb més rapidesa trastorns medullars i l'acompanya l'edema dels teixits tous que cobreixen les vèrtebres malaltes. Als raigs X, un examen fet amb focus ben localitzat descobreix la vèrtebra afecta més curta en sentit longitudinal i amb densitat disminuïda uniformement.

Quan no tenim dades suficients per a fer un diagnòstic en ferm, convindrà practicar exàmens radiològics repetits amb freqüència, veient-se llavors augmentar la invasió destructiva de l'os al mateix temps que es fan imprecisos els límits de la tumoració.

Si el neoplasma primitiu recau damunt un os pla o curt, el diagnòstic diferencial radiològic, es fa més dificultós, ja que com a únics símptomes s'aprecien una descalcificació central i llacunar de la capa compacta de l'os junt amb una lleugera reacció periòstica.

La gran marca
dels antisèptics urinaris
i biliars

URASEPTINE ROGIER

granulat soluble
no irritant
ni tòxic
malgrat la seva acció enèrgica

Dissol
i expulsa
l'àcid úric

DOSIS: de 3 a 6 culleradetes de les de cafè per 24 hores

Henry ROGIER, Dtor. en Farmàcia
Ex-intern dels Hospitals de París

AGENTS PER A ESPANYA
J. URIACH i C.ia, S. A. - Bruc, 49 - Barcelona

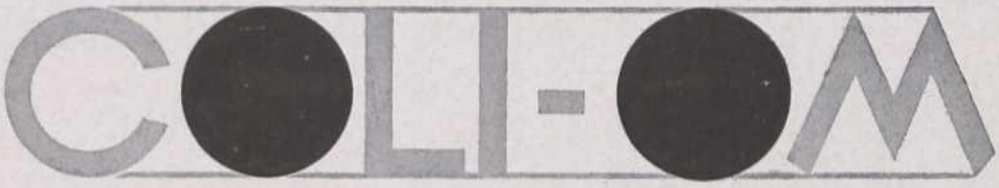
HEMOSTASIA...?

...trombyl morató

FIBRO - FERMENT DE LA SANG

Capses de 5 tubs de 2 c. c.
Capses de 5 tubs de 5 c. c.
» » 1 » » 20 »

MOSTRES A LA SEVA DISPOSICIÓ



Vacuna anti colibacil-lar

societat general
de farmacia
madrid: pl. de les corts, 11
esplugues - barcelona

En els estadis més avançats pot prendre un aspecte de molla de pa, molt paregut al del mieloma.

Zanoli ha descrit un tumor d'Ewing de localització vertebral amb la vèrtebra afecta d'aspecte marmori, únic cas conegut a la literatura mèdica.

El diagnòstic diferencial, especialment durant els primers temps de l'evolució del tumor, deu establir-se amb nombroses afeccions que s'hi poden confondre.

Els caràcters que el diferencien del sarcoma osteogenètic han estat repetits diverses vegades, per la qual raó no hi insistirem.

Amb el mieloma, els trets essencials per a fer el diagnòstic diferencial són els següents: malalt generalment vell, diversos ossos atesos des del començament del mal; radiografia amb nombrosos nòduls circulars de recalcificació; reacció de Bence-Jones positiva.

Amb el tumor de cèllules gegants, per la seva localització epifisària, l'aspecte bombat, el curs benigne i el fet d'ésser únic.

Amb els tumors ossis metastàsics, per l'edat, la presència del tumor primitiu, l'absència de dolor fins a períodes avançats i l'exteriorització del procés per una fractura, cosa que esdevé sovint.

De la tuberculosi dels ossos llargs, el diferencien la presència de reacsions articulars precoces, l'absència d'augment del diàmetre transversal de l'os i la irregularitat i pobresa de la periostitis.

De la sífilis, el diferencien l'absència d'història pseudo-osteomielítica, les reaccions serològiques i el conjunt de símptomes específics.

Amb l'osteomielitis crònica totes les precaucions són poques. Un diagnòstic erroni portaria a una intervenció econòmica suficient per a guarir l'osteomielitis, però de conseqüències fatals cas de tractar-se d'un endotelioma ossi. Per a evitar en el possible tota mena d'error, cal recordar els punts següents:

1. Tota osteomielitis crònica intermitent pot ésser o esdevenir neoplàsmica. Per assegurar-se que no hi ha metàstasi en cap altre os, practicarem radiografies del crani, dels ossos llargs i del raquis i també dels pulmons. L'os objecte dels dubtes diagnòstics serà radiografiat sovint; si es presenta una reabsorció òssia extensa i franca, ens inclinarem per l'osteomielitis, el mateix que si s'observa un aixecament total del periosti ocorregut en data recent. Si l'aixecament del periosti esdevé en època tardana, és de témer que es tracti d'un endotelioma.

2. Convé analitzar totes les osteomielitis cròniques trepanades en individus joves, tant des del punt de vista bacteriològic com microscòpic. La presència d'estreptocs, estafilocs o altres gèrmens és un argument decisiu a favor de l'osteomielitis. L'anàlisi histològica pot revelar-nos la presència d'un tumor d'Ewing en el cas amb més seguretat diagnosticat d'osteomielitis.

Ewing recomana que tota osteomielitis de diagnòstic dubtós, tant clínic com radiològic, així com també tot dolor ossi profund, durable, sense explicació raonada, han d'ésser irradiats preventivament. Aquesta mesura profilàctica es fa indispensable quan es tracta d'ossos curts, com el calcani, vèrtebres, etc.

Irradiant amb aquesta excessiva prodigalitat, ens exposem tal vegada a errar-nos i fins i tot a exaltar un procés infectiu, però en canvi estem en condicions de beneficiar de manera extraordinària el malalt portador d'un tumor d'Ewing.

Si es presenten fístules, eliminació de segrestos, etc., el dubte diagnòstic deixa d'existir.

Pronòstic i tractament. — La seva acusada ràdio-sensibilitat el fan obeir a les aplicacions intenses de radi i de raigs X, que l'obliguen a regressar de manera clara, però per desgràcia la millora obtinguda, és en general, transitòria.

Les dades sobre el material del «Registry» publicades per Bowman l'any 1931 i reportades per ell davant del XX Congrés americà de Cirurgia, consten de 72 casos acceptats pel Comitè com a típics tumors d'Ewing, i d'ells 11 han sobreviscut més de cinc anys, i n'hi hagué un que passà dels deu.

Kolodny creu que els casos que més supervivència han donat són els tractats amb l'amputació i la radioteràpia conjuntament. Amb radioteràpia sola ha pogut constatar supervivències de més de quatre anys; la mitjana de duració es de tres anys en comptes dels vint mesos del sarcoma osteogenètic.

El cas que publiquem al final d'aquest treball, sobrevisqué dotze anys al tractament pels raigs X.

Els mètodes terapèutics que s'han posat en ús amb major o menor èxit han estat els següents:

1. El raspat després de biòpsia. Aquesta terapèutica és funesta. L'endotelioma, com el mieloma, es un tumor difús, impossible per tant d'eliminar en totalitat pel més ampli curetatge.

2. L'amputació semblaria el millor mètode de tractament si fos possible practicar-la en els primers temps de l'evolució del mal. Com que en els primers períodes la incertesa del diagnòstic ens impedeix de llançar-nos a una terapèutica tan radical, quan el diagnòstic està establert en ferm, la utilitat de l'amputació és ja molt relativa, ja que el mal pot haver traspassat els límits assolibles per aquesta tècnica quirúrgica.

3. La radioteràpia és, per contra, la millor tècnica, perquè és una arma eficaç, no solament contra el tumor primitiu, sinó també contra les metastasis, ja que l'endotelioma és, com ja hem dit en altre lloc, extraordinàriament sensible a les irradiacions.

En aquests últims anys, Ewing ha precisat la tècnica a emprar, aconsellant almenys tres dosis eritematoses, en tres o quatre setmanes i per diferents focus. Si existeixen metàstasis cal irradiar-les des del debut, ja que encara són més receptives que el tumor primitiu.

Els pulmons han d'ésser tractats preventivament.

Tot malalt afecte d'un sarcoma d'Ewing ha d'ésser vigilat durant molt de temps i tota sospita de recidiva donarà lloc a un nou tractament radioteràpic que no ens deixarà satisfets fins que aparegui l'os de nou calcificat. En aquest moment ha de practicar-se l'amputació seguint el criteri establert per Ewing i acceptat per Kolodny. Aquesta operació tardana i radical té una missió profilàctica, puix posa a cobert de noves recidives, sempre possible en un tumor de vitalitat tan marcada.

4. Modernament es creu que el radi acusa avantatges sobre els raigs X i encara no s'ha obtingut d'aquell element tot el profit que en l'esdevenidor en podrem aconseguir. Així ho fa creure, entre altres, l'èxit obtingut per Leri i Laborde publicat l'any 1929.

* * *

El cas clínic que motiva aquest estudi, és el següent:

Eduard P., de sis anys d'edat. Des de més de sis mesos que presentava una tumoració progressivament més voluminosa, a la regió escàpulo-humeral esquerra, de consistència tova, que ocupava en examinar-la per primera vegada el Dr. Torres i Carreras l'any 1918, els dos terços de l'escàpula.

Per mitjà de la radiografia feta en aquell moment, es pogué comprovar que la part superior de l'escàpula estava destruïda, sense cap mena de reacció en els teixits envoltants. Tot l'os circumdant tenia l'estructura normal. Hom catalogà l'afecció amb el nom genèric d'ostosarcoma i malgrat la indicació sentada per diversos cirurgians recomanant practicar una desarticulació inter escàpula-toràcica, li fou aplicat pel Dr. Torres Carreras un tractament Röntgen els mesos de gener, febrer, març i abril de 1918.

Al poc temps de la darrera aplicació el tumor s'endurí i es féu més petit, acabant per tenir la consistència òssia i, amb el temps, pogué continuar normalment els jocs i ocupacions pròpies de l'infant.

Durant dotze anys no sobrevingué cap mena de molèstia i fins el record de la malaltia fou esvaït, però l'any 1930 aparegué una metàstasi pulmonar que el conduí a la mort en tres mesos.

En les radiografies que adjuntem s'aprecia com la destrucció de tot el terç superior de l'escàpula, evident en la primera prova, es va fent cada vegada menys aparent fins a esdevenir normal en la darrera.

LA EWING'A SARKOMO

La aŭtoro pristudas sarkomon el rondaj ĉeloj konata nome de endoteliomo aŭ de la amerika esplorinto, kiu unue ĝin priskribis: Ewing.

Tiu verkaĵo estas gvidita ĉefe de la verkoj de la amerika skolo, precipe de tiuj de Ewing mem, de Bowman, Connor kaj Kolodny, kaj de kelkaj alportaĵoj eldonitaj en Eŭropo, nome tiuj de Oberling kaj Roussy; kaj ĉe la fino aperas historio de kazo pri rimarkinda postvivado post rentgenterapio al skapola sarkomo kuracita de Dro. Torres-Carreres antaŭ kelkaj jaroj.

La aŭtoro de tiu pristudo montriĝas dubema inter la priangia koncepto de Ewing kaj tiu de Kolodny kaj aliaj, kiuj rilatigas ĝin al mjelomo, kredante ĝin devena de la limfogena sistemo; ĉar la kazon, kiun li prezentas, li ne povis pristudi histologie.

Tamen, laŭ kuraca vidpunkto, oni povas ĝin konsideri tre favore respondinta al radiadoj.

Hemeroteca mèdica occitana

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

Aparell digestiu

Oclusió intestinal per càlcul biliar, pels Drs. A. Delcrd i Marron. «L'Echo Médical des Cévennes». Nimes, gener 1937, p. 9.

Operar una malalta de 82 anys d'edat, en plena oclusió intestinal, amb vòmits fecaloides, extreure-li un càlcul biliar de l'intestí, i el guariment en pocs dies, constitueixen els fets essencials d'una observació que ens ha semblat interessant de presentar.

Fou sollicitada la nostra assistència el 16 d'agost del 1934, per tal d'atendre la Sra. B. Maria, de Nimes, de 82 anys d'edat, la qual 46 hores abans havia sentit un viu dolor al ventre (sense cap localització), que anà acompanyat ràpidament de vòmits de primer antuvi viscosos i després biliosos.

Quan arribàrem ens trobàrem a presència d'una malalta que patia forts dolors abdominals la localització dels quals era sobretot a la fossa ilíaca dreta. El ventre era abombat, la temperatura era de 38°,5, però el seu estat general impressionava particularment; tenia els ulls ensorrats i el pols bategava a 160.

Durant el nostre interrogatori, la malalta tingué nombrosos ois i, fins i tot, un abundant vòmit l'aspecte i l'olor del qual no permetien dubtar del seu caràcter fecaloide.

En els antecedents la malalta ens fa saber (amb molta pena, car sofreix molt) que des de fa 15 anys pateix crisis hepàtiques. En realitat, des de fa 15 anys té digestions difícils, actualment té crisis doloroses que provoquen vòmits però mai no ha tingut icterícies ni li ha calgut fer llit. Durant els dies que han precedit la crisi actual, ha sentit petits dolors a la cavitat epigàstrica, durant la digestió, i ha observat un lleuger amagriment.

La palpació de l'abdomen no mostra cap caràcter particular; deixant de banda l'abombament que és general, no s'observa cap contractura, ni cap altra senyal que la hipersonoritat generalitzada. El tacte vaginal ni el tacte rectal no revelen res de particular.

Fem transportar immediatament aquesta malalta a la clínica, l'operem tot seguit per una incisió a la fossa ilíaca dreta. El cec i la nansa terminal de l'intestí prim es troben aplanats. Descabdellem aquest intestí prim i arribem ràpidament a descobrir, a 40 cm. del cec, una part de l'intestí que es dilata bruscament i dins del qual s'observa fàcilment la presència d'un càlcul arrodonit de 3 cm. de diàmetre. Pressionant suaument fem remuntar el càlcul vers la part dilatada de l'intestí, però ens és impossible, a desgrat d'un assaig prudent, de fer lliscar el càlcul fins el cec on, d'aquesta manera hauria trobat el camí natural de sortida en seguir espontàniament l'intestí gruixut. Ràpidament procedeixo a incindir transversalment l'intestí prim per tal d'extreure el càlcul, i torno a cloure amb un doble cosit. Aquesta sutura ha estat fixada al peritoneu.

Les següents cures són molt simples i 25 dies després la malalta retorna a casa seva gairebé cicatritzada.

Hem tornat a veure aquesta malalta novament. Es troba bé però, sovint, sent encara petits dolors a la cavitat epigàstrica, amb algun petit vòmit. La pressió damunt la vèsicula biliar és notablement sensible.

Hem d'afegir, que quan veiérem la malalta, tot seguit, ens decantàrem vers un diagnòstic d'oclusió per càncer.

Aquest diagnòstic d'ileus biliar és malauradament un diagnòstic gairebé impossible de fer a l'avançada. Es indubtable que els antecedents de colecistitis calculosa, la percepció d'una massa limitada intraabdominal, bé a través de la paret anterior, bé pel tacte vaginal o rectal, i la radiografia, han fornit sovint, dades molt orientadores per al cirurgià, però, en general, es tracta d'una descoberta operatòria feliç quan hom té la fortuna d'ésser sollicitat amb prestesa.

Aquesta malalta fou intervinguda a les 48 hores: heus ací explicat el bon resultat operatori i, fins i tot, la demostració que fins en els casos desesperats, amb un xic de sort la partida no és del tot perduda.

Vegeu, encara:

Jeanneney, G. i Magendie, J.: *Trastorns digestius en els fibromes uterins*. «La Gazette Mé-

dicale du Sud-Ouest». Bordeus, 15-III-36, pàgina 245.

FERRER SOLERVICENS, F., SIPER MARESMA, S. i SANLLEHÍ GAMBÚS, J.: *Cirrosis hepàtiques i colecistopaties amb litiasi.* «Revista Médica de Barcelona. Maig 1936, p. 429.

GONZÁLEZ GALVÁN, J. M.: *Recopilació d'alguns tractaments poc coneguts de la úlcera gastroduodenal.* «Ars Mèdica». Barcelona, V-36, pàigna 199.

NARD: *Algunes consideracions a propòsit de les estenosis duodenals cròniques.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 31-V-36, p. 342.

CHARBONNEL i MASSÉ: *Resultat allunyat (4 anys i 3 mesos) d'una operació de Heller per megalocsòfag.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 31-V-36, p. 348.

MAURIAC, PAPIN, TRAISSAC, F. J., DUTRENIT i FERRADOU: *Abscés de fetge.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 31-V-36, p. 350.

COURRIADES i FERRAN: *A propòsit del diagnòstic diferencial de l'úlcera perforada i de l'apendicitis aguda.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 31-V-36, p. 350.

MASSÉ, FONTAN i DUBOURG, G.: *Sobre un cas de càncer de recte. Extirpació per via transanal. Procediment de Villard (de Lió). Resultat al cap de dos anys.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 21-VI-1936, p. 392.

LAPORTE, MOREL i DARNAUD: *Forma ascítica d'abscés disentèric de fetge. Guariment ràpid per l'emetina.* «Toulouse Médical». 15-VI-36, pàgina 407.

LEFÈVRE: *Oclusió aguda del duodè per exclusió bilateral.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-VI-36, p. 374.

JONCHERES: *Hèrnia de l'estómac en el tòrax a través de l'orifici esofagià en una dona de 77 anys. Operació per via abdominal. Guariment.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 7-VI-36, p. 360.

CHARRIER i ROCHER, CH.: *Sobre un cas d'ileus biliar.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 30 juny 1936, p. 508.

MAURIAC, P. (de Bordeus): *Ulcera del duodè i crisis gàstriques de la tabes.* «Le Concurs Médical». París, 28-VI-36, p. 1.959.

COTTALORDA, J.: *Les síndromes urinàries de l'apendicitis aguda.* «La Gazette Médicale du Sud-Ouest». Bordeus, 1-15-VII-36, p. 615.

PIQUAND: *Un tumor del cap del pàncreas.* «Centre Médical». Clermont-Ferrand, X-36, p. 289.

PAILLARD, H.: *Dos casos de diarrea deguda a una insuficiència pancreàtica.* «Centre Médical». Clermont-Ferrand, X-36, p. 292.

PICOT: *Un cas de litiasi pancreàtica.* «Centre Médical». Clermont-Ferrand, X-36, p. 76.

DECHAMBRE, E. I S. i NEBOUT, J.: *Lesió de la gran corba de l'estómac de tipus ulcerós, guarida aparentment, després de tractament específic.* «Centre Médical». Clermont-Ferrand, octubre 1936, p. 79.

NEBOUT, J. i DECHAMBRE, E. I S.: *Un cas d'ulcus del canal pilòric.* «Centre Médical». Clermont Ferrand, X-36, p. 81.

DUFOUR, P. i DENIS, R.: *Contribució a l'estudi de la hipertròfia pilòrica en l'adult.* «Centre Médical». Clermont-Ferrand, X-36, p. 84.

GUILLAUMET, L.: *Un cas d'emplenament parcial de les vies biliars durant un dinar baritat.* «Centre Médical». Clermont-Ferrand, X-1936, pàg. 86.

KUENTZ i LATRELLE: *Emplenament de les vies biliars per papilla baritada.* «Centre Médical». Clermont-Ferrand, X-36, p. 90.

GLEIZEL-RAMBAL, L. (de Marsella): *Assaig de radiologia dels estadis inicials de l'úlcera duodenal.* «Annales de E. Merck». II part. 1936, pàg. 185.

GASQUET (de Niça): *Les hemorroides. Tractament ambulatori.* «Mónaco Mediterranée Médical». 15-XI-36, p. 197.

BAUMEL, J. i SERRE, H. (de Montpeller): *Moderna concepció del diagnòstic i del tractament de la litiasi coledociana.* «Le Foie». Annonay, 1936, pàg. 11.

SABRAZÈS, J. (de Bordeus): *Els tumors de fetge.* «Le Foie». Annonay, 1937, p. 2.

ISERN RABASCALL, J.: *Valor del mètode de Czepa en el diagnòstic de les apendicitis.* «Annals de l'Hospital General de Catalunya». Barcelona, 15-XI-36, p. 552.

COURRIADES: *Un cas de volvulus de l'intesti prim.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-XII 1936, p. 876.

SABRAZÈS, J.: Comentari a un treball sobre «*La gastrectomia, intervenció de preferència de la malaltia ulcerosa. Consideracions fisiopatològiques i cliniques*», pel Dr. L. Deloyers. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 27-XII-36, p. 817.

VILA ABADAL, LL.: *Sialolitiasis.* «Actes de les Reunions del Cos Facultatiu del Policlínic». Barcelona 1936, p. 156. Vol. I, núm. 19.

DELORD, A. i MARRON: *Oclusió intestinal per càlcul biliar.* «L'Écho Médical des Cévennes». Nimes, I-37, p. 9.

MARSAT: *Alguns casos d'esofagoscòpia.* «La Gazette Médicale Limousine». Limoges, I-37, p. 24.

NARD: *Oclusió intestinal i apendicitis.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 6-II-37, p. 213.

PETRIGNANI, LAFFITTE, DROUINEAU I HERMETTE i PAPIN, F.: *Apendicitis de forma oclusiva.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 6-II-37, pàg. 213.

MAGENDIE i COURRIADES: *Dolicocolon i càncer sigmoidià.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-II-37, p. 109.

ARGAUD, R. i CHABBERT, H.: *Significació histogènica dels Gitterfasern i llur capteniment en les afeccions hepàtiques.* «Toulouse Médical». 15-II-37, p. 93.

DESPONS, J.: *Els encongiments de l'esòfag.* «Le Bulletin Médical de Bordeaux». II-37, p. 4.

DUCUING, J. i BASSAL (de Toulouse): *Sigmoiditis crònica pseudo-concerosa de forma hipertròfica i estenosant d'origen diverticular.* «Le Documentaire Médical». París, II-37, p. 13.

CHAUVENET, A.: *Sobre l'estenosi hipertròfica del pilor de l'adult.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 6-13-III-37, p. 328.

GEORGET i GCUMAIN, A.: *Sobre un cas de vulvulus del prim per divertivle de Meckel.* «Gazette Hebdamadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 7-III-37, p. 156.

CASTAY, F.: *Voluminós diverticle de la 3.ª porció duodenal.* «Toulouse Médical». 1-III-37, p. 142.

LAPORTE, MOREL i DARNAUD: *Evolució radiològica i clínica típica d'una crisis d'ulcus gàstric.* «Toulouse Médical». 1-III-37, p. 144.

TOURNEUX, J. P. i LESTRADE: *Tumor secundari del fetge (melano-sarcoma).* «Toulouse Médical». 1-III-37, p. 145.

MAGENDIE, J. i COURRIADES, H.: *Dolicocolon i càncer sigmoidià.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 21-III-37, pàg. 184.

Aparell respiratori i Tisiologia

Un cas de tuberculosi i càncer, pel Dr. MIQUEL ESPINOSA. «Annals de l'Hospital General de Catalunya». Barcelona, 15 setembre 1936, pàgina 506.

Es tracta d'un cas que va donar una sorpresa en la necròpsia, d'un procés no diagnosticat i que *a posteriori* ens vam convèncer que si haguéssim observat degudament, hauríem pogut tenir la sospita—si més no—d'un malalt no gens vulgar.

Un caquèctic tuberculós amb una grossa caverna en el vèrtex esquerre, amb lesió secundària en la regió hiliar i parahiliar del costat oposat. Koch i fibres elàstiques positives, amb condicions dolentíssimes d'estat general i a qui solament se li féu un tractament simptomàtic i pronòstic fatal a termini curt. Una radiografia primera ens ilustrà.

Al mes, la caquèxia s'accentua, se li fa una altra radiografia que no s'estudia prou bé, observant solament que a la base dreta hi ha una ombra nodular que s'interpreta com a ombra broncògena, que fa una broncopneumònia final; ganglis hiliars drets augmentats de volum.

La necro ens posa en evidència que hi ha a més un procés neoplàsic bronquial, amb ganglis grossos i durs, nòduls metastàsics en la base del pulmó dret, barrejats amb nòduls fímics; no hi ha cap gangli limfàtic infartat a l'axila ni a la regió cervical.

En una segona ràdio, reconeixem que hauríem hagut de veure que l'augment considerable dels ganglis hiliars drets fet en tants pocs dies i en l'ombra nodular de la base, n'hi ha que tenen una imatge més densa i delimitada que no els nòduls fímics que el volten, tot això ens podia inclinar a sospitar un procés d'altre ordre.

Fets els talls histològics pertinents i després, les corresponents micros, es veu:

Micro 1. Alvèols plens de cèl·lules de nucli gros, algunes d'elles monstruoses, que fan com una lobulació dintre l'alvèol, sense contacte amb els embans interalveolars, fent una falsa imatge d'alveolitis cancerosa; hi ha alguna alveolitis edematosa.

Micro 2. Massa cordonal que penetra dintre dels alvèols, trencant els embans i col·lapsant els alvèols del seu entorn; aquest mameló aguanta la seva coherència sense cap pont d'unió entre les cèl·lules; alveolitis amb cèl·lules cardíaques (macròfags amb hemosiderosi).

Micro 3. Tall de bronqui el còrion del qual està enormement infiltrat, fins al punt de desfer la seva estructura; en la mucosa es troben una pila de cèl·lules cilíndriques amb nucli basal (cèl·lules pròpies de la mucosa bronquial); la llum del bronqui, tota ella obstruïda per una massa gairebé amorfa, on s'hi veuen restes necròtiques nuclears; en altres punts en què la mucosa ha desaparegut, hi ha una intensa connexió entre aquesta massa endobronquial i el còrion de la mucosa.

Micro 4. Gangli: té interès pel polimorfisme que fa aquesta neoplàsia, que arriba a simular un tumor connectiu de cèl·lules rodones, el factor de diagnòstic diferencial es posar en evidència que la circulació sanguínia dintre del tumor es verifica amb absoluta independència respecte a les cèl·lules del tumor; els vasos capil·lars conserven la seva paret endotelial i com a màxim les cèl·lules de la paret, per compressió, són despreses i apareixen flotant en la llum del capil·lar.

Els talls histològics del tumor al nivell del bronqui gros ens donen unes imatges canceroses, les quals topogràficament corresponen sobretot en el còrion de la mucosa bronquial; aquestes images canceroses estan constituïdes per cèl·lules de tipus

cilindrocúbiques amb nombroses carioquinesis, que per llur agrupació adopten una forma més o menys clarament glandular, en les quals es poden seguir tots els passos de transició entre la imatge d'una glàndula i la d'un cordó massís constituït tot ell per cèl·lules neoplàsiques.

En el fet que topogràficament aquestes imatges pseudoglandulars es troben situades en el veïnatge de les glàndules mucípares del còrion de la mucosa bronquial, ens va fer pensar que el punt de partida de la neoplàsia era precisament aquest còrion.

La comprovació histològica d'aquest fet ens la va donar el que fent una coloració específica de la mucina mitjançant el mucicarmi de Mayer, les cèl·lules canceroses tenien una apetència intensa per aquest colorant específic.

Per dificultats tècniques no s'ha pogut fer microfotografies d'aquestes imatges.

(*Transcripció integral.*)

Vegeu, encara:

CARALPS MASSÓ, A.: *El tractament dels empiemes crònics tuberculosos.* «Actes de Les Reunions del Cos Facultatiu del Policlínic». Barcelona, 1936, p. 167. Vol. I, núm. 20.

SAYÉ, LL.: *Tuberculosi miliar crònica.* «Revista Médica de Barcelona». Maig 1936, p. 387.

CHARBONNEL i MASSE: *Abscés collectat del vèrtex i tuberculosi cavitaria.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 31 maig 1936, p. 339.

CREYX, M. i RINGENBACH, G.: *Doble vessament purulent asèptic de les pleures després neumopatia latent.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 7-VI-36, p. 366.

SUANT, E.: *Abscés de pulmó camuflat per una pleuresia purulenta de la gran cavitat; consecutiu a un infart pulmonar durant el curs d'una flebitis pelviana.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-VI-36, p. 382.

SUANT, E.: *Perforació espontània d'un gros hidrotòrax esquerre. Represa del pneumotòrax sense complicació. Guariment mantingut des de 1933.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-VI-36, p. 381.

SECOUSSE i DUHARD: *Un cas de tuberculosi molt evolutiva tractada pel pneumotòrax doble.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-VI-36, p. 380.

CHATELLIER i GADRAT: *Sobre les lesions pulmonars de la malaltia de Besnier-Boeck.* «Toulouse Médical». 15-VI-36, p. 407.

CREYX, M. i RINGENBACH, G.: *Dues observacions d'abscés de pulmó millorades pel mètode de Goldkorn.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 21-VI-36, p. 399.

LEURET, E., NANCEL-PENARD, CH. i LACHAUD, E. DE: *Pleuroscopia i pleurocaustia. Consideracions tècniques. Indicacions. Resultats. Complicacions.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 28-VI-36, p. 504.

SECOUSE i TRAISSAC, J.: *Un cas d'hemoptisi en un bronquiectàsic.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 28-VI-36, pàg. 409.

CHATARD, J.: *Pleuroscopia i possibilitat de tractament de les fístules pleuro-pulmonars per acció directa.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 28-VI-36, p. 411.

CORNET, L.: *A propòsit del tractament mèdic dels abscessos de pulmó. Dos casos tractats per punció i injeccions «in loco» de blau de metilè. Guariment.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 28-VI-36, pàg. 410.

PIECHAUD, F. i BERGAUD, A.: *Pleuroscopia i secció de Brides.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 5-VII-36, pàg. 418.

LEURET, E., NANCEL-PENARD, CH. i VALLAT, J.: *De l'ensorrada incompleta de certes cavernes tuberculoses per la toracoplàstia posterior i de la necessitat del collapse amb anterioritat.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux», 5-VII-36, p. 429.

DARGALLO, R. i RIERA GALLO, LL.: *Persistència de de la càpsula fibrosa d'un quist hidatidic pulmonar curat per evacuació espontània.* «Annals de l'Hospital General de Catalunya». Barcelona, 15-IX-36, p. 469.

GIRBAL (de Marsella): *La granúlia freda.* «Le Progres Médical». París, 3-X-36, p. 1.516.

CHARBONNEL: *Les indicacions en el tractament de les supuracions i gangrenes pulmonars.* «Le Bulletin Médical de Bordeaux». XI-36, p. 4.

CANTOS ROYO, F.: *Consideracions cliniques sobre l'hemograma en la tuberculosi pulmonar.* «Crónica Médica». València, XI-XII-36, p. 705.

COURRIADES: *Abscés de pulmó i apendicitis gangrenosa.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-XII-36, p. 877.

BEYNES, E.: *Algunes reflexions suggerides per quinze anys de pràctica al Dispensari Antituberculós.* «La Gazette Médicale Limousine». Limoges, I-37, p. 27.

LAVIALLE: *El tractament dels abscessos pulmonars en 1765.* «Revue Médicale de France». Clermont-Ferrand, I-II-37, p. 55.

LANDE, P. i DERVILLÈE, P.: *Voluminós abscés del lòbul inferior del pulmó esquerre, complicat de pleuresia purulenta de la gran cavitat. Com-*

provació a l'autòpsia. «Gazette Hebdomadaide des Sciences Médicales de Bordeaux». 28 II-37, p. 142.

PICLLET, P.: *Abscés pulmonar.* «Centre Médical». Clermont-Ferrand, II-37, p. 43.

MERLE: *Dos casos de dilatació bronquial. Consideracions patogèniques.* «Centre Médical». Clermont-Ferrand, II-37, p. 46.

BOUDRY, A.: *La profilaxi de les afeccions respiratòries banals de «la mala estació».* «La Gazette Médicale Limousine». Limoges, II-37, pàg. 58.

CASTAY, F.: *Pneumotòrax bilateral espontani.* «Toulouse Médical». 1-IV-37, p. 213.

DALOUS, CANTEGRIL i FABRE, J. (de Toulouse): *Càncer primitiu de pulmó de forma pleural i amb metàstasis ossoses múltiples simulant una tuberculosis pleuro-pulmonar amb osteoartritis tuberculoses.* «Le Progres Médical». París, 8-VIII-36, p. 1.283.

PRUVOST, P. i BRINCOURT: *Noves concepcions de l'embòlia pulmonar.* «Toulouse Médical». 1 de març 1937, p. 133.

LEURET, E., NANCEL-PENARD, CH. i CLUZEL, P.: *Secció de les adherències pleurals sota control pleuroscòpic, durant el curs de pneumotòrax terapèutic.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 27-III-37, p. 409.

PIÉCHAUD, F.: *La vigilància del tuberculós en curs de tractament.* «La Gazette Médicale du Sud-Ouest». Bordeus, 15-XII-36, p. 1.067.

RINCON DE ARELLANO, A. i ARTAL COSTA, J. (de València): *Sífilis pulmonar. Consideracions sobre un cas de goma solitari del pulmó.* «Le Phare Médical». París, VIII-36, p. 244.

Endocrinologia i Nutrició

Adiposis localitzades i malaltia de Dercum. A propòsit d'una observació, per J. RAVOIRE. «Gazette Médicale du Sud-Ouest». Bordeus, 15 d'octubre 1936, pàg. 837.

Ens ha semblat interessant, a propòsit d'una observació de lipomàtosi múltiple, recollida al Servei de Clínica propedèutica de l'Hospital de Sant Carles de Montpeller (Prof. G. Giraud), passar revista als fets que, sota denominacions diverses, agrupen totes les viciacions del metabolisme dels lípids i que menen a localitzacions anormals i excessives de teixit adipós. Això ens permetrà, de passada, discutir la valor nosològica, de les diferents síndromes.

* * *

L'any 1888, Dercum descriví al Congrés de Washington una afecció caracteritzada essencialment per la presència de nòduls lipomatosos dolorosos. Aquesta lipomatosi, de la qual l'autor no donà pas la patogènia, respecta la cara i les extremitats. En ella els fenòmens dolorosos sobrevenen espontàniament, no tan sols en forma d'impediment funcional, sinó també en forma d'àlgies que es produeixen, de vegades, en forma de falconades que poden coincidir amb la creixença dels tumors adiposos. La palpació d'aquestes tumoracions provoca igualment sensacions doloroses. A aquests dos símptomes essencials s'afegeix com estat d'astènia i trastorns psíquics que completen el quadre clínic.

Després de la primera descripció de Dercum, no trigaren a aparèixer observacions d'altres autors parelles a aquella, però amb l'afegiment de manifestacions o complicacions diverses. Això són relatats casos de malaltia de Dercum amb amaurosi, amb pertorbacions vaso-motrius diverses, amb hemorràgies, etc.

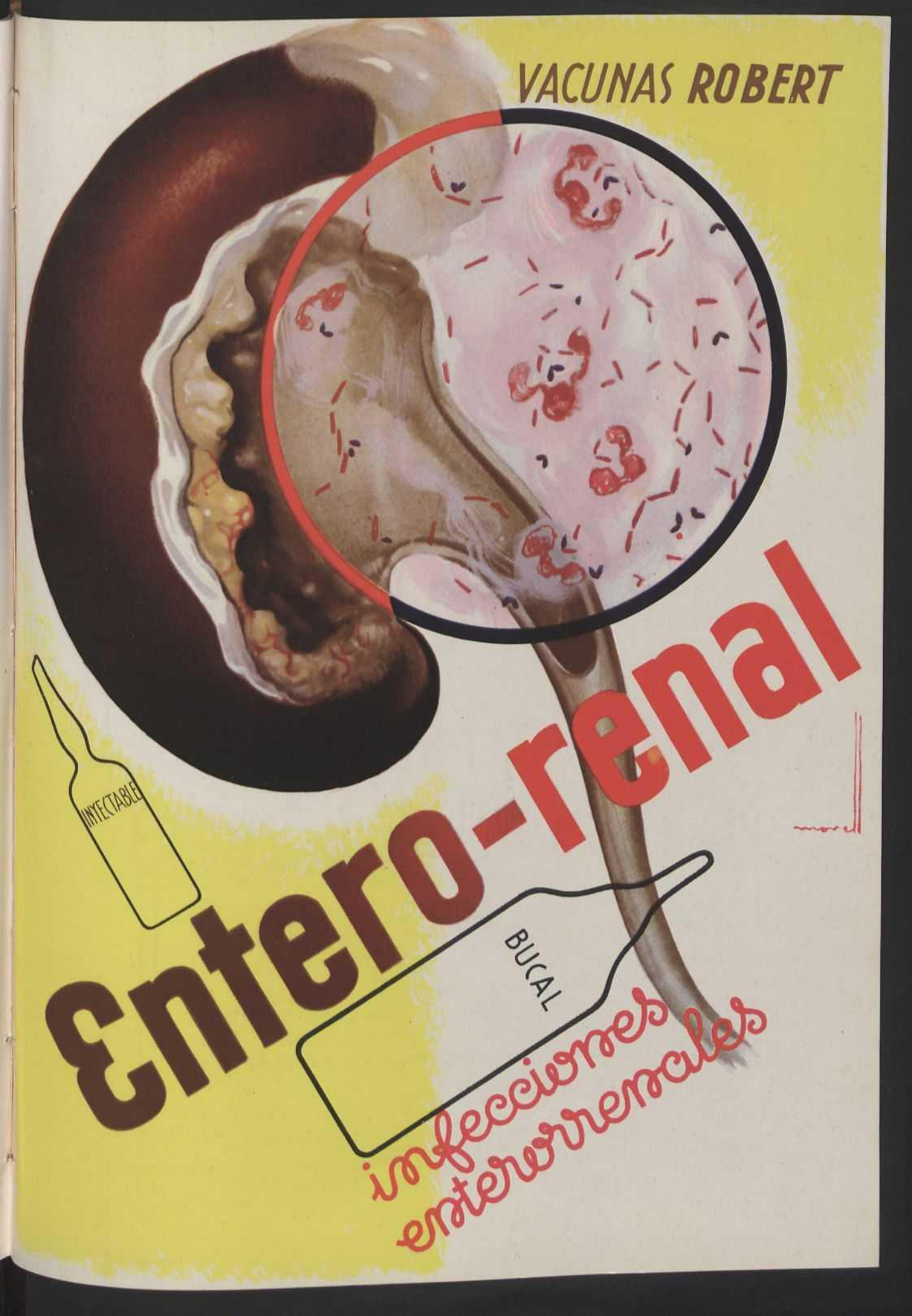
Les manifestacions nervioses semblen haver retingut especialment l'atenció dels observadors; així, Féré, Mascou i Bonart han fet remarca especial dels fenòmens histèrics i Maurini i Mac Carthy han cridat l'atenció sobre l'epilèpsia.

D'altres autors reconegueren ben aviat que la marxa clínica de l'afecció podia ésser modificada per l'aspecte i la localització atípiques dels tumors greixosos. Així foren successivament individualitzades, d'una part, les formes nodulars caracteritzades per tumors lipomatosos disseminats pels avantbraços i per les cuixes, d'altra part, les formes d'adiposi rizomèlica caracteritzades per una infiltració greixosa de les arrels dels membres interrompuda més o menys bruscament a nivell de canells i turmells.

Tot amb tot, dins d'aquestes descripcions la malaltia restava essencialment caracteritzada per l'acumulació de teixit adipós i pels dolors. El nom de *malaltia de Dercum* esdevingué una mena de sinònim del terme d'*adiposi dolorosa*.

No obstant, no trigaren a suscitar-se discussions a propòsit dels límits de l'afecció. Chenisse i Fulconis assimilaren de primer antuvi a la forma nodular els lipomes múltiples acompanyats de fenòmens cerebrals. Miquel arribà fins a incloure dins del quadre de la malaltia els edemes neuropàtics de Debove i Mathieu. Ferrard i Léri, atribuint un caràcter més particular a la disposició mateixa de les masses adiposes que al dolor descriviren com a casos de malaltia de Dercum obesitats amb repartiment segmentària rizomèlica simètrica de les masses adiposes.

«Existeix una varietat de lipomes, han escrit Sainton i Ferrand—que es desenvolupa simètricament als dos costats del cos... Alguns autors han arribat fins a reconèixer que aquests lipomes múltiples s'acompanyen freqüentment de trastorns


VACUNAS ROBERT
Entero-renal
INYECTABLE
BUCAL
infecciones enterorrenales

DOCTOR:
Use Vd. en los procesos derivados de la pululación microbiana digestiva y entero-renal, como son:

pielitis, pielonefritis, pielocistitis del embarazo

y en todos los casos de

síndromes entero-renales

favorecidos por el éstasis intestinal, la

VACUNA ENTERO-RENAL POLIVALENTE ROBERT

Vía bucal (Caldo-vacuna) o Inyectable

preparadas a base de
colibacilos, enterococos, estafilococos, bacilos próteus y **piociánicos**
de razas múltiples, singularmente patógenas y de aislamiento reciente.
Obtendrá una cesación rápida de todos los síntomas generales: (fiebre, enflaquecimiento, etc.) y locales: (dolor, polaquiúria, o disuric, etc.), dependientes de la supuración y toxemia microbiana.

LABORATORIOS ROBERT
Director: JOSÉ ROBERT MESTRE.-Farmacéutico
BARCELONA: Calle Lauria, 74
MADRID: Av. Eduardo Dato, 6

LIT. S. DURA - VALENCIA

psíquics... No és pas impossible que certes observacions d'aquesta mena siguin idèntiques a l'adiposi dolorosa.»

Cheinisse tampoc no dubta pas a escriure que dins de la malaltia de Dercum els fenòmens dolorosos són un element variable i, de vegades, fins accessori i tot.

Breu: per a la majoria d'autors, caben dins del quadre de la malaltia de Dercum, no solament els casos sobreposables a la primera observació de Dercum, sinó totes les obesitats doloroses, les adipositats amb disposició segmentària de masses greixoses i els lipomes múltiples dolorosos.

Segons Marcel Labbé, res no justifica la malaltia de Dercum: es tracta, per ell, d'una afecció deformant i mal delimitada l'existència de la qual com entitat morbosa és dubtosa. El que existeix, diu aquest autor, és en primer lloc la lipomatosi destacada pel caràcter nodular, tumoral, enquistat dels dipòsits greixosos; és, en segon lloc, l'adiposi caracteritzada per una infiltració greixosa, difusa, per bé que localitzada regionalment, en fi, l'obesitat.

Certs casos s'aparten, però, massa netament de la malaltia de Dercum clàssica i això ha creat una nova terminologia que, a dir veritat, destarota un xic. Pot servir-nos de prova la següent enumeració—que no té pas la pretensió d'ésser completa—de les diverses síndromes descrites, síndromes la llista de les quals no sembla pas closa ara com ara, car alguns casos, com el nostre, no hi poden figurar.

Deixant a part els lipomes únics o múltiples però poc nombrosos, disseminats sense simetria i circumscrits, l'obesitat i la síndrome adiposo-genital, que tenen el mèrit de posseir una etiologia coneguda o, almenys, una fesomia clínica ben caracteritzada, hom ha pogut descriure:

1.er La *malaltia de Dercum*, de la qual hem recordat la història.

2.on L'*adenolipomatosi simètrica*, identificada l'any 1888 per Launois i Bensaude, localitzada essencialment a la regió cervical.

Sens dubte aquesta síndrome mereix d'ésser conservada, ateses les seves característiques particulars. Una infecció crònica pot menar a degeneracions greixoses ganglionars i periganglionars i justificar la localització electiva de la malaltia. Però sovint coexisteixen en un mateix individu, no solament els lipomes en regions on hi ha ganglis sinó també en d'altres regions on no n'hi ha. També, sovint, les zones més ganglionars, com l'aixella i la ratlla inguinal, tan susceptibles a les grans reaccions, es manifesten indemnes.

També l'aspecte clínic és moltes vegades molt diferent. La noció de la intervenció ganglionar pot ésser absent mentre—com fa remarcar Michon—és manifesta la noció del caràcter familiar de l'afecció.

3.er La *lipomatosi discreta de Roch* és caracteritzada per la presència de tumors greixosos petits, circumscrits i indolors, sense localització electiva i amb un sol caràcter diferenciador de la malaltia de Dercum: l'absència de dolor i d'astènia. Existirien tots els tipus intermediaris entre les dues formes.

4.art La *lipomatosi múltiple simètrica difusa*, estudiada per Crémieux i caracteritzada per tumors disposats simètricament, mal limitats, que es confonen amb el teixit cellular subcutani, sense línia de demarcació ben neta i presentant una mena de succusió, de falsa fluctuació.

5.è La *lipomatosi múltiple simètrica circumscrita*, que pot coexistir, en el mateix individu, amb la forma precedent per bé que distingint-se d'ella per la limitació dels nòduls adiposos.

6.è La *lipomatosi simètrica dolorosa*, assimilada per Miquel a la forma nodular de la malaltia de Dercum.

7.è La *lipodistròfia progressiva*, assenyalada per Barraquer, de Barcelona, descrita amb aquest nom per Simmons, particularment estudiada per Vigo-Christiansen i que motiva cada any algunes publicacions. J. Decourt, J. Guillemin i Demange, fa alguns mesos, n'acaben de presentar dos més a la «Soci'té Médicale des Hôpitaux de Paris».

Aquesta curiosa afecció, que colpeix sobretot la infància femenina, es presenta sota dos aspectes clínics principals. Un d'ells és el de la lipodistròfia progressiva clàssica i es caracteritza per un amagriment de la cara, de les parts proximals dels membres superiors i del tòrax, coincidint amb una hipertròfia del teixit adipós subcutani de les natges i dels membres inferiors, mentre les mans i els peus resten indemnes.

La segona forma es caracteritza per una sola manifestació: l'augment de teixit adipós de la meitat inferior del cos sense amagriment del tòrax i de la cara.

8.è Assenyalem, finalment, certs fets que, de lluny, aparenten el que acabem de descriure i per als quals pot ésser retinguda una noció etiològica: les *lipomatosis post-traumàtiques*; les *lipodistròfies localitzades insuliniques*, estudiades per Rathery i Sigwald i que es presenten després de múltiples injeccions d'insulina; els *tumors lipomatosos* de la malaltia de Recklinghausen, dins la qual, segons Achard, alguns tumors poden ésser exclusivament lipomatosos; l'*adiposi localitzada* que acompanya la forma pseudo-hipertròfica de les miopaties; l'*adiposi simètrica trocanteriana*, etc....

* * *

Atès que les descripcions clíniques són tan nombroses i diverses i vist que les localitzacions del

teixit adipós semblen tan capricioses, resulta lògic imaginar que totes les temptatives de classificació basades solament en l'aspecte clínic són condemnades al fracàs.

Analitzant les observacions publicades, hom no pot, però, negar que nombrosos casos similars haurien pogut exigir la descripció de síndromes noves i la creació d'una nova terminologia. Pura coincidència? Es ben difícil de respondre afirmativament.

Es que hom pot comptar amb el laboratori per a establir les distincions? Les recerques d'ordre humoral no semblen pas haver donat, fins ací, dades indicadores. L'estudi del metabolisme basal forneix resultats contradictoris. Kermorgant, estudiant el metabolisme basal de 256 casos d'obesitat ha trobat 59 metabolismes normals, 19 d'augmentats i 187 d'inferiors a 12 %.

Tampoc l'etiologia i la patogènia no poden, ara com ara, menar a una classificació més precisa d'aquests estats distròfics, car únicament tenim a la mà la possibilitat de formular hipòtesis sobre la producció dels processos. Quantes de teories invocades!: Neuròsica, neurítica, encefàlica, tòxica, microbiana... La teoria glandular ha reunit molts de sufragis: després d'haver pensat en la possibilitat d'un origen tiroïdià, ovàric (Sicard i Berkovitch), hipofisari (Dercum i Mac Carthy), sembla existir acord sobre l'origen poliendocrí de les lipodistròfies amb intervenció del sistema neuro-vegetatiu. E. May, a propòsit d'una observació de Decourt, exposa una teoria original i interessant. Segons ell, els trastorns del metabolisme, del metabolisme dels lípids, sobretot, plantegen un problema que té relació amb el de l'autonomia relativa dels diferents segments del simpàtic; les diferents substàncies simpàticotropes, sobretot les hormones, no tenen pas una mateixa acció damunt tots els segments. Aquest autor esquematitza el sistema endocrino-simpàtic com un sistema de tres pisos. La hipòfisi, la tiroide i les suprarenals actuarien predilectament sobre els centres simpàtics d'un d'aquests pisos. Aquesta teoria té l'avantatge d'explicar, fins a un cert punt, la desigual repartició dels trastorns de l'adipogenesi.

* * *

Heus ací el detall d'una observació recollida en el servei de la Clínica Propedèutica de l'Hospital de Sant Carles i en la qual s'associen una obesitat difusa i una lipomatosi difusa. El malalt és un home de 46 anys, André L...., jornaler, ingressat al Servei d'incurables el mes de març de 1936.

No res d'interès en el seu passat personal, ni en el seu parentiu pròxim que permeti de lligar a una causa precisa els accidents que l'han colpit als voltants de la quarentena. No obstant, els seus antecedents, per bé que lleugers, són variats. Així, si no ha escapat del tribut a les malalties epidèmiques comuns de la infantesa, cap d'elles no fou, però, greu. Una blenorràgia als 26 anys anà complicada d'orquio-epididimitis unilateral, però guarí. Poc després, a la campanya d'Orient contragué paludisme i una disenteria amibiana sense seqüeles greus. Als 31 anys, fractura accidental d'húmer. Una forunculosi i una bronco-alveolitis aguda l'any darrer. Una recent ulceració post-traumàtica a la còrnea dreta completa aquest inventari, prou variat per bé que banal. El malalt nega que hagi tingut cap lesió suspecta de sífilis, ni intoxicacions etíliques o d'altra mena. La seva dona té bon aspecte i ha tingut una filla sana i cap avortament. El passat patològic dels ascendents d'André L... és més dens. La seva mare morí a 56 anys d'un ictus. El seu pare ha mort en un asil d'alienats.

Vers l'edat de 40 anys, André L...., que havia estat sempre moderadament obès, s'adonà que se li desenvolupava insidiosament sota la pell de la regió subumbilical una tumoració tova. Aquesta tumoració no tardà a desbordar, per la seva amplitud, les proporcions del panicle adipós d'una abundosa maturitat.

Ben aviat, d'altres tumefaccions subcutànies, indolores com la primera i d'una consistència idèntica, feren llur aparició a la part anterior del tòrax, després al dors i, finalment, per llocs diversos.

En el curs d'un tercer i d'un quart any el malalt experimentà alguns dolors, poc intensos i de curta durada. Aquests dolors apareixien i s'esfumaven sense causa aparent. Per bé que llur localització no fou mai ben precisada, sembla que llur màximum era referit pel malalt a les regions lipomatoses. Aquests dolors han desaparegut actualment del tot. André L... acusa en l'actualitat, únicament, trastorns funcionals moderats, comparables als que pateixen molts obesos disistòlics (dispnea d'esforç, dolors precordials discrets, polaquiúria nocturna, lleugera acrocianosi facial, etc.).

Despullat, resulta un portador d'una obesitat mitjana generalitzada de la qual únicament s'eximeixen les extremitats dels membres. Damunt d'aquest fons es dibuixen nombroses masses lipomatoses toves, netament sortides, però força mal delimitades perifèricament. Llur palpació revela l'existència de múltiples nòduls, més durs i com incrustats dins de llur profunditat. Una pell flàccida i varicosa els recobreix.

A la paret abdominal anterior hi ha, pendent d'un pedicle llarg, una voluminosa massa vagament bilovada, del volum d'un cap d'adult i que es disposa en forma de davantal per damunt de

les cuixes. Lipomes simètrics menys voluminosos s'ha desenvolupat, se li han desenvolupat en les regions mamàries i glúties. D'altres de no simètrics ocupen l'hipocondri dret, la regió dorsal superior i la cara anterior de la cuixa dreta.

La palpació d'aquests tumors greixosos és completament indolorosa i no acusen tampoc mai cap dolor espontani.

Els teguments no presenten per enlloc infiltracions de tipus mixedematós. Hom veu l'empremta de les cicatrius deixades per l'antiga foruculosi. Les fàneres són normals, el mateix que els caràcters sexuals. El crani i, en particular, la sella turca, examinats radiològicament pel Dr. Parès, són de forma i de consistència normals.

L'examen de l'esquelet perifèric mostra algunes anomalies banals: un call humeral dret degut a una fractura ben consolidada, però una mica exuberant; una lleugera incurvació raquítica de les tíbies que són, potser, una mica més denses que normalment; alguns senyals d'espondilosi dorsal (pont ossi en formació entre la 9.ª i la 10.ª vèrtebres dorsals).

El metabolisme de fons és lleugerament baix (6 per 100). La calcèmia és una mica superior a la mitjana normal (135 per 1.000). La glucèmia és 0,90 gr. per litre i la reserva alcalina és de 47,5 cm. de CO_2 per 100. No hi ha glucosúria.

La tiroide i els testicles són macroscòpicament normals.

Els aparells cardio-circulatori i hepato-renal han estat afectats, com s'esdevé en molts d'obesos discràsics: la tensió arterial és superior a la normal (16 ½ per 12,9 amb oscillòmetre i 16 per 11 amb el mètode auscultori); bradicàrdia relativa i equilibrada de 66; moderada hipertròfia ventricular esquerra, però les dimensions del ventricle dret són també superiors a les normals; lleuger buf d'insuficiència mitral. L'electrocardiograma és normal. Els diàmetres aòrtics estan augmentats, però les artèries perifèriques conserven llur flonjor.

Si l'azotèmia és normal (0,35 per 1000), les orines contenen vestigis d'albúmina i un lleuger excés d'urobilina. El fetge és una mica gros i dolorós a la palpació. Les miccions són regulars; la pròstata és sana.

El tòrax, en conjunt, és globulós. La inspiració és rude, sobretot a la part dreta y posterior; l'expiració més aviat sembla prolongada; hi ha estertors, roncs i sibilants disseminats. Les plaques radiogràfiques mostren senyals de bronquitis i de pleuritis bacillar discreta (Dr. Parès).

No ha estat notada cap anomalia del sistema nerviós. L'ull dret és funcionalment suprimit per un leucoma cornial traumàtic.

El psiquisme és del tot normal. No hi ha sensació d'astènia ni cap irregularitat genital funcional.

La mucosa oral presenta alguns senyals de leucoplàsia de fumador a les proximitats de les comissures labials. Les reaccions específiques (Hecht-Bauer, Wassermann, Kahn, Müller, Meinicke micro i Meinicke macro) són negatives.

* * *

El cas que acabem de reportar es diferencia en molts conceptes dels que han estat descrits com malalts de Dercum. El nostre malalt es ressentí, fa anys, de dolors, però aquests dolors eren molt vagues, sense localització precisa i actualment no existeixen. Tampoc no acusa astènia ni cap trastorn psíquic.

Tampoc no es pot tractar ací d'una lipodistròfia progressiva, car no hi ha amagriment facial ni del tronc coincidint amb adipositat abdominal i dels membres inferiors. Per contra, hom remarca en ell l'existència de lipomes situats simètricament en el tòrax.

Tampoc no pot tractar-se ací d'un cas de lipomatosi discreta de Roch, car les masses adiposes no estan circumscrites. Igualment eliminem, per raó de la localització dels lipomes, l'adenolipomatosi de Launois i Bensaude.

El nostre cas s'assembla bastant als que hom ha descrit amb el nom de lipomatosi múltiple simètrica, però ací, ultra les masses greixoses situades simètricament, existeixen múltiples lipomes que no tenen corresponent al costat oposat del cos.

En fi, el que dóna un caràcter bon xic particular a la nostra observació és el fet que aquests lipomes s'ha desenvolupat en un malalt ja obès com si en un moment donat la distròfia, per comptes de prosseguir la seva marxa invasora, generalitzada, s'hagués limitat electivament a certes regions.

Com ha succeït a la majoria d'autors, tampoc nosaltres no podem basar-nos en l'etiologia d'aquest malalt per tal de caracteritzar l'afecció de la qual és portador. No tenim a les nostres mans cap noció precisa sobre això.

* * *

Ens ha semblat, doncs, útil subratllar la infinita varietat dels lipomes localitzats. Un lloable afany de classificació ha fet que potser s'hagi abusat una mica d'una terminologia que dissimula solament la nostra ignorància sobre la naturalesa exacta d'aquestes distròfies. Tot amb tot, aquesta terminologia mateixa resulta insuficient, car existeixen formes de transició — la nostra observació n'és una prova — entre les diferents formes descrites i entre aquestes i l'adiposi generalitzada.

Potser també en el futur, gràcies a una coneixença més aprofundida del sistema endocrino-simpàtic i de les seves lesions, ens serà permès de

temptejar una classificació que no es basarà ni en la morfologia, ni en l'aspecte clínic d'aquests estats més o menys dissemblants, sinó en un estudi patogènic sòlidament establert.

(*Traducció integral.*)

Vegeu, encara:

PLAGNIOL (de Montpeller): *Com reconèixer en clínica els principals simptomes de les avitaminosis B. i dels estats de precarència. Llur tractament pels sucs de fruites, particularment de raïm.* «Le Concurs Médical». París, 17-V-36, p. 1.537.

SAINT-MARTIN, R. DE, SOREL, R. i LASSERRE, J. (de Tolosa): *Retracció espasmòdica unilateral de la parpella superior i hipertiroïdisme.* «La Presse Médicale». París, 9-V-36, p. 764.

DELAUNAY, H. (de Bordeus): *Els mecanismes reguladors de l'equilibri glicèmic.* «Biologie Médicale». París, VI-36, p. 362.

DUPÉRIÉ, R., DUBARRY, J. i LACHAUD, R. DE: *Sobre un cas de diabetis renal.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 7-VI-36, p. 359.

SABRAZÈS, J.: *Adenomes cortico-suprarrenals i arterioesclerosi.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 7-VI-36, pàg. 356.

CHARBONNEL i MASSE: *Sobre un cas de resultat negatiu de paratiroidectomia per reumatisme crònic poliarticular anquilosant.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-VI-36, p. 377.

DARNAUD, CH.: *El coma diabètic.* «Toulouse Médical». 15-VI-36, p. 379.

AUBERTIN, E., LACCSTE, A., CASTAGNOU, R. i SARIC, R.: *De l'acció hipoglicemiant de la insulina en les petites diabetis per pancreatectomia parcial en el gos. A propòsit d'un cas de diabetis transitòria experimental.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 21-VI-36, p. 398.

AUBERTIN, E. i CASTAGNOU, R.: *Interpretació de la línia de restauració de la corba d'hipoglicèmia obtinguda per injecció intravenosa d'insulina en el gos.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 21-VI-36, pàg. 398.

CHOUARD, P.: *Noves recerques experimentals sobre l'acció de la folliculina en la floració de les margueridès i de moltes altres plantes.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 21-VI-36, p. 397.

AIMES, A. (de Montpeller): *Cura marina i trastorns de la pubertat.* «Mónaco Méditerranée Médical». Monte-Carlo, 15-VIII-36, p. 173.

DUPÉRIÉ, R. (de Bordeus): *La diabetis renal.* «Clinique et Laboratoire». París, 20-IX-36, p. 193.

OLMER, J. i PAILLAS, J. E. (de Marsella): *Paratiroides i diabetis. Sobre l'acció hipoglicemiant de l'extret paratiroïdià.* «La Presse Médicale». París, 9-IX-36, p. 1.418.

JEANNENEY, G. (de Bordeus): *Introducció a l'estudi de la cirurgia endocrina.* «Les Échos de la Médecine». París, 1-X-36, p. 1.

BROUSTET, P. i SAVIC, R.: *Com arribar al diagnòstic de la insuficiència funcional del lòbul anterior de la hipòfisi.* «La Gazette Médicale du Sud-Ouest». Bordeus, 15-X-36, p. 801.

SABRAZÈS, J.: Comentari a un treball sobre «*Els avantatges de l'insulinat de protamina en certs casos de diabetis dolça*», pel Dr. E. Schnohr. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 22-XI-36, p. 737.

SÁNCHEZ CALVO, R.: *Hipòfisi-histofisiologia i vies d'excreció.* «Crónica Médica». València, novembre-desembre 1936, p. 669.

VIALLEFONT, H.: *L'ull i les glàndules endocrines.* «Montpellier Médical». XII-36, p. 357.

DUCUING, J.: *El control de la glicèmia en els operats diabètics.* «Toulouse Médical». 1 desembre 1936, p. 769.

SABRAZÈS, J.: Comentari a un treball «*De l'origen endocri de la hipertròfia prostàtica*», del Dr. B. Cunéo. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 13-XII-36, pàg. 785.

CHAUVENET, A.: *Sobre un cas d'ectòpia creuada de testicle.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 31-I-37, p. 78.

CHAUVENET, A.: *Sobre un cas d'ectòpia creuada de testicle.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 13-II-37, p. 245.

TRAISSAC i COURRIADES: *Trastorns de la castració quirúrgica malgrat l'empelt ovàric. Reactivació de l'empelt per la injecció de lòbul anterior d'hipòfisi.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-27-II-37, p. 295.

SABRAZÈS, J.: Comentari a un treball titulat «*Els aspectes clínics de l'allèrgia insulínica*», del Prof. M. Sendrail. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 7-III-1937, p. 145.

BERGOUIGNAN i LAFCN: *Dos casos d'adenoma de la hipòfisi.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-III-37, p. 172.

LAPORTE i DARNAUD: *Reflexions clíniques sobre la hipoglicèmia insulínica.* «Toulouse Médical». 1-III-37, p. 139.

SABRAZÈS, GRAILLY DE i DERVILLÉE: *Recerques experimentals sobre el to en glicogen de les cèl·lules hepàtiques després d'ingestió de substàncies insòlites o tòxiques.* «Gazette Hebdoma-

daire des Sciences Médicales de Bordeaux». 21-III-37, p. 187.

SABRAZÈ, GRAILLY DE i DERVILLÉE: *El test glicogènic en les biòpsies de fetge.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 21-III-37, p. 187.

JEANNENEY, G.: *La paratiroidectomia en els estats esclerodèrmics.* (Dos resultats de 8 i 12 mesos). «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 21-III-37, p. 178.

LAPORTE, F. i DARNAUD, CH.: *La glicèmia i les seves variacions.* «Toulouse Médical». 1 abril 1937, p. 189.

Epidemiologia i higiene

Salubritat del marisc als mercats de Bordeus, pels Drs. G. DUBREUIL i M. NORMAND. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux'. 7 febrer 1937, pàg. 82.

El control a vista dels marisc presentats al mercat és impotent per a determinar la salubritat dels lots. En tot cas únicament serveix per a apreciar l'estat de frescor del producte. Tot amb tot, cal convenir que rendeix els seus serveis. D'això en pot respondre la xifra de 18.000 quilos de mollusc decomissats i destruïts l'any 1936, sense comptar els lots rebutjats espontàniament pels comerciants conscienciosos.

Però el laboratori s'ha encarregat de demostrar que alguns dels lots considerats bons a la vista eren inadmissibles per tal com resultaven portadors de gèrmens tífics i paratífics i de gèrmens productors de gostro-enteritis aguda.

El control ràpid de la salubritat del marisc al mercat exigeix, però, mètodes més ràpids que els que correntment empra el bacteriòleg al laboratori. Així hom s'ha acontentat amb la recerca del colibacil i amb el comptatge de gèrmens.

Mètodes d'estudi. — La recerca del colibacil es fa damunt del cos partit del mollusc dins de l'aigua intervalvar. El mètode emprat per la colimetria en les aigües és inaplicable, car el glucogen de l'hepato-pàncreas és un obstacle per a la identificació del colibacil a base de la recerca de l'indol.

El mètode de Klein ha estat adoptat per la Fishmonger's Company, de Londres, per a la recerca de la salubritat del marisc. Aquest mètode colimètric es redueix a les dues operacions següents: Sembrar dues dècimes de centímetre cúbic del líquid i del cos de l'ostra, acuradament trinxat. El medi de conreu més indicat és el biliat, lactosat i tornassolat. La presència de colibacils en quantitat suficient (4 colis per 0,2 c.c. en el cas de les ostres i 4 per 0,1 c.c. en el dels altres molluscs) produeix en menys de 24 hores la fermentació de la lactosa, amb producció de gas i acidificació del medi. La presència del gas és fàcil de constatar, l'acidificació és apreciada per l'enrogiment del tornassol. L'operació es fa amb 10 molluscs (10 tubs, per conseqüent) en cada lot a estudiar. L'apreciació de la salubritat es fa de la manera següent:

0 tubs positius = puresa 100 %
5 tubs positius = puresa 50 %
10 tubs positius = puresa 0 %

Hom ha donat una escala de puresa amb deu graons l'avaluació convencional dels quals és com segueix:

Puresa 100, 90, 80, 70 = *lots bons*, corresponents a portadors aproximadament de menys de 2.000, 3.000, 4.000, 6.000 i 8.000 bacils per litre en el cas de les ostres i el doble en els altres marisc.

Puresa de 50 i 40 % : *lots dubtosos*, amb una taxa de 10.000 i 12.000 colibacils per litre en el cas de les ostres i de 20.000 i 24.000 en el de totes les altres formes de marisc.

Puresa 30, 20, 10 i 0 % : *lots dolents* en els quals els colibacils són en nombre de 14.000, 16.000, 18.000 i 20.000 per litre quant a les ostres i el doble en totes les altres menes de marisc.

Comptatge de gèrmens. — Hom el fa sobre gelatina de 15-19 graus i amb conreu de 12 dies, sempre que sigui possible. Hom sembra 1 millèsim de c.c., o millor 1 c.c. d'una dilució al millèsim de matxucat en aigua intervalvar (sovint ha estat intentada la dilució al centèsim, però això no resulta pràctic a causa del nombre excessiu de gèrmens). Molt sovint, el comptatge ha estat deturat al tercer, al cinquè, sisè o setè dia, a causa de l'abundància de colònies liquificants que solubilitzen la gelatina.

Cal remarcar que les sembres de marisc han d'ésser fetes amb tota asèpsia: ensabonat i raspatllat de les conquilles, flamejat de la xarnela i de les vores, obertura amb ganivet flamejat, recollida en plaques de Petri o en morters esterilitzats, pipetatge estèril, etc., per tal que una part de la brutícia natural del marisc valvat o conquillatge sigui eliminada abans de l'anàlisi, precaució que no es pren pas habitualment abans de la presentació al consumidor.

Conquillatges analitzats. — Llur procedència és molt diferent: la majoria arriben de la dàrsena d'Arcachon, de l'estuari de la Gironda, de la regió de Marennes, La Tramblada i de la cista i de les illes de la Charente-Inferior. També n'arriben algunes, rares, de més lluny: Sant Brieuc, Portugal, Holanda.

Les espècies següents, molt comunes al mercat, han estat analitzades: ostres planes (*ostrea edulis*), ostres portugueses (*Gryphea angulata*), musclos (*Mytilus edulis i galloprovincialis*), petxines (*pecten varius*), etc.

Salubritat apreciada pel mètode de Klein (colimetria). — Un cert nombre de lots (120 han estat objecte d'anàlisi a base de conreu en medi fenicat i identificació del colibacil per producció d'indol. Però, de preferència, hem emprat el mètode de Klein i Eyre. De 100 lots examinats així s'ha obtingut el següent resultat:

	Lots	Bons	Dubtosos	Dolents
Ostres	24	18	3	3
Musclos	23	5	5	13
Petxines	17	3	4	10
Barretets	24	1	1	22
Clovisses	7	3	3	1

Traduint aquestes xifres en tants per cent hom obté el quadre següent:

Lots	Bons	Dubtosos	Dolents
Ostres	75 %	12,5 %	12,5 %
Musclos	21,5 %	21,5 %	57 %
Petxines	17,6 %	23,2 %	59 %
Barretets	4 %	4 %	92 %
Clovises	43 %	43 %	14 %

Des del punt de vista del contingut en bacil coli hom pot dir que les ostres són, en general, d'entre el conquillatge examinat, l'espècie menys bruta. Hom comprèn que els mollusc que viuen en el llot siguin els més infectats. El nombre de gèrmens trobats en alguns d'ells passa de 40.000 per c. c.

Contingut de gèrmens. — L'examen d'un cert nombre de lots de conquillatges, a raó de 10 mollusc per lot, matxucats i barrejats, sembrats en gelatina (1 millímetre cúbic) proporciona xifres que són molt diferents les unes de les altres. D'ací cal concloure que els mollusc, filtradors d'aigua i acumuladors d'impureses, acumulen tants més gèrmens com més brutícia conté l'aigua on viuen.

Entre 83 lots examinats hom constata que la tenor de gèrmens varia segons els lots de 1 a 100 i fins de 1 a 1.000, ço que indica que hi ha conquillatge que procedeix d'aigües pures i d'altre que ho és d'aigües profundament brutes. Un cert nombre d'aquests són la causa de gastro-enteritis ben conegudes. D'ací en resulta la necessitat de no posar a la venda altre marisc que el procedent de zones solubres i de vigilar-ne l'origen talment com s'ha fet amb les ostres. Aquesta qüestió fa dos anys que s'està estudiant a França per tal de veure si es resol a base d'ampliar el decret del 31 de juliol de 1923.

* * *

La situació actual, pot, a juí nostre, ésser millorada. Si hom vol veure desaparèixer les afeccions gastro-intestinals evitables, cal que hom proscrigui de l'alimentació el conquillatge brut, de la mateixa manera que hom ha proscrit les aigües infectades.

Si és impossible de tenir en quantitat suficient mollusc salubres, per la pesca, l'arrabassament i el conreu, cal que purifiquem els conquillatges insalubres abans de permetre que siguin posats al mercat.

Per tal d'arribar a això hi ha dues mesures fonamentals:

1.ª Fer viure els conquillatges dubtosos o dolents en aigua pura durant 6-10 dies.

2.ª Fer periòdicament la verificació de la salubritat d'alguns lots de conquillatges d'origen conegut. Això és un afer de 18-24 hores per al colibacil. Cal que l'origen dels lots sigui ben segur. L'*Office des Pêches*, advertit per un lot determinat, no permetrà la venda de lots del mateix origen sense prèvia depuració.

Si resulta impossible d'establir de cop aquestes mesures fonamentals, hom pot, en canvi, instituir un control bacteriològic facultatiu a requeriment dels productors per a una determinada zona geogràfica. Aquest control podria ésser installat, sense grans despeses, en un laboratori ja existent i agregat pel ministeri de Sanitat. Els certificats serien lliurats d'acord amb un *test* de salubritat que precisaria el contingut en colibacils i en dels altres gèrmens dels mollusc *in situ* i examinats sense pèrdua de temps. Els productors de bons conquillatges no han de témer res d'aquest control; els productors radicats en zones mediocres o dolentes seran incitats a fer romandre en aigua pura llur producció abans de lliurar-la al consum.

Procedint així és lògic d'imaginar que pot fer-se desaparèixer en una forta proporció el nombre de gastro-enteritis i de febres tifòdiques d'origen conquiller.

Mètode de Klein per a l'avaluació ràpida de la salubritat dels conquillatges. — Cal, abans de tot, tenir presents tots els detalls de l'asèpsia preoperatòria: ensabonat, raspallat i esbaldit de les conquilles, flamejat de xarnela i de vores, netedat de robes i recipients, mans netes.

1.er Prendre 10 mollusc per cada lot; obrir-los d'un a un amb un ganivet diferent o amb el mateix però prèviament flamejat; conservar el líquid dins de conquilla còncava i dipositar el cos del mollusc en un recipient estèril.

2.on Trinxar el cos de cada mollusc amb un bisturí estèril (aquesta operació la fem també amb un petit trinxant de cuina a base de corrons destinat a verdures i que ens forneix una pasteta molt fina).

3.er Barrejar el líquid intervalvar i el cos matxucat del mollusc corresponent.

4.art Introduir, amb pipetes estèrils, en el medi de Klein, 0'2 c. c. per a les ostres i 0'1 c. c. per als altres mollusc.

El brou biliat de Klein està integrat de:

Brou peptonat de bou, 1 litre.

Bilis de bou, 30 a 40 c.c.

Lactosa, 20 gr.

Tintura de tornassol — C. S. per a color violeta clar.

Repartir en tubs amb caperulla i esterilitzar.

5.è Estufa a 37°C durant 24 hores.

Tots els tubs en els quals el tornassol s'ha enrogit i en els quals s'ha format gas en 24 hores (acidificació del medi i fermentació de la lactosa) indiquen una sembra de 4 colibacils com a mínim (per dessota d'aquesta xifra el resultat no s'obté fins passades les 24 hores) i són comptats com a positius. Corresponen aproximadament a 200 colibacils per mollusc o sia per 10 tubs positius: 20.000 colibacils per litre de matxucat d'ostra i 40.000 pel dels altres mollusc assajats.

Klein investiga, de més a més, l'estreptococ mitjançant conreu de 0,2 c.c. de barreja de tres mollusc, presos a l'atzar, en brou glucosat (24 hores a 37°, cocus en cadeneta) i el B. Welchii, mitjançant la sembra de 1 c.c. de barreja de 3 mollusc en llet tornassolada (grumolls a les 24 hores de permanència a 37°C.). La presència simultània de colibacils, d'estreptococs i de B. Welchii és un indicador cert de pollució fecal recent. Aquesta darrera recerca dóna, de vegades, indicacions precioses.

El mètode forneix resultats en 18-24 hores. La puresa d'un lot s'expressa així:

Colimetria:

10 tubs negatius = puresa 100 %.

5 tubs positius = puresa 50 %.

10 tubs positius = puresa 0 %.

Puresa de 50 i 40 % = mollusc dubtosos, nova anàlisi i examen de les causes de pollució sobre els llocs de producció. De 30 a 0 % = mollusc dolents que cal rebutjar. Entre 60 i 100 % = bons.

(Transcripció fragmentària.)

Vegeu, encara:

PIECHAUD, F., BENTEGEAT, J. i BORDENAVE, J.: *De la seroprofilaxi del xarampió durant el curs de la recent epidèmia regional.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-VI-36, p. 371.

DUTHEIL, L.: *Bacteriologia i serologia de les cervicitis cròniques.* «La Gazette Médicale Limousine». Limoges, XI-36, p. 369.

SABRAZÈS, J.: Comentari a un treball intitulat *Considerations sobre l'eficàcia i la durada de la immunitat en la vacunació antitifica.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 6-XII-36, p. 769.

COLLET, R.: *La carrera dels metges de sanatoris públics.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-XII-36, p. 871.

GENILLIER, P. i FARJOT, A.: *Primer cas de febre de Malta a Puy-de-Dôme.* «Revue Médicale de France». Clermont-Ferrand, I-II-37, p. 43.

FAUQUÉ, M.: *El capteniment del metge en presència d'una epidèmia en un regiment, en una formació sanitària.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 6-II-37, p. 199.

LEBLANC, L. G.: *Estat actual de la vaccinoteràpia estafilocòccica. Importància dels productes solubles microbians.* «Toulouse Médical». 15 febrer 1937, p. 120.

DUBREUIL, G. i NORMAND: *Salubritat dels mariscs dels mercats de Bordeus.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 6-13-III-37, p. 343.

RIMBAUD, P. i ANSELME-MARTIN, G. (de Montpeller): *Ço que pràcticament ha de saber el metge del tractament actual de la melitocòccia.* «Le Concurs Médical». París, 27-IX-36, p. 2.755.

BONNIN, H. i COURDURIER, J.: *El cultiu d'Entamoeba dysenteriae i les seves aplicacions clíniques.* «La Gazette Médicale du Sud-Ouest». Bordeus, 1-15-IX-36, p. 673.

STILLMUNKES, A. (de Tolosa): *L'organització pràctica de centre de sèrums de convalescents.* «La Médecine Internationale Illustrée». París, novembre 1936, p. 329.

MOLINERY (de Luchon): *Els nous dies de la salut pública; higiene i servei social.* «La Médecine Internationale Illustrée». París, XI-36, pàgina 335.

BOUDIN, G.: *Febre botonosa o febre exantemàtica del litoral mediterrani.* «Le Concurs Médical». París, 24-I-37, p. 211.

THOUVENET, A.: *Saturnisme hídric a Anjou.* «La Gazette Médicale Limousine». Limoges, febrer 1937, p. 57.

DUBREUIL, G. (de Bordeus): *Conquillatge i gèrmens microbians. Gastro-enteritis i tifoide.* «Le Siècle Médical». París, 1-III-37, p. 1.

STILLMUNKES, A.: *Nocions generals preliminars per a l'establiment d'un pla de desratització.* «Toulouse Médical». 15-III-37, p. 153.

DUBRUIL, G. (de Bordeus): *De l'oportunitat d'establir un test de salubritat del conquillatge.* «Les Échos de la Médecine». París, 15 març 1937, p. 1.

DUBREUIL, G.: *L'endemo-epidèmia tifica i paratifica a Gironda.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 7 març de 1937, p. 147.

Obstetrícia i ginecologia

El problema de l'esterilitat fisiològica temporera de la dona, per J. AUDIT. «Gazette Médicale du Sud-Ouest». Bordeus, 15 març 1936 p. 269.

L'autor, l'any 1934, després de glossar i comentar les teories d'Ogino i Knaus, havia arribat a les següents conclusions:

1.ª Dues condicions són necessàries per tal que hi hagi concepció: a) ovulació que posi en llibertat un ou a punt per a ésser fecundat; b) sincronisme entre la presència d'espermatozoides vius i actius i d'òvuls madurs i vius dins dels conductes genitals.

2.ª L'òvul mor al cap d'unes hores en l'estat de la segona divisió de maturació.

3.ª A les 32 hores de permanència dins dels òrgans genitals femenins, els espermatozoides perden llur poder fecundant per bé que llur motilitat es conserva encara bastants de dies.

4.ª L'ovulació es produeix normalment en la dona entre el dotzè i setzè dies que precedeixen les regles a venir.

5.ª La fecundació no pot, doncs, operar-se sinó entre el dotzè i el setzè dies que precedeixen la regla o durant els tres dies precedents considerats com durada de viabilitat màxima dels espermatozoides. Per cada cicle, qualsevulla que sigui la durada, el període fèrtil comprendrà, doncs, quan més, vuit dies enquadrats entre el dotzè i el setzè dies abans de les regles. Existiran sempre 11 dies estèrils premenstruals i un nombre de dies estèrils postmenstruals variables segons la durada del cicle.

Ara, passa revista de la bibliografia que aquest tema ha motivat d'aleshores ençà. Aquesta revisió s'abreuja així:

Prouvost critica el fonament de la teoria que reposa sobre la fixació invariable de la data d'ovulació entre el setzè i el dotzè dies abans de les regles. Ell ha observat embarassos produïts després de coit únic, bé al segon o tercer dies després de les regles, bé dins la setmana que les precedeix, en dones que presenten regles amb caràcter normal i amb aparició regular de 28 dies.

Segons Brandwein, la data de l'ovulació varia d'una dona a l'altra dins de límits força amples i pot esdevenir en no importa quin dia del cicle; tot amb tot, per una mateixa dona, aquesta data és gairebé fixa o, si varia, ho fa dins de límits ínfims si el cicle resta regular.

Hermstein ha sotmès les nocions de fecundabilitat a un estudi crític. «Durant una setmana després de la regla, malgrat les dades contradictòries, sembla que la dona és fecundable i encara ho sembla més durant la segona i tercera setmanes. Durant la quarta setmana, la tumefacció de la mucosa la fa poc adequada per a la nidació. No obstant, hom no pot pas dir que la fecundabilitat sigui al zero».

Borràs pensa que la durada de 14 dies necessària perquè les regles es produeixin després de l'ovulació és una mitjana molt elàstica subjecta a variacions individuals considerables. El mateix autor considera plausible que els treballs d'Araya, contradient les afirmacions d'Ogino i de Knaus, vinguin a demostrar que no cal fer matemàtiques en els problemes biològics. Segons Borràs, la major part de les observacions anatòmiques no són pas utilitzables; la ovulació és particularment freqüent de l'onzè al quinzè dies, però pot produir-se en tots els moments del cicle menstrual.

Devraigne i Séguy han referit observacions de nombrosos autors que, havent recercat la data de l'ovulació, admeten que l'ovulació pot produir-se a no importa quin moment del cicle. «Les condicions òptimes de la ruptura del follicle es troben realitzades al mig de l'intermenstrum. Aquestes circumstàncies favorables semblen acondicionades per l'arribada del màximum de la secreció follicular. Aquesta hormona, essencialment congestionant, al mateix temps que determina la preparació pregravídica del tractus genital, congestiona igualment l'ovari que s'engruixeix i augmenta la tensió del follicle que ella mateixa fa esclatar. Hom comprèn que una taxa de folliculina insuficient o una resistència anormal de la teca follicular pugui explicar variacions importants en la data de ruptura i fer-la coincidir amb qualsevol moment del cicle.

Hi ha, doncs, tota una llista d'opinions contràries a la teoria de la fecundabilitat a data fixa. Davant d'aquests criteris d'oposició l'autor replanteja el problema així:

1.er Dues condicions són necessàries perquè hi hagi concepció: a) *ovulació*; b) *sincronisme entre la presència d'espermatozoides vius i actius i d'òvuls madurs i vius en els conductes genitals.* Aquesta llei resta inalterable.

2.on *L'òvul de la dona mor molt ràpidament.* Aquest criteri és, encara, acceptat per la gairebé unanimitat d'autors.

3.er *L'espermatozoide de l'home perd ràpidament el seu poder fecundant; la durada d'aquesta potestat és bastant variable però no sembla mai sobrepassar de 4 a 5 dies.* També els autors estan d'acord sobre aquest extrem.

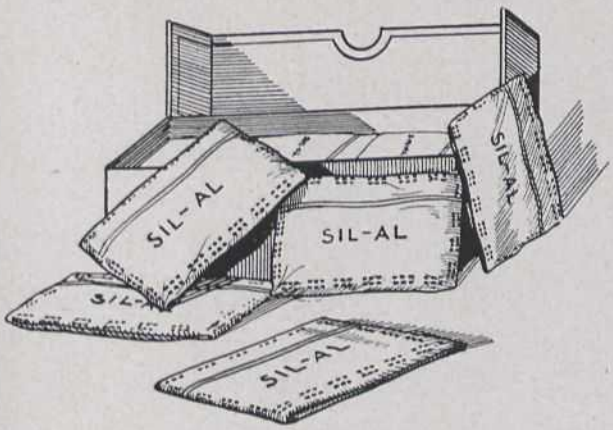
4.art *La data de l'ovulació no reuneix pas tots els sufragis.* Per a uns, l'ovulació es produeix entre el dotzè i el setzè dies que precedeixen les regles, per a d'altres això no té data fixa.

Per quina d'aquestes opinions cal decantar-se?

Hom sap avui que una menstruació és acondicionada per l'acció successiva i harmònica exercida damunt la mucosa uterina per dues hormones: la folliculina i la lateïna. Però hom no veu pas la deu d'aquestes dues hormones en el sol follicle que evoluciona cap a la ruptura (el follicle, en efecte, produeix algunes unitats de folliculina, mentre que en calen molts milers per a produir la menstruació).

Es molt cert que en les dones ben reglades, en

Les clíniques nacionals usen els productes nacionals d'Aurelio Gamir



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 Koenigsberg. 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 gratuitament, a la

Editorial Labor, S. A. BARCELONA: Provença, 84-88 MADRID: Pl. Independència, 4

les quals les menstruacions es presenten amb ritme perfecte, el cicle de producció de la folliculina segueix un compàs constant i que un augment de secreció follicular produït enmig del cicle, motiva regularment, per congestió, l'esclat del follicle i la preparació d'un cos groc; però aquest fenomen, si bé es produeix gairebé d'una manera constant, no és pas obligatori.

El despreniment de l'òvul no condiciona pas la menstruació. En general es produeix 15 dies abans de la regla, però pot produir-se una o moltes vegades durant un cicle i pot, també, no produir-se. Tot el món admet que l'ovulació pot tenir lloc en absència de menstruació; d'això n'hi ha proves abundants (embarassos en dides amb amenorrea fisiològica i en dones que mai no havien menstruat); igualment, pot existir menstruació sense ovulació (que ho diguin, si més no, els casos de dones que han menstruat després de la castració roentgenoteràpica i de l'extirpació quirúrgica d'ovaris). Hom sap igualment que si la majoria de dones tenen regles pobres per hipofolliculinèmia, hi ha amenorrees hiperhormonals; en aquest cas, l'estat d'hipercongestió motiva no solament un estat impropi per a la nidació de l'ou (estats justificadors d'una medicació luteínica) sinó també una degeneració quística de l'ovari.

Es, doncs, lògic que admetem que *no existeix obligatòriament relació fixa i constant entre l'ovulació i la menstruació que la segueix.*

5.è En resum: *L'absència de regles no permet pas d'afirmar l'absència d'ovulació* i, per tant la impossibilitat d'embaràs.

— *La presència de regles no permet pas afirmar la presència d'ovulació* i per tant la possibilitat de fecundació.

— *La presència de regles amb ovulació no és suficient perquè hi hagi seguretat de fecundació.* Cal, en efecte, que els espermatozoides trobin la via lliure per a arribar a l'òvul francament emès.

En l'absència de causes patològiques cal que—com han demostrat J. Séguy i J. Vimeux—l'ovulació es produeixi en íntima connexió amb el període de la permeabilitat de les vies genitals baixes, permeabilitat caracteritzada per l'aparició d'una secreció glerosa i traslúcida en el coll uterí. L'absència d'aquesta secreció en aquest moment constitueix un factor d'esterilitat; aquesta esterilitat pot, naturalment, ésser guarida mitjançant una opoteràpia que reguli l'ovulació fent-la coincidir amb el període de les glerositats.

Sembla, doncs, que, normalment, la folliculina congestiona l'ovari (eretisme del bulb ovàric), ajuda la ruptura dels ovisacs menats a la maturitat per la secreció prehipofisària. Durant aquest temps la mucosa uterina s'engruixeix i el coll uterí elabora la seva secreció traslúcida. Així, *l'ovulació es fa en el curs del periode de les glerositats permeables del coll, principalment vers el final* (proves per dosatge de la folliculina i fecundació artificial) és a dir, de l'onzè al setzè dies que precedeixen les regles.

Tal com la majoria d'autors i nosaltres mateixos hem remarcat, en les dones ben reglades es produeix la fecundació a meitat del cicle, car en aquesta època es troben reunides les condicions òptimes (ovulació, secreció glerosa, mucosa uterina apta per a la fixació i nidació de l'ou), però res no s'oposa perquè la reunió d'aquests factors favorables pugui tenir lloc en una altra època del cicle i, per tant, que hi hagi també concepció.

En resum, les teories que admeten que la fecundació no és possible en la dona més que entre els onzè i setzè dies premenstruals cal que destriïn aquests dos casos:

A) *La menstruació és regular.* En aquest cas, com que l'ovulació es produeix, generalment, en mig del cicle, la fecundació — per bé que les anomalies són possibles—es produeix amb la màxima freqüència entre els onzè i setzè dies premenstruals.

B) *La menstruació és irregular.* En aquest cas, hom no pot pas avaluar la data de l'ovulació, car hom desconeix la de la menstruació següent: per tant, no és possible de fixar el període de la fecundabilitat.

* * *

Les lleis formulades per Knaus i Ogino troben, doncs, llur aplicació en la majoria de dones ben reglades; però voler generalitzar és exposar-se a errors que es tradueixen per crues desilusions.

En la majoria dels casos, les conclusions que foren formulades ara fa dos anys, romanen vàlides.

Cal remarcar que, en temps antics, l'observació i l'experiència les havia ja establertes. Així en el Talmud de Babilònia hom pot llegir: «Una dona solament pot esdevenir embarassada poc temps després del bany de purificació prescrit per la llei de Moisès a les dones després de llurs menstruacions». Cal remarcar que aquest bany de purificació tenia lloc generalment al dotzè dia del cicle menstrual. Els jueus ortodoxos tenen prohibit el coit: 1.er Les 24 hores que precedeixen la menstruació. 2.on Durant les regles. 3.er Els set dies que segueixen els cinc de pèrdua hemàtica contada des de l'esclat menstrual, o si la regla dura més de cinc dies, una setmana després de la suspensió menstrual. Fora d'aquestes proscripcions, Moïsès diu: «Aneu-hi i multipliqueu-vos com la sorra dins del mar...».

Vegeu, encara:

DELOTTE, A.: *Alguns axiomes obstètrics relatius a l'embaràs.* «Le Limousin Médical». Limoges, V-36, p. 155.

DARTIGUES: *Algunes idees generals sobre la ginecologia.* «Toulouse Médical». 15-VI-36, p. 395.

JEANNENEY, G. i ROUSEAU: *Sobre un cas de fibroma submucós fúndic amb hemorràgia i dismenorrea.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 7-VI-36, p. 366.

PADRÓS I BIGAS, S.: *Lesions vasculars de la placenta sifilítica i llur valor diagnòstic.* «Annals de l'Hospital General de Catalunya». Barcelona, 15-IX-36, p. 496.

ESCARRAS, A. (de Marsella): *Les cellulitis pelvianes després d'histerectomies per salpingitis «fredes».* «Le Concurs Médical». París, 18 ocubre 1936, p. 2.951.

MALARET VILAR, J.: *Radiodiagnòstic excepcional d'embaràs triple.* «Annals de l'Hospital General de Catalunya». Barcelona, 15-XI-36, pàgina 557.

AJA AJA, N.: *Història de l'ovariotomia.* «Crónica Médica». València, XI-XII-36, p. 711.

BALARD, P.: *De la impressionant freqüència i de l'enorme gravetat de l'avortament criminal.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 20-XII-36, p. 802.

GRYNFELE, E.: *El condrioma en les cèllules d'un tumor vegetant de l'ovari.* «Montpellier Médical». XII-36, p. 369.

DELMAS, P.: *Les evacuacions extemporànies a la fi d'embaràs.* «Montpellier Médical». XII-36, pàg. 370.

JEANNENEY, G. i ROUSSEAU, M.: *Sobre un cas de metrorràgies després de la menopausa.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 23-I-37, pàgina 103.

GASÇUET, P. (de Niça): *Nocions d'higiene intima de la dona.* «Mónaco Méditerranée Médical». 1-I-37, p. 286.

TOURNEUX, J. P. (de Toulouse): *El tractament de les retrodesviacions.* «Le Concurs Médical». París, 28-II-37, p. 616.

BALARD, P.: *Les hepatonefritis de l'avortament criminal.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-II-37, p. 99.

BALARD, P.: *Les hepatonefritis de l'avortament criminal.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 13-II-37, p. 248.

JEANNENEY, G. i DUBARRY, E. (de Bordeus): *Els escolaments de liquid sangonós pel mugró.* «La Gazette Médicale du Sud-Ouest». París, 15 març 1937, p. 261.

Oto-rino-laringologia

Recerques morfològiques, fisiològiques i cliniques sobre el menisc mandibular: luxació habitual i cruixits tèmporo-maxillars, pel Dr. X. J. DUBECQ. «Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest», Bordeus, 30 gener 1937, pàgina 125.

L'autor arriba a les conclusions següents:

1.ª El menisc mandibular és un fibro-cartílag articular, les característiques morfològiques del qual (concernents a la forma, l'estructura i les connexions) són més acondicionades per les necessitats fisiològiques, que per la necessitat de restablir una pretesa harmonia entre unes superfícies articulars no concordants.

2.ª El menisc mandibular representa, segons la sortosa expressió de M. Wallisch, «una superfície articular transportable i deformable». Es aquest caràcter d'òrgan mòbil i capaç d'una certa flonjor el que li assegura aquest doble paper.

3.ª Aquesta mobilitat és una funció de les connexions musculars que té, principalment amb el pterigoïdià extern i secundàriament amb el temporal i el massèter, i que l'autor ha descrit sota el nom «d'aparell motor del menisc mandibular». Les seves qualitats de forma i de mobilitat intervenen en el moment en què la força mastegadora té una tendència a exercir-se amb un valor màxim; aleshores el menisc juga el paper d'esmorteïdor respecte a la cavitat glenoïdea i a la paret anterior del conducte audític extern.

4.ª Per analogia amb el que s'esdevé en altres articulacions proveïdes d'un aparell meniscal (l'articulació més comparable en aquest aspecte és la del genoll), el menisc mandibular facilita i harmonitza la combinació de dos moviments: un moviment de lliscament i un moviment de rotació. L'avantatge d'aquest doble joc és, per al genoll, una economia de superfície articular, i per a l'articulació tèmporo-maxillar, el manteniment en una zona no molt allunyada de la regió de l'espina de Spix, hili-mandibular, dels eixos de rotació del moviment de l'obertura de la boca i per conseqüent, la integritat dels vasos i nervis dentaris inferiors.

5.ª El joc normal de l'articulació tèmporo-maxillar està lligat íntimament amb la integritat anatòmica i funcional del menisc, de les seves connexions amb el seu aparell motor i amb el còndil maxillar, amb els quals està solidaritzat estretament.

6.ª L'extirpació experimental uni o bilateral del menisc mandibular, fàcil de realitzar en el conill, no va acompanyada de trastorns funcionals apreciables.

La seva mutilació per dilaceració i el seu man-

teniment en la cavitat articular produeixen cruixits intermitents i una molèstia apreciable en la masticació. Més tard, el menisc s'atrofia i es reabsorbeix. La seva desaparició s'anuncia per una regressió dels trastorns funcionals.

7.ª Correlacions involutives uneixen el menisc i l'aparell dentari, la pèrdua de les dents provocant l'amagriment i, a la llarga, la perforació del menisc (Summa, Prentiss); pràcticament, és necessari saber que l'adopció enutjosa de certes pròtesis massa extenses (dentadura completa, pròtesi de pont) poden menar a alteracions meniscals.

8.ª Les causes capaces de trastornar el joc normal del menisc mandibular, per afecció de les seves connexions musculars (traumatisme), o, per alteració del seu teixit (inflamació crònica, artritis deformant), són responsables de l'afecció impròpiament anomenada «subluxació o luxació habitual de la mandíbula».

9. L'afecció així designada, està caracteritzada per dos símptomes: el o els cruixits i el fenòmens dolorosos. La subluxació amb blocatge constitueix una complicació eventual i relativament poc freqüent (10 per 100 aproximadament dels .casos) També, cal refusar el terme de subluxació habitual. La denominació anglo-saxona de «claking jaw» o de «snapping jaw», encara que desproveïda de sentit patogènic, es presta menys a confusions. La denominació de Truffert: «*craquements* dolorosos de la mandíbula» és més convenient. L'autor, segons el seu entendre, creu que la tríade simptomàtica (cruixits, dolors i blocatge eventual) pot justificar l'autonomia d'una «síndrome menisco-mandibular».

10.ª De totes les terapèutiques dirigides contra «els cruixits dolorosos de la mandíbula», les quirúrgiques són les més recomanables. Aquestes comprenen mètodes directes i mètodes indirectes. Els mètodes indirectes són: l'operació de Blake i les operacions de Lindenmann, Mauclaire i Ebim. Els mètodes directes, més etiològics, són: o la càpsulo-plicatura, seguida o no de càpsulo-pèxia, o la meniscopèxia amb les seves variants, o la meniscectomia.

11.ª Dues vies d'accés són indicades per a atènyer l'articulació tèmporo-maxil·lar i el seu aparell càpsulo-meniscal. La via pre-auricular; amb les seves múltiples incisions, és l'única emprada a França. Entre aquestes últimes la incisió trago-superciliar és la que sembla més convenient a l'autor. La via retroauricular de Bockenheimer és correntment emprada a Alemanya per Axhausen qui n'ha modificat lleugerament la tècnica.

Vegeu, encara:

David, M., Bezy, P. i Petel, R.: *A propòsit d'un cas d'accés subagut temporal esquerre guarit per ablació d'una sola peça sense drenatge.* «Toulouse Médical». 15-VI-36, p. 408.

Castay: *La radiografia del mastoide i els seus resenyaments des del punt de vista clínic, en les otitis.* «Toulouse Médical». 15-VI-36, pàgina 409.

Dupérié, R. (de Bordeus): *Les laringitis greus tardanes i el xarampió.* «Le Progres Médical». París, 12-XII-36, p. 1.947.

Bosche: *A propòsit d'un cas de tromboflebitis del sinus lateral amb septicèmia estreptocòccica, guarit per trepanació i tractament amb Rubiazol.* «La Gazette Médicale Limousine». Limoges, I-37, p. 23.

Despons, Barraud i Pinson: *Estella de fusta entrada per la boca havent fracturat el conducte auditiu extern en un infant operat d'una mastoiditis.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 6-13-III-37, p. 348.

Castay, F.: *Descoberta fortuita d'un cos estrany traqueal ignorat i perfectament tolerat.* «Toulouse Médical». 1-IV-37, p. 213.

Pediatria

L'acrodínia infantil al Sud-Est de França. Recerques sobre l'acrodínia. (A propòsit de 49 observacions recollides a Montpeller), pels Drs. E. Leenhardt i J. Boucomont. «Le Journal de Médecine de Lyon». 20 febrer de 1937, p. 105.

L'acrodínia infantil és coneguda des de les publicacions de Selter l'any 1903. Les primeres observacions franceses han estat fetes pel Dr. Péhu el qual, el 1926, les féu conèixer als pràctics del país. Després d'aquesta època, han estat observats en tot França nombrosos casos i la malaltia de Selter-Swift-Feer ha suscitat nombrosos treballs. Ací ens proposem solament de fer una revisió de 49 observacions recollides a la clínica mèdica infantil del Prof. Leenhardt.

Els primers exemples d'aquesta malaltia han estat descoberts l'any 1927. Després d'aquesta data llur nombre ha augmentat d'una manera irregular, però en conjunt la progressió és clara i sembla deguda a un augment de freqüència de la malaltia i no pas a un simple atzar: fins i tot és probable que certs casos no identificats, sobretot en les formes frustrades, siguin tractats a les viles d'origen. D'acord amb el que diuen molts autors nosaltres hem observat un augment de freqüència de la malaltia durant l'estació freda (gener i maig), amb un *màxim* durant el curs del mes d'abril. L'acrodínia presenta, doncs, els caràcters d'una afecció de temporada.

En el moment que foren observats els primers

símptomes, l'edat de l'infant era de 9 mesos i mig el més jove i 4 ½ anys el més gran: de 10 mesos a 2 anys i de 2 a 4 anys i mig el nombre de casos és sensiblement igual.

No fem aportació de cap element nou als senyals clínics de l'acrodínia en la seva forma comuna. Els símptomes habituals a la malaltia han estat descrits en nombroses publicacions i nosaltres insistirem solament sobre algunes particularitats fornides per exàmens especials.

La punció lumbar en 9 casos d'acrodínia pura, és a dir, exempta de complicacions encefàlica o poliomielítica ens ha fornit les dades següents:

El nombre d'elements cel·lulars variaba de 0,6 a 3,4 per mm. cúbic. Aquesta darrera xifra anava acompanyada d'una taxa d'albuminorràquia de 0,40. Una vegada trobàrem 12,2 elements per mm. cúbic (limfòcits i polinuclears), però el líquid contenia un poc de sang; la taxa de l'albúmina en aquest cas era de 0,40. L'albuminorràquia era de 0,25, 0,35, 0,40 (2 vegades); 0,45, 0,50 (1 vegada); 0,55, 0,60 i 1 gram 40. En aquest darrer existia una dissociació albúmino-citològica caracteritzada per 0,8 elements i 1 gram 40 d'albúmina; després d'alguns dies aquestes xifres eren respectivament: 0,6 i 0,45; a la taxa de 0,60 d'albúmina en el líquid cèfalo-raquidi corresponien 0,9 elements per mil·límetre cúbic.

Aquests dos casos de dissociació han estat observats en infants malalts després de 3 mesos (1,40 grn.) i després de 5 dies (0,60). Dos mesos després del començament d'una acrodínia hem observat en el líquid retirat per punció lumbar, 1,4 i 0,35 d'albúmina, o encara 1,4 element i 0,55 albúmina. Un mes després del començ de la malaltia hem comptat 2,8 elements a la cèl·lula de Nageotte i el laboratori de química ha trobat 0,25 d'albúmina. D'aquestes dades no podem deduir-ne una conclusió sobre la composició cito-albumínica del líquid cèfalo-raquidi en relació amb l'antiguitat de la malaltia.

La glicorràquia ens ha fornit xifres molt variables i que oscil·len entre 0,46 i 0,80 per litre, és a dir, dins dels límits normals.

En aquests casos la punció lumbar no ens ha fornit cap indicació útil. Una sola vegada n'hem obtingut una informació precisa: una dissociació albúmino-citològica franca; en la nostra estadística aquest cas és isolat.

Assaigs de transmissió de la malaltia. — Amb el líquid cèfalo-raquidi de dos infants afectats d'una acrodínia mortal, hem inoculat, per via intracraniana o peritoneal, 1 conill, 5 cobais, i 3 rates blanques. Aquestes temptatives no provocaren cap trastorn en aquests animals. Moltes hipòtesis poden explicar aquests fracassos.

De bell antuvi, és possible que aquests animals no siguin sensibles a la malaltia, i és molt possible que com en el cas de la poliomielitis l'únic animal receptor sigui el simi. En segon lloc hem extret un líquid cèfalo-raquidi en un moment en el qual l'acrodínia semblava molt activa puix que, en un cas, l'infant acababa de morir i en l'altre la mort sobrevingué 13 dies més tard, però la malaltia era antiga, car datava de 7 ½ mesos en un cas i de 3 mesos en l'altre; és possible que l'activitat de l'agent patològic sigui de curta durada com s'esdevé en la poliomielitis i per tant les extraccions pera inoculacions hauran d'ésser practicades d'una manera precoç. Els cultius de sang i de líquid cèfalo-raquidi resten negatives.

Deamer i Biskind no han obtingut cap resultat en inocular al simi líquid cèfalo-raquidi o bé maceracions de medulla. Però la malaltia datava de sis mesos en una primera experiència, i d'un any en la segona. La medulla, en aquesta observació, no presentava cap lesió histològica.

Mouriquand i Sédaillan han repès aquestes experiències en el conill per mitjà de «passatges successius»; han provocat paràlisis tardanes del tren posterior a seguit d'inoculacions intraperitonials i intracranianes, però aquests autors manifesten reserves sobre les lesions obtingudes per raó del fet que el conill és particularment sensible a una encefalitis especial, mal coneguda encara, i que pot restar latent fins el dia que un traumatisme cranià li provoqui una nova activitat. Per bé que llurs resultats hagin estat negatius, Mouriquand i Sédaillan, tenen la impressió que l'acrodínia pot ésser deguda a un virus neuròtrop al qual el conill seria sensible. Aquests assaigs infructuosos poden tenir un interès per a noves recerques.

En un petit nombre de casos, hem fet un *electro-cardiograma*. Aquestes recerques fetes gràcies a la col·laboració del Dr. Armand, ens han fornit resultats negatius en els tres casos en els quals ha estat utilitzat aquest mitjà d'exploració.

Les observacions de Leriche i Policard han demostrat que les modificacions circulatòries poden provocar una alteració de l'estructura ossosa. Nosaltres creiem que aquestes alteracions durant el curs de l'acrodínia existeixen solament quan els trastorns circulatoris de les extremitats són accentuats i persistents.

Fins i tot quan s'ha produït l'amputació espontània d'una falange la *radiografia* no revela una decalcificació manifesta sobre els altres ossos de la mà. Molt sovint hom no observa cap modificació de l'estructura ossosa o solament «ratlles transversals» que corresponen a una calcificació exagerada o anormalment persistent.

L'*examen de fons d'ull* practicat dues vegades per Viallefond, no ens ha mostrat cap anomalia.

L'estudi citològic de la sang no ens ha fornit dades que mereixin menció particular.

Per contra, la *capillaroscòpia* ens ha donat informacions magnífiques. Gràcies a la competència del Dr. R. Lafon hem pogut estudiar amb precisió els capillars, durant les diferents fases evolutives de l'acrodínia comuna. El nostre treball de la «Revue Française de Pédiatrie», basat en l'estudi de deu infants, ens ha permès de posar en evidència els aspectes següents: en la fase inicial de la malaltia, l'examen del bordó cutani peri-ungüeal mostra una lleugera dilatació de les nanses, en les quals les porcions arterials i venoses són igualment dilatades; els vasos subcapillars són, sovint, molt nets i fortament augmentats de volum; el fons damunt del qual es destaquen és rosa, la rapidesa de la circulació és normal; per damunt del bordó ungüeal els vèrtexs de les nanses són clarament visibles i més nombrosos que en els casos normals.

En el període terminal, per causa de la descamació, l'epidermis tendeix a esdevenir opaca; els vasos subcapillars no són visibles: hom veu solament el vèrtex de les nanses que semblen més dilatats que en el primer estadi.

En resum, la dilatació de la randa subpapillar, l'augment del nombre dels capillars, la velocitat normal de la circulació i l'opacificació de l'epidermis caracteritzen aquesta síndrome capillaroscòpica de l'acrodínia. Aquest conjunt és molt particular i permet de separar l'acrodínia de l'acrocianosi i de l'eritrocianosi.

Sobretot, l'observació microscòpica dels capillars ens ha semblat susceptible d'aclarir el diagnòstic de les formes frustrades.

Formes atenuades. — No podem desenvolupar ací les consideracions a les quals dóna lloc l'estudi d'aquestes formes degradades de la malaltia: aquestes han estat objecte d'un article publicat a la «Revue Française de Pédiatrie». Un estudi de conjunt ha estat fet per la Sra. Cavèribère en una tesi inspirada per nosaltres. El diagnòstic d'aquestes modalitats atenuades de l'acrodínia ofereix grans dificultats i, sovint, és difícil d'assegurar. Per aquesta raó nosaltres hem utilitzat el mètode capillaroscòpic. Aquest mitjà d'exploració ens ha fornit resultats interessants puix que, gràcies a ell, hem pogut confirmar una impressió vacillant i trobar en l'examen dels capillars els elements d'una certitud. Es indubtable que els senyals són menys clars que en l'acrodínia franca, però l'aspecte general, millor que la constatació dels detalls, recorda la malaltia de Selter; particularment, hom observa una dilatació del plexe subpapillar i una velocitat circulatòria normal o veïna de la normal.

Formes associades. — Llur existència no és pas molt freqüent. No obstant, Leenhardt i Chaptal, han descrit un cas d'acrodínia i d'encefalitis amb abolició dels reflexos tendinosos, ossosos i cutànio-abdominal i un senyal de Babinski bilateral; la punció lumbar permeté de trobar cinc elements per millímetre cúbic i 0,40 d'albúmina en el líquid cèfalo-raquidi. En aquest cas, l'examen clínic ha fet probable la hipòtesi d'una encefalitis que s'ha estès als centres vegetatius.

En d'altres tres observacions Leenhardt, Chaptal i Dufois han observat la malaltia de Heine-Medin (durant el curs d'una epidèmia) associada a una acrodínia. Els autors creuen que el virus poliomielític ha colpit ensems les banyes anteriors de la medulla i els centres intracerebrals de la vida vegetativa.

Complicacions. — La broncopneumònia és certament la complicació més temible, car sobrevé en individus afeblits: gairebé sempre és aquesta la que mena a la mort. Una sola vegada, no obstant, l'hem vist evolucionar en un infant que guarí.

Sis malalts moriren a conseqüència de l'acrodínia i, a seguit, donem el resum d'aquestes observacions:

1.ª Acrodínia i encefalitis aguda (publicat per Leenhardt i Chaptal). La malaltia començà el 15 de juliol del 1929 i acabà el 15 d'octubre, en un estat de coma progressiu. L'infant morí a casa seva.

2.ª Infant que presenta una acrodínia en la qual les manifestacions cutànies són moderades, i gairebé només afecten les mans, però l'astènia i la hipotonia muscular són intenses i es manifesten fins i tot en la funció respiratòria. Tres mesos després de començar l'acrodínia sobrevingué una broncopneumònia que finalitzarà amb la mort del petit malalt.

3.ª Infant malalt d'ençà de dos mesos, que presenta una adinàmia accentuada amb una gingivitis expulsiva intensa i que perd en un dia cinc dents. L'infant mor bruscament per asfíxia i presenta alguns petits fogars de bronco-alveolitis incipient.

4.ª Infant malalt des de tres mesos, que ha perdut sis dents de mandíbula superior i que presenta durant la seva estada a la clínica una eliminació espontània d'una falange amb gangrena gasosa de l'avantbraç. A desgrat d'un tractament mèdico-quirúrgic intensiu, sobrevingué la mort.

5.ª Aquesta observació és la d'un infant que presenta una ulceració de la pell i del cartílag nasal. Durant la seva estada al Servei observàrem la caiguda de moltes dents i l'aparició d'un segrestament ossi del maxil·lar. L'infant morí d'un xancre d'inoculació tuberculosa amb granúlia pulmonar, hepàtica i esplènica.

6.ª Infant que presenta una gangrena seca dels

dits del peu, una estomatitis sense gingivitis i que morí d'una broncopneumònia.

Les observacions núms. 2, 3, 4 i 5 seran publicades *in extenso* quan hàgim acabat els exàmens histològics.

Evolució. — Les *recrudescències* no són pas rares en l'acrodínia; nosaltres n'hem observat molts exemples i hom pot dir que aquestes són constants en les formes accentuades. Llur intensitat és variable, sovint són tan intenses com la falconada precedent; en d'altres casos, són menys severes i a penes es distingeixen de la fase inicial; finalment, elles poden constituir un agreujament manifest. Sovint es tradueixen per una nova activitat del conjunt simptomatològic. Les *recaigudes* són més rares; en tres infants hem vist presentar-se, 20 a 30 dies després de la fi de la primera fase, una segona falconada i sovint una tercera; aquestes semblen, però, generalment més benignes que la forma inicial. Les *recidives* són excepcionals; nosaltres hem observat el guariment total en dos infants que un any després de la primera malaltia, han presentat els mateixos senyals típics de l'acrodínia. Sembla que les recidives siguin més benignes que la primera falconada, però colpeixen les mateixes funcions de l'organisme.

Seqüeles. — Hem pogut reveure 11 infants afectats abans d'acrodínia, 8 d'entre ells han estat examinats dos anys i dos anys i mig després de la malaltia; l'antiguitat d'aquesta afecció era de quatre anys, set i vuit anys per als altres; cap d'aquests infants no compta entre els que presentaren recaigudes. Hom pot afirmar que en gairebé tots els casos la malaltia no ha deixat cap seqüela en el que es refereix a les funcions orgàniques. No obstant, un d'ells presenta un nerviosisme que és considerat pels mestres com netament anormal; un altre presenta un retard psíquic notable; ha restat tres anys i mig a la mateixa classe i els seus progressos intellectuals són ínfims, dissortadament, és impossible de saber pels seus pares si el desenvolupament psíquic de l'infant era normal abans de la malaltia.

Finalment, dos anys després de la seva malaltia, un tercer infant presenta per dues vegades, una tumefacció de les dues mans; a la cara dorsal l'aspecte és granulós amb vermellor, edema, prurit i descamació; aquestes manifestacions arriben un xic per damunt de la munyeca i acaben per una línia geogràfica; la pell és seca i intensament calenta. A la cara palmar la pell és molt seca, tivant, no vermella, i la seva superfície és granulosa com si estigués envaïda per una mena de prurigó format d'elements petits però confluents: existeix una descamació còrnia i un allisament gairebé complet de les empremtes digitals. Els peus són un xic freds, lleugerament humits, ni vermells ni pruriginosos. Als genolls i a les cuixes hom observa marmoracions amb lleugera coloració grogosa. Els braços i el cos presenten una lleugera erupció puntiforme; a la cara existeix un xic d'inflor amb vermellor del front entre els dos ulls. Aquests trastorns que duren des de fa tres setmanes aparegueren sense trastorn psíquic, sense cap modificació de les ungles. L'examen capillaroscòpic mostra solament nombroses nanses fines. Alguns dies després, els trastorns desapareixen, la pell esdevé flonja i presenta una lleugera descamació. Ens limitem a assenyalar aquest fet del qual no podem deduir cap conclusió satisfactòria. Es molt possible que es tracti d'una deshidrosi.

* * *

Aquesta exposició succinta de les informacions fornides per alguns exàmens especials en l'acrodínia infantil és certament incompleta. Serà molt útil d'afegir a l'examen habitual d'aquests malalts el resultat d'altres recerques clíniques, farmacodinàmiques o metabòliques. L'estudi de fons d'ull i el de la cronàxia no han estat mai assenyalats. L'examen del sistema neuro-vegetatiu solament ha estat esbossat.

Es cert que l'ús d'aquestes tècniques delicades el resultat de les quals són mal interpretats, ofereixen en els infants dificultats considerables, però cal emprendre aquesta tasca per tal d'aportar un xic de claror als múltiples problemes que planteja l'acrodínia.

(*Traducció integral.*)

Vegeu, encara:

CRUCHET, R. i CLARAC, J.: *A propòsit de l'hemopremunició contra el xarampió. Les dosis de sang total a utilitzar.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 31-V-1936, p. 345.

CASSOUTE, E. (de Marsella): *Tolerància particular dels infants als medicaments.* «Le Concurs Médical». París, 14-VI-36, p. 1.823.

DIEULAFÉ, R.: *El tractament quirúrgic del mal de Pott dorsal amb gibositat i paraplègia en l'infant.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-VI-'6, p. 504.

TRAISSAC, M.: *A propòsit d'èczema infantil guarit per l'anatoxina estafilocòccica de Ramon.* «La Gazette Médicale du Sud-Ouest». Bordeus, 15-XI-36, p. 957.

DUBOURG, E., LAFCNT, J. i VALLAT, J.: *Hemorràgia meningea durant un zona en un infant hemogènic de 13 anys.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 20 desembre 1936, p. 812.

CAZENAVE, ED.: *Paper de l'infermera visitadora*

social al dispensari de profilaxi prenatal de Bagatelle. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-XII-36, p. 875.

Radiologia i Terapèutica física

Ràdio-paraglifes, per G. Jeanneney. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-II-37, p. 103.

Fa més de 20 anys, Bela Alexander aconsellà, per tal de facilitar la lectura d'una radiografia, provocar l'aparició d'una imatge en relleu a base del simple *decalage* d'un positiu damunt del negatiu.

En una nota apareguda a l'agost de 1936 en el «Journal de Radiologia et d'Electrologie», Blondeau d'Alger, reprenia aquesta idea i, amb el nom de *Mètode dels paraglifes*, descrivia una tècnica de modelatge radiofotogràfic dels ossos i de les visceres.

Finalment, ara de poc, Grand-Gérard, en la «Revue Médicale de Nancy», aporta una sèrie de radiografies de tòrax.

Cal entendre per ràdio-paraglifes (παρα = a prop de; γλυφε = cisellat) tiratges fotogràfics que donen un efecte de contrast amb vores netes, ombrejats o aclarits, anàlegs al que dóna damunt del cisellat una iluminació tangencial. La imatge es presenta amb cantells iluminats amb ombres que donen una sensació sorprenent de relleu.

Per tal d'obtenir aquestes proves cal procedir com segueix: El clixé negatiu és tirat en dispositiu sobre paper molt fi o, millor, sobre film. Hom sobreposa exactament les dues imatges, després hom les desencaixa verticalment o transversalment un a dos millímetres i hom tira una prova sobre paper. Així s'obté uns blancs molt més nets i uns negres millor dibuixats; gràcies a aquest efecte de contrast hom té la ilusió de relleu.

La impressió, mirant aquestes proves, és la d'un baix relleu tallat amb cisell dins la pedra.

Sens dubte, es tracta ací, simplement, d'una mena d'*ilusió òptica*. Aquestes imatges resulten encara més vistents examinades amb lupa. Tot amb tot, no pot pas dir-se que aquesta impressió sigui inexacta, car correspon a la realitat i la fa més remarcable i molt més exacta del que ho faria el retoc. Per tant, cal convenir que constitueix un auxiliar per a la interpretació de certes imatges difícils.

Com diu justament Grand-Gérard, la imatge paraglifa deu ésser sempre comparada amb el film negatiu original. Aquest mètode és, sobretot, de gran utilitat per a l'estudi de certs tumors de l'os i de certes lesions de l'aparell digestiu.

Vegeu, encara:

Arnaud, M.: *La radiologia en la cirurgia de l'apèndix.* «Les Cahiers de Gastro-enterologie». 15-III-36, p. 16.

Delherm (de Tolosa) i Fischgold, H.: *L'electricitat mèdica.* «Anniversaires». París, 10-V-36, pàg. 1.

Torres Carreras, R. i Bosc Solà (de Barcelona): *Tractament de la hipertròfia i dels fogars d'infecció dels teixits limfoides del naso-faringe (amígdales, etc.) per la radioteràpia.* «Le Phare Médical». París, VII-36, p. 203.

Robert: *La radiografia de l'articulació trapezometacarpiana. Les artrosis d'aquesta juntura.* «Centre Médical». Clermont-Ferrand, octubre 1936, p. 64.

Berthomier: *La fisioteràpia en els edemes post-traumàtics.* «Centre Médical». Clermont-Ferrand, X-36, p. 68.

Le Go, P.: *Els corrents exponencials de baixa freqüència en el tractament del dolor.* «Centre Médical». Clermont-Ferrand, X-36, p. 91.

Ribas Isern, G.: *La roentgenoteràpia en el tractament del retard de consolidació i calcificació en les fractures d'ossos llargs.* «Annals de l'Hospital General de Catalunya». Barcelona, 15-XI-36, p. 529.

Sabrazès, L.: Comentari a un treball sobre *«El diagnòstic radiològic de les artritis i de les artrosis»*, dels Drs. P. Robert i J. Forestier. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 28-XI-36, p. 753.

Sanchiz, A.: *Vulgarització sobre l'obtenció artificial d'elements radiactius.* «Actes de les Reunions del Cos Facultatiu del Policlínic». Barcelona, 1936, p. 153. Vol. I, núm. 19.

Dubarry, J. J.: *La intubació duodenal a la pantalla. L'ortodiagrama del quadre duodenal.* «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 28-II-37, p. 132.

Jeanneney: *Ràdio-paraglifes.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 6-II-37, p. 214.

Lamarque, P.: *Un nou mètode d'utilització dels raigs X. La historadiografia.* «Montpeller Médical». II-37, p. 47.

Turchini, J.: *D'algunes aplicacions de la historadiografia interessants especialment per a les ciències Mèdiques.* «Montpellier Médical». II-37, p. 69.

Maurin: *Sobre el perill de la injecció de certes sals radiferes.* «Toulouse Médical». 1-IV-1937, pàg. 211.

Notes bibliogràfiques

Exploració endocrina, pel Dr. M. Taverna-Torm. «Monografies Mèdiques», núm. 102. Barcelona, 1936.

No fa pas gaire temps des d'aquesta mateixa secció agraíem al Dr. Taverna-Torm el bell esforç que representava la correcta traducció del llibre de Max A. Goldzieher «*Endocrinologia Pràctica*», editat per l'*Editorial Miguel Servet*.

Ara, el Dr. Taverna-Torm, conseqüent amb el que representava com orientació i criteri la tria d'aquell bell model de llibres que tantes voluntats ha conquerit per a recolzar els drets de l'Endocrinologia a ocupar un lloc a primer rengle entre les especialitats mèdiques més dignes d'una autonomia, ens ofereix una monografia en la qual el metge pràctic català trobarà el *baedeker* orientador que la nova especialitat reclamava d'un expert.

En aquest aspecte la monografia del Dr. Taverna-Torm mereix el més franc i calorós acolliment. Però caldrà que afegim també uns mots d'elogi més concrets que aquesta declaració de bondat inicial: *Exploració Endocrina* del Dr. Taverna-Torm és, certament, un assaig molt reeixit de propedèutica endocrina al servei dels no iniciats i, per tant, constitueix un preciós element d'orientació clínica en el doble aspecte diagnòstic i terapèutic.

En el fons hom descobreix la protesta que l'autor argumenta contra el perniciós criteri morfològic que el clínic utilitzava fins fa poc temps en totes les perquisicions endocrines. Aquest criteri, semblava, en efecte, com si tingués per darrer baluard de la vella i empírica *escola del cop d'ull*, el camp endocrinològic tot just començat de fressar.

De la mateixa manera que Gley en el terreny de la fisiologia arremeté contra la fantasiosa barreja de bibliografia incontrolada que desacreditava les bases del capítol reservat a l'estudi de les funcions endocrines normals, nombre de clínics especialitzats han emprès amb parella energia la tasca de depurar el camp de la patologia i de la terapèutica endocrines.

Aquesta feina de neteja i de crítica convé raportar-la en forma de conclusions i així, en efecte, la bibliografia monogràfica s'enriqueix, de tant en tant, amb llibres que, com el que acaba d'oferir-nos Taverna-Torm, reten uns serveis de primeríssima qualitat.

L. C.

Nocions de Puericultura, pel Dr. Josep Roig i Raventós. Cinquena edició. Barcelona, 1936. Editorial Políglota.

Les cinc edicions que, en ben poc temps, ha vist aquesta obra del Dr. Roig i Raventós ens podrien estalviar l'elogi si el nostre propòsit d'assenyalar-ne l'aparició de la darrera no tingués altra finalitat que la redacció d'una nota freda.

Roig i Raventós és massa dels nostres per a suggerir-nos aquesta mena de capteniment de col·leccionador de fitxes. D'altra banra, la transcendència de la seva petita gran obra no ens ho permetria tampoc, ni que el seu autor no fos qui és.

Aquestes *Nocions de Puericultura* han aconseguit entrar a molts milers de llars catalanes amb un objectiu cultural ben precís i ben estimable. Amb quin goig l'hem vist a les mans de futures mares i, fins i tot, en el de parelles a bastament afavorides per una nombrosa fillada!

El guiatge d'aquest llibre tan ben pensat, tan ben resolt, tan ben escrit, quantes vides d'infant haurà salvat!

L'apostolat del metge, sobretot del metge pedíatra, quina meravellosa concreció adquireix a base d'un llibre com aquest!

Roig i Raventós ha estat, per obra d'aquest llibre, el metge invisible de milers de llars catalanes i un dels elements de major eficiència en el millorament racial del nostre poble.

L'any 1934, el Congrés de Metges de Llengua Catalana atorgà a *Nocions de Puericultura* la màxima distinció per tal com els companys que integraven el jurat qualificador entengueren que la seva importància social n'era ben merexedora.

La tasca baladrera de molts reformadors improvisats—foc d'encenalls de flama i de caliu ben fugissers—té la seva rèplica en l'obra silenciosa, modesta i, constant d'homes com Roig i Raventós.

El seu petit volum de consell sobre la manera de criar bé un infant ha fet molt més bé a la nostra pàtria que els desfogaments mitinescs de més de quatre grimpadors de la política.

Hi ha qui es llança a una performança per transformar-la en l'escambell que li permetrà abastar utilitats materials i privilegis. Hi ha, però—*rara avis*—, homes que com Roig i Raventós es llancen a la performança generosament, sense *subsol* inconfessable. Aquests són els homes que mereixen el bé de la pàtria.

L. C.

LIPOSPLENINA

DEL Dr GROC

OPOTERÀPIA ESPLÈNICA ESPECÍFICA (SOULA)

L'AGENT DE LA COLESTEROGENESI I ELS LIPIDS 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 enviï-la

Serveixi's enviar-me mostres de **Liposplenina**

(1) .....

Data .....

(signatura)

Nom .....

Adreça .....

Població .....

(1) Indiqui's fòrmula

Impresos

Segell
de
Correos

Senyor A. COROMINAS
Gomís, 102

BARCELONA

Occitània mèdica

pel Dr. Leandre Cervera

Occitanisme pràctic i occitanisme floralesc

Quan, anys endarrera, la vida catalana s'esmunyia plàcidament, pacíficament, bucòlicament, era de ritual, d'un cap a l'altre de la terra nostrada, la celebració de l'esclat primaveral amb aquelles festes literàries que s'anomenaven Jocs Florals.

Enguany, el capficament que ens ha imposat aquest viure rabiós dels temps de guerra, ha emmudit les muses dels mesos florits i ens ha procurat l'avinentesa per a reflexionar sobre coses que, com els Jocs Florals ens eren considerades, per tradició, innegligibles.

A primer cop d'ull aquestes disquisicions semblaran desplaçades damunt les planes d'una publicació inèdita. No ho resultaran, però, si hom té en compte que, precisament pel fet d'haver-nos anomenat occitanistes i de practicar l'occitanisme, ens ha calgut, manta vegada, defensar-nos de la imputació de floralisme que, encara avui, es dedica, pejorativament, a qualsevol activitat desenrotllada sota l'etiquetatge occitànic.

Precisament, en fer la defensa del nostre occitanisme havíem fet remarcar que la nostra finalitat no era pas—com en la festa dels hereus de Clemència Isaura—una periòdica exaltació de virtuts ancestrals, ni una pruïja d'exhumacions de glòries pretèrites, ni un artificiós reviscolament de varietats lingüístiques.

El nostre occitanisme recolzava i s'ha desenvolupat esponerós sobre un basament ferm i no circumstancial. Per això no ha estat el foc follet fugisser, ni l'exhibició dels moments d'eufòria. El nostre occitanisme no ha estat mai una nova *coupo santo*. No ens menà mai cap mòbil polític, ni ens ha empès cap incentiu inconfessable. Hem treballat a la llum del dia i hem parlat als quatre vents, mai a cau d'orella, car el nostre occitanisme respon a una necessitat fondament sentida per tots aquells als quals va adreçada La Medicina Catalana.

Els temps afrosos que la guerra obliga a viure, han pogut collapsar moltes activitats dels temps de pau, entre elles els Jocs Florals, però, no solament no han inhibit la vitalitat de la nostra publicació sinó que li han fornit nous motius de perduració.

En l'aspecte material, naturalment, La Medicina Catalana, per causa de la guerra, ha sofert i sofreix totes les desventures que fan difícil les activitats de les Arts del llibre: la manca de paper, de tinta i de metall. Però en l'ordre immaterial, la nostra Revista pot dir amb joia que, mai com ara, no havia sentit tan intensament la sensació de complir una finalitat ben precisa.

En català i sense mires imperialistes La Medicina Catalana ha pogut demostrar als més pessimistes la justesa amb què mena a terme la seva comesa cultural.

Per terres d'Occitània el nom de la nostra revista és ja familiar entre els metges, car és l'arxiu de les activitats bibliogràfiques de tots els fogars de treball mèdic des de Bordeus a Niça, des de Limoges a Montpeller, des de Clermond de Tolosa.

La nostra «Hemeroteca Occitana» comença a ésser de consulta obligada per als que cerquen una informació precisa de cada una de les especialitats i de cada un dels especialistes dels països d'Oc.

La nostra publicació de números d'homenatge a escoles occitanes, la nostra «Galeria d'Occitans i Catalans Ilustres» i els nostres Noticiaris, han arribat a fer comprendre l'interès amb què els metges de terres catalanes seguim les incidències del treball científic dels nostres collegues occitans. Quants i quants noms de metges occitans no han esdevingut ja familiars pel fet de veure'n reiterades recensions a les pàgines de la nostra revista!

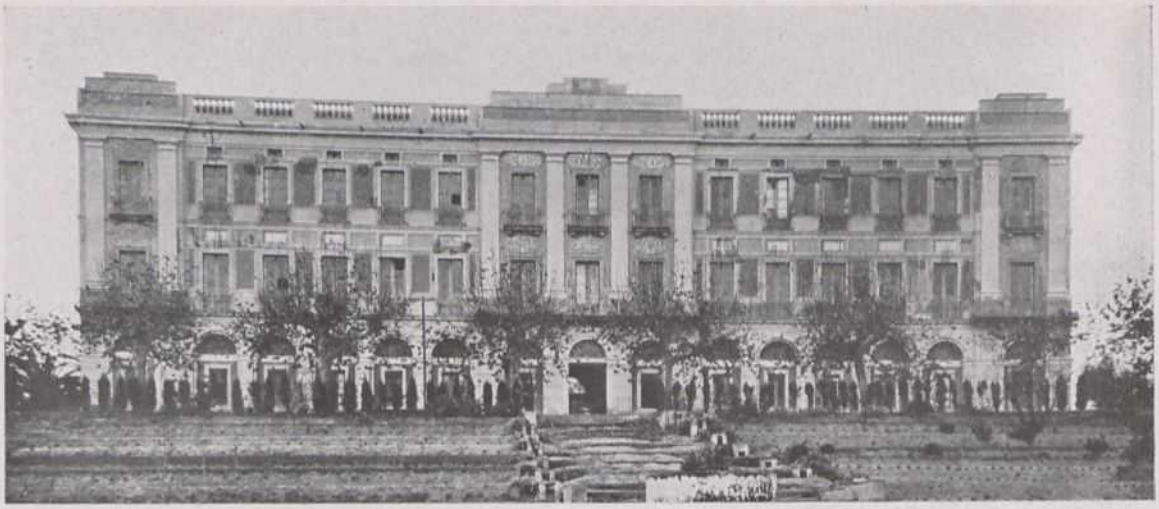
I, com és plaent de fer aquesta constatació en remarcar en les mateixes revistes *provincials* de terres d'Oc els planys que els suggereix la manca de consideració i la incomprensió que els prodiguen els privilegiats d'una demarcació geogràfica més al nord!

Es molt probable que en la identitat idiomàtica no hi hagi l'aglutinant espiritual que pot existir en l'afinitat expressiva d'uns mateixos sentiments, baldament la paraula que fa de vehicle sigui semblant i no idèntica.

El nostre occitanisme s'ha basat en aquesta hipòtesi. Els metges d'Occitània han entès el nostre català perquè amb ell li han arribat sensacions plaents: consideració, germanor,... belligerància.

Per això La Medicina Catalana ha assolit una tan gran difusió per terres d'Oc. Per això, la seva continuïtat està esponerosament assegurada enmig de l'ensulsiada de tantes i tantes coses que sota d'una façana ben vistent no posseïen aquell contingut que un excés d'aparença feia imaginar.

Per això ens disposem a prosseguir la nostra tasca més fruitosa que espectacular en profit de Catalunya, de les terres d'Oc i de la medicina.



Noticiari d'activitats

EL SEGELL PRO INFANCIA A CATALUNYA

pel Dr. ALFONS TRIAS MAXENCS

SECRETARI DEL SEGELL PRO INFÀNCIA

La Generalitat de Catalunya, amb el desig d'obtenir per a Catalunya quelcom semblant al que mitjançant institucions similars han obtingut altres països, decidí instituir per Decret del Conseller de Sanitat i Assistència Social, en 13 de març del 1933, el «Segell Pro Infància».

La seva finalitat és la recaptació de cabals per a atendre la Higiene social de l'infant en les seves múltiples i complexes necessitats.

El «Segell Pro Infància» és l'únic segell de caràcter d'assistència social que està autoritzat per a ésser editat i posat a la venda a Catalunya.

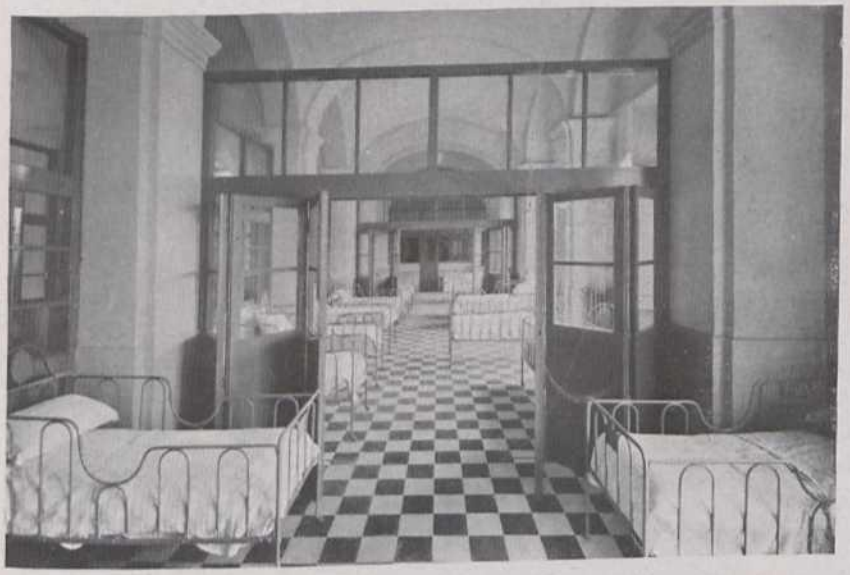
L'assistència social a Catalunya no ha estat mai degudament atesa pels Organismes centrals i d'aquí la manca d'institucions d'aquesta índole, abans de la proclamació de la nostra República i de l'obtenció de l'autonomia catalana. La infància necessitada era mal assistida i el tuberculós veia transcórrer sense esperança l'evolució fatal de la seva malaltia i podia conceptuar-se quasi nulla la labor de profilaxi. Per altra banda, les condicions del treball de les obreres, que impedien o almenys dificultaven la lactància materna, venien a agreujar el problema.

L'origen dels Segells Pro Infància data de l'any 1904, època en la qual Eïner Holböll, funcionari de correus danès, proposà al govern del seu país l'emissió d'un segell d'adquisició voluntària a l'objecte de bastir un Preventori i organitzar la lluita antituberculosa a Dinamarca. El segell emès es titulà «Segell de Noel». L'èxit de la campanya ha estat tal que si avui dia Dinamarca és un país en franca destuberculització, això es deu principalment a l'obra del segell.

A imitació de Dinamarca, els anys successius Suècia (1905), Holanda (1906), Alemanya (1907), i Estats Units (1907), van crear també llurs segells, dits segells de Noel o Antituberculosos, o segells Pro Infància.

Als Estats Units, és l'associació per a la lluita contra la tuberculosi l'encarregada de la campanya que arriba a recollir sis milions de dòlars per any i que amb l'aportació del Segell ha construït més de 700 sanatoris, 7.000 escoles a l'aire lliure i creat un cos de més de 15.000 infermeres que presten llurs serveis en els Preventoris, Sanatoris, Guarderies i Cos d'Infermeres visitadores. Així s'explica el gran descens de mortalitat per tuberculosi a Nord-Amèrica gràcies a la propaganda de la Higiene Social i a la creació de les obres de lluita.

Després de la Guerra europea, la implantació



Preventori-Escola d'Arenys de Mar.

Un aspecte dels dormitoris.

Pavelló escolar del Preventori d'Arenys de Mar.

del segell s'estén a molts altres països, entre ells França (1905), que recapta uns vint milions de francs anuals, i així el nombre de dispensaris antituberculosos, que era de 65 l'any 1918, ha passat a ésser de 780 l'any 1935. A més, ha creat nombroses Guarderies, Sanatoris, Preventoris, l'obra Grancher, l'obra de col·locació dels petits al camp en medi sa, i sobretot per mitjà de la vacuna B. C. G., ha donat el màxim impuls a l'obra de profilaxi.

Exemples semblants, els trobem en altres països com Bèlgica, Austria, Argentina, Japó, etc. El «Segell Pro Infància», a Catalunya és una imatge única, variable cada any, que es ven solament durant sis setmanes de l'any, del 1.er de desembre al 6 de gener, com s'ha fet durant les tres campanyes realitzades i del 25 d'abril a fi de maig, com degut a la guerra s'ha hagut de fer en la quarta campanya d'enguany. El seu preu de 5 cèntims en les primeres campanyes, ha estat augmentat a 10 cèntims darrerament. El Segell no té cap valor de franqueig i pot enganxar-se a la correspondència, factures, rebuts, programes, paquets, etc. En la correspondència, ha de fixar-se darrera els sobres, tenint en compte els acords internacionals. Els Segells es presenten en carnets de 20 segells.

De l'organització de la Campanya, n'està encarregat un Comitè Directiu Central compost d'un President, Secretari, Tresorer, i dos Vocals nomenats per la Generalitat de Catalunya. El Comitè està encarregat d'organitzar la propaganda per cartells, premsa, Cinema, ràdio, impresos, opuscles, conferències, a les escoles, fàbriques, tallers, ets., a tot Catalunya; de la connexió amb els Comitès Locals, de la impressió, repartiment i control de la venda del Segell i finalment de la liquidació de la Campanya. Feta la liquidació, confec-

ciona el programa per a l'aplicació dels cabals recaptats, que sotmet a l'aprovació del Conseller de Sanitat i Assistència Social, abans de la seva realització. Collaboren a les tasques de propaganda i venda del Segell, a la ciutat de Barcelona, deu Comitès de districte, i a la resta de Catalunya existeix un Comitè a cada poble, presidit per l'alcalde. Actualment estan constituïts més de vuitcents Comitès, en total.

L'obra del Segell, és una obra en primer lloc nacional, en el sentit de crear Sanatoris, i Escoles-Preventoris, contribuint eficaçment a la lluita contra la mortalitat infantil; i en segon lloc obra local, creant o ajudant a crear Guarderies a les poblacions industrials que ofereixin millors condicions per al seu bastiment i utillatge i millors garanties per a l'entreteniment ulterior. Així, queda lligat a l'obra del Segell, l'interès global de Catalunya per a l'obra nacional del Segell i l'interès local de les comarques i viles importants per l'esperança que el Segell hi creï obres de protecció a la infància, tan necessàries com són les Guarderies.

El Segell confia poder crear a Catalunya Sanatoris i Preventoris Intercomarcals, és a dir que un nucli de tres comarques com a mínim contribuïssin a la construcció dels edificis, i els Ajuntaments respectius ajudessin al seu finançament. Amb això obtindríem:

Fer intervenir directament les comarques catalanes a l'obra d'higiene social i assistència. La creació immediata d'un nombre d'Establiments d'Assistència Social en un temps relativament curt, que permetria atendre un gran nombre d'infants malalts o convalescents. L'aïllament dels infants tuberculosos i, per conseqüent, l'eiiminació de focus contagiants.

L'experiència demostra que les dificultats, moltes vegades invencibles, per a la creació d'obres d'Assistència Social a l'infant, com són Guarderies, Dispensaris, Escoles-Preventoris o Sanatoris, provenen de no disposar de la quatitat inicial que representa la despesa de la seva construcció i utillatge; en canvi, el manteniment de l'obra creada pot gairebé sempre assegurar-la una determinada aportació anual pressupostària o constituïda per subscripcions, pagaments d'estades, etc. Això vol dir d'una manera clara que la missió del Segell Pro Infància és la de portar a terme les construccions i adquisicions que representen una despesa de caràcter extraordinari impossible d'efectuar per altres Institucions. A canvi d'això, el Segell es reserva el control del funcionament d'aquestes obres especialment en el sentit que no sigui desvirtuada l'obra creada per l'aportació del poble.

Amb aquestes orientacions, tenint com a base el que s'havia fet arreu del món, s'han organitzat i portat a cap tres Campanyes i suara s'està ulti-

Bella al·legoria de Texidor que ha estat emprada per al Segell d'enguany.

Guarderia de Terrassa.
Sala de repòs.

mant tot el necessari per a començar la quarta el dia 25 d'abril, que finirà el dia 31 de maig.

A més a més el «Segell Pro Infància» per si mateix té ja un sentit educatiu, car amb ell es produeix un corrent de solidaritat social i es recorda la necessitat que tenim d'anar a l'ajut dels qui ho necessiten, així com recordar a tots que per la higiene es treballa contra la mortalitat i es labora per un millor benestar de la humanitat.

RESULTAT DE LES CAMPANYES DEL «SEGELL PRO INFANCIA»

En totes les Campanyes que porta fetes el Segell, hi han intervingut la quasi totalitat de les poblacions de Catalunya, i algunes de les Institucions catalana que actuen a la resta d'Espanya i a l'estranger, vol dir que, a més a més, aquesta Institució ha estat també un factor important per a fer interessar els nostres germans d'enllà de casa nostra a les coses de Catalunya.

Els resultats de les recaptacions en xifres rodones han estat els següents:

Primera Campanya, 250.000 ptes. Segona Campanya, 210.000 pessetes. Tercera Campanya, 160.000 ptes. Total, 620.000 pessetes. A més a més, la Generalitat de Catalunya, en iniciar-se l'obra, la subvencionà amb 80.000 pessetes, les quals afegides a les recaptacions fan un total de 700.000 pessetes.

Després d'aquesta subvenció inicial, el «Segell Pro Infància» no ha tingut cap més altra subveció i tota l'obra feta ho ha estat amb les recaptacions portades a terme.

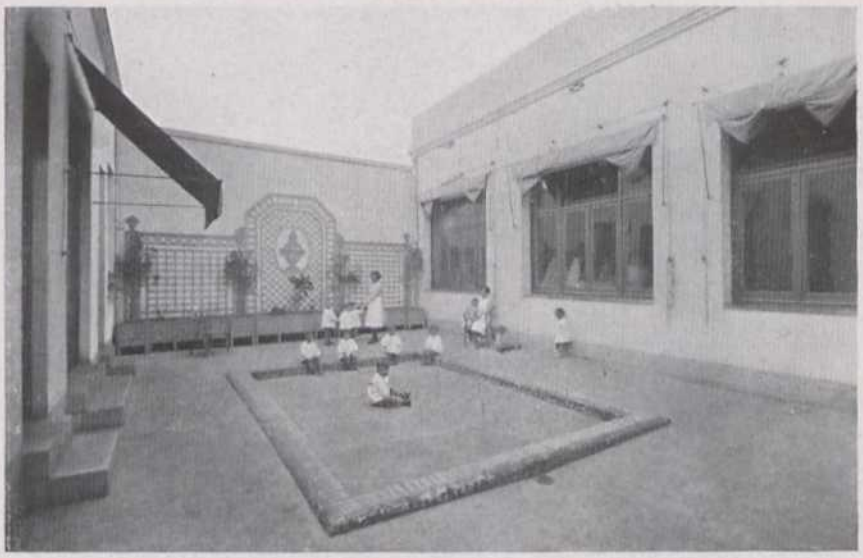
L'OBRA FETA PEL «SEGELL PRO INFANCIA»

Amb les quantitats esmentades, el «Segell Pro Infància» ha pogut crear un Establiment cada Campanya.

Primer. — La Guarderia de Sant Andreu, on són atesos 75 infants per personal mèdic i infermeres especialitzades en puericultura, en la qual, a més a més de tenir cura de la mainada, es donen a les mares totes les instruccions necessàries per a la defensa de la salut de llurs fills.

En aquesta Guarderia es té cura especial del menjar que es dóna als infants, els quals, a més a més, es controla en el pes, se'ls banya, i se'ls neteja la roba i cadascun té el seu llitet i la seva gandula de

Guarderia de Terrassa.
Menjador.



Guarderia de Sant Andreu. Pati d'esbarjo.

repòs. Aquesta Guarderia compta amb els serveis següents: Sala d'alletament, Sala de banys i dutxes, Servei mèdic, Servei de control i estadística, Cuina d'alimentació general i cuina dietètica, Direcció, dues sales de llits, menjadors, Serveis de neteja (safareig, planxat), Solàrium, etc.

El resultat pràctic d'aquest Establiment, és que en dos anys i fins a últims de desembre del 1936, no s'ha produït cap defunció. A més a més, a les mares que no poden alletar llurs fills, per la característica de llur treball o per tenir aquest un xic lluny de la Guarderia, les infermeres els els porten a la fàbrica, taller, oficina, etc.

La instal·lació d'aquesta Guarderia costà 125.000 pessetes, i el seu sostenimment costa 40.000 pessetes anuals al Segell.

Segon. — Una Guarderia a Terrassa, amb la mateixa capacitat i les mateixes característiques de la de Sant Andreu. Aquesta Guarderia, a més a més, compta amb un esplèndid jardí d'esbarjo que volta l'edifici, habitació per a infermeres i una magnífica i àmplia sala de repòs.

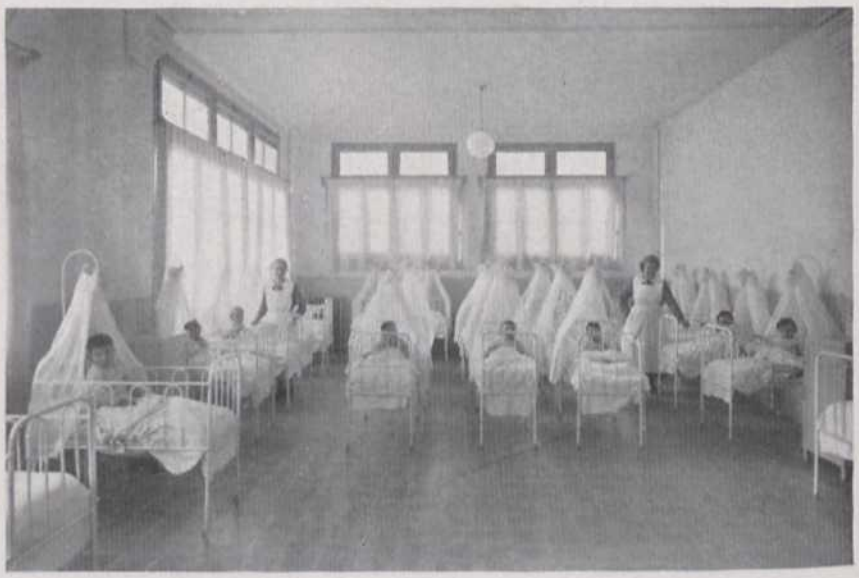
A les dues Guarderies, hi ha una completa instal·lació de calefacció i totes dues estan orientades per a rebre el sol i l'aire. Vol dir que en llur construcció s'han tingut en compte les indicacions de persones facultatives.

Tercer. — Preventori d'Arenys de Mar, el qual s'inaugurarà abans de començar la IV Campanya.

Aquest Preventori podrà atendre de 200 a 250 infants pre-tuberculosos, dels 7 als 15 anys, per personal mèdic i infermeres especialitades en puericultura i tuberculosi. Aquest edifici—la façana del qual encapçala aq uestes ratlles—, consta de planta i dos pisos i tota la instal·lació (Clínica, dormitoris, menjador, lavabos, banys, dutxes, oficines, etc.) ha estat orientada dintre les modernes concepcions mèdiques, higièniques, socials i humanes. Estem segurs que tothom que visiti aquest Establiment, en farà un elogi complet, car es pot parangonar amb els millors de l'estranger. S'ha tingut cura, sobretot, de treure-li tot caire hospitalari o d'asil, fent-ne un veritable palau d'infants.

A més a més, compta amb els següents edificis anexos:

Una escola de tipus moderníssim segons les noves concepcions pedagògiques, utillada amb ma-



Guarderia de Terrasa. Una sala de llits.

terial *ad hoc*. De manera que els infants no solament tindran l'assistència mèdica i la nutrició sana, sinó que també se'ls facilitarà la instrucció.

Un pavelló d'infermeres, de planta i 3 pisos, amb dormitoris individuals, sales de bany, dutxes, lavabos, biblioteca, sala de conferències i d'esbarjo, etc.

Un pavelló de neteja, on s'han instal·lat les màquines necessàries de desinfecció, neteja, secatge, planxat, etc., i anex a aquest pavelló un altre on hi ha instal·lada la piscina amb servei de dutxa i tots els atuells necessaris.

Quart. — Una caseta de fusta transportable, destinada a propaganda d'higiene social i infantil i a les campanyes del «Segell».

Aquesta és l'obra feta fins ara pel «Segell Pro Infància» i en aquesta obra i en el seu sostenimment s'han esmerçat els cabals recaptats.

L'OBRA A FER PEL «SEGELL PRO INFANCIA»

A Catalunya la tasca del «Segell» i l'eficàcia de la seva obra anirà més o menys de pressa segons siguin més o menys nodrides les recaptacions.

Ara bé, l'objectiu primordial ha d'ésser la propaganda per a la prevenció, car, val més prevenir que curar.

I en l'ordre de prevenció s'ha de seguir un programa concret, dintre les possibilitats amb què es compti i la col·laboració necessària.

Es a dir, que el «Segell» ha d'encarrilar la seva tasca:

Primer. — A difondre arreu de Catalunya les recomanacions d'higiene social i infantil, per mitjà de la imatge, ràdio, films, premsa, fullets, conferències, etc., fins que el poble estigui saturat d'aquestes recomanacions i les compleixi de la manera més natural, sense esforç, incorporades en el ritme de la seva vida. Aconseguit això, és indubtable que les malalties minvaran extraordinàriament, l'Assistència Social es trobarà llavors alleugerida de multitud de càrregues i preocupacions.

En aquesta tasca, han d'ajudar al «Segell» les mestres, els metges, els literats, i totes les persones de bona volunat que puguin i vulguin col·laborar a aquesta croada, i per això el «Segell» facilitarà tots els mitjants necessaris i els elements i material que calgui.

Segon. — Per a la creació de Preventoris fins arribar al moment que els infants predisposats a la tuberculosi i vivint dintre un ambient tuberculós, poguin ésser aïllats i, per tant, prevenir perquè demà no siguin víctimes d'aquesta terrible malaltia.

Tercer. — Per a la creació de Guarderies on els infants, a més d'ésser assistits, són motiu de constant vigilància i on s'alliçona llurs mares en la forma que han de tenir cura de llurs fills.

Quart. — Per a la creació de Dispensaris de puericultura i antituberculosi on puguin consultar tots els casos dubtosos o concrets i, per tant, per les recomanacions dels metges i l'actuació de les infermeres visitadores es pugui fer l'obra eficaç de prevenció i, si és necessari, de cura.

Cinquè. — Finalment, s'ha de propulsar la creació d'Establiments de cura, bastint Hospitals, Sanatoris, Preventoris d'altura, de plana i marítims, a fi d'aïllar els malalts, car un inevitable contagi pot estendre la malaltia a familiars i amics.

Aquesta és l'obra Social i patriòtica que el «Segell Pro Infància», amb l'ajut de tots els catalans, porta a cap en profit de la infància desvalguda i per a major glòria de la Generalitat de Catalunya.

Façana de la Guarderia de Terrassa.

El Servei de Transfusió de Sang al Front

Organització-Utillatge

pel Dr. FREDERIC DURAN-JORDA

CAP TÈCNIC DEL SERVEI

DIRECTOR DE L'HOSPITAL DE SANG N.º 18 DEL P. S. U. I DE LA U. G. T.

Per circumstàncies que en un treball científic de divulgació d'una organització no podem detallar, vàrem ésser encarregats per la Sanitat Militar del P. S. U. de l'estructuració i desenvolupament d'un Servei de transfusió de sang al front (1). Cosa altament fàcil per a tot company dedicat a l'especialitat de la transfusió de sang, i més tenint en compte la divulgació feta, inclús dins la premsa política, dels treballs de Judine usant sang de cadàver conservada; si considerem que teníem a la nostra mà tota una organització hospitalària perfecta, com és l'Hospital de Sang núm. 18, amb els serveis auxiliars que forçosament ha de tenir un nosocomi, laboratori entre ells, es comprendrà amb quina senzillesa vam posar en marxa aquest Servei.

En aquella època, mitjans de setembre, la Sanitat Militar de fet no existia i trobant-se els fronts repartits en columnes dependents directament dels partits polítics o de les centrals sindicals, el P. S. U. va creure oportú que les seves columnes, les de la U. G. T. i els Hospitals de campanya controlats per aquestes dues organitzacions, tinguessin establert un Servei de transfusió de sang conservada. Es així, doncs, amb caràcter particular que començà a funcionar aquest Servei, fins que, al poc temps, va ésser cedit oficialment al Consell de Sanitat de Guerra.

Organització. — El punt de partida nostre van ésser els experiments primitius de Judine, que guardava sang de cadàver citratada. Cosa que en l'actualitat no fa per haver-se trobat que la sang d'individus morts sobtadament és incoagulable, possiblement per certs fenòmens de fibrinolisi. La possibilitat d'aprofitar la sang de cadàvers era per a nosaltres un greu problema, com crec ho havia estat en èpoques anteriors per als companys Armengol i Baiona, que van desistir d'intentar-ho. Ens quedava d'una manera lògica buscar com a font de sang la nombrosa quantitat de ciutadans que havíem vist oferir-se amb incomparable generositat els dies inoblidables del mes de juliol. Es a ells on recorreguérem per extreure la sang necessària per al nostre Servei i des d'aquella data no

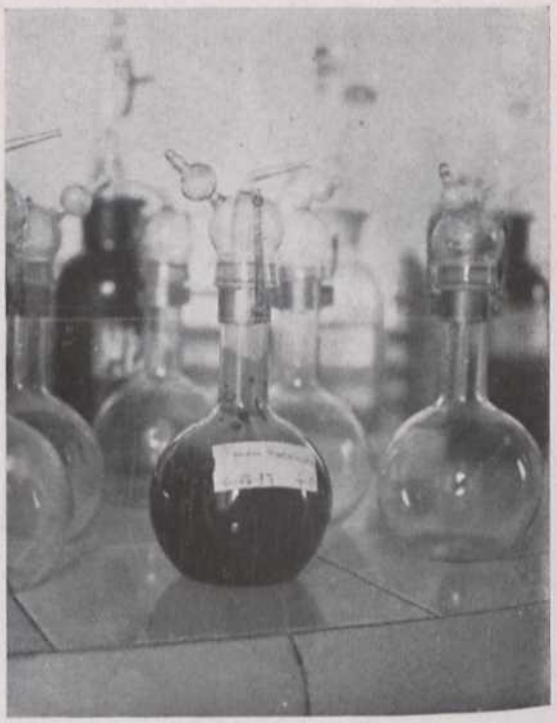


Fig. 1 — Matràs de 500 cc. usat per a sagnar.

(1) La idea, segons vaig saber més tard, va ésser donada pels companys Drs. Dutrem i Palma.

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 - Tuberculosis 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 tènia), úlceres, colitis.
Trastorns de les vies biliars: Colecistitis.
Trastorns de les vies urinàries: Totes les infeccions, colibacillosis, gonocòcia i les seves complicacions, pielitis, tuberculosis 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 Paris)

Representants: PAGÈS & SARRIAS

Argensola, 7 - MADRID **Portaferrissa, 16 - BARCELONA**

UROTOFAN
UROTOFAN
FENILCINCONINATO DE LITINA
UROTOFAN
NOU TRACTAMENT DE LES MÚLTIPLES FORMES REUMÁTIQUES
I DE TOTES LES MANIFESTACIONS ÚRIQUES I COLESTERÍNIQUES
establiments
rocafort doria, s. a.
esplugues - barcelona

Fig. 2 —Matràs dipòsit. (2000 cc.).

tan sols no hem sentit mai l'escassetat, sinó que ens trobem amb excés, si cap l'expressió, de donadors. En principi, volíem obtenir sang dels dos grups més nombrosos en què ens dividim els catalans, és a dir, sang del grup 2-A, i del grup 4-O. Però l'experiència ens ha desenganyat i fins que no hi hagi un exèrcit format amb la seva disciplina, que ens permeti que els soldats surtin de la caserna prèviament classificats, l'ús de la sang del grup 2-A serà molt restringit, i ho serà perquè els companys no especialistes del front, no obstant enviar-los nosaltres sèrums controls, no volen la responsabilitat de classificar els ferits per por a una incompatibilitat de fatals conseqüències.

Era obligada la confecció d'una fitxa en què anessin consignades un nombre de dades imprescindibles en un Servei d'aquesta naturalesa. Noms, direcció, grup hemàtic, data de presentació, serologia, donacions: data i quantitat, i altres dades que es poguessin consignar, principalment haver patit paludisme.

Les fitxes són arxivades per grups hemàtics, i mitjançant diferents cavallets posats sobre elles coneixem el temps que fa que hem sangrat un donador, l'estat sanitari d'ell, etc. En principi, fèiem a tots la reacció Meinicke clarament colorejada, però per falta d'antigen original (M. K. R. II) hem de recórrer avui dia a una modalitat de la Wassermann. En l'actualitat, portem classificades unes 1.150 persones de les quals hi ha sobre unes 620 del grup 2-A, i unes 450 del grup 4-O, estant distribuïdes les restants en els altres dos grups. En camí de classificació hi ha uns altres tants donadors, per haver efectuat companys nostres i amics, una croada en busca de prosèlits, ja dins de companyies importants, ja en ciutats de la nostra terra, etc.

El fonament científic de la nostra organització és el següent: la sang és barrejada al dècim amb citrat de sosa al 4 per 100. I és conservada a la nevera, de més un a dos graus sobre zero. Es aquesta mateixa temperatura la usada per a transportar la sang al front, emprant com és lògic un vehicle dotat de cambra de refrigeració i de mecanisme per a produir aquesta; un camió dotat de neveres elèctriques alimentades per un joc apropiat de bateries, una dinamo per a alimentar-les i un motor d'explosió per a fer funcionar aquesta.

Sagnia. — Els donadors són sangrats regularment de cada tres setmanes a un mes. N'hi ha alguns per als quals és una veritable obsessió de posar-se a la nostra disposició perquè els traguem la sang, i dies abans del període assenyalat com a

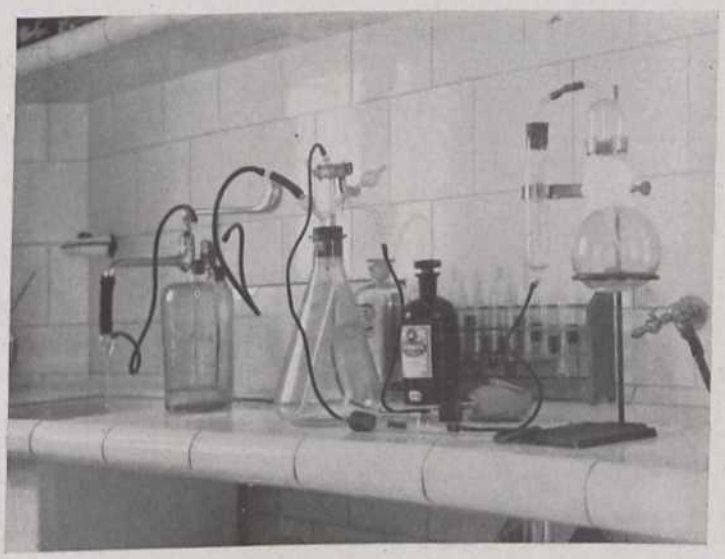
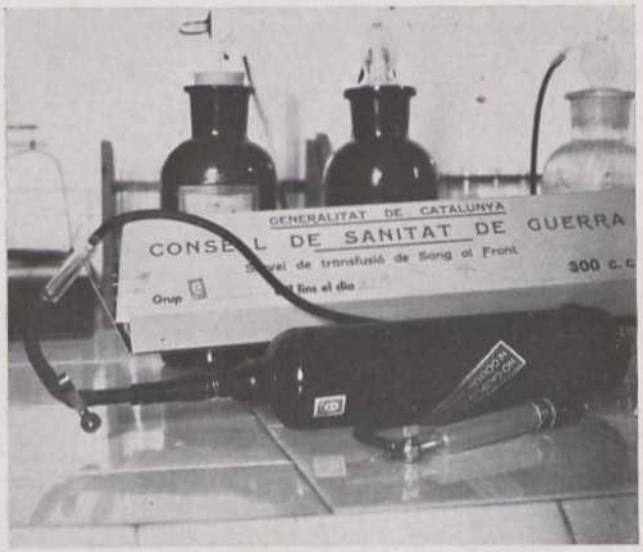


Fig. 3 —Muntatge dels aparells.

Fig. 4.—Envàs autoinjectable.



mínim, tres setmanes, ja pregunten quin dia han de tornar.

La sagnia es realitza al matí en dejú, a fi d'evitar certs inconvenients d'ordre mèdic. Un d'ells la possible septicèmia colibacillar post-prandial d'alguns individus. Un altre és evitar l'excés de matèries albuminoides de la sang en plena digestió, substàncies que en certs malalts hepàtics podrien ésser mal tolerades pel receptor.

La quantitat a obtenir per donador és de 300 a 400 c.c., mai més, ja que cobrim les nostres necessitats de sang amb un major nombre de donadors, per compte de treure major quantitat de sang de cadascun d'ells.

La tècnica és molt senzilla. La sang és recollida en un matràs ideat per nosaltres a fi i efecte d'evitar certs inconvenients bacteriològics, en el qual matràs prèviament es posen per aspiració a la bomba d'aigua, uns

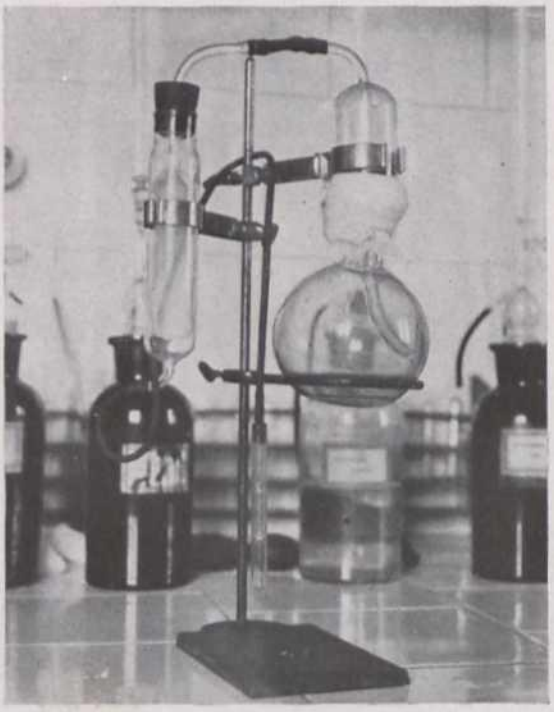


Fig. 5.—Filtre.

quinze c.c. de la solució de citrat. Aleshores es punxa el braç del malalt amb una agulla també adaptada per nosaltres, agulla de gros calibre de les usades com a intramusculars, si bé feta tallar i afilar. El braç ha estat prèviament aseptitzat i protegides les regions veïnes per mitjà d'unes talles estèrils de mida petita. Ja punxada la vena, es recull la sang fent una petita aspiració dins el matràs per mitjà de la dita trompa de buit, si bé tenim intercalat entre l'aigua i el matràs un flascó de seguretat. Ja recollida la sang necessària, es tornen a aspirar uns altres 15 c.c. de la solució de citrat de sosa; es remena tot el contingut i es remet el recipient ple a la nevera. La petita ferida és protegida per una glassa i un trosset de bena. La sang recollida va marcada per un esparadrap, al qual va anotat el nom del donador, la data d'extracció, grup, i si té les relacions serològiques fetes, això és anotat amb un signe convencional.

Un cop finides totes les sagnies, que fem en nombre variable, generalment 20 diàries, es procedeix a la sembra bacteriològica de cada sang, en un tub d'agar, ensems que es realitza una comprovació del grup a què pertany, cosa altament útil, ja que ens evita tot error de classificació, així com de tota altra mena: equivocació en els noms en marcar els matrassos. Ja finides aquestes operacions assenyalem l'esparadrap amb un altre signe convencional que ens dóna la seguretat que aquell matràs ja ha sofert totes les manipulacios de comprovació. Els tubs d'agar són incubats a l'estufa durant 24 hores, espai de temps suficient per a la germinació de la major part de les bactèries de tipus, diguem-ne, saprofit-patològic. Les espècies delicades són totes inhibides i quasi totes mortes per l'acció del fred prolongat (gonococ, etc.). En general, tenim més por a la infecció casual, per falta d'una acurada sagnia, que a la d'origen septicèmic.

Preparació de la sang. — Un cop comprovat l'estat asèptic de les sangs, aquestes són filtrades i barrejades en volums de dos litres.

El filtratge es fa per evitar petits coalls, i es rea-

Fig. 6.—Camió que fa el transport.

litza per mitjà d'un aparell ideat per nosaltres. Aquest aparell ens permet: buidar els matrassos emprats en les sagnies, filtrar la sang i emplenar el matràs gran de dos litres; tot per mitjà del buit i sense que la sang es posi en contacte amb l'aire lliure.

Fem una barreja de sangs, en general de sis, i ho fem per dos aspectes, un de simplificació tècnica i l'altra de naturalesa biològica; existeixen en l'espècie humana grups hemàtics mal determinats, variables en nombre segons diferents autors, els quals són molt difícils d'evidenciar en la pràctica corrent de la classificació de grups, portant-nos com a conseqüència possibles errors de classificació; doncs bé, si nosaltres barregem la sang amb altres ben determinades en el seu grup, ens trobarem en el fet que al receptor, com a màxim, se li injectarà una petita quantitat de sang mal classificada, equivalent a la injecció usada com a prova biològica en la transfusió directa, amb els conseqüents petites molèsties; i evitant la injecció massiva de greus conseqüències. Si considerem a més l'aspecte allèrgic del problema, veurem que sols avantatges pot reportar la barreja de les sangs. Es sabuda de molts metges la possibilitat de la transfussió passiva d'una sensibilització, tal com fem en el laboratori en practicar la reacció de Praustitz-Kuntsner; doncs bé, aquesta transmissió sempre serà més difícil de realitzar amb poca quantitat de sang que amb una injecció important d'ella.

La intubació de la sang es fa també a l'abric de l'aire, gràcies al maneig del buit i a l'utillatge ideat també per nosaltres a tal fi. La sang va envasada en el tub conegut comercialment amb el nom d'auto-injectable «Ràpid», posat a la nostra disposició per la casa comercial «Laboratori Químic Biològic Pelayo», el qual ens subministra tot el material per al nostre front, completament gratuit. Aquest envàs ha hagut d'ésser modificat, amb petites coses, per a fer-lo útil: filtre especial, pinça de pressió, record en forma d'aixeta de dos passos, que ens posa automàticament en comunicació, o amb la vena del receptor o amb la sang del tub, sense haver de fer cap altra maniobra.

El tub té un contingut de 300 c.c. de sang, que creiem suficient per a certes transfusions; com que l'agulla va subjecta al record simplement a pressió, a l'igual que en els adaptadors de les xeringues de 5 i 10 c.c., és suficient desfer aquesta unió i posar un altre tub, perquè la transfusió pugui ésser ilimitada en quantitat de sang. El tub ha d'ésser escalfat senzillament a 40°, sense lentituds de cap mena (un bany maria a aquesta temperatura sub-

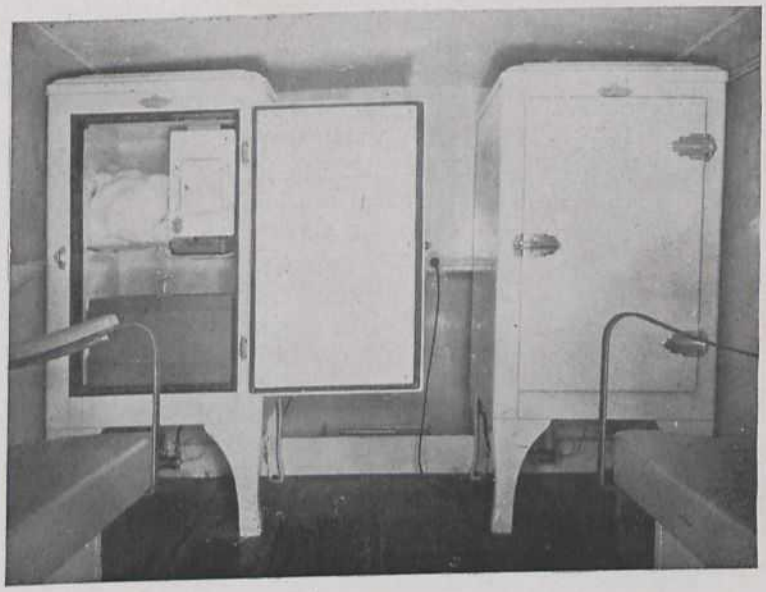


Fig. 7.—Interior del camió. Neveres.

mergint el tub un cop remenada la sang, per evitar els dipòsits dels hematies, normals en tota sang que està en repòs), prèviament a la injecció: que es fa amb la mateixa senzillesa que una injecció de sèrum artificial administrat endovenosament, que també cal escalfar.

Els tubs van envasats individualment en una capsa de cartró en què va marcada la data de duració de la sang, i el grup a què pertany aquesta. La vivència màxima que donem és de divuit dies, si bé certes experiències actualment portades a cap, ens faran modificar aquesta duració.

Si quelcom pràctic hem aconseguit en el nostre Servei, és la senzillesa de la tècnica de la transfusió, que contrasta en gran manera amb l'operació mig misteriosa que tenia fins fa poc per al pràctic. I de fet hem posat aquesta operació a l'abast d'un auxiliar expert en injeccions endovenoses. I és molt més ràpida la seva realització que altres tècniques, ja que tot el material és estèril, i no s'ha de procedir a cap esterilització; mes si s'han de fer diferents transfusions que allarguen enormement els altres procediments comparats amb el nostre, inclús els de sang conservada.

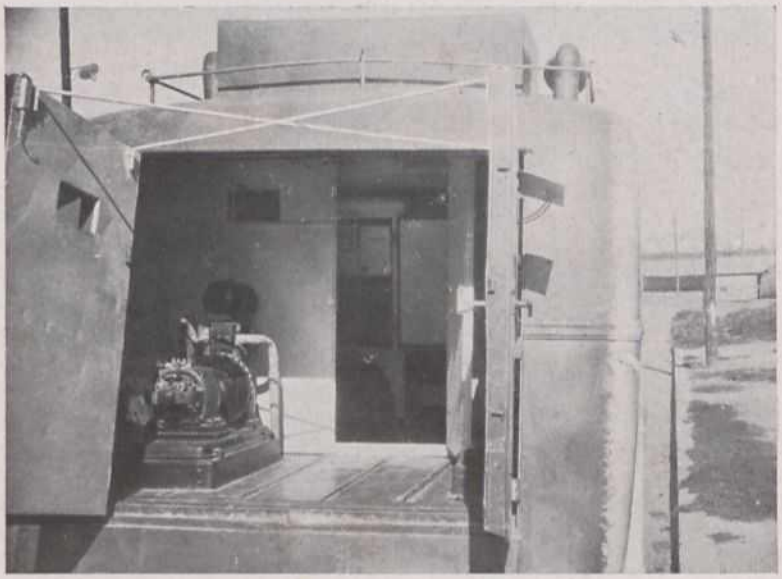


Fig. 8.—Interior del camió. Grup electrogen.

El cost de tota la instal·lació podria considerar-se elevat si no fos dirigit a una operació vital en molts casos, fet que ja justificaria, si més no, el seu ús; però si es té en compte que l'organització pertany a un exèrcit, aleshores és irrisori considerar el seu cost i comparar-lo a altres procediments, ja que un aparell mecànic qualsevulla per a fins guerrers (avió per exemple), val molt més que tota la nostra organització del front i de la reraguarda.

No creiem encara nosaltres, que hagi arribat el moment de la divulgació dels resultats obtinguts amb la nostra tècnica i amb la nostra organització. Crítica que pensem publicar en un treball de conjunt, quan les circumstàncies ho facin més adient. Podem avançar que no tan sols en la pràctica militar es fa ús dels auto-injectables, sinó que ja en la reraguarda i per a casos mèdics civils, som sollicitats per alguns companys per a fer transfusions amb la sang conservada.

No és tampoc moment de discutir si la sang conservada i citratada és millor o pitjor que la sang de braç a braç. La lògica imposa que la transfusió directa és molt més biològica que la indirecta i encara més que amb la de sang conservada; però la simplificació tècnica que hem aportat a la transfusió (nou transfusions de sang fetes personalment a Utrillas, comportaren menys de dues hores), tenir sempre a mà el donador sense por a fracassos en moments d'extrema urgència en què tota espera és de greus conseqüències, és cosa que ens fa ésser molt cauts en el judici; i si repassem la terapèutica veiem que davant d'una anèmia aguda el metge sols té la transfusió de braç a braç o una injecció d'aigua i sal, i cal pensar, doncs, si entremig no hi ha un forat per a la transfusió indirecta i amb sang conservada. I poso per testimoni els companys que actuaven com a transfusors en els dies de juliol, moments en què tota la sang conservada, les transfusions directes i les indirectes haguessin estat insuficients, com ho fórem tots nosaltres.

L'esperiència feta per primera vegada en el nostre país, i en l'escala que l'estem fent, ens dirà fins a quin punt podrem confiar en aquest recurs terapèutic.

En aquest treball sols hem pretès posar a la consideració de la nostra classe mèdica l'organització, l'utillatge i l'esforç esmerçat en el desenvolupament del «Servei de Transfusió de Sang al Front». Com ja hem dit més amunt, ens reservem per a més endavant la tasca de fer conèixer els resultats aconseguits amb la nostra tècnica i amb la nostra organització. En aquell treball de conjunt confiem aportar les dades que calguin qualitativament i quantitativament, per a afermar estadísticament el nostre criteri.

LLIBRERIA CATALÒNIA

Us ofereix el millor servei per a subministrar-vos els llibres nacionals i estrangers de totes les especialitats mèdiques

SUBSCRIPCIONS i RELLIGADURES

3, Ronda de Sant Pere, 3

TELEFON 24647

LA MEDICINA

CATALANA

MAGSA - BARCELONA