

LA MEDICINA CATALANA

PORTANTVEU DE L'OCCITANIA MEDICA



TREBALLS ORIGINALS

Comentaris a un cas d'infantilisme intestinal
(malaltia de Gee-Herter) en l'adult,
pels Drs. A. Pedro i Pons i P. Camps-Juncosa.

HEMEROTECA MEDICA (occitana)

OCCITANIA MEDICA - NOTICIARI D'ACTIVITATS

PUBLICACIÓ MENSUAL - ANY V - VOLUM VII

Juny - Juliol de 1937

REDACCIÓ I ADMINISTRACIÓ:

MADRAZO, 26 I 28 - TELÈF. 74555

DIPOSIT DE VENDA:

LLIBRERIA CATALONIA

Ronda Sant Pere, 3 - BARCELONA

45-46

5 pessetes

PREUS DE SUBSCRIPCIÓ

Barcelona . . . un any, 24 ptes.

» . . . mig » 13 »

Fora . . . un » 27 »

Estranger . . . » » 30 »

LA MEDICINA CATALANA



HA CONSIDERAT COM UN
DELS SEUS OBJECTIUS
PRIMORDIALS ESDEVENIR

L'ARXIU

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



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 proscriu la llet animal, com p. e. en les malalties del fetge, colitis, constipació, infeccions gastro intestinals, febres, etc.

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

ANALISI DEL LABORATORI MUNICIPAL DE BARCELONA

Humitat, 14,84 %; Greix, 22,40 %; Substàncies minerals, 1,37 %; Proteïnes, 11,80 %; Hidrats de carboni insolubles (midó) 1,31 %; Hidrats de carboni reductors (glucosa) 1,23 %; Hidrats de carboni no reductors (sacàrrosa) 44,90; Antisèptics i matèries colorants, no en conté.

Barcelona, 27 de Març de 1935.

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

CASA SORRIBAS

Astúries, 48

Liúria, 62

Manse, 12

Osteógeno Genové

de Fosfat Monocàlcic Pur

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

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

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

Indispensable en les èpoques de
EMBARAS - LACTANCIA - DENTICIO

MOSTRES I LITERATURA:

Laboratori Genové - Rambla de les Flors, 5 - BARCELONA

Foliculan

Galup

GRAGEES I INJECTABLES DOSIFICATS A

50	U. Rata	a 250	Unitats 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

La solemnitat a les Universitats i Societats literàries o científiques és una cosa ridícula... i a tots els altres llocs també.

Agrada allò que s'amaga. No es mira allò que s'ensenya.

Manta vegada he vist entrar la infelicitat en una família amb una herència o amb una rifa.

Les dones que he mirat de desavesar de l'ús de tòxics, m'han agafat un odi violent i definitiu. Elles no perdonen mai el qui s'interposa en el camí de les seves aficions.

Els avalotadors fan por a molta gent, però pensem que són sempre covards.

MORRHUËTINE • JUNGKEN •

EL TÒNIC DELS INFANTS I DELS ADOLESCENTS

SUBSTITUEIX AMB AVENTATGES
L'OLI DE FETGE DE BACALLÀ

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

Tres característiques essencials:

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

DEPURATIU RECONSTITUENT
SABOR MOLT AGRADABLE



LABORATORI MIRABENT BARCELONA.

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



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

Canfolic

Laboratori. A.R.G.A.

BARCELONA
PARIS, 201 - TELEF. 72277

MADRID
EDUARD DATO, 27 - TELEF. 15580

ULCERAS GASTRODUODENALES



Solución al 4 % de
Clorhidrato
de HISTIDINA
en ampollas de 5 cc.

**SEDACIÓN RÁPIDA
DEL DOLOR**

NO TIENE CONTRAINDICACIÓN

PRODUCTOS ROCHE, S. A.

Inyección indolora
intramuscular o subcutánea.
Una ampolla al día du-
rante tres semanas apro-
ximadamente.

MADRID
STA. ENGRACIA, 4

BARCELONA
CASPE, 26

LEON
AV. DE MEJICO, 4

KALOGEN

INALTERABLE: INOCUO: INDOLOR



ENERGIC RECONSTITUYENT

RECALCIFICANT

Soluble, No Acid

ASSIMILABLE

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

INALTERABLE

Indefinidament

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

FORMULA ORIGINAL

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

L'abús de l'anàlisi de l'esperit de l'altre consort
i les divagacions de la imaginació és el que espatlla
més vides matrimonials.

Pel bé que et vull, bon lector, et prego que
allunyis del teu pensament aquelles coses que ja
saps per sempre i del tot que són tancades al
mesquí cervell humà. Si t'hi enfangues, no sabràs
deixar de pensar-hi i cauràs en aquell esgarriat
estat d'esperit que ens dona la sensació que estem
nedant en el mar de l'impossible. A mi, això m'ha
fet malbé la vida.

S'havia perseguit tant els catalans, les idees dels
quals, en els segles XVI, XVII i XVIII i part del
XIX, resulten poc amples i no gens altes.

En aviació, es glorifica els aviadors que *baten*
rècords i ningú no pensa en els que millorant els
aparells *permeten* *batre* *rècords*.

Mereix pena de la vida el qui llença a les es-
combraries els aliments que li sobren.

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

COLEOTENE

SERONO

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

Injectables completament indolors

Antitòxic, Antihemolític, Antiinfectiu

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

Darreres Publicacions de Gaston Doin & Cie.

G. Paiseau:

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

J. Maissonnet:

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

J. Gatellier et Fr. 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 • JUNY-JULIOL 1937 • NÚMEROS 45-46



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 — Inyectables

Mostres i literatura:

Carrer Gomis, 102 - BARCELONA - Telèfon 78587

Sumari

(Els títols en negretes corresponen a treballs originals)

	Pàgs.		Pàgs.
APARELL DIGESTIU		Dos casos de tumor retinià polimorf en l'adult, per <i>Dejean i Cazalis</i>	549
El tractament hepàtic de la migranya, per <i>E. Aubertin</i>	533	Despreniment retinià, per <i>H. Arruga</i>	549
ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIO		PEDIATRIA	
Comentaris a un cas d'infantilisme intestinal (malaltia de Gee-Herter) en l'adult, per <i>A. Pedro i Pons i P. Camps Juncosa</i>	519	Infantilisme esplènic de tipus Cooley, per <i>M. Sendraill, A. Lyon i J. Lasserre</i>	549
Consideracions fisiològiques sobre la valor del metabolisme basal i de la colesterinèmia suggerides per l'estudi de l'estat ti-reopriu, per <i>Miquel Pijoan</i>	534	El tractament de la diabetis infantil per la insulina, per <i>E. Aubertin</i>	550
EPIDEMIOLOGIA I HIGIENE		Hemiplexia infantil. Tractament per neurotomies i allargament del tendó d'Aquiles, per <i>Robert Guerin</i>	551
Nocions generals preliminars per a l'establiment d'un pla de desratització, per <i>A. Stillmunkès</i>	536	Encarcarament congènit dels dos genolls, per <i>H. L. Rocher</i>	552
ODONTOLOGIA		Adenopatia cervical aguda en un vacunat per BCG. Limfocitoma, per <i>Pauzat i Forton</i>	552
Sobre un cas de reimplantació dentària, per <i>A. Ducuing</i>	547	TERAPEUTICA FISICA I DIAGNOSTIC	
OFTALMOLOGIA		La fisioteràpia del simpàtic, per <i>N. Wangermez</i>	553
Evolució clínica de diverses opacitats cristallines, per <i>Roche</i>	548	TOXICOLOGIA I MEDICINA LEGAL	
La ciclo-diàlisi. La seva tècnica, el seu pronòstic i les seves indicacions, per <i>De Saint-Martin</i>	548	Un nou contraverí de l'òxid de carbó: el blau de metilè, per <i>P. Marron</i>	553
		GALERIA DE CATALANS I OCCITANS IL·LUSTRES: Antoni de Monràvia i Roca, per <i>J. Trias-Pujol</i>	517
		NOTES BIBLIOGRÀFIQUES	555
		OCCITÀNIA MÈDICA, per <i>August Pi-Suñer</i>	556
		NOTICIARI D'ACTIVITATS	559

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, Inyectables intramusculars, Inyectables endovenosos.**

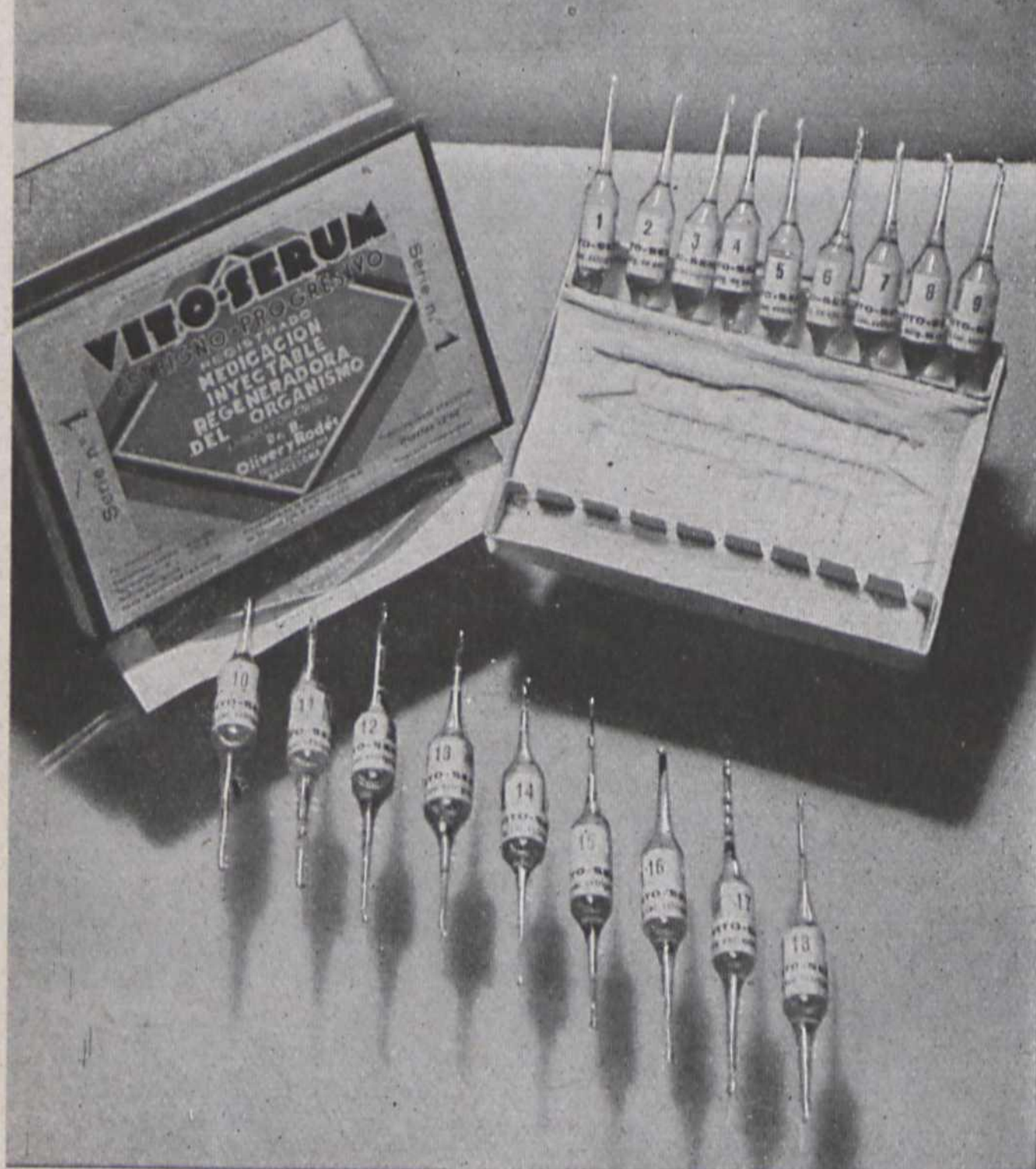
Efectes: Hipotensors, diürètics, sedants, antiesclerosos i vasodilatadors.

Mostres i literatures del LEPSINAL, RODARFENO, DESARCEN

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

VITO-SERUM

ESTRIGNO-PROGRESIVO



MEDICACIÓ ESTRÍCNICA A DOSIS CREIXENTS

CAIXA SERIE N.º 1

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

CAIXA SERIE N.º 2

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

INDICACIONS:

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

ÚS:

Un injectable al dia, a ésser possible sense interrupció.



MEDICACIÓ ARSENIADA A DOSIS PROGRESSIVES:

Capsa Sèrie n.º 1

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

Capsa Sèrie n.º 2

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

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

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

Indicacions sistema nerviós: Neurastènia; Estimulant del sistema nerviós

Indicacions vies respiratòries: Ateuant dels exagerats canvis respiratoris.

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



Galeria de catalans
i occitans il·lustres

Antoni de Monravà i Roca

pel Dr. J. Trias Pujol

Els vells porxos de la vila de Ponts, d'on
partí Monravà en cerca d'aventures.

En parlar el Dr. H. Monteiro, del Laboratori de Cirurgia de la Universitat d'Oporto, en una lliçó feta a la Universitat de Santiago de Compostela, cita amb certa insistència el Dr. Monravà, català d'origen, que al principi del segle XVIII feia a Lisboa demostracions de Cirurgia Experimental.

Aquesta cita va excitar la meua curiositat envers aquest anatòmic català i, després de buscar les notes biogràfiques més senzilles, entre els nostres publicistes, vaig adonar-me que tenia una certa personalitat que li dóna un lloc preeminent entre els homes de la seva època.

Aprofitant l'avinentesa de trobar-se entre nosaltres el cirurgià Ermido Alvarez, li vaig indicar el meu propòsit de conèixer quelcom del nostre compatriota, i en retornar aquest senyor a Lisboa m'envià unes notes que són la base del que ara vaig a presentar-vos, fent ben palesa la competència i gentilesa del volgut col·lega portuguès que ha fet possible recordar la figura de Monravà, del tot desconeguda entre nosaltres.

En el passat Congrés de Llengua Catalana, amb motiu de l'homenatge a Gimbernat, varen ésser premiades diverses biografies de catalans il·lustres i s'acordà continuar aquella tasca de fer reviure la memòria d'aquells homes que en altres èpoques honraren la nostra terra per contribuir al coneixement de l'aportació científica de Catalunya a la Medicina.

És per això que em decideixo a presentar-vos aquestes notes, que potser algun dia pugui ampliar i que puguin adquirir el títol de biografia.

Dades biogràfiques

Sembla que el Doctor Antoni de Monravà i Roca nasqué a la vila de Ponts l'any 1670 o bé el 1671, pertanyent al bisbat d'Urgell, llavors principat de Catalunya. Com la majoria de la seva època, va ésser destinat a l'Església, arribant a rebre ordres menors. Això, però, no va impedir que més tard contragués matrimoni, abandonant la carrera eclesiàstica, del qual nasqué un fill, Josep de Monravà i Soller, que després d'estudiar a les classes

donades pel seu pare va passar a la Facultat de Medicina de Montpeller, on va doctorar-se.

El Doctor Antoni de Monravà va estudiar a Barcelona, després a València i, per fi, va doctorar-se a la Universitat de Lleida. Va servir com a cirurgià als hospitals dels exèrcits espanyols i francesos, durant deu anys, passant deu anys més a Madrid, després dels quals va establir-se a Lisboa on restà fins que morí a l'avançada edat de 82 anys.

El 10 d'agost del 1721 fou cridat pel rei Joan V de Portugal, que el nomenà «Anatomico do Hospital Real de Todos os Santos», no començant el seu ensenyament fins l'any 1722. Aquest ensenyament dedicat als practicants de l'esmentat Hospital havia de tenir un caràcter pràctic i especulatiu, ja que segons sembla es volia evitar que tinguessin els deixebles un caire empíric i al mateix temps no fossin exclusivament teòrics, com dissortadament abundaven en aquell temps. Aquest ensenyament es desenrotllava durant tres anys a raó de quatre lliçons setmanals, donades a l'aula de l'Hospital. Cada lliçó havia de durar tres hores, repartides en la forma següent: la primera hora la dedicava a dictar i escriure notes, durant la segona s'aclarien dubtes i s'explicava, durant la darrera hora es demostrava en el cadàver el que s'havia dictat i explicat anteriorment; a més de tot això, es feien tots els dies demostracions clíniques a l'Hospital. Aquest pla de distribució de treball té molta semblança al que avui tenim implantat en la nostra Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma. Llavors, com avui segurament, aquest pla de distribució de treball tenia per orientació donar predomini al treball objectiu de laboratori i de seminari, envers el rudimentari ensenyament exclusivament verbalista.

Aquest ensenyament va durar fins l'any 1732 que va truncar-se sobtadament en virtut d'un reial decret en el qual es jubilava el Doctor Monravà «poe ter mostrado a experiencia que a cadeira de Anatomia estabelecida nesta corte que rege o anatomico Antonio Monravà serva de poca utilidade», etc.

No coneixem en detall la veritable causa de la suspensió d'aquest ensenyament, però segurament obeïa a causes no científiques, ja que lluny de decaure el treball del nostre biografiat, llavors és quan es mostra més actiu, fent discursos, escrivint, donant cursos, dissecant cadàvers i fent viviseccions en animals, etc., etc. En efecte, llavors fundà la cèlebre «Academia das Quatro Ciencias», que són: Anatomia, Cirurgia, Física experimental i Medicina. Tenia projectat aplegar l'estudi de la Botànica i de l'Òptica, però no sabem si arribà a realitzar-ho.

El mètode pedagògic emprat per l'autor en l'Acadèmia és bon xic original. Cada deixeble tenia una instal·lació personal que anomenà *oculto*. Cada *oculto* es compon d'una cadira i una taula, sobre la qual crema un ciri i es troben uns llibres i un tinter, tot això rodejat de quatre cortines, de manera que els alumnes, en nombre sols de 24, veuen el Professor però no poden distreure's amb els altres. El Professor instal·lat a l'extrem oposat de la Sala domina tots els *ocultos*.

Aquesta distribució representa una aspiració envers el treball individual en oposició a les grans aules aptes tan sols per a l'ensenyament verbal. Recorda l'actual tendència de les Universitats americanes que prodiguen els petits laboratoris de pocs alumnes aptes per al treball individual, contra les clàssiques aules de conferència magistral.

Per fi, l'any 1747, donà per acabat el seu ensenyament, però no donant-se per vençut, donà l'excusa que li faltava temps per a dedicar-se a la dissecció de cadàvers i a la vivisecció de tota classe d'animals, per continuar les investigacions que tenia en projecte, publicant encara alguns treballs que apareixen l'any 1752, època que es suposa va morir, a l'avançada edat de 82 anys.

Comentaris a un cas d'infantilisme intestinal (malaltia de Gee-Herter) en l'adult^(*)

pels Drs. Prof. A. Pedro i Pons i P. Camps Juncosa

Història. — La primera cita bibliogràfica que trobem, que té relació amb el quadre sindròmic de la malaltia de Gee, donada sols a títol d'informació sense formar part de cap quadre definit fins aleshores, és de Trousseau, l'any 1867, que reconeix la diarrea crònica com causa de tetània, establint amb això el primer lligam de dos símptomes de la malaltia que ens ocupa. L'any 1877, Sonrier, en la Gazette des Hôpitaux de París, descriu per primera vegada l'associació de deposicions grasses amb tetània. L'any 1888, Samuel Gee, en Reports of St. Bartholomew's Hospital, dona la primera descripció detallada de la síndrome que ell batejà amb el nom de «Malaltia celíaca»; afecció pròpia dels infants però observada algunes, encara que poques vegades, en els adults; caracteritzada: pel seu curs essencialment crònic, acompanyat de detenció del creixement, i tenint com a símptoma essencial la presència de deposicions abundants i pàl·lides, les quals contenen greixos en excés, quedant d'aleshores assentada la malaltia que més tard altres autors han batejat amb el seu nom.

Més tard, Cheadle, el 1903, dedica els seus estudis a la patogènia. El mateix fa Herter a Nord-Amèrica el 1908, demostrant la manca de digestió de les substàncies grasses dels aliments, i donant el nom de «Infantilisme intestinal» a la malaltia celíaca de Gee.

A Alemanya, el 1909, Heubner dona el tríptic sindròmic de la malaltia, «deposicions diarreiques, voluminoses i de predomini gras; distensió abdominal marcada; i trastorns del creixement», descrivint-la amb el nom de «Insuficiència digestiva greu després de l'edat de la lactació», donant-li altres autors alemanys el nom de «Malaltia de Heubner».

Tots els estudis citats s'han fet en casos infantils. Thaysen d'Estocolm opina que pot presentar-se en l'adolescència, començant en aquest període de la vida i també en l'edat adulta. Vénen a reforçar aquesta opinió, 15 casos publicats el 1932 per Bennet, Hunter i Vaughan, tots en subjectes majors de 15 anys i dels quals un arribà a tenir els 60, i un altre començà a presentar les primeres manifestacions de la malaltia als 12 anys. El mateix Thaysen descriu la malaltia fora de la infància i sense trastorns de creixement amb el nom de «Sprue no tropical»; i el 1934 fa una publicació molt important, en la qual mantenint el criteri, ja sostingut per ell el 1928 en la Societat Danesa de medicina interna, assimila en un sol quadre nosològic l'sprue tropical, el no tropical i la malaltia de Gee, al qual quadre dona el nom de «Esteatorrees idiopàtiques».

(*) Comunicació presentada en la sessió reglamentària del mes de maig de 1937.

Entre nosaltres, l'única publicació que hem trobat és la de 9 casos infantils de Cavenget l'any 1936.

Quadre nosològic. — La malaltia de Gee comença en la infantesa, apareixent les primeres manifestacions a l'edat de 2 a 3 anys, amb una síndrome digestiva caracteritzada per diarrees. Les deposicions són abundants, llur volum és desproporcionat amb el dels aliments ingerits, són de color pàl·lid, escumoses, i d'olor àcida, comparables a les de l'sprue. En el transcurs de la malaltia s'intercalen èpoques de benestar a vegades molt llargues. En els adults, la quantitat total de femta excretada arriba a ésser d'un i mig a dos quilos en les 24 hores; l'examen coprològic demostra una digestió normal de pròtids i glúcids, essent sols alterada la digestió i absorció dels greixos i arribant a contenir la femta dessecada el 50 per 100 del seu pes de greixos. Aquests es troben en forma d'àcids grassos i sabons, la qual cosa prova que la insuficiència pancreàtica és poc intensa. La pèrdua dels hidrats de carbon per la femta té oscil·lacions, havent-hi quantitats remarcables d'aquests durant les fases de diarrea de fermentació que presenta la malaltia, essent, però, la seva eliminació normal fora d'aquests períodes. L'esteatorrea queda de vegades poc evident, degut al fet que es presenten fases de deposicions normals en consistència, que reconeixen com a causa el retard d'evacuació, i per tant major retenció d'aigua. En altres períodes es produeix, al contrari, una diarrea intensa de fermentació sobreafegida, provocada, segons Heubner, per l'alimentació hidrocarbonada prescrita; aquest canvi d'aspecte de les deposicions, és el que féu que aquest autor descrivís dues formes d'infantilisme intestinal: una forma amb diarrea greixosa i una altra amb diarrea de fermentació. Burghi descriu casos en què la diarrea alterna amb el restrenyiment, i altres casos amb alternances de diarrees grasses i de fermentació. La causa de l'esteatorrea és atribuïda per Bramwel a insuficiència pancreàtica, i per Cheadle a insuficiència hepàtica. Cap d'aquestes hipòtesis no és admesa avui, i es creu que és deguda a manca d'absorció intestinal.

El balanç del calci és negatiu quasi sempre, perdent-se gran quantitat d'aquest cos, exclusivament per la femta, ja que s'ha trobat que així com en els infants normals, el 18 per 100 de calci és eliminat pel ronyó; en els afectes de malaltia de Gee quasi tot és eliminat per la femta. El mateix succeeix amb el magnesi i el fòsfor. Aquesta pèrdua és ocasionada, segons Herter, per l'excreció d'àcids grassos, que són expulsats en forma de sabons. Es donen altres dues explicacions, a més d'aquesta; una que creu que són els fosfats els que arrossegueuen els àlcali-terrosos; i una altra que creu que els àcids volàtils de la fermentació retenen el calci.

Acompanya a la diarrea el meteorisme que és constant en la malaltia de Gee; és produït per la distensió principalment del còlon, la qual és produïda, per una part, per l'excés de volum de la femta continguda en el budell i, per altra part, per la distensió causada pel gas de les fermentacions. Aquest meteorisme és el causant clínicament de la desaparició de la matitat hepàtica i del signe percutori de pseudoascitis.

En alguns casos observats per Schaap, igual que en el nostre, es presenta ascitis veritable, la causa de la qual és la labilitat del metabolisme aquós, la manifestació clínica d'aquest es fa evident en les fases greus de la malaltia, per una tendència a l'edema generalitzat, i com a conseqüència d'aquest darrer es manifesta l'ascitis.

El meteorisme provoca també alteracions secundàries de la morfologia intestinal, essent el dólido i megacòlon la seva expressió. És freqüent que en el quadre clínic de la malaltia de Gee es presenti aquest símptoma, tant que va ésser donat per Benedetti com a factor etiològic. La mucosa del còlon és més llisa que normalment. Radiològicament és freqüent observar disquinèsies intestinals, imatges hidroàeries en el budell prim i aspecte copós del contingut contrastat del còlon, degut a la barreja de pasta, líquid

intestinal i gas; acompanya aquesta imatge la clàssica del dòlicosigma i dòlicocolon (Gilbert i Babaïantz). Aquesta síndrome abdominal morfològica ha fet confondre manta vegada la malaltia de Gee amb la peritonitis fímica.

Aquests símptomes van acompanyats de pèrdues considerables de pes, interrompudes per períodes de pes sostingut, i àdhuc de fases d'augment, les quals coincideixen amb períodes de remissió de la diarrea. Les pèrdues de pes en un cas de Burghi arriben a la xifra de 1 quilo diari, podent arribar a pesar el malalt xifres irrisòries, com en el nostre cas, que una malalta de 29 anys pesa 27 quilos.

Infantilisme. — Síntoma de capital importància per al diagnòstic de la malaltia. Al començ, en els primers temps d'evolució de la malaltia, no es fa evident, comença a aparèixer conjuntament amb el retard considerable de la corba de pes, i es presenta més tard, un cop la malaltia és ja establerta, una insuficiència del desenvolupament somàtic, la qual té lloc en les fases de diarrea. Durant els períodes de remissió dels trastorns intestinals s'observa un augment, encara que lent, de l'esmentat desenvolupament somàtic. Reconeixeria com a causa, segons Mandolfo, la manca d'absorció intestinal, la qual produiria, segons György, una disminució de fosfats en la sang i en els teixits; fosfats que són, segons ell, l'hormona inorgànica del creixement.

Per altra part, es produiria una insuficiència pluriglandular amb estigmes deficitaris en el metabolisme total que es manifesten per trastorns ossis, de creixement, psíquics, etc.

Trastorns metabòlics. — El metabolisme basal dóna xifres diferents segons els casos. Thaysen troba xifres de + 43 %, Schaap + 19 %, + 33 %. En el nostre cas, estava disminuït — 8 %, depenen amb tota seguretat aquests resultats del grau de la insuficiència glandular en relació amb l'evolució de la malaltia.

Thaysen, l'any 1926 va descriure en els malalts d'sprue no tropical una forma especial de la corba de glicèmia; després de la ingestió de 50 grs. de glucosa les xifres de glicèmia obtingudes són molt poc més altes que la inicial en dejú «corba de glicèmia plana». Aquesta corba ha estat trobada en el 80 % dels malalts d'infantilisme intestinal de Gee; no es presenta en cap altre trastorn intestinal, ni en l'esteatorrea pancreàtica, ni en la disenteria, ni en les diarrees rebels, ni en l'anèmia perniciosa (Bennet). Per tant, aquesta forma especial de la corba de glicèmia no pot ésser deguda a un defecte d'absorció intestinal, com creu Bennet, creença que també queda exclosa després dels experiments de Thaysen, el qual troba una elevació del quocient respiratori després de fer ingerir glucosa als malalts d'infantilisme intestinal; a més, la corba de glucèmia practicada després de la injecció intravenosa de glucosa dóna el mateix resultat. Per la qual cosa es pot afirmar que el metabolisme dels glúcids és normal, i que aquesta forma especial de la corba és deguda a alteració de la regulació de la glicèmia dependent de l'estat funcional de les glàndules endocrines.

Entre els trastorns metabòlics adquireixen un relleu preponderant els trastorns d'ossificació, la traducció clínica dels quals oscilla des de l'osteoporosis lleugera a l'osteomalàcia, passant pel raquitisme i les fractures espontànies; aquests trastorns són, per llur constància en presentar-se, un dels símptomes característics de la malaltia de Gee, i són, a la vegada, l'indicador del defècit del metabolisme càlcic.

Ja hem parlat de la pèrdua de calci per la femta. Va ésser Herter qui comprovà que en un cas d'infantilisme intestinal, en el transcurs de 10 dies d'observació, es varen absorbir 10 mil·ligrams de calci per dia, mentre que l'absorció en un infant normal de la mateixa edat fou de 1,1 a 0,9 grams per dia. S'observen, per tant, xifres inferiors a les que, segons Achard, són necessàries per a la calcificació normal de l'esquelet, xifres que oscillen de 0,2 a 1 grams diaris.

Es comprèn que segons la duració del trastorn del metabolisme càlcic es desenrotllaran en els adults lesions òssies, o bé hi trobarem tan sols alteracions òssies característiques de la infantesa. En el primer cas, es produirà osteomalàcia i en el segon raquitisme, els quals acompanyaran les alteracions generals més o menys intenses d'osteoporosis, les quals, a llur torn, segons llur intensitat, podran donar lloc a fractures espontànies.

La calcèmia, durant les fases d'activitat de la malaltia (diarrees) és disminuïda, ensems que la fosfatèmia, fora d'aquestes fases són normals. Per tant, la hipocaicèmia no és un símptoma constant de la malaltia de Gee, com ho demostren les observacions de Fanconi que la comprovà tan sols 2 vegades en 10 casos d'infantilisme intestinal amb osteoporosis.

Altres símptoma freqüent de la malaltia que ens ocupa i en relació amb els trastorns del metabolisme càlcic, és la tetània, la qual trobem en la majoria dels casos estudiats per Bennet, Hunter i Vaughan. La tetània pot ésser manifesta o bé latent. La darrera es manifesta pel signe de Schwostek o solament per augment del dintell de l'excitabilitat galvànica muscular com s'esdevenia en el nostre cas. L'aparició de la tetània en aquests casos, com diu Salvensen, no ha d'ésser atribuïda tan sols al defecte d'absorció del calci i a la hipocalcèmia consegüent, sinó que ha d'intervenir forçosament un dèficit de la secreció paratiroide. Per fer aquesta afirmació, es basa en el fet que altres processos intestinals amb calcèmia àdhuc més baixa que la que presenta la malaltia de Gee, no presenten tetània; per altra part, quan aquesta es presenta en la malaltia celíaca desapareix administrant l'hormona de Collip o bé vitamina D o amb l'aplicació de raigs ultravioletes, tractament que no modifica per a res l'esteatorrea; hem d'atribuir, per tant, a la tetània una gènesi mixta intestinal i paratiroide.

Anèmia. — Quasi tots els casos descrits d'infantilisme intestinal presenten una anèmia més o menys accentuada, que pot arribar a graus molt intensos. Bennet classifica aquesta anèmia en tres subtipus: a) anèmia hipocroma, la que considera més freqüent, b) anèmia megalocítica hiperocròmica, i c) anèmia eritroblàstica. Aquesta diferenciació no és sostinguda per altres autors, especialment per Thaysen i Fanconi que admeten que l'anèmia de l'infantilisme intestinal varia de característiques segons la fase en què es trobi la malaltia; és generalment hipocròmica, però evoluciona a la hiperocròmica en els períodes d'agreujament, per retornar a la forma hipocròmica en períodes ulteriors de milloria. És demostratiu d'aquesta concepció de la variabilitat de l'anèmia, un cas de Fanconi en el qual el pacient presentava un valor globular de 0,7 amb 34 per 100 d'hemoglobina, en un examen practicat en una fase de benestar, es presentà un agreujament del quadre general i conjuntament l'examen de sang varià donant un valor globular de 1,65 amb 20 per 100 d'hemoglobina acompanyat de leucopènia i limfocitosi. Passats uns mesos i millorant el malalt de la simptomatologia intestinal, un nou examen donà: valor globular 0,7 amb 80 per 100 d'hemoglobina.

Es freqüent trobar hipoquília o aquília.

Reaccions serològiques. — Es troba algunes vegades Wassermann positiu sense que es pugui comprovar cap altre estigma d'heredolues, es fa patent aquesta discordança en un cas estudiat per Schaap i en el nostre.

Orina. — L'examen d'orina demostra freqüentment en aquesta producció de putrefacció, que en ocasions van acompanyats de lleugera glucosúria que Schaap ha trobat en tots els seus casos.

Etiologia. — Els autors alemanys atribueixen l'origen de la malaltia, dita per ells de Heubner, a una debilitat general de l'aparell digestiu. El mateix Heubner parla de mala absorció del quim en quantitat i qualitat. Schisch, Wagner i Carrisson donen com a causa la vagotonia, la qual produint un trànsit accelerat dificulta l'absorció. Debenedetti insisteix sobre

el megacòlon com a element causal. Herter creu en alteracions de la flora intestinal. Gibbons a disfunció glandular del budell.

Els autors anglesos tendeixen a atribuir l'origen a afeccions del fetge i del pàncreas: Gee fixà la causa en la insuficiència biliar, Cheadle i altres a insuficiència biligènica d'origen nerviós, i denominaren la malaltia «acolia». Bramwell la qualificà d'infantilisme pancreàtic, pels resultats que obté amb el tractament fet a base d'extrets pancreàtics. L'etiologia pancreàtica és admesa també per Thomson el qual trobà en les autòpsies practicades per ell alteracions d'esclerosis pericanalicular i periacinosa del pàncreas, amb degeneració de la cèl·lula hepàtica.

Schisck i Wagner troben en les autòpsies atròfia glandular interna, principalment de tiroides i hipòfisis que creuen secundària al procés enterocolíctic. Feer l'atribueix a debilitat constitucional. Segers admet insuficiència hipofisària, la qual provoca parèsia i distensió del budell, infantilisme i retard d'ossificació.

Freisse i Valenta, provoquen experimentalment el quadre de la malaltia celiaca amb la resecció del plexe celíac i per tant atribueixen la malaltia a disturbis d'inervació en el territori de l'esplagnic.

Thaysen afirma que s'han d'agrupar en un sol quadre nosològic l'sprue i l'infantilisme intestinal perquè llur etiologia és desconeguda. Aquest quadre, el denomina «esteatorrea idiopàtica».

Descripció del nostre cas. — M. R. P. ingressa al servei el 30-X-36. Té actualment 28 anys, es maridà als 25 anys, és modista de professió i ha viscut sempre a Barcelona.

Antecedents familiars: Pare mort als 38 anys de pneumònia; mare de 58 anys, sana, de poca talla. Han estat quatre germans a terme i un prematur de setè mes; un germà mort als tres anys de xarampió; un germà i una germana vius, sans, però de poca talla i aspecte endocrí.

La malalta ha tingut dos gestacions. La primera, part prematur de 6 $\frac{1}{2}$ mesos, fetus mort. La segona, part prematur de set mesos, fetus viu, a l'ingrés de la malalta aquest darrer fill té vuit mesos, és d'aspecte sa i de constitució pastosa, mort als onze mesos d'una afecció febril que durà 3 dies, sense diagnòstic precís.

Antecedents individuals: Alletament matern fins els 14 mesos. Retard de la dentició amb manca d'un incisiu superior i un altre anòmal. Retard en l'aparició dels primers passos. Bona menjadora, no pren picants, ni salats, ni vi, ni cafè. Menarquia als 13 anys, tipus 3-4/28-39 leucorrea.

Antecedents patològics: Als dos anys afecció intestinal caracteritzada per restrenyiment, abdomen inflat i alteració de l'estat general que va durar 3 mesos. Als 17 anys sofrí un traumatisme en la proximitat de l'ull esquerre, consecutivament es presentà afecció ocular que hagué de tractar durant un any, es tractà com a iritis fímica probable.

Als 18 anys presentà cefalàlgies intenses, rebels i persistents acompanyades de febre, la qual es presentava algunes hores del dia oscil·lant entre 37° i 39°, aprimament, deixà el treball i féu 6 mesos de llit, començant un tractament, sembla amb tuberculin, que no donà resultat, va ésser portada a un clima d'alcària; malgrat això no millorà. Passats 3 mesos es practicà reacció de Wassermann que resultà positiva, instituint-se tractament amb bismut i neosalvarsan; al mes i mig de tractament desaparegué la simptomatologia, guanyant 6 quilos de pes; en els 14 mesos següents guanyà 14 quilos, pesant-ne en total 44. Continuà durant un any residint en el mateix lloc. El tractament específic va ésser seguit durant 4 anys. Les reaccions serològiques durant aquest temps continuaren essent positives. Després d'aquests 4 anys es maridà. En la segona gestació, la Wassermann fou negativa.

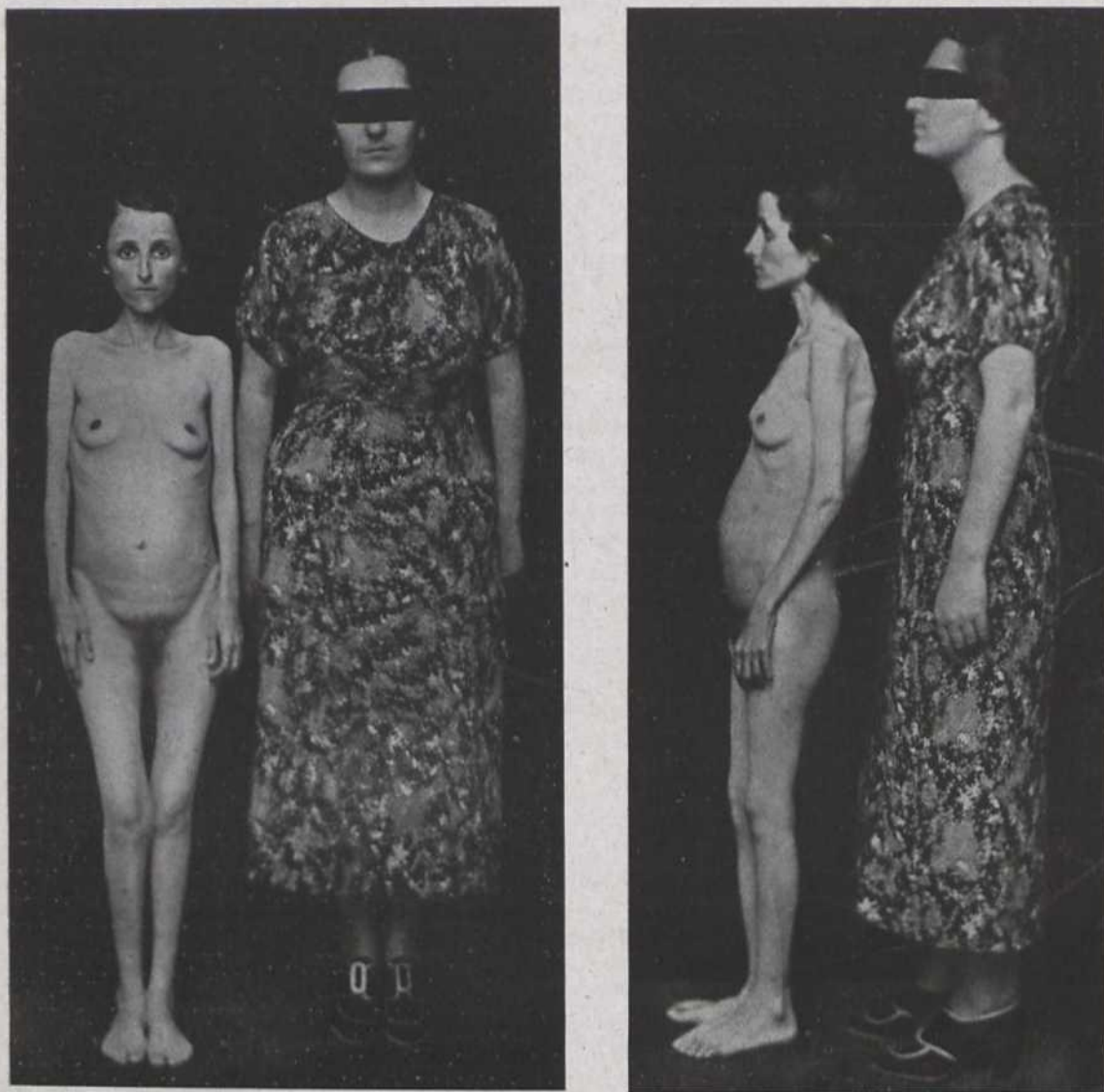
Durant el primer any de tractament, les deposicions foren abundantíssimes en quantitat, en nombre de dos diàries i de color grisenc. No recorda la pacient referent a aquestes, altres dades d'èpoques anteriors. A partir d'aleshores, l'abdomen ha estat sempre inflat.

Fa set anys, afecció òtica caracteritzada per xiulets d'orelles, vertigens al caminar

i sordesa progressiva, particularment de l'orella esquerra en la qual era absoluta; restava lleugera audició a la dreta. Millorà quelcom fa 4 anys amb instil·lacions nasals; desaparegué la millora en deixar el tractament.

Restrenyiment pertinaç des dels 20 anys, que persistí fins el començ de la malaltia actual.

Estat actual: Fa un any, i coincidint amb el tercer mes de la segona gestació, presenta una afecció febril qualificada de grip amb temperatures de 39° ; als 8 dies de malaltia i després d'un purgant lleuger, apareix diarrea, les deposicions eren en nombre de 10 a 15 diàries, que anaren augmentant progressivament fins a arribar a 20-25 diàries, acompanyades de dolor difús abdominal, tenesme i dolor rectal, les deposicions eren líquides amb moc; les molèsties abdominals s'accentuen amb la ingestió d'aliments i encara són més intenses amb la ingestió de líquids, acompanyades aleshores de borborigmes; persisteix la febre amb calfreds i suors; malgrat de practicar règims dietètics de templeig, uns d'hidrocarbonats exclusius i després mixt de predomini proteic, persisteix la diarrea, amb deposicions de tipus fermentatiu (olor ranci, escumoses) i amb



Figs. 112.—Fotografia de front i perfil de la malalta, comparades amb una normal d'edat aproximada i talla mitjana.



Fig. 3—Rad. d'enema opac.

moc, pèrdua progressiva de pes, presenta variacions en la intensitat de la gana, i roman allitada. Persistint aquest quadre, es presenta el part, que fou normal i prematur. Examinada la placenta per un tocòleg competent, és qualificada de normal. Després del part desapareix la febre i s'institueix un règim amb poma, melmelada, purès i carn, i milloren les deposicions, que són en nombre de 3 a 4 diàries, abundants, pastoses i de color blanquinós, desapareixent els dolors. Aquesta millora persistí 15 dies, passats els quals i coincidint amb afegir llet al règim anterior, reapareix la diarrea, alternant amb deposicions pastoses, i persistint la pèrdua de pes. En aquesta nova fase de diarrea, fan aparició vòmits pituïtosos i biliosos, reapareixent els dolors. Les deposicions són en nom-

bre de 3 a 4 diàries, de les quals una és pastosa i abundant i les altres líquides, anorèxia absoluta i amagriment. Es prescriu en aquesta fase un règim amb albulaetol, brou de carn, carn i formatge, i desapareix la diarrea, quedant 1 o 2 deposicions diàries, pastoses, decolorades i abundants; un examen d'orina fet aleshores demostra una piúria que desapareix amb urotropina. Persisteix la millora durant 2 mesos i augmenta 4 quilos de pes. Després d'aquest temps, sofreix una nova recaiguda que no és influïda amb els tractaments ulteriorment instituïts, augmenta el meteorisme, presenta una síndrome de pseudoascitis, amb febrícules lleugeres que desapareixen al cap de 8 dies, en aquest estat ingressa al servei.

Entre el primer i segon embaràs va fer nou tractament específic que constà en total de 4'35 grs. de neosalvarsan, 0'125 de grs. de mer-



Fig. 4—Ràdio de sella turca (normal).



Fig. 5.—Ràdio de mà comparada amb una normal d'edat aproximada.

curi (cianur) i 0,16 grs. de bismut metall. Per exploració apreciem una malalta desnodrida d'aspecte infantil (figs. 1 i 2), talla 1'42 m., pes 27'5 quilos, hipotonia muscular, cabell fi que cau, escassísim pèl en el pubis i aixelles, pell seca sense panicle adipós, cara demacrada, pell pàl·lida, mucoses de llavis seques i ben colorejades. Boca: gingivitis amb geniva inflada hemorràgica de tipus escorbútic (avitaminòsic). Dents: falten bastants peces, càries en els últims molars, boca ben conservada (pròtesis), llengua llisa sense alteracions a la superfície.

Aparell respiratori normal.

Aparell circulatori normal, pressió arterial 95/65 Vaquez.

Aparell digestiu: abdomen inflat amb timpanisme accentuat, dolorós a la palpació, còlon palpable dur i dolorós, no presenta ascitis, lleugera circulació suplementària tipus cava.

Extremitats sense edema, deformitat de la tibia dreta, terç superior, engruixida i aplanada de tipus raquitic (beina de sabre).

Reflexos normals. Schwostec negatiu.

Orina: Albúmina negatiu. Glucosa negatiu.

Reaccions serològiques: Wassermann +. Meinike + +.

Exploració Röntgen: Radioscòpia i Radiografia toràcica normal.

Radioscòpia abdominal: Estómac empès cap el diafragma i en posició horitzontal per aerocòlia marcada, en posició obliqua es demostra un estómac en cascada per compressió sobre la cambra d'aire, to, peristaltisme i buidatge normals; duoden: dirigit cap a darrera de contorns normals; budell prim: no s'observa cap imatge hidroàeria. A les 24 hores ha evacuat la pasta de contrast. Enèma opac: Sigmoides: allargada (dolico sigma).

Còlon transvers: forma dos plects transversals, els angles esplènic i hepàtic formen dues anses movibles i desplegable; cec: normal, el contorn còlic és extraordinàriament llis.

Radiografia de còlon previ ènema opac, demostra la imatge observada per radios-còpia, fent resaltar el dolicosigma i el dolicocòlon moderat, el contorn del còlon dret i angle hepàtic és més llis que normalment en altres radiografies d'ènema opac (fig. 3).

Radiografia, crani: Sella turca normal, ossificació normal, no s'aprecien deformitats en el contorn de la imatge radiològica (fig. 4).

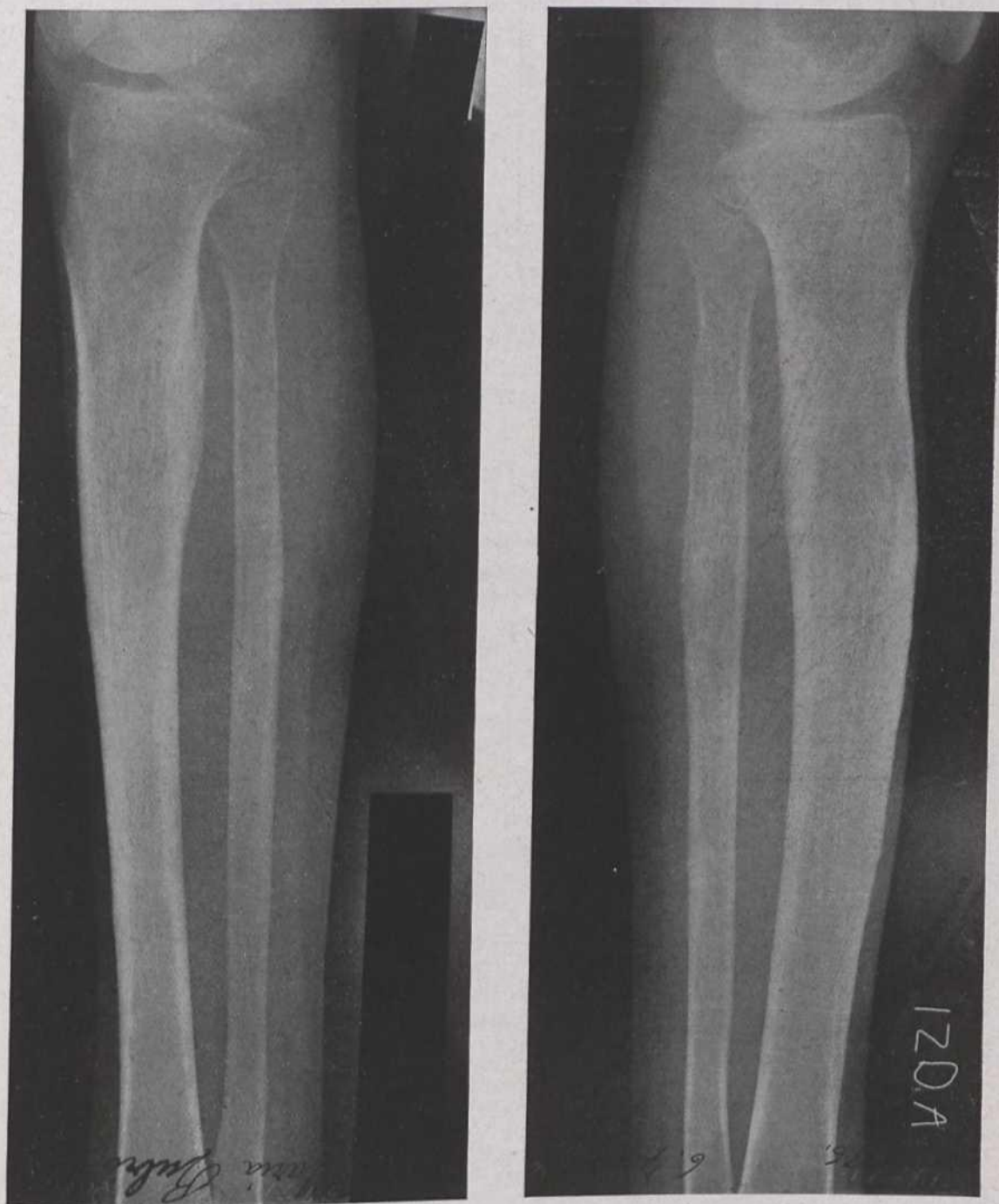


Fig. 6.—Ràdio de tibia amb alteracions raquítiques.

Radiografia de mà i canell: No hi ha trastorns d'apòsició de calci, no s'observen trastorns d'ossificació, sols s'aprecia la reducció de la mida dels ossos comparats amb una mà normal d'edat aproximada i de talla mitjana (fig. 5).

Radiografia de tibia: S'aprecia un eixamplament de la diàfisi per sota del límit de creixement diafisari amb incurvació lleugera i augment de calcificació subperiòstica en la concavitat de la incurvació, que indica les alteracions sofertes durant la primera in-

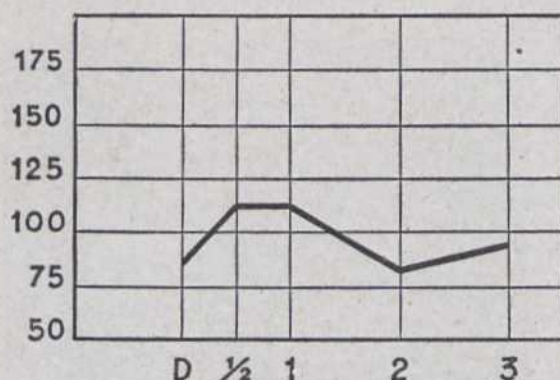


Fig. 7. - Corba de glucèmia plana.

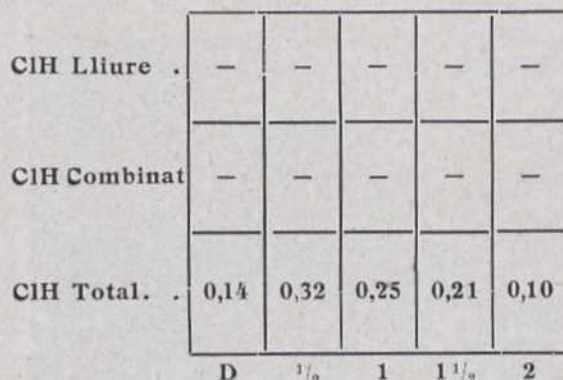


Fig. 8 - Químisme gàstric amb 150 gr de pasta de civada.

fància amb producció de teixit osteoide en aquest lloc i consegüent calcificació, alteracions que poden qualificar-se de raquitisme (fig. 6).

Examen de sang: Presenta anèmia hipocroma sense alteracions morfològiques dels elements: hematies 3.480.000, hemoglobina 49 per 100, valor globular 0,72, leucocits 4.600. Fórmula: neutròfils 75, basòfils 1, limfòcits 20 i monòcits 4. Calcèmia 0,108 grs.

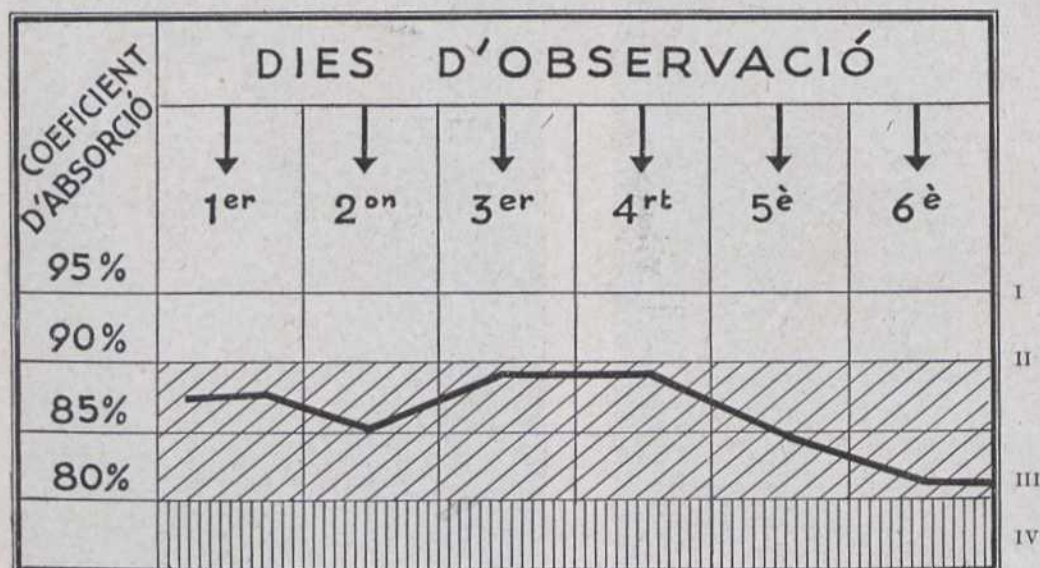


Fig. 9. - Corba de coeficients d'absorció de greixos amb règim constant d'ingesta diària de greixos. (Dr. Agustí). I.-Normal. II.-90% insuficiència biliar. III.-Corba del cas, dins la zona d'insuficiència pancreàtica. IV.-Insuficiència total. (Dr. Agustí).

per 1.000 c.c. La corba de glicèmia feta amb 50 grams de glucosa demostra una corba plana del tipus de les descrites per Thaysen (fig. 7).

El quíisme gàstric demostra aquília (fig. 8).

Examen de femta: Directe; de les deposicions diarriques al moment de l'ingrés

dóna: moc, sang, pus, paràsits i ous de paràsit negatius. Amb règim de prova de Smith, trobem el resultat següent: consistència tova, color ocre gris, olor fètid, reacció àcida, hidrats de carbon bastants, fibres musculars escasses i poc atacades. Àcids grassos 3,60 grams per 1.000, amoníac 1,76, grasses neutres abundants, moc negatiu, flora iodòfila escassa. Determinació d'àcids orgànics totals, tècnica de Nepveux Goiffon = 23 c.c. (normal 14-16). Examen quantitatiu de greixos, mètode de Labbé després de règim que conté 85 grs. de greix diaris dóna: àcids grassos 46,6 per 100, greixos neutres 21,4 per 100 (els tants per cent referits de greixos totals en la femta), coeficient d'absorció 89,2 per 100. La corba de coeficients d'absorció durant 8 dies demostra el dèficit de greixos absorbits (fig. 9). (Dr. Agustí.)

Sondatge duodenal: Lipasa pancreàtica positiu dèbil, Bondi 18 (normal 50 a 60), sembla: bacils lactis aerògens i sarcines saprofítics.

Llindar d'excitabilitat elèctrica galvànica placa positiva indiferent en espatlla, elèctrode explorador, el negatiu: Hiperexcitabilitat més marcada en costat esquerra (Dr. Escardó).

	Dret	Esquerre
Extensors de la cuixa.	10 m. A	10 m. A
Flexors de la cuixa.	4,5 »	12,5 »
Flexors dorsals del peu	6 »	7,5 »
Flexors plantars del peu.	8 »	8,5 »
Flexors de la mà.	2 »	2,5 »
Extensors de la mà.	2 »	2,5 »
Flexors del braç.	1 »	2 »
Extensors del braç.	2 »	4 »

Fig. 10.—Dintell d'excitabilitat galvànica. (Dr. Escardó).

Curs. — Durant el seu sojorn al servei no ha tingut febre, fora d'algunes elevacions espaiades de la temperatura atribuïbles a fenòmens intercurrents. Sempre ha presentat lleugera taquicàrdia, 90-100 pulsacions per minut.

L'aspecte de les deposicions ha estat sempre el mateix, alternant deposicions pastoses i grasses amb deposicions diarreïques. Les deposicions pastoses en nombre de 2 a 3 diàries en quantitat abundant cada vegada. Les diarreïques oscil·len de 4 a 10 diàries a dies intercalats amb les anteriors, sols algun dia sense deposició.

La medicació ha estat: astringents amb opiat en les fases de diarrea, tònic i ferments digestius constantment; malgrat les mesures terapèutiques no han millorat els símptomes clínics.

Alimentació: Dieta proteica exclusiva en les fases de diarrea i règim total complert en les fases de calma intestinal.

Persistí en relatiu bon estat fins el mes de març pròxim-passat en què després d'uns dies de decaïment general i anorèxia i amb deposicions pastoses i diarreïques alternades en un mateix dia, apareix èdema de cama esquerra de tipus flegmàtic, sense dolor ni febre i sense presentar enduriment de la safena, a partir d'aquest episodi, augmenta el meteorisme, marcant-se més la circulació complementària i apareixent, al cap de 15 dies de començar el quadre, ascitis lliure en poca quantitat, la punció de la qual dóna un líquid clar com aigua, s'extreu 160 c.c. L'examen dóna el resultat de: Ribalta negatiu. Albúmina, 5 grs. per 1.000. Citologia, escassos limfòcits.

Persisteix l'aggravació en el quadre general, amb anorèxia intensa, diarrea persistent, augment de l'ascitis, amb èdema en ambdues extremitats. Abandona el servei, i mor poc després.

Consideracions. — Resumint, podem afirmar que la nostra malalta és un cas típic de l'anomenada «malaltia celíaca» (Gee), en la qual trobem juntes i sense mancar-ne cap, les característiques essencials: l'infantilisme, la diarrea grassa amb fases dispèptiques, el primer episodi de la qual, tin-

gué lloc el segon any de la vida de la pacient, el meteorisme, l'ascitis final, l'anèmia hipocroma, la tetània latent revelada per l'exploració galvànica, la incurvació raquítica de la tibia, etc.

De l'estudi analític dels símptomes es desprenen comentaris que no manquen d'interès. En primer lloc, la diarrea de caràcter dispèptic ostenta com a característica preeminent l'esteatorrea. S'hi ha volgut veure la conseqüència d'un dèficit de l'absorció lligat a un distúrbio funcional del budell prim. Aquesta patogènia és massa exclusivista, l'esteatorrea representa en el nostre cas una insuficiència digestiva complexa. Si ens preguntem si la defectuosa utilització dels greixos és pancreatògena o enterògena, veiem que hi ha motius per a sustentar una hipòtesi eclèctica. En efecte, el dèficit pancreàtic existeix, manifestant-se pel defectuós desdoblament dels greixos. A més, el dosatge en el suc duodenal de la lipasa pancreàtica dóna valors molt baixos. Per altra part, la insuficiència entèrica queda evidenciada per una eliminació abundosa d'àcids grassos, àdhuc en moments en què no pot invocar-se una hipermotilitat intestinal. Si afegim, a més d'això, l'existència d'aquília gàstrica, tindrem reunits els principals elements que condueixen a invocar la insuficiència digestiva múltiple de la malaltia celíaca. Destacar només la insuficiència d'absorció és tenir una visió fragmentària de la fonda pertorbació digestiva d'aquests malalts.

A la boca no trobem estomatitis aftosa, ni atròfia papillar del tipus que Hunter descriu com a típica de la glositis biermeniana, i que sol trobar-se en molts pacients d'infantilisme intestinal i en malalts similars com en els d'sprue tropical i en el dels nostres països, sinó que en el cas nostre apareixen genives sagnants, inflamades de tipus escorbútic. Aquest símptoma bucal ha d'interpretar-se com conseqüent a un fet carencial, lligat a la insuficiència digestiva. Stepp ha posat recentment de manifest les avitaminosis que estan subordinades a malalties digestives, especialment les del tractus intestinal, fet que anteriorment Mouriquand havia comentat, concebent-les com a carències de digestió, produïdes per la manca de preparació digestiva adequada dels aliments.

Anèmia hipocròmica, lesions raquítiques en la tibia, dolicosigma i meteorisme estaven representades en la nostra malalta sense característiques especials. En els períodes més avançats aparegué ascitis amb fórmula d'entresuat, al mateix temps que es presentaren èdemes de les extremitats inferiors.

L'infantilisme és la conseqüència d'una malaltia crònica i profunda que es desenvolupa a partir del segon any de la vida en la fase més sensible de l'època del creixement. De la mateixa manera es fa evident en els casos d'infantilisme renal (Apert Chesné i Oberlin) de les nefritis infantils que passen a l'estat crònic. De manera semblant, en el retard de creixement observat en els infants amb esplenomegàlies primitives esclerosants del tipus fibro-adènic (Sendrail, Lyon i Laserre), es desenvolupa aquesta modalitat d'infantilisme.

Malgrat l'aspecte de nanisme hipofisari que presenta la nostra malalta, i la tetània latent que aporta la prova de la participació en el procés de les paratiroides, hem de considerar aquestes alteracions del sistema incretor, com a subordinats a un procés digestiu primari amb atròfia d'importants elements secretors.

En el nostre concepte no han d'assimilar-se a la malaltia celíaca els casos que Rud denomina insuficiència poliglandular, en els quals l'esteatorrea va presentar-se fugisserament a la fi d'una síndrome pluriglandular amb infantilisme, representant l'element endocrí el primer en data i exercint una acció dirigent i rectora sobre els restants símptomes.

En el nostre cas, com passa en observacions citades per altres autors, varen ésser trobades positives repetides vegades les reaccions serològiques de la lues, àdhuc en absència de signes clínics evidents d'heredolues. Per

aquest motiu ha estat discutit el valor específic de la reacció, en forma anàloga en què ho ha estat en icterícies cròniques i en malalties de la glàndula hepàtica de caràcter no lúetic. En la nostra observació destaca la serologia francament positiva en diferents fases de la malaltia. Cert que el tractament antilúetic instituït en diferents ocasions, no ha aconseguit millorar la malalta, ni prevenir l'aparició de l'estat caquètic en la darrera fase de l'observació. Però aquestes reaccions constantment positives, mereixen valorar-se, i no pot excloure's sense més ni més el valor etiopatogènic de la lues en els casos d'infantilisme intestinal.

Dels comentaris sorgits de la nostra observació destaquem:

1.^{er} Que la malaltia celíaca ha de considerar-se com una afecció primàriament intestinal, i són consecutius a aquesta tots els altres símptomes que s'hi afegixen (infantilisme, incurvació raquítica de la tibia, genives escorbútiques, etc.).

2.^{on} L'esteatorrea i la dispèpsia intestinal no han de considerar-se com a provocats exclusivament per un defecte en la funció d'absorció del budell, sinó expressió d'una insuficiència digestiva complexa en la qual intervé el pàncreas i en ocasions l'aquília gàstrica.

3.^{er} En la gènesi d'aquesta insuficiència digestiva múltiple hem de considerar abans que tot un factor endogen constitucional, a semblança de l'aquília per anadènia gàstrica de l'estómac dels anèmics.

4.^{art} Ha de discutir-se a base de noves observacions el paper de l'heredolues com a factor etiopatogènic en els casos d'infantilisme intestinal.

BIBLIOGRAFIA

- Apert: Alteracions òssies en les nefritis infantils (Nanismo renal). Presse Médical, núm. 37-1928.
- Bramwel: Infantilisme pancreàtic. Edimburg med. Jour. N. S. 1915.
- Benne, L., Hunter i Vaughan: Quarterly Jour. med. t. XXV-1932, p. 603.
- Bennet, I.: La malaltia de Gee. Presse medical, núm. 75-1934, p. 1.459.
- Cavengt, S.: Malaltia celíaca. Archivos Españoles de pediatria, I-II-1936.
- Comby: Infantilisme digestiu. Archiv. de Med. des Enfants, 1934.
- Mc. Crudden: Estudis clínics sobre l'infantilisme intestinal. Jour. of expermental medecine, 1912-13.
- Cheadle: Sobre l'acolia. Lancet, 1903 (citad per Bennet).
- Gee: La malaltia celíaca (citad per tots els autors). Rap. St. Barthol. Hosp., 1888.
- Gilbert, Babaiantz: Semiologia radioscòpica de l'infantilisme intestinal. Journal Electrologie et Radiologie, t. XVIII, núm. 7, juliol 1934.
- Herter: Sobre l'infantilisme per infecció crònica del budell. New-York, 1908 (citad per tots els autors).
- Heubner: La insuficiència de digestió greu en els malalts que han passat l'edat de l'alletament. Jahrb. für Kinderheilk, 1909 (citad per tots els autors).
- Lesné, Oberling: Infantilisme renal en el curs d'una nefrosis nefritis. Bull. Mem. Soc. Med. Hôp. Paris, núm. 19, p. 881, 1936.
- R. S. Mach: Infantilisme intestinal (malaltia de Gee Herter). Arch. Mal. App. dig. et Nutr., núm. 5, p. 544, 1936.
- Mandolfo: Infantilisme intestinal. I. Policlínico, S. P. 13, febrer 1936, p. 43.
- Miller: Infantilisme celíac. Brit. Jour. Childr. Dis. 1921. Lancet, 1920.
- Mouriquand: Carència alimentària digestiva i de nutrició. Presse médical, n.º 89, 1925.
- Rud: Insuficiència poliglandular. Hospital studende, 1927, vol. LXX, p. 525.
- Schaap: Infantilisme intestinal (malaltia celíaca). Arch. Mal. App. dig. et Nut. pàgina 914, 1926.

Segers: Consideracions sobre l'etiologia de la malaltia celiaca. Archivos argentinos de Pediatría, 1 gener 1933.

Sendrail, Lyon, Lasserre: Infantilismo esplénico. Bull. Mem. Soc. Med. Hóp. Paris, núm. 19, p. 912, 1936.

Stepp: Carència de vitamines, causa i efecte de malalties intestinals. Münch. Med. Woch., núm. 28, 1936, p. 1-119.

Still: La malaltia celiaca. Lancet, 1918.

Hess, Thaysen: Acta. Med. Scand., vol. XIV, 1926, p. 292.

Hess Thaysen: Esteatorreas idiopàtiques. Arch. Mal. App. Dig. et Nut., p. 123, 1934.

KOMENTARIOJ AL KAZO DE INTESTA INFANTILISMO (MALSANO EL GEE, VARIO DE HERPELO CE PLENAGULO)

La kazo pristudata plene enkadriĝas en la sindromon de la tiel nomata celiaka malsano el Gee aŭ intesta infantilismo el Herter.

El miaj pridiroj rezultas la jenaj konkludoj:

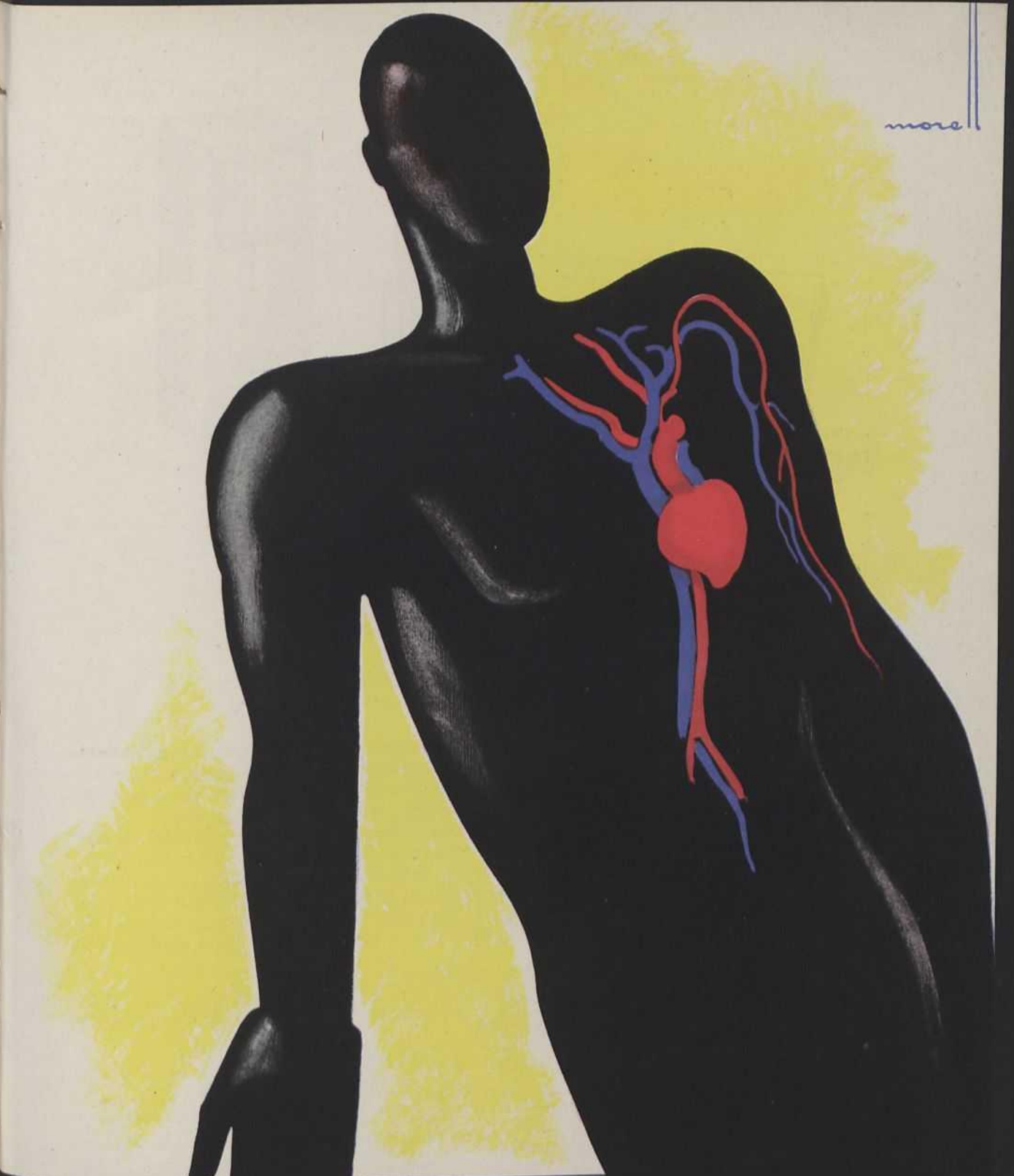
1.^a La celiaka malsano devas esti konsiderata malsano primera digesta, kaj estas sinsekraj al ĝi ĉiuj postaj simptomoj aldonitaj al ĝi: infantilismo, rakita kurbiĝo de la tibio, skorbuta dentokarno.

2.^a La steatoreo kaj la dispepsio ne devas esti konsiderataj kiel okazigitaj nur pro difekto de la sorba funkcio de la intesto, sed kiel esprimo de kompleksa digesta nesufiĉo, en kiu partoprenas la pankreato kaj foje la gastrakileo.

3.^a En la genezo de tiu plura digesta nesufiĉo ni devas konsideri antaŭ ĉio konstitucian endogenan faktoron simile al akileo pro stomaka gastrakileo anadeno de la anemiuloj, kaj.

4.^a Oni devas pristudi baze de novaj observoj la rolon de la heredlueso kiel faktoro etiopatogena en la kazoj de intesta infantilismo.

more



LANIGITAL

TÓNICO CARDIACO



LANIGITAL

CARDIOTÓNICO EN GOTAS Y SUPOSITORIOS DE LOS
GLUCÓSIDOS INICIALES DE LA DIGITALIS LANATA (ERH)

Los Glucósidos de la Digitalis Lanata poseen ciertas características que los aventajan considerablemente a los de otras digitales, en cuanto a sus propiedades terapéuticas y de toxicidad, que hacen que actúen con más rapidez y se acumulen menos. En consecuencia tanto en su forma gotas como en la de supositorios, son toleradas hasta por los enfermos mas sensibles a los glucósidos digitálicos.

Debido a la forma especial en que han sido preparados los supositorios (aceite-agua-emulsión) se asegura una rápida asimilación a través del plexo hemorroidal pasando directamente al torrente circulatorio, independientemente del tronco porta; esta rápida absorción se consigue debido a que el excipiente está emulsionado en la substancia activa, poniéndose ésta instantáneamente en contacto con las paredes del intestino, sin el inconveniente de que las mismas queden embadurnadas por la manteca de cacao, de actividad constante, asegurada por el control biológico a que se somete cada elaboración.

DOSIS: media al día, 20 gotas tres veces o de 1 a 2 supositorios.

COMPOSICIÓN: Cada supositorio o centímetro cúbico de solución contiene 0,66 mgr. de Lanatagluco-sídos, equivalentes a 2 UNIDADES GATO MAGNUS.

BIBLIOGRAFÍA.—R. Lutembacher: "Los glucósidos de Digitalis Lanata", Press. Med. N. 88 (1935). - L. W. van Esveld: "La acción acumulativa de Digitalis Purpurea y Digitalis Lanata", Arch. f. exper. Path. t. 160, pág. 575 (1951). - H. Bauer: "Sobre el conocimiento de la causa del fenómeno de la acumulación de los glucósidos de la digital", Arch. f. exper. Path. t. 172, pág. 699 (1955). - H. Bauer: "Sobre el conocimiento de la causa del fenómeno de la acumulación de los glucósidos de la digital", Arch. f. exper. Path. t. 176, pag. 65 (1954). - C. Mannich, P. Moss y W. Maus: "Sobre los glucósidos de la Digitalis Lanata", Arch. Pharmaz. t. 268, pag. 455 (1950). - P. Moss: "Sobre los glucósidos de la Digitalis Lanata", Arch. Pharmaz. t. 271, pág. 395 (1955). - E. Perrot, P. Bourcet y Raimond-Hamet: "Una nueva digital: Digitalis Lanata", Bull. Sci. Pharmacol. t. 58, pág. 716 (1951). - S. Smith: "Glucósidos digitálicos. III. Glucósidos de Digitalis Lanata", J. chem. Soc. Lond. pág. 25, enero (1951). - A. Stoll y W. Kreis: "Los glu cósidós genuínos de la Digitalis Lanata, los Digilanidos A, B y C.", Helv. chim. Acta. t. 16, pág. 1049 (1955). - S. Dietrich y H. Schwiegl: "Una nueva digital: Digitalis Lanata en la terapéutica circulatoria", Munch. Med. woch. t. 15, pág. 865 (1955).

NOTA:

70 gotas equivalen a 1 mgr. de Lanatagluco-sídos y a 0'27 grs. de polvo hojas de Digital tipo internacional.



LABORATORIOS ROBERT

Director: JOSÉ ROBERT MESTRE.-Farmacéutico

BARCELONA: Calle Lauria, 74

MADRID: Av. Eduardo Dato, 6

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

El tractament hepàtic de la migranya, pel Prof. E. AUBERTIN, de Bordeus. «La Presse Médicale». París, 11 novembre 1936, pàg. 1.781.

L'autor remarca que, d'ençà d'uns quinze anys, ha estat particularment fixa l'atenció dels metges al paper jugat pels trastorns funcionals del fetge en la patogènia de la migranya. Dues menes de fets han excel·lit: l'estasi biliar, com factor determinant de la síndrome, i la insuficiència funcional hepàtica.

Les migranyes lligades a l'estasi biliar es caracteritzen per l'abundància dels vòmits biliosos que es repeteixen en el curs de les crisis. Accessòriament, l'aparició, en els dies que precedeixen l'accés, d'una lleugera sub-icterícia amb urobilinúria i tendència a la decoloració de la femta, la presència de trastorns digestius amb nàusea, entre les crisis, la sensibilitat de la regió vesicular, fenòmens que ajuden a menar el clínic vers el diagnòstic.

Tot amb tot, aquest diagnòstic no pot ésser posat amb certesa fins després de radiografiar la via digestiva prèvia opatització i intubació duodenal. Aleshores és quan s'observa, sovint, els signes d'una colecistatonía (Chiray), és a dir, un estat de distensió vesicular amb ptosi per pèrdua del poder de contractilitat de la bufeta (no s'arriba a buidar o ho fa malament). Aquest òrgan resta opac més temps del que ho fa normalment i presenta, ordinàriament, l'aspecte d'un «sarronet mig ple de cibada»; però la seva forma canvia amb la posició del malalt. En la prova de Meltzer-Lyon, la bilis B és eliminada amb retard, però una vegada iniciada, l'excreció esdevé abundant i pot doblar la normal. Aquesta bilis és fosca i hiperconcentrada.

La millor prova que la migranya va molt unida a aquest estat d'estasi vesicular la forneix els feliços efectes del tubatge duodenal amb drenatge de les vies biliars a base del sulfat de magnesi. Amb aquesta tècnica les crisis de migranya s'allunyen i s'atenuen, mentre el colecist sembla reprendre tonicitat i en el curs de les exploracions successives pel mètode de Meltzer-Lyon, el retard de l'excre-

ció de la bilis B esdevé menys gran i la concentració disminueix.

En les colecistitis cròniques, litiàsiques o no, aquest tractament no solament no dona pas els mateixos bons resultats sinó que moltes vegades resulta perillós.

L'autor indica que, com a mínim, un 30 per 100 de migranyes greus semblen beneficiables d'aquesta terapèutica. Hom ignora el mecanisme pel qual l'estasi biliar intervé en la producció de la síndrome.

Cal consignar, que molts autors han coincidit també a fer notar l'extrema freqüència amb què els migranyosos acusen trastorns funcionals del fetge. Així Mc.Clure i Huntsinger, Faroy i Sédillot indiquen que aquesta coincidència arriba a xifres de 90 per 100. En aquests malalts, ultra els signes clínics (modificació del volum del fetge, sensibilitat hepàtica o colecística, trastorns digestius), hom observa igualment amb freqüència hiperbilirubinèmia (Diamond-Hétyi), hipercolesterinèmia (Nochlig), augment del nitrogen residual de la sang (Rémond i Rouzaud) i urobilinúria.

La crisi en aquests casos seria deguda al fet de passar als humors substàncies tòxiques o shocants a causa de la insuficiència funcional del fetge, sobretot en allò que aquesta entranya ha de verificar damunt del metabolisme nitrogenat. La majoria de migranyes dites anafilàctiques no tenen altre mecanisme de producció que aquest.

També el tractament de fons de l'afecció consisteix sobretot, per als defensors d'aquesta teoria, a acondicionar l'activitat hepàtica gràcies a un règim apropiat, pobre en proteïnes d'origen animal (règim de verdures i fruites, però amb llet) i a l'ajut del seu treball mitjançant una medicació colagoga, colerètica, estimulants i opoteràpica llargament mantinguda. La cura de Vichy és, en aquests casos, particularment apropiada.

La doctrina de la migranya per insuficiència hepàtica, almenys en la seva forma exclusiva, motiva, però, algunes objeccions. Els senyals clínics d'alteració del fetge són, sovint, mínims i fins poden manca en alguns migranyosos. L'exploració funcional de la glàndula no sembla haver estat mai empresa sistemàticament en un nombre suficient

de malalts. Resultats contradictoris han estat publicats sobre les modificacions humorals i urinàries assenyalades. En fi, si bé és veritat que el règim vegetarià pot donar excel·lents resultats, d'altres règims compten també èxits remarcables en llur actiu: règim sense hidrocarbonats, règim cetogen, etc., etc.

La insuficiència hepàtica és, certament, freqüent en les persones que pateixen de migranya. Això no prova pas totalment que ella en sigui responsable, almenys d'una manera exclusiva. Sovint, aquests malalts presenten simultàniament trastorns digestius diversos que tenen una repercussió més o menys forta damunt del fetge. Correspon al metge d'acordar a cada element d'aquest complex patològic la importància adequada. En establir el tractament, cal ésser eclèctic i no sistemàtic en presència d'un migranyós.

No obstant, quan cap altra causa no pot ésser descoberta, i fins i tot si la clínica no permet de revelar un trastorn prou net en el funcionalisme hepàtic, és convenient d'assajar una cura prolongada de desintoxicació higiènic-dietètica i d'estimulació de l'òrgan. Tant si la seva acció és específica, com si no ho és, cal convenir que en la majoria de casos és innegable.

Vegeu, encara:

TRAN-VAN-CHI: *De l'amibiasi intestinal crònica; dades etiològiques, clíniques i terapèutiques*. «Montpellier Médical». Març, 1937, p. 124.

DESPOIS, J.: *Els encongiments de l'esòfag*. «Le Bulletin Médical de Bordeaux». Març 1937, pàg. 4.

STIEFFEL, R.: *Diagnòstic i tractament de la colopatía espasmòdica*. «Revue Médicale de France». Clermont-Ferrand, III-IV-37, p. 85.

MAGENDIE, J. i COURRIADES, H.: *Dolicocòlon i càncer sigmoide*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 24-IV-37, p. 589.

SABRAZÈS, J., GRAILLY DE i DERVILLÉE: *El test glicogènic en les biòpsies de fetge*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 24-IV-37, p. 590.

SABRAZÈS, J., GRAILLY DE i DERVILLÉE: *Recerques experimentals sobre la taxa en glicogen de les cèl·lules hepàtiques després d'ingestió de substàncies insòlites o tòxiques*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 24-IV-37, p. 590.

GRAILLY, R. DE, RINGENBACH, G. i DURAND: *Hemorragia intestinal precoç anunciadora d'una febre tifoide. Mort per col·lapse cardíac*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 24-IV-1937, pàg. 591.

PONS: *A propòsit d'imatges diverticulars del duodè*. «Toulouse Médical». 15-IV-37, p. 249.

PONS i MARQUÈS: *Diverticle duodenal*. «Toulouse Médical». 15-IV-37, p. 250.

MAGENDIE i COURRIADES: *Dolicocòlon i càncer sigmoide*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 17-IV-37, p. 537.

ATHANE i ICHON: *Ictèria congènita. Tractament quirúrgic*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 18-IV-37, p. 253.

SABRAZÈS, J.: Comentari a un treball sobre *Mitochondries del fetge humà*, del Prof. Kenkoo Taniguchi. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 11-IV-37, p. 225.

Endocrinologia i Nutrició

Consideracions fisiològiques sobre la valor del metabolisme basal i de la colesterinèmia suggerides per l'estudi de l'estat tirocòpiu, per MIQUEL PIJOAN (de Barcelona) i M. BÉRARD. «La Presse Médicale». París, 10 d'agost de 1936, pàg. 1.324.

Els autors, treballant a la Clínica Quirúrgica del Peter Bent Brigham Hospital i al Laboratori d'Investigacions Quirúrgiques de l'Harvard Medical School, han emprès un estudi en el qual, ultra fer una revisió de les aportacions alienes, donen a conèixer resultats personals d'alt interès.

El valor diagnòstic de les xifres del metabolisme basal i de la colesterinèmia en els diversos estats tiroïdians, és una qüestió d'actualitat en l'estudi dels malalts sotmesos a la tiroïdectomia total. Remarqui's l'interès particularíssim que atorguen les condicions veritablement experimentals en que es troben aquests malalts; en els mixedemes espontanis la funció tiroïdiana està disminuïda fins a un grau variable però, amb tot, no es tracta ací d'hipotiroïdismes «purs», car les condicions patològiques que han presidit l'atròfia glandular s'acompanyen, sovint, d'altres desordres. Aquests graus de minva funcional únicament poden ésser mesurats a base dels tests que són a les nostres mans: metabolisme basal i taxa de la colesterinèmia. Invertint, però, les dades del problema, Pijoan i Bérard comencen llur treball partint d'«atiroidismes» segurs i amb ells assagen o comproven el valor d'aquests tests, destinats, fins ara, a la determinació de l'estat tiroïdià.

Vegem com s'expressen:

«A partir dels estudis de Magnus Lévy i de Du Bois, les xifres del metabolisme basal han estat utilitzades com un indicador diagnòstic del hiper i del hipotiroïdisme. Aquesta taxa del M. B. deriva del càlcul del consum d'oxigen per minut, referit a la superfície del cos i expressat per la relació entre les calories produïdes i la superfície de l'individu. Clínicament aquesta s'interpreta, per raons de comoditat, com una taxa d'oxidació de l'individu en el seu estat basal. Però en la deter-

minació d'aquestes xifres, l'error lligat als procediments tècnics (pinça nasal, etc.) és, en general, de -10 calories per M^2 , ço que fa per l'error biològic, aproximadament, un 14 per 100 $[(10)^2 + (10)^2 = 200$; error = $\sqrt{200} + 14,3$ per 100]. Ultra aquest error, la manca de cooperació del malalt pot modificar el resultat; de vegades, la nerviositat d'alguns fa impossible la recerca. Però, qualsevol que sigui la docilitat del subjecte, la constància de l'error tècnic s'explica per la desproporció entre el quocient respiratori — calculat pel CO_2 expirat i pel O consumit, mesurat amb l'aparell d'Haldane — i el valor del M. B., calculat pel consum d'oxigen sol i la superfície del cos. Això ho hem inquirit en alguns malalts nostres que aparentaven un bon estat, però en els quals les xifres del M. B. eren inferiors a la mitjana normal.

Qualsevol que sigui la precisió de determinació del to del M. B., quines seran les conclusions permeses per les seves variacions?

I.—Mason i Hurxthal, estudiant la relació entre l'estat clínic dels malalts i el valor de llur metabolisme, citen el cas d'individus que, malgrat presentar xifres de -20 , són plens de salut i d'activitat. Elliot i Nugum en 60 hipertensos troben un 40 per 100 de metabolismes inferiors a -10 (en 6 d'ells aquesta baixa arribava a -20), sense que cap d'ells presentés ni el més petit senyal clínic d'hipotiroïdisme.

Un abaixament del valor del M. B. pot presentar-se, doncs, en casos en què l'activitat tiroïdiana no sembla pas jugar un paper causal. Altrament, aquest valor del M. B., no depèn pas de l'activitat d'una sola glàndula endocrina. Així Hurxthal insisteix sobre la constància de la seva disminució en els casos d'insuficiència suprarenal o de dèficit hipofisari degut a tumor cromòfob de la pituitària.

II.—Si el M. B. pot ésser considerat com un índex d'aproximació dels processos d'oxidació en bloc, el seu augment no pressuposa pas, forçosament, toxicitat tiroïdiana. Això és el que demostren les observacions de Morris: malalts que presenten els signes clàssics de l'hipertiroïdisme i que reaccionen molt de pressa a la intervenció quirúrgica per la desaparició d'una fibril·lació auricular, no havien presentat mai xifres de metabolisme anormal abans de l'operació.

Els dos malalts de Barker, amb manifestacions cardíaques extremadament intenses, amb crisis paroxístmiques de fibril·lació auricular, no mostraren mai un metabolisme superior a $+13$ i $+17$. Creant, per definir aquesta síndrome particular, el terme d'«hipertiroïdies marcades», aquests autors ens vénen a declarar que la determinació del metabolisme basal resulta, en alguns casos, insuficient per a judicar sobre la toxicitat tiroïdiana.

III.—Les mateixes variacions entre l'índex del M. B. i l'estat clínic del malalt s'observen en el cas d'hipotiroïdisme.

En una malalta de 42 anys, mantinguda, després de la tiroïdectomia total, al llindar del mixedema mitjançant la injecció diària de 0,35 g. d'extret tiroïdià Armour, hom suprimí tota medicació durant 3 setmanes fins a l'aparició de senyals manifestos de mixedema: lassitud, feblesa, somnolència, alentiment del pols a 60 i minva de la tensió arterial. Utilitzant la propietat del Dinitrofenol d'augmentar el M. B. sense determinar trastorns de tirotoxicosi, hom n'administra a aquesta malalta, durant 3 dies, 200 mil·ligrams a les 9 del matí i una quantitat igual després del migdia. El seu metabolisme basal pujà de -30 a $+40$. Tot amb tot, aquesta malalta presenta símptomes de mixedema encara més marcats a despit de l'augment del seu M. B. les xifres del qual es calculen pel mètode del Q. R. Deixat un dia sense tractament, hom la sotmeté novament a una medicació tiroïdiana. La millora fou, aleshores, ràpida i quan els signes clínics del mixedema hagueren desaparegut, hom constata que el M. B. havia tornat a baixar i era de -3 .

En un altre malalt l'evolució fou exactament la mateixa i els resultats estan d'acord amb els obtinguts per Davis i Blumgart en una experiència semblant. Hom pot concloure que l'extret tiroïdià conté una substància que actua damunt el mixedema i també sobre les xifres del M. B., però aquesta segona acció és incident. Així s'esdevé que el grau de millorament clínic i la xifra del metabolisme segueixen ací una evolució més aproximada que no pas paral·lela. Remarquem, en efecte, el fet sorprenent de l'absència de tota relació entre l'estat clínic i el valor quantitatiu del metabolisme en els malalts totalment tiroïdectomitzats: alguns d'ells presenten signes de mixedema amb xifres veïnes de la normal; d'altres no acusen el menor trastorn malgrat i presentar xifres de -20 de M. B. i encara més baixes i tot.

Així, doncs, no sabríem pas subscriure les conclusions de Means i Lerman, els quals afirmen que entre les xifres del M. B. i els signes del mixedema existeix una relació tan estreta que els fa considerar possible l'establiment d'un veritable diagrama de l'hipotiroïdisme en el qual de 10 en 10 unitats, de 0 a -40 , seria possible de preveure el veritable estat en què es troba el malalt.

En aquest problema, la determinació de la colesterolèmia podria aportar un xic de llum?

L'estudi de les relacions entre les xifres de colesterolina sanguínia i l'activitat de la tiroide ha estat l'objecte de nombrosos treballs.

L'any 1922, Epstein i Lande, mostraren en els trastorns tiroïdians l'existència d'una relació cer-

ta entre les xifres del M. B. i les de la colesterinèmia: hipocolesterinèmia en l'hipertiroidisme i hipercolesterinèmia en el cas invers. Això és el que confirmà Lévy en observar que la radioteràpia dels basedowians abaixa el M. B. i fa pujar generalment la colesterinèmia, fenomen que està d'acord amb l'observació de M. Lévy i E. Lévy sobre malalts amb hipercolesterinèmia en els quals l'administració de tiroxina retorna a la normal les xifres de la colesterina hemàtica. Per la seva banda, Parhon, experimentalment, ha trobat que en els gossos hipertiroidians la xifra de colesterina sanguínia és inferior a la dels gossos normals i que en els gossos sense tiroide la colesterinèmia és més elevada que en els normals, però hom la fa minvar administrant un extret glandular. Hurxthal, en fi, en un estudi molt complet, demostra el valor d'aquest índex del colesterol: la hipercolesterinèmia, pel fet d'acompanyar de manera invariable el dèficit tiroïdà, constitueix una dada més precisa que el M. B. per a reconèixer aquesta funció glandular; alguns factors, tals com la insuficiència suprarenal i la pituitària, disminueixen el M. B. però no modifiquen pas la colesterina hemàtica. Cal, doncs, concloure que la colesterinèmia té una superioritat com element diagnòstic de l'estat tiroïdà.

De fet, en les observacions reportades per Elliott i Nuzum de matebolismes baixos en absència de signes clínics d'hipotiroidisme, les xifres de la colesterinèmia sanguínia no són pas elevades. Anàlogament, Gilligan, Volk i Blumgart, insisteixen sobre l'interès d'aquest mètode, superior a la determinació del M. B. en els malalts després de la tiroïdectomia total.

En l'observació presentada per nosaltres, a propòsit de les variacions de les xifres del M. B. experimentades per un malalt després d'administrar-li dinitrofenol i sobre la relació d'aquestes variacions i l'estat clínic, hem estudiat també les variacions de la colesterinèmia. En aquest malalt hom constata la xifra de 400 milgr. en ple estat de mixedema, quan hom interromp la medicació tiroïdiana i aquesta xifra es manté amb lleugeres variacions durant els tres dies d'administració de dinitrofenol tot i que el metabolisme arriba, aleshores, a + 40. Després, el malalt rep novament extret glandular i el seu metabolisme puja també, però aquest augment s'acompanya ara de desaparició dels senyals de mixedema i d'un descens de la colesterinèmia de 400 a 350 milgr.

Cal consignar, però, que, de vegades, hem constatat entre els nostres malalts una certa discordança entre els valors de la colesterina i els signes clínics; així, alguns d'ells, amb colesterinèmia de 250, presenta senyals de mixedema considerable; un altre, en canvi, amb símptomes a pe-

nes marcats, sorpren per la presència d'unes xifres més elevades.

La taxa del colesterol sanguini no depèn pas de la sola funció tiroïdiana. Alguns factors patològics poden modificar-la, tals, per exemple, la diabetis, la nefritis i l'obesitat. També poden fer-ho alguns factors fisiològics; així durant la fase menstrual les variacions poden ésser considerables (abans, durant i després de les regles) i, per tant, caldrà que la seva determinació sigui feta entre del 16è al 18è dies del cicle. Durant la menopausa, Epstein i Lande han recollit l'observació de 11 dones la colesterinèmia de les quals variava de 182 a 394 mil·ligrams.

Finalment, cal remarcar que hi ha uns certs errors en la determinació de la colesterinèmia, errors que detallarem quan donem a conèixer el nostre nou mètode per a determinar la colesterina de la sang.

Insistim: després de la tiroïdectomia total, resulta perillós de judicar el mixedema i la terapèutica que li caldrà oposar utilitzant com indicador únic el M. B. La determinació de la colesterina hemàtica és, en canvi, un indicador molt més precís. Però—ben entès—cap d'aquests mitjans de recerca no podrà pas mai reemplaçar una exploració clínica minuciosa; la recerca precisa dels petits signes del mixedema i la més acurada interpretació d'aquests signes caldrà que precedeixin sempre l'aportació de les dades de laboratori.

Vegeu, encara:

- RINGENBACH, G.: *Fisiologia de les paratiroides*. «Le Bulletin Médical de Bordeaux». Març de 1937, pàg. 18.
 ROSTAND, J.: *Conseqüències mèdiques de la genètica*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 4-IV-37, p. 219.
 JEANNENEY, G. i ROUSSEAU: *L'asistòlia basedowiana*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 17 abril 1937, p. 519.

Epidemiologia i higiene

Nocions generals preliminars per a l'establiment d'un pla de desratització, pel Dr. A. STILLMUNKÈS. «Toulouse Médical». 15 març 1937, pàg. 153.

La rata compta entre les innombrables plagues de les nostres habitacions. Sobretot en les cases velles, en els magatzems, en certes indústries, pululen en tal forma que són la causa dels perills més importants. És un animal destructor que rosegua, destrueix i taca tot allò que toca. És un animal nociu, agent indiscutible de la pesta, de

PHOSFORME

. 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 tènica), úlceres, colitis.

Trastorns de les vies biliars: Colecistitis.

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

Portaferrixa, 16 - BARCELONA



UROTOFAN

NOU TRACTAMENT DE LES MÚLTIPLES FORMES REUMÀTIQUES
I DE TOTES LES MANIFESTACIONS ÒRIQUES I COLESTERÍNQUES

establiments
rocafort doria, s. a.
esplugues - barcelona

l'espiroquetosi ictero-hemorràgica, del sodocu o febre per mosegada de rata, i, possiblement, d'altres malalties no pas menys temibles. Les aglomeracions urbanes no poden sostreure's al sofriment de llur veïnatge, i per tant, la desratització és un problema higiènic i econòmic que interessa tant la salut pública com el tràfec comercial.

La multiplicitat dels mitjans preconitzats en la lluita contra les rates, no tenen de comú altra cosa que llur reputació faictícia i llur ineficàcia notòria. En tot temps, la qüestió de les rates ha apassionat l'opinió pública. Les invasions de rates han tingut llurs historiadors: hom ha parlat de grans emigracions, de multitud d'aquests animals envaint Europa. La imaginació popular s'ha emparat en aquestes per donar crèdit a certes creences i vulgaritzar receptes el principal mèrit de les quals és el d'ésser originals i, sovint, humorístiques. Hom ha explicat, per exemple, que hom es desempallega de les rates agafant-ne una i cosint-li l'anus, la qual cosa la posa rabiosa. Hom la deixa anar i l'exemple horroritza de tal manera les altres que fugen ràpidament. Un altre procediment consisteix a preparar una barreja de malta i de calç viva amb sucre. La set provocada per l'absorció d'aquesta barreja mena l'animal a beure abundantment. La rata mor després de beure la quantitat suficient per a apagar la set. Si la primera fórmula és purament fantasia, la segona, per contra, té la seva explicació teòrica, però caldria controlar l'eficàcia que li atribueix la tradició.

Per menar a bon terme una campanya de desratització, cal prendre exemple del caçador, el qual d'antuvi estudia la identitat de la caça, el seu hàbit, la seva manera de viure, etc. La rata té una personalitat biològica que la distingeix dels altres animals més veïns per llurs caràcters zoològics. El qui vulgui destruir-les ha de conèixer el seus costums i la seva vitalitat.

L'experiència demostra que ha d'ésser així, i que tot assaig de destrucció que no tingui en compte aquestes nocions és menat a un fracàs complet.

Identificació de la rata

La identificació de la rata ha estat definida pel fabulista:

Autrefois le rat de ville incite le rat des champs.

Dues menes de rates apareixen per les nostres habitacions, les quals difereixen de la rata dels camps, que no afranqueix mai els murs que envolten una vila. L'una és una rata negra «*Mus rattus*», que viu en les parts seques de les coses i de preferència en els graners; l'altra és la rata de claveguera, «*Mus decumannus*», la qual cerca els llocs inundats: cuines, caves, claveguera, detritus de totes menes. En les nostres contrades aquesta segona varietat és la més abundant i la

que parasita gairebé exclusivament les col·lectivitats. L'experiència del 1914 demostrà que aquest animal era un hoste enutjós de les trinxeres i que els seus desplaçaments estaven en relació amb els diversos moviments de tropes.

Els costums de la rata

La rata és un animal l'hàbitat del qual és estrictament superposable al dels homes. Si hom troba la rata de claveguera a alguna distància de les cases és perquè segueix el camí de les clavegueres i es nodreix dels detritus que hi passen. S'amaga, car tem la claror. La seva activitat sobretot nocturna comença a exercir-se quan cessa el període de treball humà. Durant el dia dorm o sembla dormir; surt del seu amagatall quan comença a iniciar-se la nit, privant el son dels habitants i causant nombrosos estralls, protegida per la foscor. És també un animal astut que defuig molt fàcilment l'enginyositat dels procediments de destrucció.

Té grans necessitats alimentàries, necessitats repetides d'alimentació i les seves necessitats en fan un comensal estricta de l'home. La rata es nodreix de les mateixes substàncies alimentàries que l'home ha acumulat i preparat per al seu ús, de les que resten com a sobralles de la seva taula. Cap altre aliment no convé a aquest animal i si hom ha dit que era omnívora, el seu règim no és pas qualsevol.

La rata menja a la mateixa taula que l'home, menja després d'aquest i s'accontenta amb les deixalles.

Amb una alimentació abundant i amb freqüents menjades, la rata necessita absorbir grans quantitats de líquids; és per això que cerca els indrets humits de les habitacions, particularment les clavegueres. Però aquestes necessitats de líquids i d'aliments no són pas incompatibles amb un règim alimentari molt restringit. L'animal és molt més difícil del que hom pot suposar: per això menja la molla del pa i deixa la crosta. Cal que l'empenyi una fam extrema perquè toqui la crosta del pa; les rates engabiades es debiliten bo i tenint a la menjadora crostes de pa sec.

Hom sap que la rata ataca sovint els cadàvers. Als amfiteatres, a les *morgues*, no és rar de constatar que els cadàvers han estat parcialment rosegats. L'atac és gairebé sempre localitzat. Les rates de claveguera buiden les òrbites de llur contingut, devoren les parts adiposes de les orelles, sovint els lòbuls greixosos de la cara vers l'arcada zigomàtica. Correntment, el rosec es limita a aquestes regions i calen condicions especials perquè s'estengui a d'altres regions. El cadàver és per a la rata solament un aliment de necessitat

i un vell axioma afirma que una rata nodrida amb cadàvers mor molt aviat.

Si l'aliment és estrictament limitat a un lot de substàncies seleccionades per a ésser aprofitables, hom pot preguntar-se per què la rata rosegua i destrueix un gran nombre d'objectes que no són pas assimilables pel seu intestí. Tothom sap que la rata menja de tot: cordons de sabata, espelmes, sabó, xocolata; ataca les tuberíes de plom, ocasionant d'aquesta manera inundacions, d'altres vegades intoxicacions pel gas d'il·luminació i, sovint, explosions. Rosega el revestiment de les canalitzacions elèctriques i afavoreix els curts circuits i els incendis. Cal dir que és capaç de viure de productes tan heteròclits? Si bé rosegua tots els objectes que troba hom no conclourà pas que se'ls menja i que els digereix. El rosegador obeeix a una necessitat; és la conseqüència d'una disposició anatómica particular de les dents, les quals desproveïdes d'arrels segueixen creixent durant tota la vida. L'animal necessita fer treballar les seves dents per tal de privar que creixin desmesuradament. Quan hom observa, durant un cert temps les rates en captiveri, privades de substàncies que puguin rosegat, llurs incisius creixen fins el punt de perforar les galtes. Aquest fet ha estat constatat per molts autors que han vist que a una incisiva trencada per una causa fortuïta s'oposa una altra incisiva que per manca d'ús creix indefinidament.

La necessitat de malmetre explica que l'animal sigui més destructor que no pas menjador. Si bé menja molt, malmet molt més i esdevé així horriblement pernicios. En els magatzems o en els dipòsits de queviures on pot introduir-se, causa pèrdues molt elevades. Si hom pogués totalitzar en una ciutat un xic important el què els comerciants i els particulars perden anualment per causa de les rates, caldria comptar no pas per milions sinó per centenars de milions. Els estralls produïts per les rates assoleixen una taxa particularment elevada als dipòsits dels ports. D'entre els estralls considerables i originals produïts per les rates, hom ha assenyalat els que es produeixen a bord d'alguns vaixells que transportaven porcellana a Luisiana. Cada navili experimentà una pèrdua de 10.000 francs pel fet que les rates en menjar la palla que embolcallava la porcellana feren trencar les peces en topar les unes contra les altres.

Si durant un dia les rates absorbeixen gairebé la meitat del seu pes en aliments en malmeten, per contra, dues o tres vegades més. Sempre que troben un fragment alimentari el pes del qual no sobrepassa el límit extrem de llurs forces, el menen a les proximitats de llurs amagatalls; en mengen una part i la resta l'embruten amb llurs excrements i llurs orines. Quan, en captiveri, hom

assaja en elles l'efecte d'una inanició relativa, afamades, i en rebre una ració alimentària insuficient, en malmeten, quan menys, la meitat, i es van neülín al costat dels aliments fets malbé per elles mateixes. No es descuiden mai d'empastifar amb el propi llot, l'aigua que hauran de beure; així se'n priven i fins en manquen i tot.

La vitalitat de la rata

Les rates tenen una resistència insospitada al parasitisme. Així per les tripanosomiasis, la rata no manifesta cap trastorn aparent de la salut fins i tot quan la seva sang es infestada al punt que els paràsits són tan nombrosos com els hematies. Hom sap que la rata blanca, malgrat les facilitats de cria i de manipulació, resta, com la rata negra o la rata de calveguera, gairebé inutilitzable en els laboratoris de bacteriologia perquè és refractària a la major part dels gèrmens patògens. Aquesta resistència de la rata és molt curiosa i s'oposa a la receptivitat del ratolí per a certes espècies microbianes, particularment el pneumococ. Per a la desratització per virus caldrà tenir en compte aquest estat refractari.

Un altre caràcter de la vitalitat de la rata es troba en la manera intensiva amb què es reproduïx. Una sola parella de rates engendra en tres anys *vint milions* d'aquests animals. Llur fecunditat és veritablement esgarriposa, però per a assolir aquesta intensitat cal que l'alimentació sigui adequada i suficientment abundant. Ben nodrida, la rata es multiplica seguint una progressió geomètrica i la seva pullulació assoleix ràpidament xifres astronòmiques; per contra, mal nodrida el desenvolupament de la col·lectivitat s'alenteix. Hi ha estretes relacions entre la multiplicació d'aquests animals i la seva alimentació. Aquesta dada caldrà tenir-la en compte cada vegada que hom es proposi d'emprendre una campanya de desratització.

La completa privació d'alimentació demostra fins a quin punt l'animal és fràgil. Insensible al parasitisme mor ràpidament quan manquen completament els aliments. Això és comprensible, car relativament al pes del seu cos, diàriament absorbeix una quantitat considerable d'aliments. Segons Lantz, una rata de claveguera adulta d'un pes aproximat de 140 grs. absorbeix cada dia 57 grs. d'aliment, la qual cosa representaria per a un home adult una ració de 33 quilos. Aquestes xifres representen, doncs, una digestió quotidiana d'una intensitat increïble. Quan una rata no disposa d'una quantitat suficient d'aliment, no es reproduïx pas. Si el dejuni és complet, conserva durant dos dies el seu aspecte normal i després mor ràpidament en les 48 a 50 hores consecutives.

Aquestes remarques sobre la vitalitat de la rata

permeten de comprendre que l'animal no emigra, que pullula per la ciutat, i que llur nombre més o menys considerable està en relació amb la quantitat d'aliment de què poden disposar.

La pullulació de les rates en les aglomeracions

En les cases a les ciutats, la rata és un animal repugnant, perillós i horriblement car; no és pas injustificada la sensació de disgust que moltes persones senten per ella. Sempre malmet, pertot arreu disposa el seu llot o les seves orines, i per allà on ella passa hi ha deu vegades més de pèrdues per la seva brutícia que per la seva golafreria.

Els perills que ocasiona a la collectivitat—pesta, espiroquetosi, etc.—són prou coneguts dels poders Públics. A París, a la Prefectura de Policia, funciona un laboratori de profilaxi de pesta, en previsió d'epidèmies, sempre possibles, de la mena de la que es produí l'any 1921. La rata no és pas necessàriament un paràsit de les aglomeracions urbanes, és un mal que hom tolera i que hauria de desaparèixer si la lluita fos empresa d'una manera racional. Una ciutat infestada per les rates és una ciutat higiènicament en mal estat sanitari; la qual cosa vol dir que els habitants i la municipalitat no saben aplicar les mesures més simples d'higienització.

Procediments de destrucció de les rates

Per estranya que sembli aquesta afirmació, cal d'antuvi persuadir-se que la destrucció de les rates és una mala feina. El millor dels mètodes no val res si hom no pren simultàniament totes les precaucions per tal d'evitar de nou la multiplicació. Les rates es multipliquen gràcies a la nostra ignorància, a la nostra incúria, al nostre desconeixement de les lleis de la higiene. Si hom pretén destruir les rates i restar tan ignorants, tan negligents, és gairebé inútil d'emprendre la lluita.

Els procediments de destrucció són simplement mitjans coadjuvants i res més. L'essencial és no nodrir les rates, no deixar-les multiplicar bo i llençant arreu les deixalles alimentàries.

Pel que es refereix a la destrucció de les rates s'imposa una distinció segons es trobin en espais closos o en espais oberts.

1.^{er} Als espais closos, és generalment més còmode d'assolir l'animal per l'aparell respiratori. Amb els gasos asfixiants no cal seguir la pista de les rates; poden assolir les rates en totalitat. L'anhidrid sulfurós i més recentment la cloropirina són excel·lents agents de desratització. Aquests productes són ben coneguts dels mariners, car han de procedir cada sis mesos al sanejament dels navilis. Els mateixos deures han d'ésser imposats a la marina fluvial.

2.^{on} En els espais oberts els mitjans de desratització s'adrecen preferentment a l'aparell digestiu. Per bé que hom dona menjars emmetzinats o cultius virulents, hom s'exposa gairebé sempre a la malfiança de l'animal, el qual refusa els esquers. Si existís un procediment de destrucció realment infal·lible hom negligiria tots els altres, però malauradament no és així i els procediments són tan nombrosos que cal, per a recordar-los, classificar-los en diverses categories.

Si es té en compte la vitalitat, el coratge, la malícia i l'astúcia de les rates adultes, no serà pas inútil d'enumerar-los breument, car la rata no es deixa mai enganyar dues vegades pel mateix artífici. Adhuc sembla que algunes d'elles puguin apreciar el perill d'una trampa, de comunicar-se llurs impressions, de deslliurar llurs congèneres captives i de realitzar veritables performances per assolir un aliment d'accés particularment difícil. Cal, doncs, quan hom emprèn la lluita contra aquests animals, disposar de tota una gamma de mitjans de destrucció i variar-los tan sovint com ho permetin el material i les circumstàncies.

Mitjans mecànics. — Obstrucció dels forats de pas: les diferents trampes. — Quan les rates penetren en un local on hi ha emmagatzemades substàncies alimentàries, cal obstruir els orificis d'entrada. Hom aconsella de tapar els forats de pas amb una barreja de ciment i bocins de vidre. El mitjà és excel·lent però sovint la rata supera l'obstacle cavant, alguns centímetres més enllà, un nou forat de pas.

Hom ha proposat d'inundar els caus amb aigua bullent o bé amb quitrà bullent. Però la multiplicat dels orificis permet a l'animal de fugir si hom no ha tingut cura d'antuvi de tapar tots els forats. Els paranys per a rates són nombrosos i la imaginació dels constructors és extraordinària, per bé que, en el fons, es redueixen a un dispositiu que suporta un esquer el desplaçament del qual, per senzill que sigui, provoca el funcionament de l'aparell; els uns maten l'animal; trampes escorredores, cereles que ofeguen la rata.

D'altres utilitzen el concurs de l'electricitat. Un enginyer italià declara que hom pot protegir fàcilment els magatzems importants encerclant-los amb un cable conductor de corrent. La rata que toqués el cable seria electrocutada. Per raó de la sensibilitat dels animals, el voltatge necessari no hauria d'ésser molt elevat.

Un cert nombre de paranys són orientats a capturar l'animal viu; alguns els maten accessòriament.

Hi ha nanses, aparells automàtics i els paranys de bàscula, alguns dels quals són de fàcil construcció. Un d'aquests darrers fou utilitzat durant

la Gran Guerra pels americans. En un cubell s'hi posa aigua: al bell mig del cubell hi ha una tija que suporta una menjada. Per damunt del cantell del cubell s'hi troba una petita palanca basculada que mena vers l'esquer i que capbussa a l'aigua la rata que es deixa enganyar. La rata atrapada a la tija de l'esquer dona grans crits que atreuen les altres rates.

Heus ací un tipus de parany que encara és utilitzat. Hom cava una fossa de 1,20 metre de profunditat en forma d'embut invertit amb una llosa horitzontal al fons i quatre d'obliques formant paret. Un esquer atreu la primera rata, aquesta afamada és incapaç d'escapar-se i aleshores atreu amb els seus crits d'altres rates; estrangula la següent rata que ha penetrat i la devora.

Un altre sistema de destrucció de les rates, molt simple d'improvisar, és el collar manllevat a l'art dels caçadors furtius.

Aquest és un bucle de filferro lligat a una estaca que hom posa en la ruta de pas de l'animal. Aquest en travessar el bucle queda agafat i s'estrangula. Però, per tal que sigui eficaç cal posar el collar en un indret favorable, conèixer bé les habituds de la rata i la seva manera de circular a ras de parets. Aquest dispositiu no pot ésser manipulat més que per individus avesats a la cacera furtiva.

Dels grups procedents cal recordar l'ús del vese damunt de pales del qual hom se serví per a desratitzar el port de Palerm.

Finalment, l'enginyositat dels desratitzadors ha fet inventar el «traquenard», el qual per als uns serà el parany de pala, per als altres una mena d'ham. Hom penja l'esquer preparat a una certa alçària de manera que l'animal advertit salta per atrapar el tall de vianda i provoca així el mecanisme de l'aparell.

Els esquers estan constituïts per carn, formatge o cansalada. Hom recomana l'ús de l'essència d'anís, llavors de gira-sol. L'olor del tabac és enutjós per a les rates, per això els qui preparen els paranyes han d'abstenir-se rigorosament de fumar mentre es lliurin a aquesta feina.

Mitjans químics. — Aquests són molt antics i el comerç en proporciona els més usuals sota el nom de *mata rates*.

Hom ha utilitzat les pastes fosforades, les pastes arseniades; aquestes tenen l'inconvenient d'ésser perilloses per als animals domèstics. D'altra banda, quan hom utilitza tartines emmetzinades s'esdevé que la rata, malfiada, es menja la part empanada i deixa intacta la pasteta metzinosa de la part contrària.

L'ús de la càmbora, de l'estricnina, del clorur de calç, barrejats als aliments, és perillós, car els infants i les persones no previngudes poden menjar l'esquer emmetzinat.

Han estat proposats d'altres procediments, com per exemple, la sulfuració, sulfur de carbon, formol, acetilè. Ha estat assajat per a les rates de claveguera, el clor en una barreja d'àcid sulfúric i d'hipoclorit de calç.

Hom ha obtingut un gran èxit amb l'ús de l'escilla i el seu alcaloide l'escillitrina. Aquest producte molt tòxic per a la rata és molt poc tòxic per als animals domèstics i per a l'home. Malauradament aquest producte manca d'estabilitat: amb el temps s'atenua la toxicitat i la seva amargantor priva el seu ús a fortes concentracions.

Mitjans bacteriològics. — El principi és de crear una atmosfera bacteriològica mortífera per a les rates. És suficient de posar a la disposició d'aquestes cultius microbians susceptibles de desenvolupar una epizootia. La promiscuitat dels animals afavoreix l'extensió del moviment epidèmic i el contagi cessaria amb llur total extermini. Però l'animal és de natural refractari a bon nombre de malalties i per tant poden esdevenir greus perills per a les col·lectivitats que l'alberguen. El més difícil és descobrir un germen que sigui prou virulent per a crear una epidèmia mortal en l'animal, i ensem amb altament específic, per a no córrer el risc de propagar els seus efectes mortífers entre les espècies veïnes, sobretot les nostres espècies domèstiques. Cal, de més a més, que l'epidèmia no pugui, en cap cas, ésser perillosa per a l'home.

A França, hom cregué que l'únic virus utilitzable era el virus de Danysz, però després de les promences que autoritzaven totes les esperances, aquest virus s'ha mostrat molt infidel. Quan hom escampa per les regions infestades les menjades embegudes de cultius de bacil de Danysz, el nombre de rates disminueix, generalment molt poc, però és aquest un resultat insignificant, car ben aviat el nombre de rosegadors augmenta de nou. Com tots els altres mitjans de destrucció, aquest virus esgota aviat els seus efectes. Les rates que han escapat a la primera distribució de virus no es deixen pas atrapar a la segona. De més a més, el que ha fet renunciar a l'ús d'aquest virus després del 1915, és que el bacil s'assembla molt als paratífics. Des del 1892 hom considera que el seu ús no és pas aliè a la difusió de les epidèmies paratífiques esdevingudes després d'aquesta època. Hom coneix casos autèntics d'infeccions deguts a aquest bacil: Danysz mateix ha reconegut el perill del seu procediment de desratització.

Valor d'aquests diferents procediments

La multiplicat dels procediments de desratització és una garantia de la seva eficàcia reduïda. Hom aconsegueix de reduir el nombre d'aquests animals, però hom no assoleix mai la supressió

absoluta. La quantitat de rates que hom destrueix és ínfima en relació amb el nombre existent; les condicions alimentàries esdevenen favorables, quan hom manipula la metzina la rata es desplaça i aquest és l'únic benefici.

Heus ací un exemple molt suggestiu dels beneficis que forneixen els mitjans mecànics: la desratització del port de Palerm destruí 1.599 rates; si es té en compte el nombre de paranyes utilitzats, les captures han estat de 2 exemplars per any i per parany.

Quant a la desratització química o bacteriològica, mereix una crítica severa. La rata és un animal profundament arrapat al seu hàbitat; quan és contaminada o intoxicada, va a morir al seu cau i els locals que contenen els cadàvers esdevenen ràpidament inhabitables. Els fenòmens de putrefacció es desenvolupen per sota dels sostres i per tal de lluitar contra l'olor repugnant que es desprèn cal desfer els sostres i procedir a una neteja dels plans subjacents.

Per causa d'aquestes crítiques hom ha instituit la prima de la destrucció. A la Companyia de les Messageries Marítimes, hom ha instituit una prima de 0,10 ptes. per animal presentat a empadronament. Hom s'adonà aviat que els mariners explotaven aquesta renda bo i prenent tota mena de precaucions per tal de no exhaurir la deu, afavorien per tots els mitjans el poder de multiplicació i no destruïen més que l'excés. Calgué que les Companyies renunciessin a l'ús de la prima de destrucció.

Finalment, quan es tracta de la destrucció dels rosegadors, pels procediments habituals—paranyes, metzines, etc.—, en una aglomeració important, caldrà calcular d'antuvi el preu de renda de l'empresa. Durant la guerra, un cap d'equip de desratització establí el preu de la renda del material emprat en el sector en el qual operava. Segons ell i durant un període un xic llarg cada rata costava una despesa de 7,50 francs.

El valor dels diferents procediments pot resumir-se en pocs mots: despeses considerables, resultat poc apreciable.

Els enemics naturals de la rata

Pels voltants de les nostres habitacions la rata està a cobert dels enemics naturals que destrueixen els petits rosegadors dels camps: mussols, serps, ducs, fures, garces, etc.

Dos enemics de la rata que viuen en domesticitat, el gat i el gos, han estat i són encara utilitzats. El gos és un auxiliar magnífic i certes races de gossos, el fox-terrier per exemple, poden ésser ensinistrats per a la cacera de rates. Perquè llurs serveis siguin profitosos cal que siguin dirigits per un home que estigui al corrent d'aquesta mena de

caça. El gos és poc pacient i quan de moment ha caçat una rata, fa mil destroces, tomba les piles de sacs o els armaris d'ampolles, grata el sòl o fa forats en els parquets. El gos caçador necessita un guia: cal que hom li doni les ordres i que l'ajudi a cercar la rata pels reductes dins dels quals s'ha refugiat. Mal dirigits no forneixen cap resultat; aquest fracàs ha estat constatat oficialment, car després d'haver estat constituïts militarment per equips durant un cert temps, els gossos caçadors de rates gairebé han desaparegut de l'Armada.

Cal adreçar-se al gat quan l'enemic que hom li presenta és de talla sovint igual i mantes vegades superior a la seva? Entre el públic, l'aptitud del gat per a destruir les rates és molt diversament apreciada. Alguns propietaris senten una veneració per llur gat i es complauen a explicar les seves gestes. D'altres, per contra, s'estasien amb el llustre del seu pèl i excusen la seva mandra, car l'atribueixen a l'alimentació massa sanitària. Aquesta segona opinió preval i l'experimentació no l'ha pas desmentida.

En una gàbia on hi hagi algunes rates, hom introdueix un gat. Aquest s'ajup en un recó de la gàbia i deixa que les rates li saltin pel damunt i que passin per entre les seves orelles. Quan hom excita les rates són aquestes les que agredeixen el gat, li mosseguen el morro o les orelles i el gat es defensa feblement. Per això hom ha dit que en la lluita contra les rates, no cal pas pensar en la utilització del gat.

Des de fa alguns anys, però, la qüestió de l'aptitud del gat per a destruir les rates ha triomfat de la severitat de l'opinió pública. Les recerques del Dr. Loir de l'Havre, han demostrat que si bé hi ha quelcom de cert pel que es refereix al gat ordinari no ho és per al gat anomenat caçador de rates, i que perquè caçi la rata cal que el gat sigui fort i estigui ben nodrit. No cal, doncs, que estigui afamat com es creu generalment. La cacera de la rata és per a ell un esport, no caça pas per a nodrir-se. Generalment el gat té l'aire d'empipat per la rata; quan ha mort l'enemic abandona el cadàver que deixa intacte o bé el deixa en un lloc visible com un trofeu que sigui testimoni de la seva heroïtat. Però per això cal que el gat se senti fort i capaç de martiritzar l'enemic; d'aquesta manera hom no el veurà pas fraternitzar amb ell ni menjar en el mateix atuell. Hom ha fet experiències interessants a l'Havre, a Lió (a certes estacions dels ferrocarrils de l'Estat), a Itàlia, a Egipte, etc. La presència del gat no pot suplantar els altres mitjans de destrucció de les rates. Després de fer les operacions de desratització cal tenir mitjans de destrucció de les rates per a utilitzar-los quotidianament, i per això el gat

pot fornir uns serveis estimables. Aquest privarà la intrusió de noves rates, les quals no habitua- des a un local es deixaran atrapar fàcilment per aquest felí astut i pacient.

Empresa racional de desratització

Qualsevol empresa de desratització, en un establiment públic o en una aglomeració urbana ha de tenir en compte la llei de repartiment d'aquests animals que van allà on hi ha aliments disponibles. Desconèixer aquesta llei mena fatalment a un fracàs. Si la lluita contra les rates és generalment ineficaç, és que hom no té cura dels factors que afavoreixen llur pullulació.

1.^{er} Facultat de progressió formidable.

2.^{on} Una multiplicació unida a la quantitat d'aliments disponible.

En aquesta lluita, circumscrita a la destrucció d'alguns animals adults, es troba sempre impo- tent per la negligència i els mals costums que forneixen a l'animal tota l'alimentació necessària perquè la multiplicació de l'espècie assoleixi els límits extrems possibles. Si hom no es preocupa del factor alimentari no cal pas emprendre la lluita, car seria el barril de les Danaïdes. Les vides extingides seran aviat superades per l'extraordi- nària fecunditat d'aquests animals.

Per a tenir alguna probabilitat d'èxit les mesu- res de desratització han d'ésser utilitzades en tres vastes extensions. Desratitzar un establiment públic com els hospitals, amb exclusió dels edificis veïns és sempre possible però els resultats seran efímers. Quan hom assaja de destruir les rates en un punt localitzat, aquestes fugen i van a colo- nitzar un xic més enllà. Després les rates tornen en exploració a veure la regió perduda i quan el perill ha passat hom veu la massa reprendre pos- sessió del lloc momentàniament abandonat. Però sempre en queda una resta en el lloc novament conquistat. D'aquesta manera hom obté el contra- ri del que es proposava: hom ha donat extensió a la pullulació de les rates.

Les rates són els comensals estrictes de les pos- tres de la taula de l'home. Ens infestem de rates quan hom llença entorn de nosaltres quantitats de detritus alimentaris. Emprendre la lluita contra les rates quan aquestes han esdevingut molestoses o perilloses és absolutament pueril. El que cal és llur supressió, no llur destrucció. Per a assolir aquest objecte cal reduir-les a la fam. Quan la fam haurà posat a ratlla llur pullulació, esdevindrà fà- cil i eficaç de perseguir i destruir les adultes per tots els mitjans de destrucció coneguts. Aquesta supressió de les rates ha d'ésser la finalitat nor- mal i permanent de la higiene urbana.

Una profilaxi així comporta dues sèries de me- sures: mesures individuals i mesures collectives.

Mesures individuals

Aquestes són les més difícils d'organitzar per tal com tindran en contra la ignorància, l'apatia i la malfiança que constitueixen el fons de la natura- lesa humana. Esser negligent, indiferent a totes les regles més elementals d'higiene és, per a gran nombre d'individus, una prova de caràcter i d'un esperit lloable d'iniciativa i independència. Con- tra aquest estat d'esperit la lluita és difícil però no pas impossible. El reclam és un alçaprem que actua fortament sobre la mentalitat popular; hom fineix per fer creure al públic coses inversemblants a condició de repetir-se inlassablement. Així hom podrà fer imprimir i escampar innombrables fulls volants amb inscripcions com aquestes:

1.^{er} Hom té el nombre de rates que es mereix per la seva brutícia.

2.^{on} Qui sembla escombraries fomenta les rates.

La campanya podria preparar-se a base de con- ferències públiques, de converses radiofòniques, de- mostracions cinematogràfiques, estands de la rata, en les fires comercials, en les exposicions, etc.

Mesures collectives

Aquestes són el complement indispensable de les mesures individuals i han de tenir diversos ob- jectius:

1.^{er} Posar els magatzems de matèries alimen- taries a l'abric dels rosegadors.

2.^{on} Privar que les deixalles alimentàries ser- veixin per a la multiplicació de les rates.

3.^{er} Suprimir els caus de les rates.

1.^{er} *Posar els magatzems de matèries alimen- taries a l'abric dels rosegadors.* — Qualsevol que sigui la importància dels magatzems, cal oposar a l'hàbitat dels paràsits l'obstacle infranquejable que les privarà de trobar cap aliment ni cap pro- tecció. Aquest és el principi del «Rat-proofing», el qual simple i lògic en teoria, comporta en la prà- ctica innombrables dificultats. La seva aplicació no pot ésser uniforme; si bé hom pot exigir que la construcció dels nous immobles sigui d'un tipus «rat proof» el problema es plantejaria de manera diferent en la utilització de les construccions ja existents, cases de lloguer, tallers, fàbriques, ma- gatzems, docks, etc. Caldria també tenir compte de les dependències, patis, jardins, parets, locals ane- xos; gallinets, estables, quadres, garatges, golfes, cellers, sils, sitges, etc.

Potser valdria més enderrocar els barris vells, amb llurs cases fosques, i llurs escales llòbregues, les parets esquerdades, els sostres disjunts, llurs teulades ensorrades, els cellers mal sostinguts i els múltiples patis sense claror, als quals hom llen- ça els detritus alimentaris i àdhuc les dejeccions.

No cal, però, destruir, cal reconstruir i aleshores són les despeses que esdevenen prohibitòries. Deixant de banda l'enrenou que aquestes instal·lacions representarien per a una ciutat i les despeses considerables que comportarien llur eficàcia no és pas absolutament demostrada. No cal pas que un edifici sigui acabat perquè les rates hi trobin abric. La infestació dels navilis en construcció a les drassanes demostra com cal ésser reservat sobre el valor de les mesures destinades a lluitar contra la penetració de l'animal.

Un mitjà molt més simple i sobretot menys oneroso sembla ésser l'ús de tela metàl·lica amb malles de 19 mil·límetres. En un altre sentit no actuen pas de diferent forma les mestresses de casa amb els armaris guarda-viandes que protegeixen articles alimentaris contra les mosques, els ratolins, i àdhuc contra els gats afamats del veïnat. Les instal·lacions protegides amb tela metàl·lica mantingudes damunt paviments cimentats podrien ésser utilitzades als hotels, restaurants, brasseries, fleques, xarcuteries, magatzems d'alimentació, mercats públics, així com als edificis destinats a cuines col·lectives, hospitals, casernes, establiments escolars, i cuines econòmiques, etc.

Els docks moderns amb llur sòl de portland i les parets de maó o de ciment, les teulades ben fermes, les tanques ben ajustades i llurs mercaderies ben protegides són la millor garantia contra la pullulació de les rates.

Els mercats tals com es construeixen ara, segons els mateixos principis, amb les col·lectores de brutícies que són recollides bon punt acaba la venda, forneixen excel·lents resultats. El rentat amb molta aigua dels paviments bruts, la recollida en cambres frigorífiques de les mercaderies no venudes, i en general totes les mesures que tendeixin a la supressió dels residus alimentaris, disminueixen d'una manera considerable el nombre de rates.

Els escorxadors tal com han estat construïts ara en algunes grans ciutats, segons les regles de la higiene, poden citar-se com exemple del que hom pot fer per lluitar eficaçment contra les rates.

2.^{on} *Privar que els detritus alimentaris serveixin per a la multiplicació de les rates.* — Algunes collectivitats han resolt en part el problema amb l'ús de les aigües grasses per a l'engreixament dels porcs. L'alimentació d'aquests animals és poc costosa i altrament llur carn és comestible. Aquesta mesura, però, no podria ésser generalitzada a les ciutats on la qüestió de la brutícia domèstica és sempre una qüestió d'actualitat.

Què pot fer-se a les ciutats o a les collectivitats?

Si bé en teoria, l'ús dels recipients metàl·lics amb tanca hermètica sembla donar bons resultats, en la pràctica és molt lluny d'ésser així. Cada nit, es

posen a la disposició dels llogaters, a l'entrada de les cases o bé als patis dels immobles una o més portadores per tal que hi dipositin les deixalles de la cuina. Indiferents, negligeixen per regla general, de posar el seu lloc la galleda i si d'un recipient massa ple vessen les escombraries no es preocupen de pensar que ells mateixos procuren l'alimentació quotidiana a les rates de les quals patiran demà les conseqüències. Com posar remei a aquesta incúria de la gent? La vigilància que és impossible d'exercir a l'interior d'un immoble, sobretot durant la nit, serà per contra facilitada si hom té cura de posar a la vorera de la porta dels immobles galledes d'escombraries, a condició, ben entès, que aquestes hi siguin dipositades i que restin ben closes. El perill d'una multa en cas de contravenció asseguraria llur tanca.

A algunes ciutats la portadora és reemplaçada per caixes de menors dimensions que utilitzen cada pis. Cada matí el seu contingut és dipositat a un camió que les mena lluny de les cases. A Estrasburg, aquestes galledes plenes i tancades són canviades cada dia per d'altres recipients buits i apropiats. Els empleats del Servei de Neteja eviten així de maltractar els recipients els quals no es deformen i conserven llur tanca hermètica. El resultat obtingut és excel·lent, puix que aquesta ciutat està lliure de les rates; només n'existeixen a les proximitats del port del Rhin.

Per tal de no deixar la portadora durant tota la nit a mercè dels rosegadors i per evitar l'obstrucció de les voreres amb atuells antiestètics, hom ha proposat de canviar l'hora de recollida de les escombraries i procedir a la seva retirada durant la nit en lloc del matí. Aquest mitjà radical resoldria el problema, puix que hom suprimiria ensem l'apat nocturn de les rates. A cop d'ull, no hi ha res que sembli tan racional. Es censurable, però, que a la pràctica el sistema presenti serioses dificultats, particularment d'ordre financer, pel fet del treball nocturn i del cost elevat de la mà d'obra. No obstant, en cas de necessitat absoluta, sota l'amenaça d'una epidèmia de pesta, caldrà no dubtar de la seva aplicació.

Pel que es refereix al triatge millor serà la seva supressió, car és un dels més eficients procediments de difusió dels detritus alimentaris. Practicat durant la primera part de la nit no fa més que accentuar la brutícia que hom s'esforça a suprimir durant el dia. Si bé no és possible de suprimir-lo caldria transformar aquesta indústria essencialment rutinària i refondre completament els seus costums. Hom podria, per exemple, tolerar-la durant la mitja hora que precedeix la recollida d'escombraries, per bé que seria preferible que aquesta operació tingués lloc a les fàbriques de tractament. Però, el que cal suprimir absoluta-

ment són els dipòsits d'escombraries, aquesta veritables centres de cria de rates que deshonoren els barris excèntrics de les ciutats. Hom ha d'exigir també la supressió dels detritus de tota mena, ossos, crostes de pa, etc., que els drapaires acumulen als voltants de llurs barraques.

Les rates atretes per aquestes immundícies hi són en gran quantitat. Si per desgràcia esdevingués entre les rates una epizootia pestosa, aquesta corporació seria la més severament colpida. Cal que les autoritats municipals vetllin, doncs, pel bon acondicionament dels barris de drapaires en els quals la higiene és desconeixuda, car és allí que la pesta farà les seves primeres víctimes i és d'aquest focus que per mitjà de les rates contaminades no trigarà a propagar-se l'epidèmia entre el públic si hom no pren mesures rigoroses per tal de preservar la ciutat d'aquests perillosos rosegadors.

3.^{er} *Suprimir els cataus de les rates.* — Quan es vol emprendre una campanya de desratització, cal preocupar-se del repartiment topogràfic d'aquests animals. El públic coneix bé els llocs que són especialment infestats i els propietaris saben quina part de llur immoble és un cau d'aquests animals.

La rata cerca els indrets ombrins i humits; les finestres assegurarien la penetració de la claror i l'asseccament dels locals humits seria suficient per a foragitar-les. Les clavegueres són caus de rates que convindria protegir amb teles metàl·liques per tal de privar l'accés i evitar l'exòde. L'emblanquinat de les parets i l'obturbació dels orificis de sortida privarien l'animal de colonitzar a les muralles esquerdes o deteriorades. La vigilància de les aigües corrents, Garona, Canal, i sobretot Garoneta, i la supressió de les immundícies a llurs vores seria una contribució indispensable en la lluita contra les rates. A les avingudes caldria suprimir l'enreixat que protegeix a la vegada la soca dels arbres i les rates. Gràcies a aquesta protecció, les rates no són inquietades pels passants i poden fabricar llurs galeries per sota de l'asfalt de les andanes. Quan arriba l'estació freda les rates abandonen aquest refugi d'estiu; a la recerca d'un lloc més recollit baixen a les clavegueres que és llur gran via de comunicació per a circular per les ciutats. Si les branques de les clavegueres pel costat de les quals passen les canalitzacions són encimentades d'acord amb el reglament, les rates no penetraran pas als cellers. Però els lampistes i els electricistes després d'una reparació negligeixen sovint aquesta tasca i deixen la porta oberta als rosegadors. Tothom que vulgui menar a bon terme una lluita d'aquesta mena caldrà que s'informi d'antuvi respecte al veïnat. Hom preguntarà si els veïns són molestats i si la invasió de les rates és

un incident local o un accident general, si es tracta de la invasió d'un exèrcit de rates i si és un cas isolat o si bé tota la ciutat n'és infestada. El punt essencial és destruir els caus de les rates i planejar les mesures de conjunt per a iniciar la lluita.

Per emprendre amb èxit una campanya de desratització, cal traçar un pla d'atac i no emprendre la croada fins després d'haver fet un balanç dels mitjans de què hom disposa. A aquest propòsit caldrà que hi hagi al sí de la Corporació Municipal un Comitè de desratització compost, quan menys d'un veterinari, un metge, i d'un enginyer del Servei de Neteja. No cal una Comissió considerable per a fer obra útil; com menys nombrosa és més es treballa. Aquesta Comissió caldrà d'antuvi que prepari la campanya bo i començant per l'educació del públic. Caldrà també que es posi en contacte amb els caps d'establiments o d'indústries diverses susceptibles d'abrigar rates, informar-se sobre les disposicions particulars d'aquests establiments, i per un pla general d'organització tenint en compte les condicions especials de cada un d'ells.

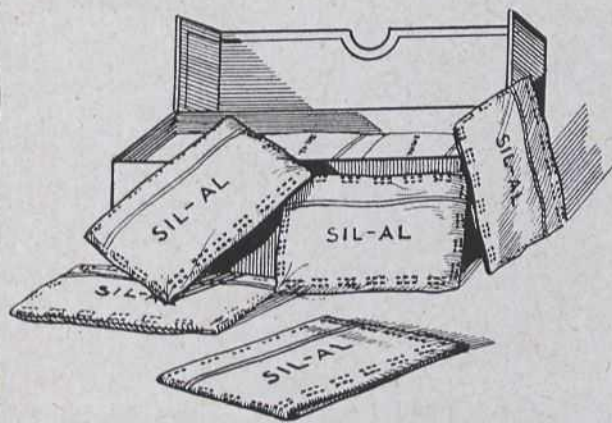
Arribat a aquest moment, i quan hom tindrà tots els elements a punt, la qual cosa exigeix un cert temps, hom podrà fer el que d'altres països han realitzat: la setmana de la rata. De bell antuvi hom triarà l'època favorable a aquesta empresa. A Alemanya es practica aquesta operació durant la darrera setmana de novembre, quan les aportacions de mercaderies a la ciutat—verdures, etc.—són notablement reduïdes i després de la collita de remolatxa, per tal que les rates no trobin aliments als camps. Aquesta lluita contra les rates per la fam haurà de prolongar-se durant tota la setmana per raó de la sensibilitat particular de l'animal a la inanició. Finalment aquesta setmana de la rata seria anual, car hom no pot pretendre l'extirpació de l'espècie des de la primera temptativa.

Heus ací dos exemples demostratius de la diferència dels resultats obtinguts en relació dels mitjans utilitzats.

A la ciutat de París, el 1921, hi hagué algun cas de pesta. Immediatament fou empresa la desratització. Hom n'havia esperat un brillant resultat, atès que s'havia fixat la prima de 0'30 fr. per animal presentat a l'oficina. Els resultats, però, foren irrisoris. D'antuvi el cost fou de 200.000 fr. en 14 mesos i quan hom pensa en el nombre de rates que podien existir a les clavegueres de París, nombre que s'ha calculat en *vuit milions*, o sia 3 rates per habitant, les 600.000 rates que foren capturades representen al món de les rates una pèrdua de població que, tenint en compte la fecunditat d'aquests animals, fou immediata-



Les clíniques nacionals
usen els productes nacionals
d'Aurelio Gamir



LA MEDICINA CATALANA US RECOMANA ELS SEUS ANUNCIANTS

NOVES PUBLICACIONS MEDIQUES **LABOR**

APAREGUDES EN EL 3.^{ER} TRIMESTRE 1935

Tratado de Pediatría

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

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

Tratado de Oftalmología

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

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

Propedéutica clínica psiquiátrica

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

Un volum amb 335 pàgines. Ptes. **20**

Las hormonas sexuales femeninas

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

Pel Dr. C. Clauberg, Prof. de la Clínica ginecològica de la Universitat de 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 gratuïtament, a la

Editorial Labor, S. A.

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

ment superada per l'excés de naixements. Adhuc, es cregué que els resultats obtinguts havien estat perillosos, car les rates pestoses perseguides pels barris contaminats emigraren cap als barris indemnes. Sortosament l'epidèmia cessà per ella mateixa i fins sembla que el Servei d'Higiene restà completament aliè.

A Nova Orleans, el 1921, s'emprengué una croada contra les rates per causa d'algun cas de pesta. Tots els mitjans de destrucció foren simultàniament utilitzats; però hom s'adonà que la campanya no forniria cap resultat definitiu si es deixava les rates als redutcs dins dels quals podien multiplicar-se i continuar igualment el seu nodriment. Com que la rata tria sempre el seu refugi als llocs ombrins, hom escampà claror amb profusió obrint finestres en el subsòl, tapà curosament tots els forats als murs, revestí de làmines d'acer la base dels estables i d'altres construccions de fusta, obligà a la recollida d'escombraries i a la demolició de tots els refugis sense condicions situats darrera de les habitacions. Els habitants, estimulats per l'interès d'aquesta campanya i ensems empesos per les sancions enèrgiques de la llei contra les rates, col·laboraren amb entusiasme a aquesta lluita. Obtinguda la desratització completa de la ciutat es prengueren serioses mesures per als navilis que entraven al port per tal que no poguessin introduir rates durant el curs del seu desembarcament. Els cables foren proveïts de teles metàl·liques. Les passarel·les foren vigilades de dia i de nit per un vigilant especial destinat a privar el pas de les rates. La campanya fou costosa però tothom estigué d'acord que a Nova Orleans hom havia realitzat una gran economia. Es salvaren mercaderies i hom economitzà vides humanes bo i preservant-les de la pesta.

Durant el 1919, Anglaterra hagué de patir una veritable invasió de rates, la qual cosa vol dir multiplicació anormal, car Anglaterra és, geogràficament, a l'abric de les emigracions dels rosegadors. Les autoritats competents angleses tingueren l'habilitat de combinar una croada ensems general, intensa i simultània de lluita contra les rates. El 20 d'octubre del 1919 començà la setmana de la rata durant la qual tots els mitjans sense excepció foren posats en pràctica. Es considerava que a Anglaterra existien 50 milions de rates i s'avaluaren les pèrdues causades per aquests animals anualment en més de 12 milions de francs. El sistema de la setmana de la rata fou veritablement ben combinat per raó de la propaganda que es preparà. Per aquesta campanya hom utilitzà el cinema amb projeccions entretingudes i amb consells en forma alegre que foren molt ben acceptades. La campanya donà els seus fruits.

La qüestió del gat ratador

El gat és un enemic natural de la rata, hom pot, doncs, recórrer als seus serveis per completar la desratització col·lectiva i assegurar la permanència de la lluita. Afavorir la cria del gat ratador sense reduir la massa de les rates a la fam és una empresa quimèrica. Associar les dues mesures ha de fornir resultats immillorables. El gat és un auxiliar poderós, és un vigilant permanent per a destruir els nous vinguts o els animals joves que comencen a circular pels magatzems.

Tots els gats no són igualment aptes per a destruir les rates. Certes races de gats són millors caçadors que d'altres, però, d'altra banda cal educar el gat perquè sigui bon caçador.

Alguns gats mandrosos de bon començ esdevenen excel·lents caçadors i resten tota llur vida exasperats contra les rates quan han estat mossegats per una d'aquestes. D'altres, per contra, no cacen mai més després d'una mossegada. Hi ha grans diferències individuals; però, el que cal fer per a obtenir veritables caçadors de rates, és procurar gats fornits a base d'alimentació i una higiene apropiats. El gat ha d'ésser fort per tal que pugui enfrontar-se amb les rates de gran talla, les quals es defensen amb energia i poden ferir-lo. Els mariners que s'adonen del valor del gat a bord confirmen la utilitat d'aquest animal. Els oficials francesos diuen sempre: «El gat és útil a bord, car mata les rates». Els oficials anglesos diuen amb llur mentalitat particular: «El gat és útil a bord; paga la seva alimentació bo i matant les rates».

Que cal fer pràcticament per a obtenir bons gats caçadors? Cal d'antuvi tenir reproductors seleccionats, crear un centre de reproductors de gats que es podrien posar a pensió a l'Escola Veterinària segons un conveni amb la Municipalitat. Hom podria també dipositar-los bé al Servei de Neteja, o bé al Parc Tolosenc, etc.

Cal també afavorir la reproducció d'aquests animals amb femelles bones caçadores el reclutament de les quals podria fer-se per una enquesta a la qual hom interessaria els boy-scouts o bé els agents de policia.

Quan una femella està en període de zel, fuig de casa del seu amo i va a la recerca del mascle atret pels seus crits. Aquella troba sovint un mascle en estat de misèria fisiològica, que no ha menjat de fa molts dies i els petits que neixen d'aquesta còpula són neulits.

La femella miola de tal manera que els veïns se'n planyen. No es pot dormir a la casa on es troba i el seu propietari voldria desprendre's d'ella almenys per uns dies. Les lligues contra el soroll que es formen actualment una mica pertot arreu s'ocupen d'aquesta qüestió. Es persegueix

les gates en aquest estat, a cops de pal: les Societats protectores dels animals s'emocionen. Els higienistes assenyalen les malalties de la pell que les gates poden contreure en aquestes curses nocturnes.

Cal aprofitar aquests estats d'esperit per a tornar el vigor a la raça bo i fornint el mitjà d'isolar la gata durant el temps que per causa de les seves crisis, és perseguida per tothom.

Quan una femella comença a miolar, generalment no accepta el mascle durant les 24 primeres hores. Hom té, doncs, temps d'actuar menant les gates als llocs de policia on hi hauria gàbies per a rebre l'animal i facilitar el seu transport. D'aquesta manera serien trameses als centres deamentals on restarien amb el mascle bon caçador durant 24 o 48 hores i després hom les retornaria a llurs propietaris. Al cap de 57 dies deslliurarien una niarada de gats de bona raça. Hom retindria els petits a les cases, car sempre és graciós de veure créixer els gatets i altrament això resulta econòmic, car la mare nodreix els seus infants.

Després de 4 o 5 setmanes el centre de criança compraria els petits gats. Aquests serien instal·lats en una casa a la qual unes bones gates caçadores serien encarregades de llur educació.

Els petits han d'ésser entrenats a la caça; per aquest ensinistrament hom podria distreure'ls amb una pota de conill, després amb un ratolí i si els individus són bons es podria continuar. En aquestes cases d'entrenament caldria una «mare dels gats», és a dir, una persona aficionada als gats i que li interessés la qüestió.

Després de dos o tres mesos els petits gats estarien en disposició d'ésser donats o venuts. Hom podria, encara, preocupar-se del sexe de l'animal. Generalment, les gates serien millors caçadores que els gats: aquests, castrats, són superiors als gats enters, car aquests, sovint, negligeixen la feina per causa de les curses amoroses. Sembla que cal donar la preferència als animals castrats. La despesa ocasionada per aquestes noves disposicions no seria pas considerable, car hom recuperaria amb la venda dels gats les necessitats d'aquesta explotació. Les experiències semblen concloure a l'Havre i a les altres ciutats. A Lió el president Herriot s'ha interessat vivament per la qüestió del gat seleccionat: «L'alcalde que trobarà el mitjà de privar la invasió de les rates a la seva ciutat haurà fet obra útil».

L'educació de les masses

La desratització se'ns presenta com una veritable organització de combat que es tracta d'instituir i desenvolupar sistemàticament. L'acció complementària del gat caçador no pot ésser útil més que quan l'enemic hagi estat batut per la privació

d'aliment. La fam és l'eix de la lluita entorn del qual poden gravitar útilment tots els altres mitjans de destrucció.

L'atac de la rata per la fam exigeix múltiples concursos i en primer lloc la bona voluntat dels ciutadans. El públic s'interessa per la higiene quan aquesta no molesta els seus gustos. A Tolosa hom coneix de fa molt de temps els indrets més particularment infestats: el Garoneta, els mercats, els barris vells, St. Georges, St. Charles, les Blanchers, el carrer dels Novarres, etc., que són el punt de partida de les epidèmies de verola. Recentment els pagesos feien sentir els seus planys a propòsit dels mercats Arnaud-Bernard i Victor-Hugo, als quals les rates semblen ésser molt abundants.

Hom podria aprofitar aquests planys freqüents per a emprendre l'educació de les masses. Aquesta tasca és feixuga i caldrà donar inlassablement els mateixos consells. La campanya trobaria d'antuvi el somriure dels incrèduls; serà objecte de comentaris escèptics i, sovint, mal intencionats. No hi haurà més que detractors i solament hom trobarà adeptes entre els que han de sofrir les malvestats de les rates. El dubte finirà per apoderar-se dels esperits i les intervencions hàbils i repetides arribaran a sacsejar l'apatia dels més negligents.

Per mitjà de tractats, de conferències il·lustrades, de films, per una campanya de premsa ben orientada, caldrà interessar el públic i demostrar-li que la lluita contra les rates és ineficaç si no es comença per aplicar les mesures de protecció i d'higiene. La por de plagues com la pesta podria ésser l'inici d'execució de les mesures.

Dues corporacions podrien intervenir amb èxit en profit de la desratització: els metges i els mestres.

Els metges tenen accés a les cases per tal d'al·leugerir les dolors de les malalties. Llurs consells són escoltats. El sofriment físic dels malalts és sovint la causa del neguit de les famílies, aquestes estan més atentes als consells que els dona i per tant l'acció del metge pot ésser beneficiosa. El cos mèdic podria interessar-se per aquesta lluita per tal com ells es beneficiarien igualment que la població civil.

Els mestres podrien actuar sobre les masses per mitjà dels infants, la instrucció i educació dels quals els és confiada. Durant les seves lliçons de coses, en les nocions d'higiene que formen part dels programes escolars, podrien fer converses sobre la rata flagell social, la rata propagadora de la pesta, la rata destructora de mercaderies, etc. Adhuc als museus d'història natural i als museus d'higiene reservar dues vitrines a les quals hom exposaria els bons i els dolents mètodes de lluita contra les rates.

En una de les vitrines es representaria una casa amb les caves en males condicions, cobertes de detritus de tota mena, amb una tuberia de desgües a la claveguera no proveïda de tampó, amb un respirador sense tela metàl·lica, amb una gargola sense panera i a un recó una portadora sense cobertora. Així ha estat fet a París, a Londres, a Hamburg; hom hi veuria també el propietari de l'immoble multiplicar en va els paranys i les metzines, etc., i una inscripció amb aquests mots: «El mètode dolent».

En una altra vitrina hom hi veuria la mateixa casa amb les caves de formigó, amb la tuberia proveïda de tampó, amb els respiradors amb tela metàl·lica, amb panera a les gargoles i galledes d'escombraries amb tanca hermètica. La inscripció tindria aquests mots: «El bon mètode».

Finalment el dia que Tolosa haurà realitzat aquest vaitot haurà fet un gan avanç en la desratització. La rata no podrà viure a les clavegueres per causa de les compressions de les aspiracions i dels corrents d'aigua. Però el problema del vaitot troba les mateixes dificultats que el de la demolició dels barris vells. El que manca és el nervi principal de la guerra... contra les rates.

En realitat el problema de la desratització va unit al de l'ordre, de la netedat i de la salubritat general. D'ací es dedueix que és l'esperit del poble que cal preparar; ço indispensable és la instrucció. El conjunt de la col·lectivitat prendrà aleshores la iniciativa d'aquestes mesures de la mateixa manera que n'ha pres d'altres que han contribuït al millorament de la Salut pública.

Conclusions. — La rata és un animal perillós del qual cal deslliurar-se per tots els mitjans. Causa enormes perjudicis al comerç i a la indústria. És un agent de transmissió de la pesta i un perill constant per a la salut pública. El problema de la desratització és un problema d'higiene urbana i de profilaxi social de la més gran importància.

Tots els que s'han ocupat del problema de la rata saben com és difícil la seva solució. L'astúcia de l'animal no és pas inferior a l'enginyositat dels qui el persegueixen. Fuig davant el perill i cerca un altre refugi momentani, però quan la calma reneix retorna al primer amagatall bo i reservant-se la lliure disposició del segon.

L'eficàcia dels paranys, dels verins i dels virus és més teòrica que real; llur utilització no és pas sempre inofensiva. Aplicats d'una manera sistemàtica i continuada, aquests procediments de destrucció directa només disminueixen d'una manera molt feble el nombre de les rates la mortalitat de les quals és ràpidament compensada per la prodigiosa fecunditat d'aquests animals.

Una temptativa de desratització ha d'ésser una

operació de gran envergadura. Desratitzar els hospitals excloent els establiments veïns és una empresa menada a un fracàs cert. Cal desratitzar la ciutat per a donar als malalts dels hospitals la calma i el repòs pertorbat sovint per les rates.

La ciutat de Tolosa hauria de posseir un Servei de desratització de la mateixa manera que disposa d'un Servei de desinfecció, d'un Servei de la diftèria, etc. Aquest hauria d'ésser menat per un Comitè de desratització que prepararia la campanya prop del públic, destruiria els refugis de les rates i tindria cura de les condicions particulars a cada indústria.

Caldria instituir cada any una setmana de la rata durant la qual el poble faria una veritable revisió de les habitacions i dels locals que són a la seva disposició. El Servei de Neteja aportaria la seva contribució augmentant la seva activitat. Hom atacaria la rata per la fam: la inanició en destruiria un gran nombre i llur multiplicació seria considerablement posada a ratlla.

Aleshores hom podria recórrer als mitjans complementaris: paranys, càcera, mitjans de destrucció diversos, entre els quals figuraria en primer terme el gat ratador.

Per tal d'afavorir el desenvolupament d'aquest animal domèstic, que és també l'enemic natural de la rata, hom crearia una *remunta* de gats seleccionats amb una *gateria* destinada a l'entrenament dels animals joves.

Aquests dos mitjans: d'antuvi fam, i vigilància constant, del gat ratador semblen resumir fins ara, els únics elements importants susceptibles d'aportar un remei eficaç a la infestació per les rates. Això no constituïria pas unes despeses considerables per a les finances municipals. Com ha dit molta vegada el doctor Roux: «Destruir les rates és una bona operació comercial; mai hom despendrà per a desfer-se'n una suma equivalent al mal que elles fan». La destrucció de les rates mena a un doble resultat; supressió de les pèrdues que provoca al comerç i economia de vides humanes bo i preservant els ciutadans contra la pesta.

Odontologia

Sobre un cas de reimplantació dentària, pel Dr. A. DUCUNG. «Journal de Médecine de Bordeaux», 22-29 maig 1937, pàg. 717.

L'autor reporta l'observació d'una malalta de 38 anys d'edat que presenta un queixal del seny inferior esquerre incluit en posició obliqua, inclinada a 60° que fineix a 5 mm. per sota del coll del segon molar permanent. Aquesta inclusió és el punt de partida d'una síndrome neuràlgica de la tercera branca del cinquè parell que data de cinc

anys. La malalta oposà la més viva resistència a la desinclusió d'aquest queixal pel mètode clàssic; així fou decidida l'extracció del segon molar inferior esquerre en un primer temps. Aleshores hom tingué la idea de la reimplantació. Després d'anestèsia local, es procedí a la intervenció amb la tenalla de dent de falcó. L'arrel mesial es fracturà en sentit oblic a nivell de la unió del terç apical amb els dos terços coronaris. El fragment radicular és deixat al lloc. El queixal extret no sofreix cap tractament. En un segon temps el queixal del seny inclòs és extret, amb pel·lícula baioneta, per l'alveol de la dent del segon molar permanent. L'àpex distal del segon molar és ressecat per un correcte posat a lloc.

El queixal és mantingut durant tretze dies per un pont de contenció en argent, segellat amb eugenat de zenc. Aquesta reimplantació va seguida de vius dolors, que desapareixen aviat. Al cap de vint dies el queixal sembla consolidat i compleix el seu paper fisiològic. Un any més tard es constata un descarnament a nivell de l'arrel mesial que deixa aquesta al descobert en una alçària de 4 mm. Al queixal s'hi localitza una mobilitat lleugerament anormal.

L'autor subratlla l'interès d'aquesta observació des del doble punt de vista, biològic i operatori.

a) Biològicament permet de remarcar que la fractura d'un àpex no sembla pas que jugui un paper desfavorable en el resultat de la reimplantació.

b) Quirúrgicament s'utilitza la via d'accés de l'alveol de la dent de 12 anys, per causa de la destrucció del septum 7-8 unit a l'evolució anormal del queixal del seny.

Vegeu, encara:

CADENAT i LABRY: *La Mesiodent, dent supernumerària que es desenvolupa al costat de la línia mitjana del maxil·lar superior*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 30-I-37, p. 179.

DUBECQ, X. J.: *Imatges osteològiques de l'aparell maxil·lar dentari*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 3-10-IV-37, p. 449.

DESPONS, J.: *A propòsit de la patogènia dels quists paradentaris. Assaig de classificació dels d'origen dentari*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 3-10-IV-37, p. 472.

SENTENAC, E.: *Del dolor en odonto-estomatologia*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 3-10-IV-1937, p. 479.

HULIN: *Mitjà d'evolució i condicions de tractament de la piorrea alveolo-dentària*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 3-10-IV-37, p. 493.

ROCHER i DUBECQ: *Exposició clínica i terapèutica d'un cas de quist dentífer*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 3-10-IV-37, p. 495.

DESPONS, J.: *Patogènia dels quists d'origen dentari*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 3-10-IV-37, p. 495.

GINESTET: *Síndrome d'ofensa del nervi dentari inferior a seguit d'una extracció del queixal del seny*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 3-10-IV-37, p. 500.

SENTENAC: *Trastorns oculars i mortificació pulpar sense càries*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 3-10-IV-37, p. 501.

LAFITE-DUPONT: *Guariment espontani d'un tumor quístic del maxil·lar inferior després d'una extracció*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 3-10-IV-37, p. 499.

Oftalmologia

APORTACIÓ CATALANO-OCCITANA AL XLIX^e CONGRÉS DE LA SOCIETAT FRANCESA D'OPTALMOLOGIA

Evolució clínica de diverses opacitats cristal·lines, pel Dr. ROCHE, de Marsella. «La Presse Médicale». París, 6-VI-1936, pàg. 922.

L'autor ja ha fet remarcar la circumstància de certes formes d'opacitat del cristallí que resten indefinidament localitzades al centre d'aquest òrgan (caràcters nuclears). Aquesta varietat de cataracta, per bé que poc opaca, disminueix considerablement la visió. L'autor descriu ara una altra varietat de cataracta que anomena «opacificació radiada» i que es presenta particularment entre les dones (46 dones per 3 homes). Aquestes opacitats del cristallí romanen localitzades a la perifèria, no semblen pràcticament progressives, redueixen molt poc l'acuitat visual i, generalment, no són observades sinó en fer l'exploració de l'ull per altres motius.

La ciclo-diàlisi. La seva tècnica, el seu pronòstic i les seves indicacions, pel Dr. DE SAINT-MARTIN, de Tolosa de Llenguadoc. «Le Presse Médicale». París, 6-VI-1936, pàg. 922.

Aquesta operació antiglaucomatosa mereix d'ésser coneguda i generalitzada. Actualment hi ha, però, països, com França, on és gairebé ignorada. Consisteix a establir una fistulització entre la cambra anterior de l'ull i els espais subcoroidians. En totes les formes de glaucoma la seva innocuïtat és absoluta, la seva eficàcia—segons les xifres de l'autor—arriba al 82 per 100 i passa del 50 per 100 en el conjunt d'estadístiques publicades fins avui. Aquestes constatacions la recomanen i imposen tan aviat com el tractament mèdic es manifesta ineficaç i quan els malalts no són pas vigilats amb prou regularitat.



debout...

PHOSOFORME

TOUTES DEFICIENCES

PHOSOFORME

PRINCIPALES INDICATIONS

Tous les troubles de la nutrition : Convalescences, Dyspepsies nerveuses, hypomotrices. Fatigues. Neurasthénies. Lithiases. Phosphaturies. Dermatoses. Colibacillooses. Tuberculose. Amaigrissements et tous les **Etats alcalosiques**.

BIBLIOGRAPHIE

CAVALIÉ, Professeur à la Faculté de Bordeaux.
EPSTEIN, Genève.
ESCAT, Professeur à la Faculté de Toulouse.
GÉRARD, Professeur à la Faculté de Lille.
LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur à la Faculté de Paris.
MERCADAL et PEYRI, Barcelone.
RÉMOND, Professeur à la Faculté de Toulouse.
SPILLMANN, Professeur à la Faculté de Nancy.

DEUX FORMES :

SOLUTION, 2 cuillerées à soupe chaque jour,
GOUTTES, 200 gouttes chaque jour,

dans un grand verre de boisson (vin blanc ou rouge coupé d'eau sucrée) à prendre **au cours des repas du midi et du soir**.

Laboratoires DROUET et PLET, Rueil-Malmaison (S.-et-O.)

Dos casos de tumor retinià polimorf en l'adult, pels Drs. DEJEAN, de Montpeller i CAZALIS, de Niça. «La Presse Médicale». París, 6-VI-36, pàg. 923.

Els autors fan la presentació de dos casos de tumor retinià polimorf en adults. Un d'ells s'havia desenvolupat dins l'ull d'una dona de 62 anys i l'altre ho feu en el d'un sots-oficial de 24 anys. L'examen histològic ha revelat que es tractava de tumors dividits en lòbuls separats per cobertes fibroses constituïdes per neuròglia; en aquests lòbuls hom veu cèl·lules polimorfes i algunes cèl·lules monstruoses entre les quals destaquen elements variats de teixit nerviós. La retina s'aixampla per a concórrer a la formació de la massa tumoral. Els autors proposen per a anomenar aquests tumors el qualificatiu de «neuro-glio-blastomes», i fan remarcar la possibilitat de moltes formes de neoplàsia nerviosa ocular al marge dels gliomes purs.

Despreniment retinià, pel Dr. H. ARRUGA, de Barcelona. «La Presse Médicale». París, 6-VI-1936, pàg. 923.

Un cop establert el diagnòstic de despreniment retinià cal que hom prescriuï immediatament el repòs dels ulls. Sovint, l'operació és molt urgent, de vegades, però, cal que sigui ajornada.

La *injecció d'aire* dins del vitri, feta a la fi de l'operació, contribueix a aplacar la retina contra la coroida els dies següents a la intervenció i facilita el contacte entre les dues membranes, factor indispensable per a la guarició.

Les *grans desinsercions* són difícils de remeiar, per tal com la vora lliure de la retina no coincideix mai a reaplacar-se a l'indret normal d'inserció. Cal que l'operació sigui guiada pel propòsit d'obtenir un «barrage» suficientment posterior, per bé que damunt d'una línia on el contacte entre coïde i retina és encara possible amb el repòs.

Vegeu, encara:

RISER, CCUADAU i MÉRIEL, de Tolosa: *De la circulació retiniàna*. «La Presse Médicale». París, 29-VII-36, p. 1.225.

GINESTOUS, E. (de Bordeus): *La cataracta és guarible sense operació?* «Le Concours Médical». París, 4-X-36, p. 2.814.

LEMOINE i VALOIS: *Els nous mètodes operatoris de la cataracta*. «Centre Médical». Clermont Ferrand, X-36, p. 294.

VILLARD, H.: *L'oftalmologia en l'Edat Mitjana*. «Montpellier Médical». XII-36, p. 333.

DEJEAN, CH.: *Els angiopasmcs oculars*. «Montpellier Médical». XII-36, p. 343.

IMBERT, L. (de Marsella): *Tractament de les fistules purulentes pleurals per l'aspiració continuada*. «La Presse Médicale». París, 6 gener 1937, p. 17.

GINESTOUS, E. (de Bordeus): *Extracció dels cossos estranys de la còrnia*. «Le Concours Médical». París, 21-III-37, p. 911.

BEAUVIEUX i BESSIERE: *Atròfia òptica bilateral durant el curs d'una síndrome endocrina (aracnoiditis opto-quiasmàtica probable)*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-III-37, p. 380.

GINESTOUS, E.: *Trastorns visuals en l'hemianòpsia*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 7-III-37, p. 152.

BONNEFON, G.: *El problema de la seguretat en l'extracció integral del cristallí per presa capsular*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 4-IV-37, p. 212.

FOURNIER: *Tumor retro-ocular en tractament pel renium*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 11-IV-37, p. 235.

GINESTOUS, E., COULLOUD, H. i BICHELONNE, H. (de Bordeus): *Les lentes de tir*. «Le Concours Médical». París, 24-V-36, p. 1.609.

BERGÈS, R.: *Patogènia dels tumors malignes de la retina*. «Toulouse Médical». 1-V-37, p. 253.

Pediatria

Infantilisme esplènic de tipus Cooley, per M. SENDRAIL, A. LYCN i J. LASSERRE, de Tolosa de Llenguadoc. «La Presse Médicale». París, 4 juliol 1937, pàg. 1.102.

Els autors relaten l'observació d'un noi de 13 anys, d'origen andalús, que presentava, des del seu tercer any, un complex clínic, lentament progressiu, caracteritzat per: una important esplenomegalia, una hepatomegalia, una anèmia amb hematies nuclears, una reducció estatural i ponderal molt notables, lesions ossoses discretes, fàcies mongoloide i una síndrome d'infantilisme. Les diverses recerques ulteriors permeteren d'eliminar la icterícia hemolítica, l'heredo-lues, el paludisme, la leishmaniosi, etc.

Aquest cas cal apropar-lo a la síndrome nova definida per Cooley (thalassanèmia o anèmia mediterrània) però es diferencia, sobretot, per l'absència de caràcter familiar i pel grau moderat de l'eritroblastosi. Els autors insisteixen sobre l'associació de símptomes de nanisme o d'infantilisme als símptomes esplenohepàtics i remarquen que hi ha fets clínics i experimentals que suggereixen la noció de relació entre els processos de creixença i la fisiologia de la melsa.

APORTACIÓ OCCITANA AL IX^e CONGRÉS DE PEDIATRES
DE LLENGUA FRANCESA

El tractament de la diabetis infantil per la insulina, pel Prof. E. AUBERTIN, de Bordeus. «La Presse Médicale». París, 1-VII-36, p. 1.074.

De la ponència desenvolupada per l'altor al IX^e Congrés de Pediatres de Llengua Francesa cal recollir els següents extrems:

1.^{er} *El tractament de fons de la Diabetis Infantil.* — Llevat de rares excepcions, la diabetis infantil revesteix sempre el tipus d'una diabetis evolutiva, per tant, tots els infants diabètics són justificables de la insulinoteràpia i cal que hom procedeixi a emprar-la amb tota precocitat.

El tractament deu tenir com objecte, no solament restablir la nutrició alterada i permetre el desenvolupament de l'infant, sinó també prevenir l'agreujament de l'estat diabètic i les seves complicacions. Per això, cal mirar d'impedir una hiperglucèmia permanent i excessiva. Unicament un règim quantitativament definit i una insulinoteràpia adequada poden permetre d'obtenir aquests resultats. Amb l'alimentació lliure, preconitzada per Stote, la reglamentació de les dosis d'insulina no pot pas ésser aconseguida d'una manera suficient. La cura lliure exposa, a més, a la sobrealimentació que és essencialment perjudicial als diabètics.

Cal igualment evitar la subalimentació que retarda la creixença. Com que la insulina permet a l'infant diabètic de metabolitzar les quantitats d'aliments que li són necessaris per a desenvolupar-se, caldrà que hom la hi doni. Una regla simple convé que sigui observada a propòsit: prescriure unes 1.000 calories a l'infant d'un any i afegir 100 calories més per cada any d'edat que vagi tenint.

La composició dels règims ha variat des de l'era insulinià, i encara és compresa de diferents maneres per les diverses escoles. No obstant, la pràctica sembla haver demostrat que la dosis de proteïnes més convenient equival a un 15 per 100 de la racció calòrica total en els infants més petits i a 10 per 100 en els infants més grandets. Una bona proporció sembla que és la següent: 15 per 100 en els 5 primers anys; 12 per 100, de 5 a 10 anys i 10 per 100 de 10 a 15 anys.

En els primers temps de l'era insulínica hom preservava règims pobres en glúcids (20 a 25 per 100 de la racció calòrica) i rics en lípids (65 a 70 per 100 d'aquesta racció). Aquests règims permeten de reduir fàcilment els signes cardinals de la diabetis amb quantitats relativament petites d'insulina. Però hom s'adonà que, a la llarga, la tolerància als glúcids manifestada pels infants sotmesos a aquesta mena d'alimentació disminuïa pro-

gressivament. Tampoc no utilitzen més els règims rics en glúcids (50 per 100 de la racció calòrica) i pobres en lípids (35 a 40 per 100 d'aquesta racció). El control immediat del diabètic és més difícil d'establir en aquest cas, però hom observa amb més freqüència a base d'ells milloraments de la tolerància molt remarcables. Els règims intermedis (35 a 40 per 100 de la racció calòrica en glúcids i 45 a 50 per 100 en lípids) semblen els més satisfactoris en la pràctica.

La instauració, la fragmentació i l'espaiament i repartició de les dosis d'insulina cal que siguin reglats en funció de la reactivitat del subjecte i de les variacions nictèmicals, alimentàries i no alimentàries, de la glucèmia. Així, cal que les injeccions siguin practicades mitja hora abans dels àpats; convé que la dosi proporcionalment més forta sigui la del matí, car a les primeres hores de la matinada és quan es constata l'alça més notable de la hiperglucèmia. L'ajustament del tractament es fa per l'examen de les orines, recollides separatament entre cada injecció d'insulina, i secundàriament pel dosatge del sucre de la sang en diferents moments del dia.

L'exercici muscular constitueix un adjuvant precís de la insulina. Per contra, no existeix cap medicament susceptible de reemplaçar-la, ni fins de reforçar útilment l'acció d'aquesta hormona.

La insulinoteràpia permet fàcilment restablir l'estat general i arribar a la supressió de la cetosi; però el control de la hiperglucèmia i de la glucosúria topa sovint amb més grans dificultats en la diabetis infantil que en la de l'adult a conseqüència de la inestabilitat insulínica de la glucèmia. Per contra, fora de les infeccions, la insulino-resistència és més rara en les edats joves. Els infants diabètics són, en canvi, més sovint insulino-sensibles.

2.^{on} *Els accidents de la insulino-teràpia en la diabetis infantil.* — Les reaccions inflamatòries són rares i, generalment, sense gravetat. Casos de *lipodistròfia* han estat assenyalats en l'infant, sovint i sense tendència a la regressió. Els accidents d'intolerància, molt freqüents al començament de l'era insulínica, han anat esdevenint cada vegada més rars, a mida que la purificació de les preparacions insulíniques ha estat més perfeccionada.

Els accidents hipoglucèmics són més sovint observats en l'edat juvenil degut a la labilitat de la glucèmia. Llur simptomatologia recorda la de l'adult amb algunes característiques especials, sobretot pel que fa referència a trastorns psíquics. En general fan llur aparició amb taxes de glucèmia més baixa que en els adults. Desapareixen, però, amb la mateixa facilitat que en aquests darrers, després de l'administració de glucosa. Entre els infants han estat descrits alguns casos de mort per

hipoglucèmia. Però aquesta eventualitat excepcional no ha pas d'incitar a l'abandonament del tractament insulínic, car els accidents de la hipoglucèmia únicament són de lamentar quan hi ha ignorància o negligència.

3.^{er} *La insulinoteràpia de la Diabetis Infantil en el curs de certs estats particulars:* a) *En el nadó.* — La diabetis és rara en els infants de menys d'un any d'edat. Fora d'alguns casos en els quals s'ha presentat com fenomen transitori, revesteix habitualment la forma consumptiva i, malgrat la insulina, té un pronòstic francament dolent.

b) *Infeccions.* — Ben tractats per la insulina i el règim, els infants diabètics, en general, no suporten pas més malament les malalties infeccioses de llur edat que els infants normals. Cal solament reduir la valor calòrica de llur règim sense disminuir la ració glucídica ni les dosis d'insulina. També cal, sovint, augmentar-les pel fet de l'aparició d'un cert grau d'insulino-resistència.

c) *Cirurgia.* — En els infants, com en els adults, la cirurgia en fred o les intervencions damunt de fogars de supuració localitzada, poden ésser efectuades, gràcies a una adequada administració d'insulina, amb una seguretat tan gran com en els individus normals. Per contra, en els processos de cel·lulitis difusa, d'apendicitis gangrenosa o d'àntrax, la mortalitat és molt més elevada que en els infants no diabètics, car ací la insulino-resistència assoleix els graus més elevats.

d) *Complicacions i associacions morbides.* — En una rigorosa coneixença de la diabetis hi ha la millor garantia contra les seves complicacions. La *tuberculosi* no és pas més freqüent en els petits diabètics ben tractats que en els infants normals. La *hipercolesterinèmia* és més rara en els infants diabètics que en els diabètics adults. La *cataracta*, per bé que observada excepcionalment, pot ésser operada amb èxit gràcies a la insulina. L'*arterioesclerosi* sembla que pot ésser evitada per un tractament adequat de la diabetis. En fi, hom veu, de vegades, desenvolupar-se *hepatomegàlies*, malgrat el tractament.

e) *Coma.* — Tractat a temps i convenientment, el coma diabètic guareix habitualment en l'infant millor encara que en l'adult, per tal com és menys sovint intrincat amb altres fenòmens morbids. La coexistència d'una infecció rendeix, no obstant, el resultat aleatori. Quant a les regles de tractament, no difereixen pas de les que són seguides en el cas de l'adult.

4.^{ar} *Efectes de la insulinoteràpia prolongada en el tractament de la diabetis infantil:* 1. *Acció sobre el desenvolupament.* — Gràcies a la insulina, la creixença, el desenvolupament ponderal i el desenvolupament sexual poden efectuar-se d'una ma-

nera normal si l'infant rep una alimentació suficient i prou insulina per a permetre-li metabolitzar-la.

2. *Acció sobre l'evolució de la diabetis.* — Els casos de *guariment* del diabètic després d'una insulinoteràpia més prolongada són excepcionals. Per contra, no és pas rar d'observar *millores* de tolerància importants, sobretot quan el malalt és sotmès a un règim bastant ric de glúcids. No obstant, en molts infants, cal augmentar les dosis d'insulina durant dos o tres anys en proporcions que no explica pas suficientment el desenvolupament de l'organisme. Aquesta agravació de l'estat diabètic pot produir-se fins i tot en els infants la diabetis dels quals ha estat rigorosament controlada. Amb tot, és molt més ràpida i més habitual en aquells que han estat insuficientment tractats, la qual cosa demostra que la insulina, ben aplicada, si no detura l'evolució de la diabetis, almenys en fa més lenta la marxa.

3. *Acció sobre la mortalitat.* — Els resultats depenen essencialment del medi en el qual evoluciona la diabetis. La mortalitat ha pogut descendir al 2 per 100 en certs centres en els quals els infants poden ésser adequadament seguits. A Finlàndia, Forsell ha reportat, per contra, fins un 67 per 100 de morts, malgrat la insulina, però cal remarcar que aquests malalts vivien allunyats en comarques endarrerides i entre gent ignorant. La indocilitat dels infants, la pusillanimitat, la incomprensió i la malfiança dels pares, la por als accidents d'hipoglucèmia per la part dels metges, la pobresa de les llars, són obstacles que hom troba en tots els països per a prosseguir un tractament que, cal declarar-ho, és enutjós, desagradable, difícil, no exempt de perill i costós. Els meravellosos resultats que dona, quan pot ésser convenientment aplicat, valen sens dubte la pena que hom s'esforci per la creació de serveis socials competents i de generalitzar-ne els beneficis. Cal, encara, que les condicions locals de l'aplicació del mètode ho permetin.

Hemiplexia infantil. Tractament per neurotomies i allargament del tendó d'Aquiles, pel Dr. ROBERT GUÉRIN, de Bordeus. «La Presse Médicale». París, 4-VII-36, p. 1.100.

L'autor insisteix sobre els resultats que donen, en el tractament de les paràlisis espasmòdiques (hemiplexia, malaltia de Little), les seccions nervioses perifèriques (Stoffel) associades a intervencions tendinoses i en fa la demostració en presència del film d'un malalt afecte d'hemiplexia cerebral infantil. Les intervencions practicades (secció del nervi obturador dins de la pelvis, secció dels nervis superiors dels bessons i del solí a la bifurcació del còlit intern dins del buit popliti, i allar-

gament del tendó d'Aquiles) fan desaparèixer la contractura en adducció i l'equinisme, ço que dona lloc a una gran millora de la marxa.

En el film passat per l'autor hom pot jutjar, per comparació, els resultats que es poden obtenir. En ell es demostra que operacions sense gravetat serveixen per a arribar a notables millores de les possibilitats funcionals d'aquests malalts.

Encarcament congènit dels dos genolls, pel Dr. H. L. ROCHER, de Bordeus. «La Presse Médicale». París, 4-VII-37 p. 1.100.

L'autor presenta una noia de 8 anys operada a l'any de doble peu-pinya *varus equi* molt marcat i que presenta un encarcament congènit dels dos genolls amb displàsia muscular notable a la cuixa i atrofia de tots els músculs de la cama. El tractament proposat davant d'aquest cas és el següent: tenotomia inferior dels músculs posteriors de la cuixa i capsulotomia per obtenir un redreçament parcial dels genolls. El redreçament dels membres inferiors serà realitzat ulteriorment mitjançant una osteotomia subcondiliana.

Adenopatia cervical aguda en un vacunat per BCG. Límfitoma, pels Drs. PAUZAT i FORTON, de Bordeus. «La Presse Médicale». París, 4-VII-37, p. 1.100.

Es tracta l'observació d'un infant de 4 anys fill de mare tuberculosa i vacunat pel BCG (via bucal) en néixer i al començament del segon any.

Fa tres mesos, aquest infant presentà bruscament, amb febre alta, una adenopatia sub-àngulo-maxil·lar, de la mida d'una nou, sense adenoiditis, ni amigdalitis. Convenia escatir la naturalesa íntima d'aquesta fluxió ganglionar i, amb aquesta finalitat, hom procedí a l'ablació del gangli i a practicar-ne talls histològics. Així, hom constata l'absència d'imatges tuberculosos i de lesió que recordi la limfogranulomatosi maligna. Per contra, aquesta anàlisi posà de manifest una imatge típica de limfocitoma.

Vegeu, encara:

GIRAUD, P. (de Marsella): *Què cal pensar dels règims adoptats actualment per a l'alimentació dels infants durant la primera edat?* «La Presse Médicale». París, 2-I-37, p. 1.

BERNOLA, Ch.: *L'acrodinia infantil*. «Toulouse Médical». 1-I-37, p. 61.

POUYANNE, L. i ROCHER, Ch.: *Osteomielitis aguda de l'extremitat superior del fèmur en un nodrissó*. «Gazette Hebdomadaire de Sciences Médicales de Bordeaux». 31-I-37, p. 78.

ROCHER, H. L., CLARAC i POUYANNE, L.: *Hèrnia diafragmàtica esquerra en un infant de 2 anys*.

«Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 14-II-37, p. 107.

BEUTTER, Ch.: *L'acrodinia infantil al Loire i als departaments limitrofes*. «Le Journal de Médecine de Lyon». 20-II-37, p. 109.

BARRE, L. (d'Avinyó): *L'acrodinia infantil a la regió avinyonesa*. «Le Journal de Médecine de Lyon». 20-II-37, p. 115.

DUFOIX, M.: *Pionefrosi estañilococcica del nodrissó*. «L'Echo Médical des Cévennes». Nîmes, febrer 1937, p. 36.

ROCHER, H. L., CLARAC i POUYANNE, L.: *Hèrnia diafragmàtica esquerra en un infant de tres anys*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 6 febrer 1937, p. 213.

POUYANNE, L. i ROCHER, Ch.: *Osteomielitis aguda de l'extremitat superior del fèmur en un nodrissó*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 13-II-37, p. 243.

LEENHARDT, E. i BOUCOMONT, J. (de Montpeller): *Recerques sobre l'acrodinia*. «Le Journal de Médecine de Lyon». 20-II-37, p. 105.

PAUZAT i FORTON: *Flemó perinefrètic en un nodrissó d'un mes*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 6-13-III-37, p. 343.

LEUBAT, E., POUYANNE, L. i MARC: *Un cas de gangrena dels dos avantbraços en un nodrissó*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-III-1937, p. 388.

CLARAC, J.: *Nota sobre un cas d'anorèxia mental en un nodrissó que ha donat lloc a un escorbüt frustrat*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-III-37, p. 390.

ROCAZ, C.: *Es contagiosa l'acrodinia infantil?* «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-III-1937, p. 392.

CRUCHET, R.: *Una família de prematurs. Les cinc bessones canadenques de Callander*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 20-III-1937, pàg. 361.

CRUCHET, R.: *Una família de prematurs. Les cinc bessones de Callander*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 7 març 1937, p. 155.

CRUCHET, R.: *Una família de prematurs. Les cinc bessones canadenques*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 27-III-37, p. 444.

DUFOUR: *Sobre un cas de pleuresia quílica en un nodrissó de 43 dies*. «La Gazette Médicale Limousine». Limoges, III-37, p. 107.

LAUBIE, E.: *A propòsit d'onze casos d'acrodinia infantil al Baix-Llemosí*. «La Gazette Médicale Limousine». Limoges, III-37, p. 117.

BOUDRY, A.: *Coefficients cardio-arterials de fatiga, en pediatria*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 4 abril de 1937, p. 217.

FORTEN i PAUZAT: *Osteomielitis aguda del maxil·lar en un nodrissó de dos mesos i abscess de la sina en la mare*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 17-IV-37, p. 534.

FONTAN, JOULLIA i DUPIN: *Bromidia vegetant en un nodrissó*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 18-IV-37, p. 253.

CLARAC, J.: *Síndrome acrodinic d'evolució ràpida durant el curs d'una intoxicació digestiva*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 18-IV-37, p. 253.

BOISSERIE-LACROIX i LAVIAL: *Acrodinia recidivant*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 18-IV-37, p. 253.

Terapèutica física i diagnòstic

La fisioteràpia del simpàtic, per N. WANGERMEZ, de Bordeus. «La Presse Médicale». París, 11 novembre 1937, p. 1.777.

L'autor remarca la dificultat de resumir el tema en una ponència, car ultra la seva imprecisió i la inestabilitat que el caracteritzen, hi ha una qüestió més imprecisa, encara que cal tenir en compte: les indicacions, fins ara més o menys empíriques, dels agents físics.

Tot amb tot, Wangermez en aquest treball (ponència al XXIV^e Congrès Francès de Medicina) emprèn l'estudi dels agents físics a part de la radioteràpia i l'aprofundeix, sobretot, en allò que fa referència a l'acció de la llum i de les ones electro-magnètiques curtes.

Després d'haver utilitzat nombrosos tests i a desgrat de les seves imperfeccions i de les crítiques que hom pugui fer-li, Wangermez ha emprat el reflex òculo-cardíac. Si hom investiga aquest reflex abans i després de les sessions de fisioteràpia, hom obté xifres discordants de les quals no es pot derivar cap conclusió general interessant; però sí, com han preconitzat Duhem, Biancani i Huant, hom calcula les variacions de l'alentiment en funció de la intensitat i de les dosis repartides entre moltes sessions, hom obté corbes, dites neurotòniques, que presenten sempre un màxim o un mínim. Aquestes corbes són molt netes en la majoria d'individus sotmesos als raigs ultra-violetes, a la llum. Són variables, però sovint molt netes també, per les ones curtes.

Tenint en compte els treballs de Dale i de la seva escola, la noció de nervis colinèrgics i adrenèrgics permet, si hom té en compte els fets clínics i les experiències de Felderg i Ninz (en les quals és provat que la injecció d'acetil-colina pot motivar una descàrrega d'adrenalina), d'entreveure el mecanisme d'aquesta acció regulatriu.

La comparació de les accions dels nostres agents físics i de la de l'acetilcolina i de l'adrenalina au-

toritza a pensar, almenys pel que concerneix la llum, que aquesta darrera obrarà per acció colinèrgica. Tot amb tot, és prudent que hom eviti de formular conclusions massa categòriques. Els fets clínics aparenten, no obstant, estat del tot a favor d'una tal interpretació.

Vegeu, encara:

MEYER, J.: *Nota sobre el tractament de l'asma per les ones curtes*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 4-IV-37 pàgina 220.

Toxicologia i Medicina legal

Un nou contraveri de l'òxid de carbó: el blau de metilè, pel Dr. P. MARRON. «L'Echo Médical des Cévennes». Nîmes, 11-37, p. 33.

No em proposo pas en la meua comunicació d'avui fer-vos ofrena d'una observació personal referent al tractament, per mitjà del blau de metilè, de les asfíxies degudes a l'òxid de carbó; el meu desig solament és atreure la vostra atenció sobre aquesta nova terapèutica que permet les més grans esperances. En certs casos greus d'intoxicació, i quan els mètodes preconitzats fins avui havien fracassat, aquesta terapèutica ha estat coronada per l'èxit.

Hom no ignora que l'asfíxia oxicarbonada és molt freqüent, tant si és accidental com voluntària; la mort de tres membres d'una mateixa família, esdevinguda a Nîmes, dona actualment un interès de primer pla a aquesta qüestió.

L'òxid de carbó és produït per diverses fonts, les principals de les quals són els brasers de combustió lenta, el gas d'enllumenat i els motors d'explosió. Els símptomes d'intoxicació varien segons el to de l'atmosfera en gas tòxic i segons la durada de la seva inhalació.

En febles proporcions, l'òxid de carbó pot ja, al cap d'algunes hores, provocar un afebliment notable de les facultats intel·lectuals. No cal cercar la causa de certs accidents d'auto, esdevinguts després d'un llarg trajecte en un vehicle tancat. L'únic responsable d'això és el mal isolament del tub d'escapada, la qual cosa provoca en els passatgers i al xofer migranyes i somnolència que comporten les funestes conseqüències que hom pot imaginar.

Amb una taxa de l'aire de quatre mil·lèsimes, els símptomes observats són més greus, i l'esvaniment és segur.

Per a la taxa de 8 a 16 mil·lèsimes, la pèrdua del coneixement pot esdevenir mortal per poc que l'estada en l'atmosfera viciada es prolongui durant algunes hores.

Per a taxes superiors, la mort esdevé molt ràpidament, sovint, en pocs minuts.

L'asfíxia per òxid de carbó pot produir-se durant el son, sense que l'individu que n'és víctima hagi estat desvetllat a temps pels fenòmens particulars de la intoxicació; en altres casos, l'intoxicat es desvetlla víctima de violentes migranyes, vol llevar-se per tal d'obrir una finestra, però la paràlisi dels membres inferiors que s'observa en aquests casos, el fa caure a terra d'on li és impossible d'aixecar-se. Nombrosos candidats al suïcidi, trien aquesta forma de mort la qual presentarà, segons sembla, una relativa dolçor si hom la compara a altres medis de destrucció més violents.

Contra aquests accidents, hom no disposava fins avui més que dels mitjans següents: els tònics, la sagnia, la transfusió i, finalment, la respiració artificial. En els casos greus els fracassos eren freqüents, i s'observava, sovint, que l'individu reanimat, moria alguns dies després; la reconstitució dels glòbuls vermells és lenta i l'organisme afeblit, sovint és incapaç de portar a terme aquesta regeneració.

Cal creure en la troballa d'un mètode nou contra aquesta mena d'asfíxia; es tracta del blau de metilè en injeccions intravenoses. Els autors americans que l'han emprat preconitzen la injecció intravenosa de 50 c.c. d'una solució de blau de metilè a un 1 per 100 en sèrum fisiològic; aquesta injecció que pot ésser feta en una vena del plec del colze, preferible si hom posa la vena al descobert per mitjà d'una incisió cutània, pot repetir-se de 15 a 30 minuts més tard si l'individu no s'ha reanimat.

Quant a la manera d'acció del blau de metilè, cal pensar que actua per dissociació de la carboxihemoglobina. Actua a la manera d'un contràverí, i la seva acció és prou coneguda de fa alguns anys en el tractament de les intoxicacions per l'àcid cianic.

Heus ací, per acabar, l'observació d'un cas recent tractat amb èxit: el 30 de desembre darrer, un habitant de Sant Francesc, de 54 anys d'edat, intentà de suïcidar-se, bo i respirant el gas que sortia pel tub d'escapada del seu automòbil.

Els primers auxilis que li foren donats consistiren en l'aplicació de la respiració artificial durant mitja hora, sense cap èxit. L'individu inanimat fou conduït ràpidament a un Servei hospitalari en el qual, de feia alguns dies, hom havia rebut l'ordre de tractar aquests malalts amb el blau de metilè. El pacient rebé una injecció intravenosa d'aquest medicament; tres minuts després el seu cor començava a bategar i deu minuts més tard l'individu recobrava el coneixement.

Heus ací el que em calia dir per tal de mostrar-vos l'esperança que hom pot tenir a propòsit d'aquest nou mètode de tractament de les asfíxies provocades per l'òxid de carbó.

Vegeu, encara:

- MARRON, P.: *Un nou contràverí de l'òxid de carbó: el blau de metilè*. «L'Écho Médical des Cévennes». Nîmes, II-37, p. 33.
- FUSTER, J.: *La insuficient protecció legal dels malalts psíquics internats en els Establiments Psiquiàtrics*. «Revista de Psiquiatria i Neurologia». Barcelona, V-36, p. 26.
- CREYX, M. i RINGENBACH, G.: *Intoxicació gardenàlica massissa. Tractament precoç. Guariment*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 7-VI-36, p. 366.
- PLATON, CH.: *L'esterilització des del punt de vista social*. «Mónaco Méditerranée Médical». Monte-Carlo, 15-VIII-36, p. 180.
- LIMOUSI, H.: *El tractament de les intoxicacions degudes als bolets*. «Centre Médical». Clermont-Ferrand, X-36, p. 307.
- CORNIL, L. i OLMER, D. (de Marsella): *Recerques anatòmiques i biològiques sobre la intoxicació apolítica experimental*. «Le Progres Médical». París, 31-X-36, p. 1.681.
- MONTEL i MARTY (de Marsella): *Intoxicació aguda per la tintura d'anilina*. «Le Progres Médical». París, 17-X-36, p. 1.616.
- LIMOUSIN, H. (de Clermont-Ferrand): *El tractament de les intoxicacions degudes als bolets*. «Le Siècle Médical». París, 1-XI-36, p. 1.
- MANDOUL, R.: *A propòsit de les serpents del Brasil*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 10-XII-36, p. 842.
- DERVILLÉE, P. i DUBARRY, J.: *Sobre la valor del test de «sedimentació globular» durant certes intoxicacions i en medicina legal*. «Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux». 20-XII-1936, p. 808.
- DELMAS: *Introducció a l'estudi toxicològic del Cadmiu*. «Toulouse Médical». 15-I-37, p. 45.
- CAUGILLE, F. i CANAL, G.: *La toxicitat del níquel per a les vertebrals superiors*. «Toulouse Médical». 15-I-37, p. 33.
- REY, G.: *L'esterilització des del punt de vista social*. «Toulouse Médical». 15-II-37, p. 100.
- QUERCY, P. i BONIFACINO, M.: *Nota estadística sobre la infància delinqüent a Bordeus el 1934*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 13-II-1937, p. 249.
- DERVILLÉE: *Circumstàncies etiològiques i modalitats clíniques de la intoxicació pel tetràclorur de carbon*. *El punt de vista mèdico-legal*. «Journal de Médecine de Bordeaux». 24-IV-1937, p. 557.
- CHAIROU i GUEZE: *El paper de la protecció tolosenca a la infància en el Tribunal d'Infants i de la infància deficient*. «Toulouse Médical». 1-V-37, p. 261.

Notes bibliogràfiques

Manual Práctico de Medicina Interna. Segona Edició espanyola. Dr. A. von DOMARUS. Trad. P. Farreras. Editorial Marín. Barcelona.

No és pas una tasca senzilla com pot semblar a primer cop d'ull escriure un llibre de patologia a base d'aprofitar solament les dades precises i concretes que resten al marge de les polèmiques i que, per tant, constitueixen el material estable admès per tothom, sense distincions de doctrina ni d'escola.

Un llibre de patologia escrit en fred, amb aquests únics materials pot arribar fàcilment a merèixer el qualificatiu d'antipàtic. Serà, potser, una mena d'arxiu de veritats objectivables, però la seva lectura serà enutjosa, inconnexa i, doctrinalment, ben poc profitosa. No cal dir que, si el propòsit de l'autor ha estat oferir al no iniciat un llibre d'introducció, la tasca haurà estat ben lamentable per tal com res no hi haurà de menys pedagògic que un llibre concebut amb aquest criteri tan esquifit.

Un llibre, baldament sigui un llibre de patologia mèdica, ha de dur l'empremta espiritual del seu autor. Totes les objectivacions són lloables, però en matèries que encara ofereixen clarianes innúmeres entre els fets fonamentals que la informen, cal que una mica de subjectivisme de l'autor s'encarregui d'emplenar provisionalment les absències de la realitat encarregada de formar els lligams que reclama el cos de doctrina.

Enfocada així la qüestió no resulta pas difícil de comprendre que els llibres més elementals, destinats a guiar els primers passos en l'estudi d'una matèria, cal que siguin redactats pels homes més coneixedors d'aquella matèria.

Així com les millors revistes per a infants les redacten els vells, així mateix els *vade-mècum*s d'una disciplina han de redactar-los els veterans de cada disciplina. Unicament així tindrem la garantia sobre la seva valor pedagògica.

No confonguéssim pas els apunts recollits d'oïda per l'escolari atent, amb les conclusions glossades que redacta el mestre per a bastir la criteriologia d'una lliçó de programa. La primera d'aquestes feines pot deixar la personalitat del transcriptor al marge de les interpretacions; la segona, obliga l'autor a fer una gran donació d'ell mateix, obliga a fer afirmacions personals, exigeix que aquell que parla i opina es compromet.

Aquest és el cas del Dr. A. von Domarus i del

seu meravellós «Manual Práctico de Medicina Interna» que ara ens ofereix l'Editorial Marín en la seva segona edició espanyola, pulquèrrimament traduïda de la dècima edició alemanya pel Dr. Pere Farreras.

El llibre de Domarus és model de models en el seu gènere per tal com ha estat escrit en el moment precís que el seu autor ha arribat a la plenitud de domini de la matèria en sí i de la gràcia pedagògica que, damunt d'una vocació docent, estructuraren uns quants anys de convivència amb estudiants a l'espona del llit dels malalts.

L'èxit d'aquest llibre en la seva edició alemanya ens el diuen ben clarament les deu vegades que s'ha exhaurit en tretze anys; ens el confirma també aquesta segona edició espanyola publicada a precs de centenars d'estudiosos.

La patologia mèdica és, certament, una de les branques de la Medicina més inestables, car les recerques verificades en el seu camp són constantment aportadores de fets nous que tergiversen conceptes i enderroquen suggerències admeses prèviament com veritats poc menys que matemàtiques.

Aquesta inestabilitat informa la bibliografia mèdica en general, però, sobretot, soscava la perpetuació dels llibres compendiadors.

Aquesta realitat indiscutible és la que proclama, per contra, la superioritat de la revista damunt dels gran tractats enciclopèdics.

Tot amb tot, en matèries que no poden escapar totalment de l'enciclopèdisme monogràfic — valgui la paradoxa — els tractats del tipus que els anglesos anomenen *essentials*, són ineludibles, per bé que llurs editors ja saben que honestament vénen obligats a reeditar-los amb adequada freqüència.

En la segona edició espanyola del Manual del Dr. Domarus, que no ens cansarem de recomanar, car el considerem—repetim-ho—un dels millors llibres de la seva classe, han estat recollides totes les novetats registrades d'ençà de la primera. No es tracta, doncs, d'una vulgar reimpressió feta mecànicament sota la coacció de l'èxit, es tracta, pròpiament, d'un llibre nou que manté *al dia* tot l'interès d'aquella publicació viva, atractiva i plena de suggeriments que el Dr. Farreras completà, encara, amb notes de caràcter pràctic escrites amb el pensament fixat en la mena de lectors que la seva traducció reuniria.

L. C.

Occitània mèdica

pel Dr. August Pi-Suñer

Un nou professor a Tolosa

Louis Bugnard ha estat nomenat professor de Farmacologia de la Universitat de Tolosa del Lenguadoc. Res més encertat que aquest nomenament. Després de l'encàrrec de l'ensenyament que li fou fet durant uns anys, encàrrec complet amb la màxima dignitat i la més alta competència, era ben just que, en ésser restablerta la dotació per a la càtedra, la designació de professor recaigués en Bugnard.

Aquest té avui una personalitat científica destacada. Format al costat de Soula, fidel col·laborador de Soula, i procedent, a la vegada, de l'Escola Politècnica, junt a la impulsió vital de la forta personalitat del mestre, el rigor crític i l'extrema pulcritud en el treball que imposa el primer centre d'ensenyament de França. A més, té Bugnard grans dots de pedagog: les seves lliçons són metòdiques, clares, i sobretot agradables.

Malgrat la juvenesa, la seva producció ja compta. Treballa al laboratori de Fisiologia de la Facultat de Medicina amb Soula i al Centre Regional de Lluita Anticancerosa sota la direcció de Ducuing. Els dos laboratoris es complementen, Bugnard és un tècnic escrupolós que coneix a fons la física i es preocupa ensems de recerques químiques que manipula amb tota cura.

La tasca fisiològica a Tolosa està ben repartida. Soula—ultra l'alta direcció dels laboratoris—s'ocupa especialment de la tècnica quirúrgica que domina magistralment. Té sempre disponibles gossos en bon nombre, preparats per a diferents recerques: gastrectomitzats, pavlovitzats, amb fistules diverses, sense pàncreas, etc. El treball del departament asèptic del laboratori del Centre és seguit i intens. Bugnard s'ocupa dels exàmens químics i físics i de les recerques fisiològiques que tenen sobretot relació amb aquells dominis. Al voltant dels dos professors, un conjunt de col·laboradors de gran eficàcia. Rouzaud, Baisset, Darnaud, Delas... realitza treballs nombrosos i remarcables, i ajuda encara en la dura tasca de l'ensenyament.

Bugnard començà la seva obra experimental ajudant Soula i altres col·laboradors en l'estudi dels factors de regulació de la glucèmia. En bona hora

es convenceren de com són justes les idees de Cannon i Folin sobre l'emmagatzemament de l'excedent de glucosa circulant en diferents òrgans i teixits, especialment les llacunes del teixit conjuntiu i la pell. Estudiaren també les relacions entre la concentració de la glucosa en la sang i les funcions, les secrecions, en l'aparell digestiu, qüestió que ha esdevingut de gran interès.

En relació amb els estudis de Soula sobre la funció colesterògena de la melsa i estimulat per la significació de les variacions de colesterol en



El Prof. L. Bugnard

la sang dels cancerosos, Bugnard s'ha ocupat també del problema de la regulació colesterolemica.

L'any 1933, amb Pierre Gley i Langenvin, presentà a l'Acadèmia de Ciències de París l'aparellatge per a registrar les variacions de la pressió arterial aprofitant les propietats físiques del quarz piezoelèctric. Aquest procediment dona gràfics d'una gran precisió i netedat, i permet l'anàlisi dels fenòmens amb tot detall i exactitud gràfiques, molt superiors a les que s'obtenen pel procediment en ús. El mètode, veritablement modèlic, marca un camí que pot ésser ric en aplicacions.

Darrerament, Bugnard ha treballat amb Arqui-

bald Hill en el laboratori de la University College a Londres. La col·laboració de la gran autoritat que és Hill, i de la competència de Bugnard en tècnica física, ha estat pròdiga en resultats considerables. Les investigacions sobre la producció de calor pel nervi—com en el múscul, calor inicial i calor diferit—, d'electricitat pel mateix nervi segons el ritme de l'estímul, de la fisiologia en general del nervi mielínic del gat, i altres estudis conexas són importants. La influència de la llarga estada a Londres, sobre la formació de Bugnard, es farà sentir cada dia.

Es una felicitat circumstància que Bugnard hagi estat nomenat professor de Farmacologia i que segueixi treballant conjuntament amb Soula, professor de Fisiologia. Es dona a Tolosa un cas idèntic al de Barcelona, la coincidència en la producció científica d'aquestes dues càtedres afins. La Farmacologia, en efecte, s'ha constituït per l'evolució de la Fisiologia. Així s'ha fet científica la vella Terapèutica. Les tècniques fisiològiques i farmacològiques són les mateixes i sovint els proble-

mes comuns. Que les instal·lacions siguin conjuntes ho estimem un avantatge, pel mutu auxili i pel plantejament de qüestions d'ample abast. La continuació de la convivència de Soula i Bugnard, cadascun en la seva càtedra, però realitzant funcions d'investigació coordinades, serà sens dubte profitosa per a la ciència francesa.

Per a nosaltres el desenvolupament d'una forta escola de Fisiologia a Tolosa—cada dia més forta—té molt interès. Les relacions entre els fisiòlegs tolosens i nosaltres són constants, seguides i plenes d'afecte. Aquells savis — Soula, Bugnard...—, grans amics de Catalunya, formen el vehicle natural per la difusió de les nostres coses a França. Ho fan amb tot fervor. Ells són com una prolongació de la nostra escola, un nexe produït d'ideals comuns, d'ideals de ciència, d'ideals de cultura, sobretot d'ideals humans. Que dins la selecció francesa prenguin lloc de comandament homes com Bugnard, identificat per altra banda amb l'esperit ardent de Soula, és per a nosaltres un conhort i una esperança.

ANTONI DE MONRAVA I ROCA

(ve de la pàg. 518)

Les doctrines professades en el seu ensenyament vénen consignades en un llibre titulat «Breve curso de Cirugia», dividit en 6 tractats.

Segons l'historiador Chinchilla, són interessants els tractats d'Anatomia, Apostemasi, Llagues, ja que si bé no porta res original «trata de estas materias con Método y conocimiento».

L'any 1732 va fer imprimir el seu treball sobre «Operaciones anatomicas e quirurgicas» practicadas al gos viu per estudiar els moviments del cor i en una gossa en estat de gestació per estudiar la circulació del fetus.

El 1744 publicà la «Novísima Medicina», en la qual descriu els seus experiments sobre el funcionament del cor en el gos viu realitzats l'any 1730 on tingué ocasió de mostrar a tots els presents que el cor continuava bategant algun temps després de separat de l'animal. També afegeix que durant tres dies demostrà la circulació de la sang en tres tortugues, en presència del comte d'Aoutoguia i del Marquès de Fronteira. Sembla, pel que es veu, que aquestes demostracions revestien en l'època de l'autor una solemnitat extraordinària, puix que l'assumpte de la circulació de la sang no sols apassionava els metges sinó que obsessionava totes les persones d'un xic de cultura.

La gossa en gestació estudiada per Monravà, ens obliga a recordar la truja de Vesali, viviseccionada abans del 1586, o sia dos segles abans.

Si bé és veritat que l'Anatomia es trobava en decadència el 1700, quedaven encara homes que al nostre país conservaren la tradició brillant del 1500. Sense anar més lluny, al 1550 Rodríguez de Guevara, anatomista espanyol cridat pel Rei Joan III, nomenat Professor de Coimbra i després de Lisboa, havia practicat demostracions semblants davant d'una concurrència tan nombrosa com distingida, entre la qual figurava el propi monarca.

Guevara coneixia tota la tècnica de Vesali, ja que fou junt amb Valverde deixeble directe de Colombus, que succeí a Vesali en la Càtedra de Pàdua.

Monravà representava, doncs, un brillant continuador de l'antiga escola d'anatomies que cultivaren la Fisiologia, que no va separar-se de la ciència morfològica fins ben entrat el segle XIX i que en un moment de franca decadència, manté viva la tradició experimental de l'escola de Vesali reforçada amb els nous coneixements de la fisiologia circulatoria introduïts pels estudis de Harvey.

Segons Serrano, Monravà coneixia tots els invents anatòmics que representaven novetats en la seva època, sobre la circulació de la sang, sobre els limfàtics, sobre el suc gàstric, el suc pancreàtic, etc., etc., però sembla que tenia la mania de no voler citar els autors, no sabem si per considerar que la ciència és de tothom, o pel recel d'ésser considerat poc original en els seus coneixements o per no voler reconèixer altres prestis.

Havia de tenir també coneixements sòlids de Botànica, ja que projectava l'any 1739 incloure aquest ensenyament a l'Acadèmia de les quatre ciències, amb aplicacions sobre les virtuts medicinals de les plantes, portant els alumnes al camp i a les hortes, projecte que no sabem si va arribar a realitzar.

També sentia gran afició a la Física i en especial a l'Òptica, puix que volia ensenyar «cómo se hace la vista y cómo se pierde», així com les operacions manuals que es poden fer, i com es fan «millor que ningú» les operacions amb agulla de les cataractes.

A més d'aquestes publicacions de caràcter exclusivament científic, Monravà va publicar una sèrie d'opuscles de caràcter acadèmic uns, de caràcter polèmic altres, que tenen una valor mediocre.

Característiques psicològiques del Dr. Monravà:

A part del que pot desprendre's dels escrits de Monravà, citarem l'opinió de Serrano, que després de tot el que anteriorment hem indicat afegeix noves dades, que si bé semblen un xic apassionades no podem deixar de recollir-les, si volem ésser amants de la veritat.

Quan Monravà comença el seu ensenyament, diu Serrano, tenia ja l'esperit format, ja que tenia 50 anys, i els seus coneixements i saviesa eren indiscutibles, com també el seu entusiasme per l'ensenyament que arribava fins al fanatisme. Però el cervell de Monravà, per gran que fos, estava dominat per la seva vanitat.

Tenia l'obsessió d'ésser el renovador de tota la Medicina i odiava la notorietat dels altres, fins al punt que no esmentava mai personalment cap autor, no fent cap referència ni encomi de Harvey ni d'Asselli, els coneixements dels quals no sols coneixia, sinó que presumia de conèixer. Segons el mateix Serrano, per a Monravà els autors eren uns *embusteros*, els moderns uns *insignificants* i els nous uns *tontos*, sols ell posseïa la veritable ciència. *Et sicforis, medicinam subvertio*.

Encara que sigui aquest judici un xic apassionat, ens temem que contingui una part de realitat, tenint en compte els treballs polemístics de l'autor, com són «Antigüedad y Ribera impugnados», «Manifiesto de la razón de quexa que tiene el Doctor de Monravà contra la Real Academia de París, 1752». «Novísima e insuperable (!) disertación sobre las preñadas, 1752». Acceptant tots aquests defectes, que potser expliquen en part el fulminant decret de jubilació del 1732, molt freqüent en homes de ciència col·locats en situació privilegiada, acostumats a rebre honors dels magnats i adulations dels qui el rodegen, cal reconèixer que la seva destacada personalitat està ben fonamentada en una activitat que no l'abandona ni a l'edat més avançada.

Monravà representa al mig del divuitè un trànsit entre el treball seriós del segle XVI, en el qual són molts que actuen en el cadàver i experimenten en els animals en el període de decadència iniciat en el segle XVII que culmina al XVIII, fins que arriben les reformes de Virgili i Gimbernat. Per això, al mateix temps que escriu treballs barrocs de caràcter polèmic, manté vives les tradicions de treball experimental vingudes de Vesali, ampliades amb les noves aportacions de Harvey sobre la fisiologia de la circulació.

El record del català il·lustre ens ensenya que la nostra terra ha donat homes eminents en totes èpoques, que hem d'honorar degudament, dolent-nos que tant Monravà com poc més tard Virgili i Gimbernat, emigraren de Catalunya sens dubte perquè no trobaren un clima espiritual que els fos propici. En canvi, tots ells portaren en llurs activitats, una energia pel treball i un esperit objectiu i realista, que sens dubte absorbiren per l'arrel de catalanitat que va impregnar llur infantesa.

PUBLICACIONS DEL DOCTOR MONRAVA

«Breve curso de nueva cirugía». Lisboa, 1725, 1728.

«Oración médico-anatómica». Lisboa, 1725.

«Antigüedad y Ribera impugnados». Madrid, 1729.

«A un mismo tiempo Feijoo defendido y Ribera convencido». Autuerpia, 1732.

«Academicas oraciones físico-anatómico-medico-cirúrgicas». Autuerpia, 1732.

«Físico certame sobre o sol, lua, luz e olhos: entre num escolástico cominbricense e hum academico ulyssiponense». Lisboa, 1732.

«Cinco preciosos remedios tirados da mais rica mina e fructuosos campos». Lisboa, 1734.

«Noticia curiosa de novo e grave Estilo com que se ensina toda a Materia Scientifica, pertenecente a Medicina, na escola do Dr., etc.». 1739.

«Operacoes anatomicas e cirurgicas». Lisboa, 1739.

«Desterro crítico das falsas anatomias, etc.». Lisboa, 1739.

«Theatrum anatomicum animalium, plantarum et aliorum corporum naturalium». Madrid, 1740.

«Novíssima Medicina impugnante á Nova, Velha e Velhíssima dos Auctores Antiguos e Modernos». Lisboa, 1745-1747.

«Epístola apologética o el Conde de Luna enfermo». Lisboa, 1752.

«Manifiesto de la Razon Quexa que tiene el doctor D. Antonio de Monravà y Roca... contra la Academia R. de Cirugía de París». Lisboa, 1752.

«Novísima y insuperable Disertación sobre las Preñadas». Lisboa, 1752.



Noticiari d'activitats

Infants refugiats a Catalunya

pel Dr. PERE CALAFELL

Requerit per la direcció d'aquesta Revista per exposar en un article els problemes que comporta l'atenció sanitària dels nens refugiats, i la manera com aquests han estat, en part, solucionats, he d'anunciar de bon començament: 1.^{er} La impossibilitat de poder obtenir dades estadístiques completes sobre els punts que aquí seran exposats, motiu pel qual moltes vegades n'haurem de prescindir; exposant, quan no, dades parcials, de valor sempre relatiu; i 2.^{on}, que la visió que s'explanarà en aquestes ratlles serà, malgrat esforçar-me en el contrari, una visió parcial.

Són fruit aquestes dues característiques de les circumstàncies que envolten la qüestió general dels refugiats, amb tota la seva complexitat i el seu volum.

Dividirem l'exposició del tema en dos capítols:

I.—Arribada de refugiats. Problema sanitari general. Intents de solució.

II.—Els infants refugiats. Ajut Infantil de Reguarda. Altres institucions.

I.—ARRIBADA DE REFUGIATS. PROBLEMA SANITARI GENERAL. INTENTS DE SOLUCIÓ.

El problema sanitari que va crear l'arribada de refugiats a Catalunya, és sens dubte el més important que durant molt temps s'ha plantejat a la sanitat civil del nostre país. El desplaçament de grans masses de població es calculen en uns

270.000 el nombre de refugiats que acull actualment Catalunya) en condicions extraordinàries d'aglomeració i misèria, amb un psiquisme profundament alterat per les circumstàncies que acabaven de travessar, és solament comparable als desplaçaments que amb motius diversos es produeixen en terres orientals, i que són motiu de preocupació constant per part dels epidemiòlegs. Problema per la solució del qual s'han d'improvisar tots els mitjans; doncs ha d'ésser considerat sempre com insòlit i impossible de preveure.

Quan vaig ésser delegat pel sindicat sanitari U. G. T. al Comitè Central d'Ajut als Refugiats, per ocupar-me junt amb altres de la qüestió sanitària estàvem als inicis de l'evacuació de la Capital de la República, i fruit de la col·laboració amb alguns companys especialitzats en les diferents branques que ens interessaven, vaig presentar el següent programa de realitzacions:

«PONENCIA SOBRE LA SANITAT DELS REFUGIATS

L'arribada, en qualitat de refugiats, de grans masses d'evacuats de les zones de guerra crea a Catalunya, entre altres, un problema sanitari de gran magnitud que es planteja en els enunciats següents: Necessitat d'atendre els refugiats malalts; necessitat d'evitar la propagació de les malalties que pateixen i, d'una manera particular,



El culte a l'art.

jançant una explicació raonada dirigida al conjunt, sia per unes preguntes que faria l'internista a cadascun, per prospectes, etc.). Tots els suspectes serien examinats a radiscòpia. 4.^{art} L'internista revisaria els malalts aguts i els que patissin altres malalties. 5.^è Un pediatra revisaria tots els nens (prestaria atenció a la qüestió de les vacunacions). El resultat d'aquestes exploracions seria anotat a la fitxa si era positiu, i si totes les exploracions eren negatives, s'escriuria la paraula *sa*. Aquestes esta-

evitar la difusió d'epidèmies que, donadès les actuals circumstàncies, podrien presentar-se.

Per a resoldre aquest problema convé fer-ho en dues parts: primera, revisió i classificació sanitària dels refugiats en llur entrada a Catalunya; segona, atenció al malalt.

La primera qüestió es podria resoldre creant unes Estacions Sanitàries d'arribada, on els refugiats serien revisats, fitxats i classificats. Aquestes estacions serien uns edificis amb capacitat per a unes cinc centes persones, habilitats perquè hi poguessin residir durant dos dies. Aquests dos dies servirien per a fitxar-les i fer la revisió sanitària la qual consistiria en: 1.^{er} Revisió de tots els arribats, per un oftalmòleg. 2.^{on} Revisió de tots els arribats, per un dermatòleg (els veuria despullats i els miraria la pell, faneres i boca). 3.^{er} Serien pregats tots de declarar si tenien alguna malaltia de l'aparell respiratori (sia mit-

cions estarien proveïdes de material adequat per a esterilitzar la roba que els refugiats utilitzarien durant llur estada. Tindrien també una instal·lació per a treure els polls i guarir la sarna.

Tenint en compte que gairebé la totalitat de refugiats arriben a Catalunya per la via de València, i a fi d'evitar fins on sigui possible els trasllats innecessaris, convindria instal·lar aquestes estacions en ciutats que tenint una importància prou gran



El xerrac i el tros de fusta: comença l'ofici.

La fusta ja és domada pels petits obrers.

per a fer-les tècnica-ment i econòmicament capaces, estiguessin situades com més a la vora millor del límit amb València. Reuneixen aquestes condicions Tortosa, Reus i Tarragona. Al mateix temps, se'n crearia una a Barcelona per evitar aglomeracions que en moments d'evacuacions nombroses podrien presentar-se. En sortir d'aquestes estacions els refugiats serien distribuïts en famílies o en residències



sanitat dels refugiats fa que actualment n'hi hagi a Catalunya un gran nombre que no han sofert la revisió sanitària. Per a fer aquesta revisió, que ha de contribuir molt a donar eficàcia al conjunt, es comptaria amb els metges de les respectives localitats, ajudats per equips d'especialistes i orientats per pautes que serien repartides. També les estacions sanitàries d'arribada podrien, si es creia necessari, col·laborar en aquesta obra.

Perquè totes aquestes orientacions tinguin la major eficàcia, convindria redactar una Ordre, declarant que solament es considerarien com a refugiats aquells individus que portessin el corresponent carnet, amb el resultat de la revisió sanitària.»

En aquesta ponència es donaven solament orientacions generals, de les quals era la primordial, segons el pensar de tots els companys que van intervenir en aquestes qües-



La gràcia mai prou lloada d'una classe a l'aire lliure.

els sans, i en establiments apropiats els malalts. Com que a Catalunya els establiments per a atendre malalts no són suficients (en termes generals), caldria improvisar residències on els malalts, si més no, estiguessin aïllats. Per a segons quines malalties caldria pensar en la utilització dels Hospitals Comarcals.

Per a facilitar la tasca de les estacions d'arribada seria útil el funcionament d'un dispensari mèdic en els trens de refugiats; aquest dispensari faria una labor de preparació per a la revisió sanitària i podria, si convenia, iniciar-la, per exemple, amb la revisió oftalmològica.

De no haver organitzat fins avui la

Les dones de sa casa comencen així.





tions, d'evitar l'entrada a Catalunya de ningú que no passés pel control sanitari. Aquesta condició ha semblat sempre impossible d'aconseguir; ja que hi ha molts refugiats que ni tan sols estan inscrits en les llistes del Comitè Central. Per facilitar aquesta tasca s'havia proposat, i això s'ha arribat a obtenir en part, que els refugiats que venien destinats a Catalunya fossin proveïts a València o Alcàzar de San Juan, d'un bitllet indicant l'estació sanitària a la qual anaven dirigits, que una vegada revisats se'ls canviaria pel carnet de refugiats amb indicació del concepte sanitari que havien merescut. S'havia proposat també que els malalts fossin traslladats directament i obligatòria de les estacions d'arribada als establiments que havien de recollir-los.

Com es pot veure per la lectura d'aquesta ponència, preocupaven sobretot els següents problemes.

Tracoma. — Té un extraordinari interès, car és una malaltia importada, desconeguda a la major part d'indrets de Catalunya i que amb motiu de l'arribada dels refugiats i del repartiment d'aquests pels seus pobles, es podria introduir fins als llocs més apartats, dels quals seria difícil d'extirpar-la. De fet, són ja alguns, els oculistes que han tingut ocasió de presenciar aquests contagis. Es per evitar això que tots els refugiats havien d'ésser revisats per un oftalmòleg.

Malalties epidèmiques. — Sobretot les transmeses per epiparàsits, d'aquí la necessitat de l'examen de pell que s'havia de practicar també a tots els arribats. Hem de tornar a remarcar aquí les condicions en què arribaven els refugiats, la facilitat amb què en temps de guerra poden esclatar epidèmies, i finalment el fet que una de les

Ai, quin «xec al rei» que es prepara!

malalties d'aquest grup, com és el tifus exantemàtic, no sigui desconeguda a Almeria i possiblement a Madrid.

Les estacions d'arribada havien de comptar a aquest efecte, amb una instal·lació per al despiollament i una altra per al tractament de la sarna, instal·lacions que haurien d'ésser capaces per a practicar un gran nombre de tractaments al dia, ja que en algunes expedicions el nombre de pol·lissos era molt abundant; hi havia d'haver també en aquestes estacions



El carro i el cavall: síntesi de la felicitat dels menuts.

un llatzeret per als infectats o sospitosos. La lluita antivenèria, de dificultats tan grans en temps normal, havia de reduir-se a algunes indicacions que pogués fer el dermatòleg com a conseqüència de l'examen de pell, boca i faneres.

Tuberculosi. — Així com l'examen de la pell i sobretot dels ulls es podia practicar a tots els arribats amb relativa facilitat i rapidesa, la descoberta del malalt tuberculós presentava més dificultats. Tenia d'altra part indubtable importància. Segons dades facilitades pel Dr. C. Xalabarder, d'entre els nadius de les províncies llewantines Almeria, Granada, Màlaga i Múrcia visitats als Dispensaris Blanes, que porten menys de dos anys de residència a Barcelona, s'ha trobat un 28'5 per 100 de malalts de tuberculosi; corresponent el major percentatge a Màlaga, 33'3 per 100. En la totalitat dels casos la malaltia havia començat abans de l'arribada a Barcelona. Tots els malalts estaven compresos en l'edat dels 18 a 45 anys i el 16'7 per 100 eren bacilífers. Si això ocorre en temps

normal, entre gent que vénen a treballar i que s'han de trobar per tant, almenys aparentment, en bona salut, quin tant per cent de malalts no hi haurà en una emigració com aquesta composta sobretot de la gent no apta per a defensar-se, és a dir, amb un dèficit de possibilitats orgàniques. De fet el nombre de tuberculosos que s'han trobat entre els refugiats és gran, essent impossible de donar xifres per no haver-se fet cap revisió sistemàtica.

Va semblar que els nens havien d'ésser explorats totalment, per bé que d'una manera soma, donada la dificultat d'obtenir indicacions sobre la seva salut.

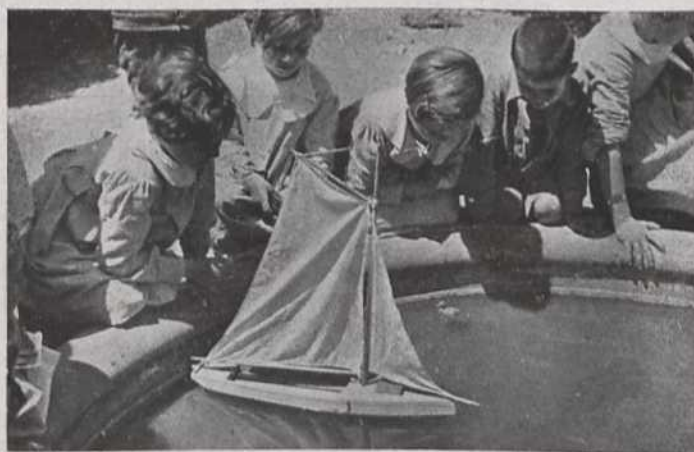
Els nens havien d'ésser vacunats contra la verola si no presentaven senyals d'haver-ho estat una vegada, si eren menors de sis anys, i dues si eren més grans. També havien d'ésser vacunats els adults que no ho havien estat durant els sis anys anteriors. Aquest punt de la vacunació antivariòlica té una gran importància, ja que si bé ací, pràc-

nació antidifèrica era i és impossible de practicar en gran escala donada l'escassetat d'anatoxina.

Pot semblar que en alguns casos, com en l'examen toràcic per exemple, eren poc severa. El parer dels tisiòlegs era de fer passar tots els arribats per la pantalla; i era aquesta una posició absolutament lògica, que no tenia altre inconvenient que la realitat. Ja hem parlat del nombre de refugiats que hi ha a Catalunya; podem afegir les següents dades sobre el nombre de refugiats que hi arriben diàriament: actualment uns 80; fins no fa gaire de 100 a 300; quan el fort de l'evacuació de Madrid (moments en el qual ens començarem a plantejar-nos aquestes qüestions) arribaven a Catalunya un miler de refugiats cada dia; quan l'evacuació de Màlaga en un sol dia n'arribaren prop de 15.000. Això vol dir que per a posar en pràctica la proposició dels tisiòlegs es necessitaven una quantitat d'aparells de raigs X i de metges entrenats per a fer-los servir, que a Barcelona difícilment s'haurien trobat, i ni remotament s'haurien pogut trobar en

cap dels altres punts destinats a estació d'arribada. Es per això que va semblar útil examinar solament els sospitosos. Seguint en aquest punt, com en tants altres, les orientacions del Dr. Pere González, que no es cansava de repetir que en sanitat pública quan no es pot obtenir un 10, ho és accontentar-se amb un 5 o menys encara, si això és precís, abans de deixar d'actuar; i que la posició del 100 per 100 o res, acostuma a donar resultats iguals a 0.

De les estacions que s'havia pensat crear fou precís renunciar tot seguit a la de Tortosa per manca d'un local apropiat; havent estat destinats a altres usos els que hi havia.



«no et deixis d'ú a la tranquil·la
aigua mnsa de cap port». —MARAGALL.

ticament tothom està vacunat, en altres punts de la península, hi ha molta gent sense vacunar. La vacunació antitífica s'havia de practicar als majors de vuit anys, tenint en compte la benignitat i poca freqüència de la tifoide abans d'aquesta edat. Si era possible s'havia d'usar la via parenteral, si no, la bucal. Aquesta vacunació l'havien de portar a terme els metges municipals dels llocs on anessin destinats els refugiats, atenint-se a una circular que se'ls havia de repartir. La vacu-



El dormitori dels infants refugiats.

A Tarragona es va pensar a utilitzar les edificacions del sanatori anomenat «La Sabinosa», com a estació sanitària d'arribada de refugiats, ja que reünien una pila de condicions, com la d'estar una mica apartada de poblat, situada al costat de la carretera i de la via ferrada, i ésser d'una capacitat important, ampliable amb pavellons de fusta situats dintre el seu terreny (com s'havia proposat), que les feien molt aptes per a la funció a què estaven destinades.

A Reus hauria estat fàcil instal·lar-hi una estació, degut a la bona voluntat i la iniciativa del Comitè Local de Refugiats, mancava solament un lleuger ajut econòmic, que vistes les dificultats per a endegar l'estació de Tarragona, i considerant l'estació de Reus, donada la seva situació geogràfica, com un sobreexidor d'aquells, s'acordà retardar.

Posteriorment es pensà també en la creació d'una estació sanitària d'arribada amb pavellons de fusta, entre Tortosa i el límit amb València, projecte que fou immediatament deixat de banda, vistes les dificultats de tot ordre que s'hi oposaren.

A Barcelona es pensà a utilitzar l'Estadi com estació d'arribada. Té una capacitat insospitada per tothom que no l'ha visitat, i una gran abundor de dutxes i piscines que faciliten en gran manera la instal·lació de les seccions de despiollament i neteja.

Fins ací el que havia d'ésser la revisió dels refugiats a la seva arribada a Catalunya; les majors dificultats venien, però, en considerar com havia de resoldre's la instal·lació dels refugiats malalts. Des d'aquest punt de vista eren motiu principal de preocupació els tuberculosos i els tracomatosos; considerant que els afectes de malalties epidèmiques trobarien lloc en els hospitals d'infecciosos que funcionen en condicions normals, i en els departaments que les estacions d'arribada tindrien amb aquest fi.

Tenint en compte que els refugiats sans que no eren repartits en famílies eren agrupats i instal·lats en residències, havíem proposat que de moment es destinessin algunes d'aquestes residències als refugiats malalts, a fi d'obtenir almenys un cert aïllament, si el tractament adequat no era possible. Es a dir, concentrar en una o algunes residències els tuberculosos que actualment es troben repartits per totes amb evident perill de contagi per als que conviuen amb ells. Així com la tendència era de col·locar les residències generals fora de les ciutats, les de malalts haurien estat més bé a Barcelona o en llocs pròxims degut a les majors possibilitats tècniques que ací tenim.

Així s'ha resolt, en part, l'allotjament dels tracomatosos en període infectant i al Putget hi ha instal·lada una residència, dirigida pel Dr. Arumí, que acull un centenar de malalts. Potser s'hauria

pogut resoldre del tot, si com proposava el Dr. Arumí, s'haguessin instal·lat residències semblants, de capacitat més reduïda, a les ciutats on fos possible i útil, tenint en compte la seva capacitat econòmica i tècnica (centres sanitaris comarcals) i el nombre de tracomatosos refugiats que ja havien afuït a la comarca. I establint escoles per a tracomatosos que evitessin, en el possible, el contagi, tan fàcil entre els nens.

L'allotjament dels tuberculosos era un problema més complex, sobretot si es té en compte la diferència d'atencions que requereixen. Els Drs. Nalabarder i Seix van presentar el projecte d'instal·lació d'una colònia de tuberculosos en la regió compresa entre la Seu d'Urgell, Solsona i Berga, perquè és de clima sec i saníto per als malalts de pit, de fàcil aprovisionament i poc poblada, essent així possible un relatiu isolament dels pobles veïns. La colònia hauria tingut una capacitat d'uns 500 llits que podria haver-se ampliat fàcilment segons les necessitats, car es pensava construir-la de fusta amb pavellons Dokers. Les dificultats de sempre, principalment en aquest cas, d'ordre econòmic feren que no passés del projecte aquesta instal·lació. Probablement si s'hagués seguit el mateix criteri que amb els tracomatosos, és a dir, destinar alguna residència a malalts tuberculosos, s'hauria evitat, almenys, la font de contagi que actualment representen.

Restava exposat ací, sols en línies generals, el que s'ha intentat fer en matèria de sanitat dels refugiats. Les directrius que informaven la ponència foren presentades al Comitè Central d'Ajut als Refugiats i aprovades íntegrament; però davant la impossibilitat de portar-les a la pràctica i trobant-se el Comitè amb les mateixes dificultats per a resoldre els altres problemes que afectaven els refugiats, com: l'allotjament, les subsistències, etc., es convocà una conferència d'entitats polítiques i sindicals en la qual la ponència sanitària fou totalment aprovada. Malgrat tot les realitzacions han estat mínimes.

I no obstant, els refugiats no han quedat del tot desatesos. L'esforç personal ha suplert la manca d'entusiasme i d'orientació de les entitats rectores. I es dona el cas que la major part d'obres que s'han fet estan fora de l'òrbita oficial que hauria d'englobar-les. Exemple d'aquest esforç personal és l'obra realitzada a Reus on els refugiats són magníficament atesos, i l'obra realitzada a l'Estadi de Barcelona el qual sense l'orientació oficial s'ha convertit de fet en una mena d'estació d'arribada de refugiats per l'entusiasme i esforç dels elements de la Mutual Esportiva (entre ells els metges d'aquesta entitat). Són també exemple d'aquest esforç personal l'obra realitzada per tants i tants metges, i consells municipals de pobles i poblets on

els refugiats han estat correctament atesos. El funcionament normal de les lluites antivenèria i antituberculosa ha contribuït d'una manera automàtica a aminorar aquests problemes. I així, en els dispensaris de lluita antituberculosa han estat assistits molts refugiats malalts. També l'Hospital d'Infecciosos ha contribuït amb les seves instal·lacions al tractament dels refugiats afectes de sarna.

Ara bé, les qüestions sanitàries, sobretot en aquestes circumstàncies s'han de resoldre amb energia i rapidesa, molt difícils d'obtenir si no hi ha una direcció única i eficaç. Així ha estat possible que l'estació d'arribada de refugiats que s'havia d'instal·lar a «La Sabinosa» no estigui encara habilitada, sense que per altra part s'hagi abandonat la idea de la seva instal·lació; d'aquesta manera el dia que «La Sabinosa» estigui habilitada és més que probable que ja no es necessiti, amb tanta de falta com ha fet des del mes de novembre fins a l'actualitat. Aquesta manca de direcció per desconeixement o oblit de les conseqüències que l'arribada de refugiats podia tenir, per a Catalunya i per a tota la Península, ha fet estar amb l'ànim penjat d'un fil tots els sanitaris que s'han preocupat d'aquestes qüestions.

Es evident que malgrat les escasses possibilitats econòmiques (la sanitat acostuma a estar pretèrida en els països pobres, i el nostre no és una excepció), sense pretensions desmesurades, adaptant-se a la realitat i deixant-se de projectes fabulosos, podia haver-se fet molt per a resoldre aquesta qüestió.

Quan començarem a ocupar-nos d'aquestes qüestions ens trobarem amb un problema que s'ha anat agreujant cada dia en no fer-se la revisió dels refugiats a la seva arribada. Com s'ha de fer la revisió dels refugiats que ja estan distribuïts per Catalunya? Aquest problema va passant cada dia més a primer pla, en ésser cada dia menor l'arribada de refugiats. Es per això, que considerant la gran quantitat de refugiats que hi ha escampats per la nostra terra, considerant que és probable que cada dia sigui menor el nombre d'arribats i considerant per fi les dificultats, sobretot econòmiques amb què es topa per a realitzar qualsevol campanya sanitària, creiem que actualment hauria de posar-se la màxima atenció en la redacció d'unes instruccions sanitàries, que haurien d'enviar-se pels organismes oficials amb indicació de fer-les complir, a tots els metges de Catalunya.

Procurant l'eficàcia d'aquestes disposicions es faria una campanya de divulgació sanitària de gran interès.

II.—ELS INFANTS REFUGIATS. AJUT INFANTIL DE RERAGUARDA. ALTRES INSTITUCIONS.

Dintre els problemes complexíssims que presen-

ta la qüestió dels refugiats, hi ha el d'atendre adequadament els nens que ens han arribat.

Saber la xifra exacta de nens refugiats a Catalunya és impossible o molt difícil: A Barcelona ciutat n'hi ha 1.726 en colònies; a l'ex província de Barcelona n'hi ha 4.232 en règim familiar i de colònia (d'aquestes xifres en són exclosos els infants que vingueren amb llurs famílies i segueixen vivint-hi). Són les úniques dades una mica segures que es poden obtenir.

Ja queda dit en la part general, que a l'arribada els nens serien revisats totalment. Els nens sans són distribuïts en colònies o famílies, i en tots dos casos han d'ésser vigilats i conduïts pel pedagog i pel metge. L'organisme adult necessita sols el necessari per a la seva conservació; el nen, organisme en formació, té dret a unes facilitats per a poder realitzar aquesta en condicions normals.

En l'atenció del nen refugiat el pedagog i el metge han de convergir, i una vegada feta la revisió d'arribada, els nens han d'ésser assistits pel metge en cas de malaltia, i continuament, d'una manera profilàctica, procurant una higiene escolar acurada.

De la col·locació dels nens en famílies i colònies se n'han ocupat principalment entitats particulars, que després s'han ocupat també de les atencions pedagògiques, i sanitàries, sobretot en les colònies.

D'entre aquestes entitats destaca:

Ajut Infantil de Reraguarda

que acull en l'actualitat 7.865 nens distribuïts per tot Catalunya, dels quals 4.643 estan agrupats en colònies que anomenen residències infantils.

Detallarem a continuació com es té cura de l'aspecte sanitari en aquesta institució, l'ordenació del qual va ésser confiada al Sindicat Sanitari U. G. T., que va delegar en un grup de companys pediatres, internistes i especialistes diversos, aquesta funció.

Si fins aquí en parlar de la sanitat dels refugiats en general hem hagut de parlar sobretot de projectes, aquí podrem parlar gairebé exclusivament de realitzacions.

En arribar els nens refugiats a mans d'A. I. R., es procura suplir la manca d'estacions d'arribada oficials tenint-los dos o tres dies en una residència de pas, abans de repartir-los per les famílies i residències. Aquí són revisats per un pediatra el qual fa la fitxa de cada nen, ajudant-se sempre que és precís dels especialistes, principalment del dermatòleg i l'oculista.

Quan per les circumstàncies que siguin aquesta fitxa no es pot emplenar en el moment d'arribada s'emplena després. Conté les següents dades. Filiació: cognoms, nom, edat, data de la 1.^a exploració, naturalesa, procedència, residència, trasllats (en les oficines d'A. I. R. hi ha una fitxa més com-

pleta respecte a les dades que interessin des d'un punt de vista social, la fitxa que ara detallem és solament la fitxa mèdica). Anamnesi: familiar i personal, impossible o difícil d'obtenir d'una manera detallada per la manca freqüent de familiars. Quadre actual, exploració general, examen oftalmològic (conjuntiva), examen de pell i faneres. Reacció de Mantoux; els nens que tenen el Mantoux positiu són examinats a raigs X. (Servei d'assistència social dels tuberculosos, Dr. Domènech i Alsina). Vacunacions (seguint les mateixes directrius que hem indicat en el capítol I). Antropometria: pes, talla (s'està elaborant un gràfic on inscriure-hi aquestes dades), perímetres toràcic i cranial. Examen odontològic, que es practica a tots els nens, sotmetent-los després al tractament adequat (S. d'odontòlegs U. G. T.). Mida de la intel·ligència i exploració psíquica, que es practica en els casos que convé i poc a poc a tots els nens (és una feina laboriosa i comptem amb pocs especialistes, alguns dels quals han hagut de marxar al front). Si cal, es practica també l'examen de la gola, nas i orelles per l'especialista, i per l'oftalmòleg un examen de l'acuitat visual. A l'acabament de la fitxa es fa constar el resultat de la revisió sanitària, l'aptitud escolar del nen i si pot o no fer gimnàstica.

Les residències definitives urbanes són visitades diàriament per un pediatra, el qual atén els malalts i va completant les fitxes. Els especialistes hi van quan precisa, o visiten en els seus consultoris els nens que ho requereixen. Cada residència té una cambra destinada a infermeria i una altra per a despatx del metge i botiquí. Entre el personal que assisteix els nens compta amb una infermera o amb algú que fa les seves funcions.

Hem tingut casos de xarampió i de diftèria que han donat un contingent molt petit de contagiats. Varicella i parotiditis més difícils d'aïllar, per la seva gran contagiositat i llarg període d'incubació, afortunadament d'escassa gravetat. Algunes angines greus que ens han obligat a investigar la bacteriologia faringia del personal de la residència on s'havien produït.

Examinant els resultats de la reacció de Mantoux crida l'atenció tot seguit la diferència entre els nens procedents del camp i els procedents de ciutat. Aquests infectats la majoria, els altres gairebé tots sense infectar. Entre els més petits fins a 4 anys es procura establir una separació entre els que tenen Mantoux positiu i els que el tenen negatiu.

La revisió a raigs X ens ha donat un 1'1 per 100 de nens afectes de tuberculosi pulmonar evolutiva i un 4'4 per 100 de tuberculosi pulmonar en regressió. Els nens malalts són col·locats en els establiments a propòsit. Actualment s'està orga-

nitzant a Puigcerdà una residència doble que servirà per a acollir els nens tuberculosos i com a preventori.

Alguns nens suposats anormals de la intel·ligència o del caràcter, han estat considerats pels especialistes com desadaptats al nou ambient en llur majoria.

Els dermatòlegs han hagut de tractar sobretot, impetigens i pediculosis.

Una bona medicina escolar requereix una vigilància mèdica constant del personal que té cura dels nens, i és per això que el personal de les residències d'A. I. R. és revisat periòdicament, omplint-se de cadascun una fitxa on consta: el resultat de l'examen toràcic (Dispensaris Blancs, Dr. Xalabarder), de l'examen oftalmològic i de l'examen de la pell i faneres.

Per la bona organització higiènica de les residències s'han repartit unes pautes en les quals s'han precisat l'alimentació i l'horari a què s'han d'adaptar. Són així:

Ordenació de la vida diària

Dos quarts de vuit (a l'hivern a les 8) llevar-se i mig vestir-se, un quart d'hora de gimnàstica, al W. Cl., dutxa tèbia, rentar-se la cara, pentinar-se i acabar-se de vestir.

Dos quarts de nou. Esmorzar: llet i pa amb mantega.

A les dotze. Dinar: sopa, patates i verdures, carn, peix, fetge o cervell, fruita. Rentar-se la boca.

Dos quarts d'una. De mitja a una hora de migdiada.

A les quatre (a l'estiu a les 5). Berenar: pa amb tomàquet i pernil, xocolata, melmelada, formatge, mató, nata...

A les set (a l'estiu a les vuit). Sopar: patates i verdures, un ou, fruita. Rentar-se la boca.

Dos quarts de nou (a l'estiu a dos quarts de deu). A dormir.

No menjar res entre hores. Rentar-se les mans abans de menjar. Finestres obertes!! Aire i sol!! (Ni fred, ni corrent d'aire). Sortides al camp. Practicar algun esport.

Es reparteixen instruccions sobre els dies que han d'estar aïllats els nens, segons les diferents malalties infeccioses que puguin patir. Altres donant normes a les infermeres per a la pràctica de cures habituals: ferides, contusions, impetigens, epistaxis, etc.

Les residències foranes són més difícils de vigilar i procurem posar-nos en relació amb els metges de les respectives localitats a fi d'unificar la labor que hi realitzen.

En relació amb aquestes residències instal·lades

al camp, es procurarà que hi passin uns dies d'estiu tots els nens que estan en les residències urbanes.

S'havia intentat l'organització d'una Pouponnière per recollir els lactants refugiats i les seves mares, però de moment s'ha deixat de banda.

Com hem dit, A. I. R. té més de la meitat dels nens que recull agrupats en residències; els que estan en règim familiar (repartits per famílies) són molt més difícils d'atendre des del punt de vista sanitari. No cal dir que la vigilància d'aquests nens correspon de ple a les infermeres visitadores, i estem estudiant la manera de realitzar aquest pensament. Entre tant se'ls reparteixen instruccions, com, per exemple, la pauta sobre l'ordenació de la vida diària, que hem detallat més amunt, que contribueixen a difondre entre el poble la higiene dels nens.

S'ha de considerar el que representa fer tot això amb personal que treballa sense remuneració i en mig d'una certa indisciplina (comprensible per tants motius), a la qual ha d'atribuir-se en bona part l'incompliment d'alguns projectes, i que sortosament va corregint-se cada dia.

A les residències d'A. I. R. s'hi veu un esperit de superació molt estimable. En elles es procura una íntegra formació dels nens i que aquests trobin a faltar el menys possible l'ambient familiar en què vivien. Són dignes d'ésser vistos els tallers que s'han instal·lat en aquestes residències, les colònies agrícoles on els nens s'aficionen a treballar la terra; les classes amb abundant material escolar. I la companyia de teatre d'A. I. R. (el T. A. I. R.) que recorre les residències foranes i posa en escena obres com «El retablo de las maravillas» i «La guarda cuidadosa», de Cervantes, altres de Lope de Rueda, etc., que amb sols anomenar-les indiquen prou bé la finor d'esperit dels animadors d'aquesta obra.

Altres Institucions

A. I. R. actua al costat d'altres institucions que recullen nens refugiats, d'entre les quals m'interessa destacar dues: Pro Infància Obrera i Assistència Infantil. Tant l'una com l'altra són de creació anterior al 19 de juliol. La primera creada precisament per atendre els nens que van quedar desamparats a conseqüència dels fets d'octubre de 1934 i la segona creada com institució de protecció a la Infància que ha cregut oportú orientar les seves activitats actuals cap a l'atenció dels nens refugiats, vista la necessitat del moment.

La primera té una característica, derivada en part de l'actuació mig clandestina que va haver de tenir en els seus inicis; té la majoria dels nens col·locats en famílies. Em dóna això peu a fer un comentari sobre aquesta manera de col·locar els nens refugiats en comparació amb la creació de residències. Crear i mantenir una residència és sempre un problema, es necessiten diners i personal apte per a dirigir-la i fer-la marxar. Els nens repartits en famílies no plantegen, aparentment, aquests problemes, car sembla que allí on mengen tres n'hi poden menjar quatre. I això és veritat fins a cert punt; però no ho és menys que el nen causa una despesa en aquella família. Clar és que totes aquestes despeses reunides no sumen el que costa instal·lar i sostenir aquestes residències, malgrat aprofitar instal·lacions ja existents. Però, en canvi, és més fàcil trobar personal apte per a unes quantes residències, que trobar famílies aptes, tantes i tantes com se'n necessiten per a recollir els nens refugiats.

I als nens els és molt més difícil adaptar-se a l'ambient familiar que al de les residències; això si no es troben amb una família d'ideologia difícil de compaginar amb la de llurs pares, cas de veritable martiri per als nens.

Sanitàriament, els nens agrupats en residències són més fàcils d'atendre, estant l'atenció sanitària dels recollits en famílies a mercè de la iniciativa de cada família.

Actualment Pro Infància Obrera acull uns 6.000 infants, dels quals 4.000 estan col·locats en famílies i uns 2.000 en colònies. Prepara visitadores per atendre aquests nens.

Assistència Infantil acull uns 300 nens.

Darrerament, juntament amb altres pediatres i per indicació del Col·legi Oficial de Metges, vàrem revisar 300 nens, que marxaven cap a Mèxic, sota la vigilància del Comitè Ibero-Americano de Barcelona. Se'ls va practicar una exploració general, examen oftalmològic i dermatològic per especialistes, una radioscòpia (Dispensaris Blancs, Dr. Salvat Espasa) i es van vacunar contra la verola els que no ho estaven.

Les fotografies que il·lustren aquest article pretenen sols donar una visió de l'ordre i benestar que es respira entre els nens refugiats a Catalunya. Són facilitades per «Ajut Infantil de Rera-guarda».

Barcelona, 30-VI-37.

Ressenya de l'obra de la Generalitat en matèria d'Assistència Psiquiàtrica i Higiene Mental, a partir del 19 de juliol del 1936

pel Dr. SALVADOR VIVES

Delegat de la Generalitat als Serveis de Psiquiatria de Catalunya

L'assistència psiquiàtrica i la higiene mental estan estretament lligades en el seu progrés i desenvolupament a les condicions socials i polítiques, car una i altra necessiten un «clima» favorable perquè els avenços tècnics puguin traduir-se en realitzacions d'un rendiment efectiu.

L'estat polític i social de Catalunya consecutiu a la sublevació militar del 19 de juliol, influí considerablement en les condicions en què era prestada l'assistència psiquiàtrica. Ultra la substitució fulminant del personal infermer religiós per personal laic, hi ha a considerar el fet cabdal de passar a dependre directament de la Generalitat els gran establiments psiquiàtrics de Catalunya: Hospital Psiquiàtric de Vilaboi, Institut Pere Mata de Reus i Institut Mental de Sant Andreu, que hospitalitza prop de 5.000 malalts.

El poder públic es trobà així davant una situació de fet que li plantejava d'una manera imperativa i categòrica nombrosos problemes que reclamaven una solució immediata. Per a afrontar el nou estat de coses era creada a finals de juliol del 1936, a la Conselleria de Sanitat i Assistència Social, una Delegació especial dels Serveis de Psiquiatria de Catalunya, amb la missió de controlar i coordinar la marxa tècnica dels establiments destinats a l'assistència dels malalts mentals.

En la sistematització i organització de les funcions i serveis del Departament, la Delegació dels Serveis Psiquiàtrics ha estat inclosa entre els Serveis Tècnics de Sanitat i Assistència Social i ha estat dotada d'una oficina, designada amb el nom d'*Oficina de Serveis de Psiquiatria i d'Higiene Mental*. La missió d'aquesta oficina pot ésser concretada en els punts següents:

a) Inspecció, control tècnic i coordinació dels establiments i serveis psiquiàtrics i d'higiene mental;

b) Informar sobre les qüestions d'assistència psiquiàtrica i d'higiene mental;

c) Proposar i organitzar l'assessorament i la

col·laboració de les persones competents, corporacions i organitzacions interessades en l'obra de la higiene mental i de l'assistència psiquiàtrica;

d) Obtenció i valoració, amb mires a la profilaxi i a l'assistència, de dades estadístiques referents a les diverses malalties mentals i llurs causes;

e) Estudi de l'organització tècnico-social de la preservació i lluita contra la folia i coordinació de les diverses activitats que col·laboren a l'obra de la higiene mental;

f) Propaganda i difusió de les normes i regles de la higiene mental i de l'eugenesia;

g) Vetllar per la correcta observació de les disposicions de caràcter legal i tècnic dictades sobre el funcionament dels establiments i serveis psiquiàtrics i d'higiene mental.

No cal subratllar la importància i la significació del fet d'haver-hi dins el Departament de Sanitat i Assistència Social l'òrgan adequat per a l'estudi i plantejament de les qüestions de l'assistència psiquiàtrica i de la higiene mental, les quals constitueixen, incontestablement, un dels capítols de major envergadura tècnica, econòmica i social de l'obra conjunta de la Sanitat i l'Assistència.

Creada, com hem dit abans, la Delegació dels Serveis de Psiquiatria a finals de juliol del 1936, el primer problema que atengué la Conselleria fou el d'ampliar les possibilitats d'assistència per tal d'assegurar l'hospitalització immediata: 1.^{er}, dels casos habituals de malaltia mental; 2.^{on}, de l'escrèix que la guerra i la revolució desencadenarien; 3.^{er}, dels 200 malalts que esperaven torn per a ésser internats abans del 19 de juliol. En afirmar que tot això ha estat aconseguit i que ni un sol malalt mental d'assistència social ha hagut de fer espera per entrar als establiments psiquiàtrics de la Generalitat, ens cal afegir que gràcies a l'habilitació per a sanatori mental de l'Ex-Convent de Les Avellanes, d'Os de Balaguer (Vegueria de

Lleida, La Noguera), hom ha pogut també assistir els malalts evacuats del Manicomi d'Osea.

Mancava, a Catalunya, una institució on poder donar acolliment a aquells malalts psiconeuròtics d'assistència social que necessiten una temporada més o menys llarga d'hospitalització. L'apropiació pel Departament de Sanitat i Assistència Social de la finca «Les Eures», radicada a Barcelona-Horta, permetia pensar a satisfer aquesta necessitat. Un Decret de la Generalitat disposa l'habilitació de la dita finca, composta d'edificis, jardí, parc i bosc, per a assistir-hi en les degudes condicions de repòs, calma i vida a l'aire lliure, els malalts psico-neuròtics, els quals no troben lloc adequat ni a l'hospital corrent ni a l'establiment psiquiàtric.

A l'objecte de donar a l'improvisat personal auxiliar un mínim de coneixements foren organitzats a tots els establiments psiquiàtrics per Ordre de la Conselleria, un curs de teòric-pràctic destinat al personal infermer per tal de preparar-los per a la tasca de gran responsabilitat que els era confiada.

Abans del 19 de juliol hi havia disperses en diversos Convents de Religioses de Barcelona moltes «noies extraviades», en realitat noies adolescents i joves anormals del caràcter i de la conducta per posseir una personalitat psicopàtica, que eren assistides al marge de tota norma pedagògica i psiquiàtrica. Aquestes noies, en nombre d'un centenar, són ara acollides a la Colònia de Noies Enric Fontbernat, instal·lada en un vast i espaiós ex-Convent de Pedralbes. No cal dir que aquest establiment funciona, com és degut, sota un control psiquiàtric i pedagògic.

També la Conselleria organitzà en una de les «Jornades d'Orientació de la Sanitat de l'Assistència Social» celebrades al Casal del Metge, unes conferències, que foren radiades, sobre temes d'higiene mental i d'assistència psiquiàtrica. El programa d'aquesta jornada fou el següent: Dr. Solanes, metge psiquiatra al front d'Aragó: «Preservació i lluita contra les malalties mentals del soldat i del combatent»; Pere Blasi, Director del Grup Escola Lluís Vives: «Assistència i educació dels nens anormals»; Dr. Salvador Vives, Delegat de la Generalitat als Serveis de Psiquiatria de Catalunya: «La reforma de l'assistència al malalt mental»; J. Puig i Elies, President del Consell de l'Escola Nova Unificada: «Els nens anormals, i el C. E. N. U.»; Dr. F. Martí i Ibáñez, Director General de Sanitat i Assistència Social: «Orientació sexual de l'adolescent».

Porta la Conselleria de l'experiència històrica que demostra que tot moviment d'alliberació es tradueix en una millor assistència al malalt mental—Pinel, Chiarugi i William Tuke trenquen, res-

pectivament, a França, Itàlia i Anglaterra les cadenes dels alienats a finals del segle XVIIIè: Enciclopèdia, Revolució Francesa—i atenta la Conselleria, a l'hora i al moment que vivim, ha convocat una «Conferència d'Assistència Psiquiàtrica i d'Higiene Mental» on han estat examinats des de punts de vista nous i amb criteris adients als postulats socials de la revolució i a l'estat present de la medicina mental, els problemes cabdals de les esmentades branques de la sanitat i de l'assistència.

La «Conferència», integrada per psiquiatres del front d'Aragó, del Consell de Sanitat de Guerra i de tots els establiments frenocomials, per representants de la Lliga Catalana d'Higiene Mental i de l'Institut Psicotècnic de la Generalitat, ha deliberat sobre els següents temes:

I. — Psiquiatria de guerra (Profilaxi despistatge, tractament i assistència de les psiconeurosis i psicosis de guerra. Peritatge psiquiàtrico-legal de guerra. Higiene mental del combatent).

II. — Assistència psiquiàtrica, no diferenciada per motius d'indole econòmica i dependent tota ella de la Generalitat.

III. — Divisió territorial de Catalunya quant a l'Assistència Psiquiàtrica i a la Higiene Mental.

IV. — Normes mèdico-legals i administratives per a l'ingrés i sortida d'un establiment psiquiàtric.

V. — Missió dels Dispensaris Psiquiàtrics i d'Higiene mental.

VI. — Assistència social psiquiàtrica. Assistència homofamiliar i heterofamiliar.

VII. — Assistència als malalts psiconeuròtics.

VIII. — Establiments frenocomials: a) destinats a malalts aguts; b) destinats a malalts aguts i crònics; c) destinats a malalts crònics.

IX. — Assistència als toxicòmans i als alcohòlics.

X. — Assistència als malalts perillosos (malalts hetero-agressius amb caràcter de permanència).

XI. — Examen psiquiàtric de tots els delinqüents. Assistència als malalts mentals delinqüents.

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

XIII. — Conveniència d'emprar personal infermer femení en alguns serveis dels departaments d'homes.

XIV. — Normes a tenir en compte quant al nombre de metges psiquiatres i d'infermers en els diversos tipus d'establiments i serveis.

XV. — La laboreràpia en els establiments psiquiàtrics.

XVI. — El divorci en els malalts mentals des del punt de vista mèdic.

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

XVIII. — L'assistència als infants anormals.

XIX. — Mitjans més eficaços de propaganda i difusió popular de les regles de la higiene mental i de l'eugenèsia.

Els participants a la «Conferència» han dut a terme una labor meritòria i valuosa. Com que la limitació d'espai de què disposem no ens permet detallar i comentar totes i cada una de les importants suggerències i conclusions que han estat elaborades, ens limitarem a glossar-ne lleugerament algunes.

La «Conferència», d'acord amb el criteri de la Conselleria de descentralitzar els Serveis de Sanitat i Assistència Social i vigoritzar i enfortir la vida de les comarques, ha proposat la creació de dos nous establiments psiquiàtrics a Catalunya: un a la Vegueria de Lleida, per a les comarques occidentals; i un altre a la Vegueria de Manresa, per a les comarques del centre-nord. Aquests dos nous establiments psiquiàtrics, juntament amb alguns dels altres que ara tenim, vindran a constituir, degudament articulats i estratègicament distribuïts, cinc centres dinàmics, un per a cada demarcació, de propulsió de la magna obra d'assistència psiquiàtrica i d'higiene mental. La vella concepció del manicomi com una casa xopa de dolor i erma d'esperança, com un lloc de concentració de desferres humanes, ha de desaparèixer del tot. L'hospital psiquiàtric digne d'aquest nom ha d'ésser un establiment mixt de dispensari i de clínica, d'obrador i de granja, i de servei social, que ha d'actuar com a òrgan executor i realitzador de les funcions de cura i assistència, i de preservació i profilaxi en ja demarcació territorial que tingui assenyalada.

Seguint les suggerències i acords de la «Conferència» hi haurà estesa per tot Catalunya, tant a la Catalunya urbana com a la rural, una xarxa de Dispensaris psiquiàtrics i d'higiene mental, els quals estaran en estreta connexió amb els establiments dels centres psiquiàtrics. Gràcies a aquests

dispensaris serà possible de descobrir els trastorns mentals així que s'iniciïn i adreçar les persones que els presenten a les institucions adients amb les majors garanties de guariment. També els dispensaris, actuant amb eficàcia, faran arribar per tot arreu les normes i regles de la higiene mental i de l'eugenèsia i seran els millors agents de preservació i defensa del nostre capital psíquic col·lectiu.

Amb l'engranatge savi i flexible del dispensari, l'establiment psiquiàtric i el servei social, serà possible portar a terme, com ho ha proposat la «Conferència», la instal·lació, a Catalunya, de l'assistència familiar al malalt mental. Hom calcula que un 15 per 100 dels malalts dels establiments psiquiàtrics són susceptibles d'ésser assistits dins l'ambient familiar, algunes vegades en l'ambient de la família pròpia, molt més sovint en l'ambient d'una família estrangera. Gràcies a l'assistència familiar és possible de tornar al ritme social un bon nombre de malalts psíquics, que d'altra manera haurien de residir permanentment dins el clos del sanatori mental.

També la «Conferència» ha proposat que fos designada una ponència encarregada de redactar el programa d'estudis per a obtenir, a Catalunya, el títol d'infermer psiquiàtric. La ponència nomenada té ja el seu treball molt avançat i està a punt de donar fi a la seva comesa.

Hom pot veure per allò ressenyat que la Conselleria es proposa dur a terme una obra vasta i coherent, articulada i orgànica, per tal d'aconseguir, ja no solament la col·laboració, sinó la complicitat mateixa del poble i de la societat en les qüestions d'assistència psiquiàtrica i d'higiene mental. I és gràcies a aquesta obra mèdico-social que arribarem a obtenir que l'assistència al malalt mental sigui, alhora, tècnicament eficient i humanament digna, tal com ho vol la Generalitat de Catalunya—que no endebades s'ha dit que l'estat de l'assistència psiquiàtrica era un dels exponents més segurs de l'afinament i grau de civilització d'un poble.

AQUEST NÚMERO CLOU EL

VOLUM VII

DE LA MEDICINA CATALANA

El taller-escola de l'Hospital de la lluita antivenèria

pel Dr. ANTONI PEYRÍ

Cap dels Serveis de la Lluita Antivenèria de Catalunya. Professor de Sifiliografia a la Universitat de Barcelona

En la nostra Monografia «La Lluita Antivenèria a Catalunya l'any 1934» publicada per la Conselleria de Sanitat de la Generalitat a començaments de l'any 1935 dèiem, en el capítol «propòsits per a l'esdevenidor», que l'obra immediata a fer pels Serveis de la Lluita, era, entre altres extrems no menys importants, de «crear a l'Hospital de la Lluita, el Sanatori moral i social i enllargar-lo a l'obra post-sanatorial de borses de treball».

En l'esmentada Monografia, on és exposada tota l'organització del servei, hi són esbossats els tres extrems a què s'havia limitat la nostra actuació en l'any 1934, primer de la nostra Direcció, davant del problema de la prostitució; i aquests extrems es referien exclusivament a l'aspecte sanitari del problema: independització dels serveis sanitaris de la policia de costums o governativa, resultats obtinguts amb la intervenció sanitària estatal de la prostitució i posició expectant de la Lluita davant del problema social de la prostitució, per bé que coneixedors obligats del problema en tant que la prostitució constitueix, qualsevulla la forma en què es manifesti, la font principal dels contagis veneris.

El nostre esmentat propòsit pogueren dur-lo a terme el primer de gener de l'any proppassat 1936. Aprofitant la primera avinentesa, l'aquiescència dels organismes superiors rectors de la Sanitat i Assistència Social a Catalunya i les possibilitats econòmiques del moment (regit aleshores el Servei per un pressupost global reduït però distribuït i administrat exclusivament per nosaltres), vàrem crear a l'Hospital de la Lluita Antivenèria de Barcelona, titulat abans Hospital de la Magdalena, un Taller-Escola.

Motivàrem, en la Monografia, la creació d'un sanatori refugi per al cos i l'esperit en el fet del predomini enorme de prostitutes entre les malaltes acollides a l'Hospital, on romanien, segons dades que posseïem, uns 50 dies, l'oci absolut i absurd en què vivien la vida hospitalària i l'elevat percentatge d'analfabets que, vergonya és dir-ho, havíem trobat que era d'un 47,6 per 100. Aquesta aspiració nostra que cobejàvem des dels inicis de la nostra intervenció activa en la direcció de la Sanitat a Catalunya, des de l'adveniment

de la República, era tot quant podia fer-se que estigués al nostre exclusiu abast sense que oblidéssim, però, la resolució de la totalitat del problema de la prostitució que des de la nostra situació com a sanitaris no podíem ni havíem de negligir. I aquesta qüestió totalitària és el deure que té l'Estat enfront del problema social de corregir la vergonyosa nafra que la prostitució representa, per un dels dos camins possibles, i no incompatibles, que té a seguir: o bé les mesures coercitives, prohibitives, del proxenetisme i d'invitació a la disbauxa o bé l'obra de realçament i recuperació social de les prostitutes.

Valia la pena, doncs, d'iniciar l'obra, o almenys l'estudi, verge de tota intervenció i òrfena de tota protecció. El «Patronat Català de Protecció a la Dona», que té en la seva carta fundacional assignades facultats de «protecció a la dona que actua en medis nocius o perillosos» i que és l'únic organisme estatal, i fins privat, relacionat directa o indirectament amb l'obra social de la prostitució s'ha limitat sempre en la seva actuació a les dones menors d'edat.

En l'organització i funcionament del Taller-Escola contàvem amb la col·laboració espontània del Director de l'Hospital Dr. A. Carreras, amb la resta del personal tècnic de l'Hospital (2 metges veneròlegs, més 4 infermeres) i principalment amb la gestió provisionalment encomanada a Teresa Munné en funcions de Preceptora de la Institució. Havíem sol·licitat al Director de l'Institut Psicotècnic de la Generalitat, Dr. E. Mira, les dades orientacions i l'ajut que ell mateix, capacitat de l'obra que empeníem, cregués més pertinent.

El nostre programa de treball abraçava els següents extrems:

1.^{er} *Estudi biotipològic.* — Confeccionàrem les Històries clíniques de les malaltes amb la davantera següent: a) Cognoms, nom, edat, natural, talla, pes, conformació, senyals i cicatrius, asimetries i deformitats, dents. b) Pelvis, òrgans sexuals, menarquia, tipus, característiques; historial funció sexual, hàbits sexuals, estat, embarassos, maternitat, malalties sexuals. c) Intelligència global, jui moral, caràcter, volició, sentit estètic,

simptomes psíquics, símptomes neurològics. d) Llegeix, escriu, grau d'instrucció, anys d'escola, aptituds, oficis (des de la infància), ofici actual, llocs on ha viscut. e) Pare, ofici, residència; mare, ofici, residència; germans; amb qui conviu. f) Centre d'on procedeix; ingrés voluntari o forçós.

2.^{on} Escola. — Escola gradual, des de la inicial per a les analfabetes fins a graus més superiors per bé que elementals. Varem adquirir uns llibres i muntar una petita biblioteca.

3.^{er} Taller. — Labors manuals dintre de l'Hospital, confecció de robes de llit, bruses, etc. Cercar treballs remunerats fora de l'Hospital amb la doble finalitat d'habituar al treball i obtenir uns guanys per a subvenir les necessitats dels primers moments difícils de la vida post-hospitalària.

4.^{art} Rehabilitació. — Fruit de l'estudi biològic i ambiental de cada cas, establir contactes amb els familiars intentant el retorn a la llar. La Preceptora seria l'amiga íntima i abnegada de les malaltes; en aquest aspecte de recobriment hauria d'esmerçar-hi les màximes energies, precisament per ésser aquest el problema més difícil i el més greu; hauria de posar la màxima cura en la conversa, en la conferència, en el control de la conducta individual dintre i fora de l'Hospital, comprovant els probables resultats i els esdeveniments ulteriors al període sanatorial. Resolguérem perllongar la permanència a l'Hospital més enllà del guariment de la malaltia venèria, causa de l'hospitalització, si mentrestant podria resoldre's un problema familiar o social de la malalta; obriríem les portes de l'Hospital les hores i els dies que fossin precisos si podia afavorir-la.

5.^è Col·locació post-hospitalària. — Difícil, per cert, donada la manca d'aptituds i oficis de la majoria, l'augment progressiu dels sense feina i la manca de potestat i descuit d'aquest ordre d'activitats dels organismes reguladors del Treball. Sostinguérem unes converses amb l'Institut de la Dona que Treballa on fórem molt ben rebuts.

Quina ha estat fins ara l'obra del Taller-Escola? De moment veure de prop la magnitud del problema, l'interès extraordinari de l'obra i convèncer-nos de les seves enormes possibilitats malgrat les dificultats no menys enormes que la seva resolució inclou.

Cada una de les dades obtingudes, i apuntades en l'històric referit, es presta a deduccions i a generalitzacions; vegi's com exemple les que a continuació donem avui dels 200 casos estudiats en el transcurs de l'any 1936:

Catalanes, 30 %.
No catalanes, 67 %.
Estrangeres, 3 %.
Fins a 17 anys, 4 %.
De 18 a 22, 16 %.

De 23 a 30, 58 %.
De 31 a 40, 15 %.
De més de 40, 6 %.
Tenen ofici, 14 %.
Artistes, 2 %.
Dependents, 1 %.
Treballadores de fàbrica, 15 %.
Serventes, 46 %.
No tenen ofici, 21 %.
Tenen pare, 44 %.
No tenen pare, 56 %.
Tenen mare, 44 %.
No tenen mare, 56 %.
Tenen germans, 67 %.
No tenen germans, 32 %.
Judici moral bo, 51 %.
Judici moral dolent, 48 %.
Caràcter apacible, 30 %.
Caràcter viu, 70 %.
Intelligència bona, 5 %.
Intelligència regular, 57 %.
Intelligència escassa, 37 %.
Saben llegir, 56 %.
No saben llegir, 44 %.
Saben escriure, 45 %.
No saben escriure, 54 %.
Mai a l'escola, 57 %.
1 ó 2 anys d'escola, 8 %.
3 a 5 anys d'escola, 13 %.
Més de 5 anys, 21 %.
Maternitat, 53 %.
Casades, 21 %.
Solteres, 78 %.

El destí de les malaltes en sortir de l'Hospital sembla que ha estat el següent:

Retornades als pares, 15.
Retornades al marit, 6.
Retornades a fills i germans, 4.
A casar-se, 6.
A vida marital, 13.
A servir, 15.
A altres ocupacions, 9.
Indefinit, 96.
Voluntàriament a la prostitució, 36.

El tres per cent tan sols de les prostitutes són estrangeres, quan no és aquest el percentatge de la prostitució al carrer, que abasta un 17 per cent; fet explicable per la condició i cultura de la prostituta estrangera que es veu menys obligada a hospitalitzar-se o ésser hospitalitzada.

El 44 % no sap llegir ni escriure; el 57 % no ha anat mai a l'escola; xifres fabuloses, increïbles abans de tocar-les que ens hem permès, però, uns resultats immediats ja que són comptades les malaltes que han sortit de l'Hospital sense saber llegir i escriure.

La que podríem anomenar obra del taller ha estat escassa. L'obra en sí és necessàriament més lenta, més d'acord amb les aficions i aptituds de la malalta; i per altra banda el pas per l'Hospital és francament insuficient pel més petit aprenentatge. També hem topat amb la dificultat de trobar treballs manuals a preu fet que possibilitessin la reeducació pel treball, i ens hem limitat a treballs manuals de costura senzills, planxa, de punt, etc.

L'obra d'assistència a la vida post-hospitalària és encoratjadora.

L'eficàcia de la borsa del treball, clau del problema, nulla.

Durant els primers mesos de l'any 1936, l'interès de les malaltes pel Taller-Escola anà en augment a mida que copsaren els beneficis i, com a problema gregari, es creà un ambient favorable. En la segona meitat de l'any va decreixer per raons que ara volem silenciar, però que en esvanir-se han fet possible remuntar l'interès; els casos de malaltes que en ésser invitades per la Preceptora a anar al Taller-Escola contestaren: «jo ací no he vingut més que a guarir-me», han estat molt comptats i han acabat anant-hi.

Afirmem que l'obra realitzada és incompleta i per tant imperfecta. Hem cuidat tan sols d'iniciar-la i no dificultar ni contradir una obra més vasta i perfecta; l'assaig que portem fet l'hem limitat, malgrat nosaltres, a les malaltes venèries de l'Hospital de la Lluita, l'ingrés i sortida del qual és voluntari excepte raríssims casos en què per raons d'ordre sanitari s'exerceix una coacció, moral, mai violenta, per a mantenir l'internat.

Millors resultats s'haguessin pogut obtenir d'haver comptat amb personal especialitzat que hagués procedit a l'estudi antropològic de cada cas.

També hem aprofitat quantes ocasions hem cregut oportunes per a exposar el nostre parer. Així, per exemple, amb data 12 d'agost de l'any 1936, dèiem: «Amb coneixement i consentiment dels Poders Públics existeix la prostitució a Catalunya i a Espanya, exercida sense traves de cap mena i encara en la seva forma més vergonyosa: el prostíbul. La revolució que té lloc al nostre país exigeix no descuidar aquesta nafra social; ara és l'hora precisa d'enfocar el problema, prendre les mesures que calguin i edificar sobre una nova moral més digna i més humana.

»Es precis combatre la prostitució derivada de la pèssima moral sexual actual, sabedors que persistirà en diferents formes i graus, en tant no tinguin altres solucions fàcils el complex problema sexual.

»Es del tot indispensable prohibir terminantment el lucre amb les prostitutes, tancar tots els prostíbuls, ostensibles o dissimulats, i castigar se-

verament la terceria, el proxenetisme, descarat o encobert i qualsevol que faciliti la prostitució. No hi ha a Catalunya una legislació que clarament prohibeixi aquests extrems i les disposicions que s'hi refereixen han estat negligides. S'ha publicat un estudi per a un projecte de Llei a les Corts redactat per un grup de sociòlegs, juristes i metges competents que resoldria la qüestió. Hi ha una legislació abundant sobre tals extrems degut a la diversitat de solucions donades a la prostitució en les diferents Nacions, prohibint-la (per exemple Anglaterra, i recentment, la U.R.S.S.) o tolerant-la.

»Es forçós fer que sigui una realitat la protecció a la dona i, en aquest cas intentar la rehabilitació de la prostituta, com una missió social a realitzar inajornable. A tal efecte podrien crear-se «Refugis» en el nombre i emplaçament que les necessitats demostrassin necessaris, cases on s'acolliren una vintena de prostitutes desvalgudes i on, sota la disciplina seriosa de la persona que hauria de regir cada Refugi, i control rigorós de llur ingrés i sortida oportuna, se'ls prestaria un auxili moral i econòmic, els ensenyaments del Taller-Escola, i l'ajut indispensable fins a emplaçar-les dins una nova vida de treball.»

Posteriorment, el 17 d'octubre, en redactar un esquema d'un pla de treball en l'ordre de les malalties venèries, dèiem:

«Completar l'obra del Taller-Escola de l'Hospital de la Lluita proporcionant labors a les malaltes i col·locació post-hospitalària.»

«Abolir el prostíbul i perseguir i castigar la terceria en la prostitució.»

«Crear «Refugis» per a les dones desvalgudes i moral i físicament necessitades.»

I encara, el 15 de març de 1937, podíem fer, conjuntament amb els venereòlegs Drs. Cabré, A. Carreras i Casanovas Viadé, les mateixes afirmacions.

Quin és el camí a seguir?

El camp d'actuació és molt extens. El nombre de prostitutes a Catalunya és, si fa no fa, com arreu del món on subsisteix la moral en ús de la vella Europa. Tan sols a la U.R.S.S., on s'ha enfocat i resolt el problema com a *fenomen de masses*, han vist, si hem de creure les informacions serioses que posem, la prostitució reduïda a casos aïllats. Potser creuríem que la prostitució pública existeix ací en xifres inferiors a la d'altres països per altres conceptes similars al nostre; a Barcelona amb un milió d'habitants són actualment unes 3.400 prostitutes que es reparteixen en 116 prostíbuls, 53 cases de cites i 40 fondes que reben la prostituta del carrer i on també hi van

a parar les artistes (?) dels salons de varietés i les entrenadores de ball; ben entès que excloem d'aquestes 3.400 les semi-prostitutes, o un quart de prostitutes com diu el Dr. Bizard, i fraccions inferiors que diríem nosaltres, el qual nombre és de tot punt imprecisable. I per bé que la forma hagi pogut canviar un xic pel fet dels esdeveniments polítics esdevinguts des del 19 de juliol, les xifres que hem donat, obtingudes ara, discrepen poc de les que teníem anteriors; vol dir que el problema subsisteix amb la seva màxima intensitat i brutalitat.

La complexitat, indiscutible, del problema social de la prostitució no excusa la inactivitat dels Estats; la posició que nosaltres aconsellaríem seria: *lluita contra la prostitució i ajut a la prostituta*. No n'hi ha prou amb dur a terme l'ajut i rehabilitació de la prostituta, ja que l'obra, tot i reconeixent el seu alt valor, quedaria forçaament incompleta, per molt abast que se li donés, tant si es limitava a l'assaig realitzat al nostre Taller-Escola com si s'estenia prenent per model les «Maison d'accueil» de França on, segons confessió del propi dirigent Dr. Rabut, es limita l'actuació a les prostitutes que «volen o poden» rehabilitar-se deixant abandonat el sector, el més gran segurament, que per incapacitat de l'esforç necessari per a realçar-se és precisament el més necessitat d'una assistència i una tutela.

La posició que s'escau és la de lluita contra la prostitució, no en els seus efectes com representa, conjuntament amb l'assistència mèdica de les malalties, l'actuació suara esmentada, sinó contra les seves causes:

Primer. — Proxenetisme = Repressió inexorable dels proxenetes.

Segon. — Misèria = Igualtat social de la dona, protecció de la maternitat, inscripció a les borses del treball, liquidació de l'atur forçós.

Tercer. — Defectes psíquics i sexuals = Correcció, reeducació.

Quart. — Incultura = Educació obligatòria; propaganda del problema social en les masses.

No és divagar; no són solucions ideals i com a tals impossibles. L'exemple es troba en els «profilactoriums» el funcionament dels quals detalla el Dr. Daniuchevsky en el n.º 6, de la revista «Le Probleme Sexuel» els quals podran sofrir la crítica dels escèptics, però tindran en el seu haver d'ésser fruit de la posició elegant de l'Estat davant del greu problema social de la prostitució al seu país. La solució ací és viable; l'única que no és ací viable, i no obstant fa la seva via, és la situació actual.

En els profilactoriums, refugis, sanatoris, cases d'acolliment o com se'n vulgui dir, s'hi deuen realitzar les funcions esmentades: tractament de les malalties venèries, sexuals i psíquiques per vene-reòlegs i psiquiatres, educació intel·lectual i professional per pedagogs especialitzats, internat per tot el temps que calgui, residència amb vida externa en tant estigui necessitada de protecció.

Que el problema és difícil? indubtable. També és car; no, però, tant com a primera vista sembla; però cap de les dues grosses objeccions no són insuperables; i menys en un país que fa una revolució social, sense la qual les dificultats augmenten.

ACADEMIA I LABORATORI DE CIENCIES MEDIQUES DE CATALUNYA

(Sessió extraordinària, 27-III-37)

Problemes que planteja la guerra en matèria de tuberculosi pulmonar

pel Dr. CONRAD XALABARDER

Les estadístiques demogràfiques demostren clarament que la tuberculosi augmentà, durant la gran guerra, a la majoria de països afectats directa o indirectament per ella.

Com és natural, aquest augment és major en els països que més fortament sofriren les conseqüèn-

cies de la guerra i sobretot en aquells que ja tenien abans una mortalitat elevada per tuberculosi, tals com Polònia i Sèrbia. Encara que hom no disposi d'estadístiques de gaire confiança ni gaire completes, les dades recollides indiquen que la malaltia es desenvolupà de manera alarmant en aquells

països. A Varsòvia el nombre de defuncions per tuberculosi augmentà de 207 per cent mil habitants, l'any 1913, fins a 733 l'any 1917, i a Belgrad la proporció pel mateix nombre d'habitants que era de 712 el 1913, s'elevà fins a 1.453, el 1917.

Les causes més importants que hom addueix per a explicar l'augment de la tuberculosi durant la guerra són les següents: excés de treball, la fatiga i tensió morals dels soldats en campanya i de la població civil, sempre més o menys exposada a perills i privacions, i això s'aplica especialment a les dones, les quals prengueren part d'una manera sense precedents en els esforços industrials de les nacions belligerants. Cal afegir-hi altres factors, tals com l'acumulació de població a les ciutats i casernes i en els campaments de refugiats i, en bona part, a la manca no sols de mesures antituberculosos sinó de les normes més elementals d'higiene general.

El factor predominant, però, és la desnutrició consecutiva al cost creixent i a la manca de productes alimentaris que ocasionen les guerres. Karl Bliedung publicà el 1920 un treball molt complet sobre la qüestió, estudiant-la sota els aspectes següents:

Morbiditat: augmentà considerablement, especialment en les classes modestes (homes 100 %; dones 50 %).

Evolució: fou molt més benigna abans de la gran guerra, en tots els estaments i en totes les edats. Ho demostren les següents xifres: fins el 1914, el 12 % dels tuberculosos no necessitaven tractament sanatorial; el 1918, sols el 5 % no el necessitaven. Autòpsies: el 1913, 1'5 % de pneumònies caseoses; el 1918, augmentaren fins al 5'1 per 100.

Mortalitat: augmentà 3 vegades l'any 1918.

Del seu llarg treball estadístic en treu com a conclusió que la minva quantitativa i qualitativa de l'alimentació juga un paper molt important en l'evolució desfavorable de la tuberculosi, opinió que comparteixen tots els autors que han estudiat la mateixa qüestió.

Altres factors especials poden haver-hi contribuït, com per exemple, el consum d'aliments i de bestiar en males condicions, degut a les dificultats d'aprovisionament. El fet que a Alemanya augmentés marcadament la tuberculosi intestinal (Erhart, 1918) i que en 5 de cada 6 casos el bacil productor de la malaltia fos del tipus bovi, fa pensar que la llet era la causa de la infecció. El trencament de les condicions normals de funcionament i de vida de nacions no directament belligerants però lligades estretament amb aquestes darreres, Holanda, per exemple, ha marcat també

la seva empremta en la corba epidemiològica de la tuberculosi. En canvi, els països no interessats per cap concepte, llevat de cert aspecte crematístic, en la gran guerra, com el Japó i Noruega, no modificaren la tendència característica de llurs corbes de tuberculització.

Totes aquestes dades corresponen a les estadístiques de mortalitat, única font exacta d'informació, ja que la declaració de la tuberculosi-malaltia és o bé inexistent o bé il·lusòria. Essent així, pot posar-se en dubte si l'augment de la mortalitat per tuberculosi correspon realment a un augment de la freqüència de la malaltia entre la població vivent. Cobbet fa notar, respecte aquest punt, que durant el setge de París, el 1871, la mortalitat per tuberculosi augmentà considerablement, però minvà immediatament després per sota del nivell normal, el qual no tornà al seu lloc fins al cap d'uns deu anys. Això pot interpretar-se en el sentit que molts tuberculosos moriren prematurament a causa dels rigors del setge: el seu nombre augmentà la mortalitat del 1871, però foren sostrets a les estadístiques dels anys següents, en les quals haurien aparegut normalment. Pot suposar-se, doncs, amb moltes probabilitats de raó, que l'augment de la mortalitat no correspon a un augment paral·lel de la morbiditat i que podem esperar una minva de la mortalitat durant els anys posteriors a la guerra, la qual cosa han confirmat les corbes epidemiològiques de tots els països combatents.

Si els diversos autors no han arribat encara a un acord respecte a la possibilitat de contagi entre soldats, és molt més segur que tot el tràgic que comporta la guerra perjudica notablement els ja tuberculosos, malgrat l'opinió de Krause, Leslie, Kayserling, etc., quan diuen que la vida de campanya és com una cura climàtica, però remarquen ells «mentre no hagin d'efectuar esforços violents». No cal dir que aital situació no es dona gairebé mai i, per contra, tots estem veient ara mateix com l'anada al front agreuja considerablement les lesions tuberculosos, convertint les inicials en veritadera malaltia i les que ja estaven ben constituïdes fent-les moltes vegades inguaribles o mortals. Aquesta opinió la comparteixen la majoria d'autors que s'han ocupat, durant la post-guerra, de la clínica de la tuberculosi.

I ja que parlem de clínica, diguem alguna cosa de l'estat actual de la qüestió traumatisme i tuberculosi, entenent que em referiré únicament a la localització pulmonar. Des que Herodot descriví el cas d'un general persa, el qual a conseqüència d'una guitza de cavall tragué sang per la boca i després morí tísic, no han mancat pas treballs dedicats a estudiar la possible influència dels traumatismes toràcics en la localització pulmonar de

la tuberculosi. La instauració d'una tuberculosi pulmonar *primària* post-traumàtica tothom la considera com inexistente (Blum, Königsfeldt, Zollinger, etc.). Però és possible que en un organisme ja tuberculitzat s'agreugin les lesions existents o se'n formin de noves, adés per efecte directe del propi traumatisme (penetració d'un projectil, ruptura pulmonar o pleural, etc.), amb obertura de vasos que poden ésser infectats directament o estendre la infecció, l'hemorràgia procedent de la destrucció d'un focus tuberculós, adés perquè el xoc traumàtic general anihili la immunitat de l'organisme o perquè les alteracions locals produïdes en els òrgans respiratoris creïn òptimes condicions per al desenvolupament del germen (hemotòrax traumàtic, per exemple). Però l'acció d'un traumatisme com a factor determinant de la tuberculització pleuro-pulmonar, sols pot acceptar-se en casos isolats, particularment ben estudiats abans del trauma; seria un greu error voler-ne fer una llei general.

L'acció dels gasos de combat sobre l'aparell respiratori ha donat lloc a una copiosa literatura que pot resumir-se així: els gasejats no estan pas més predisposats que els altres a contreure la tuberculosi, si abans estaven sans. Koontz ha pogut demostrar-ho a base d'un gran material clínic i experimentant amb conills intoxicats amb gas-mosfassa, veié que àdhuc presentaren menys lesions que els testimonis. Certament que, en els ja malalts, la violenta irritació produïda pel gas de guerra pot agreujar notablement llur situació.

Diguem, també, quelcom de la discussió que originà el report de Steinmeyer (Dantzig, 1925) sobre la influència de l'amputació dels membres inferiors i, més concretament, dels aparells protèsics consecutius, sobre la predisposició a la tuberculosi pulmonar. Creia aquell autor que els fenòmens d'adaptació del cos a les noves condicions estàtiques i dinàmiques imposades per la pròtesi, originant l'encorbament de la columna vertebral amb acostament de les costelles del costat oposat, creaven unes condicions especials del pulmó favorables a la seva tuberculització.

Però el nombre d'observacions adduïdes és massa petit i el nombre de tuberculitzats no ultrapassa pas el percentatge habitual, perquè podem tenir-ho en consideració fins que un nombre suficient de casos prou demostratius permetin confirmar o negar aquell criteri.

El vertader interès de l'acció dels traumatismes físics i químics sobre l'aparell respiratori, resideix en les dificultats que poden presentar-se en haver d'establir un diagnòstic diferencial entre un procés pleuro-pulmonar tuberculós o d'altra naturalesa («pseudotuberculosi» de Brelet o esclerosi generalitzada dels gasejats, ferides intratoràciques,

commocions per explosió de morters, etc.), tant pel propi pacient com pel que significa socialment en matèria de pensions de guerra. Podem tenir una idea de la importància d'aquesta qüestió, recordant que només a França foren llicenciats 89.000 soldats a causa de tuberculosi, durant els anys de la gran guerra. Però una revisió ulterior més acurada demostrà que una grossa proporció d'aquells homes no eren realment tuberculosos, sinó que presentaven trastorns respiratoris diversos o no eren altra cosa sinó simuladors que pretenien acollir-se a la protecció de l'Estat com a pensionats de guerra.

Més endavant segurament es presentarà també aquest problema entre nosaltres, però actualment adquireix més relleu el seu revers, és a dir, els dissimuladors. Davant les restriccions que per anar al front estableix per als tuberculosos el pla elaborat, si tant és que hom l'aplica, molts subjectes amaguen la seva tuberculosi i cal poder fer, en un i altre cas, un diagnòstic al més exacte possible. En la immensa majoria dels casos això pot aconseguir-se emprant els mètodes habituals dins de l'especialitat i que no cal esmentar ara. Vull cridar l'atenció, només, sobre un mètode auxiliar que és digne de la major atenció. Em refereixo a la fixació del complement. He exposat des d'aquí mateix els resultats de 10.000 reaccions aplicades a la tuberculosi i tant per la seva sensibilitat com per la seva especificitat pot donar-nos dades força útils per al diagnòstic diferencial dels processos dubtosos, especialment en el moment actual que, per dificultats comercials, no podem ésser massa pròdigs en matèria de radiografies i ens cal acontentar-nos amb una simple radioscòpia. Hi ha lesions que per llur petitesa o per llur estructura anatómica no poden descobrir-se radioscòpicament, essent indispensable recórrer a la radiografia i encara fent-la en determinades condicions tècniques. Ara no és possible radiografiar sistemàticament tots els subjectes examinats; com sigui que la fixació del complement únicament és positiva en 3 casos (contactes, cardíacs i tuberculosos) i negativa en tots els altres, podem limitar-nos a radiografiar només aquells subjectes que tinguin radioscòpia imprecisa i FCT positiva, la qual cosa ens permet d'acostar-nos al més possible al diagnòstic exacte, tot i reduint considerablement el capítol de despeses.

Tota guerra porta aparellada la destrucció d'institucions que moltes vegades havien costat anys d'esforços per a bastir-les. Actualment, a Espanya han estat anorreats la majoria dels escassos sanatoris existents i es fa precís assistir els malalts que hi estaven internats. Tots els pneumos que estaven tractant-se als dispensaris de les capitals afectades directament per la guerra, han vingut a

Barcelona a continuar-lo, augmentant així considerablement el nombre ja prou gros de pneumotòraxs mantinguts ambulatoriament als nostres dispensaris. Tots coneixeu prou bé les dificultats d'aprovisionament o la manca absoluta de certs medicaments. Afegiu-hi encara l'allau de tuberculosos nous vinguts amb els refugiats, especialment de les províncies llewantines (en temps normal el nombre de tuberculosos que venien a Barcelona a treballar, pujava al 38 per 100 de la població flotant) i comprendreu l'enormitat del nostre problema enfront de la tuberculosi. Seria il·lusori pretendre atacar-lo a fons en els moments actuals, però cal que intentem defensar-nos de la millor manera possible i entenc que les mesures més urgents són:

1.^a Separació rigorosa de tots els combatents tuberculosos.

2.^a Restricció mínima de l'alimentació als tuberculosos confirmats de la població civil.

3.^a Instal·lació del màxim nombre possible de llits, destinats als tuberculosos que necessiten hospitalització immediata; en segon pla, el tractament ambulatori als Dispensaris també té un paper important en certes formes inicials que poden guarir perfectament i deixen de pertànyer a la categoria de malalts que necessiten llit.

4.^a Cal que els centres hospitalaris o sanatorials de nova creació no tinguin tan sols una base de bona voluntat, com succeeix actualment, sinó que tant pel seu utilitatge com per la seva direcció siguin dignes del seu nom, tot i reconeixent que són inevitables moltes deficiències en aquesta mena d'institucions provisionals. Estimo, doncs, molt encertat el projecte en curs, de creació oficial del títol de metge-tisòleg, al qual estaria encarregada la direcció i la responsabilitat d'aquells centres.

INSTITUT D'ESTUDIS CATALANS

Societat de Biologia de Barcelona

(Sessió del 25 de juny del 1937)

Acció farmacològica de les sals amoniacals quaternàries, per J. RAVENTÓS.

Crum Brown i Frasser descriuen el 1869 l'acció curariforme de les sals amoniacals quaternàries, i des de llavors aquesta acció ha ocupat repetidament la bibliografia farmacodinàmica. En aquesta nota, s'estudia l'acció de quatre sèries de compostos d'aquest tipus sobre els següents efectors: a) aurícula de granota; b) múscul recte abdominal de

granota; c) budell de rata i d) múscul dorsal de la sangonera. El mètode de treball és el clàssic d'immersió en líquids isotònics i palanca.

Les conclusions són les següents:

1.^a Els teixits es divideixen en tres grups, en relació a l'acció de les sals de les sèries $Me_3N.R.$:

a) El múscul dorsal de la sangonera, la resposta del qual és similar en tot a la produïda per estímulo de les terminacions motores nervioses.

b) El recte abdominal, i c) l'aurícula i el budell de la granota.

Sobre el grup a) tots els compostos exerceixen una acció similar, variant només la intensitat. En el grup c), un augment de R. en les sèries $Me_3N.R.$, augmenta l'activitat, fins un límit, representat per $Me_3N.Am.$, i per sobre, s'aboleix l'acció, fins arribar a compostos que inhibeixen l'acció produïda pels membres baixos de les sèries. Les respostes del recte abdominal, són intermèdies en llurs caràcters, entre els grups a) i c), assemblant-se més a les observades en el grup c).

2.^a Les respostes a les sèries Me_4N , Et_4N , Br_4N i But_4N s'agrupen de manera semblant, però la relació entre la resposta del múscul de sangonera i l'acció curariforme no és tan completa.

3.^a Les sèries Me_4N , Me_3EtN , Me_2Et_2N , etc., donen respostes més complexes.

4.^a El compost $Me_3N.CH.Fen$ s'assembla molt en la seva acció farmacològica a Me_3BuN i no a Me_3OctN . De manera que l'efecte d'introduir un grup fenòlic s'aproxima més al de l'addició de tres àtoms de carboni en cadena oberta, que a la de sis àtoms.

Aquests resultats, i llur discussió detinguda—que ocupa la major extensió de la nota presentada—demostran que l'acció de les sals amoniacals quaternàries és ben complexa, i un bon camí per a la recerca experimental farmacodinàmica.

L'antagonisme de l'acetil colina i les sals amoniacals quaternàries, per A. J. CLARK i J. RAVENTÓS.

La nota anterior d'un dels autors—Raventós—demostra certa relació entre l'acció curariforme d'aquestes sals i la capacitat per a produir contraccions en el múscul dorsal de la sangonera, mentre que l'activitat relativa de les diferents drogues per a produir accions parasimpaticomimètiques és marcadament discordant, i la contractura dels músculs esquelètics revela respostes intermèdies dels dos grups. Aquests resultats ens suggeriren la hipòtesi de la possibilitat d'analitzar les múltiples accions produïdes per l'acetilcolina, per comparació amb les produïdes pels compostos més simples d'aquestes sèries, Me_4N , per exemple.

Les respostes obtingudes demostren amples variacions individuals, permetent, però, arribar a les següents conclusions:

1.^a Totes les drogues antagonistes de l'acetilcolina, ho són també de Me_4N . La concentració d'antagonista necessària en cada teixit per produir l'acció, és igualment similar per acetilcolina que per Me_4N .

2.^a Una considerable proporció de l'antagonisme estudiat, es produeix segons una relació simple i constant. Certs antagonismes es desvien, però, d'aquesta relació tan senzilla.

3.^a Una gran proporció dels fets observats poden interpretar-se com deguts a la competència de les drogues antagonistes per actuar sobre un receptor comú.

El mètode de treball, és, en línies generals, el mateix que en la nota anterior, amb addició d'antagonistes al bany.

(Departament de Farmacologia. Universitat d'Edimburg.)

Portadors de gèrmens entre els combatents, pel
Dr. VALLS CONFORTO.

Ja fa 6 anys que portem el control bacteriològic dels excrements dels malalts del grup entèric, en l'Hospital d'Infecciosos. Aquesta vigilància constant, d'un interès higiènic-social extraordinari, ens ha permès tenir un criteri propi en una matèria en la qual han estat fetes tantes recerques, per bé que, en general, poc sostingudes, i per tant, o pel poc nombre d'observacions, o per no durar un temps suficient que posi a cobert de les variacions epidèmiques en el factor temps, solen donar idees no massa exactes.

La tècnica que emprem, és la ja comunicada fa tres anys a aquesta societat i a l'Acadèmia de Medicina. Res de nou no hem introduït, encara que paral·lelament hem anat provant les tècniques que han anat apareixent.

Seguim creient, que les tècniques de Drigalsky, Endo i Wilsson-Blair són, en mans d'un tècnic avesat, les millors.

Per a l'enriquiment de gèrmens del grup entèric, la modificació de González a la tècnica de Wilsson ha d'ésser retinuda com a ço més fi que tenim.

Els individus que han tingut una tifoide, expelleixen junt amb llur bilis, i per tant amb els excrements, una quantitat de bacils d'Eberth. Aquesta eliminació, en general, no es fa en una forma constant, sinó que sembla com si existís un ritme d'eliminació, a raó, aproximadament, d'una

descàrrega cada 5 o 7 dies; els altres dies l'eliminació és nul·la o atenuada.

Això impossibilita de donar com a verament negativa una determinació única i aconsella de fer exàmens seriatos.

Reconeixem que aquesta pràctica és molesta i onerosa quan les sèries es multipliquen, però hi ha la possibilitat de guardar a la nevera una emulsió de la femta de cada dia en una solució estèril de glicerina al terç. La determinació bacteriològica es fa sobre la barreja final.

Sobre dita barreja final es practica l'enriquiment segons la tècnica de Wilsson modificada per González.

Paral·lelament a casos autèntics, hem fet contaminacions experimentals d'excrements que ens han demostrat la innegable superioritat d'aquest procediment.

L'estudi de l'excreció microbiana per sondatge duodenal és més constant que la determinació en els excrements, amb tot també es mostra el cicle.

No hem tingut, encara, ocasió d'estudiar l'eliminació en malalts o millor convalescents de tifoide que anys abans haguessin estat colecistectomitzats. El nostre propòsit era fer la prova en conills infectats amb salmonelles, utilitzant per a l'exploració la tècnica i instrumental de punció vesicular de Domingo.

Quina és la causa del cicle? Una sèrie de treballs que portem a cap, ens porten a creure en una proliferació peri- o intracel·lular lligada a fenòmens d'immunitat local en el parènquima hepàtic.

La necrosi de les cèl·lules captadores donaria lloc a l'alliberament en massa de gèrmens.

De moment, podem dir que el fenomen no va lligat a modificacions d'estructura de colònies ni a variacions en l'estructura antigènica del bacil tífic.

Al començament de les hostilitats es donaren casos de tifoide que estava caracteritzada per la seva gravetat, la freqüència de síndromes hemorràgiques com a aspecte clínic. Des del punt de vista bacteriològic, l'extraordinari polimicrobisme fecal, amb gran quantitat de perfringens i d'estafilococ hemolític.

L'estafilococ prengué una part tan important que tots recordarem la gran quantitat de trastorns intestinals sovint acompanyats d'afeccions cutànies que s'observaren en els dos primers mesos de guerra. Afortunadament, els cicles bacterians i la millora de la Sanitat han fet canviar en absolut el quadre.

El fet del polimicrobisme era colpidor, si expressem la quantitat de gèrmens no tífics en uns ex-

excrements d'avant-guerra per la unitat, trobarem deu o cent en els dels malalts dels dos primers mesos.

Aquest fet de quantitat i varietat de bacteries no fou exclusiu del front, a reraguarda era igual, com si un factor comú regís, per trastorns neuro-digestius, a un nivell fora del normal.

En aquests casos de polimicrobisme, la concurrència vital, feia molt difícil i sovint impossible la troballa de bacil d'Eberth. Aquest era emmascarat i potser suprimit, però quedava durant llarga temporada un malalt que si bé no era portador de bacil d'Eberth, o era del seu bacteriòfag, ço que, al nostre entendre, val tant com dir portador de gèrmens.

En efecte, si el principi lísic necessita per a la seva activitat, la fixació damunt d'organismes específics vius, és lògic que la seva presència a títol elevat en els excrements, comporta l'activitat reproductiva de l'organisme bacterià que li és suport.

Això ens porta a una concepció nova en matèria sanitària. El període de perill del portador s'acaba quan no es troben gèrmens o millor s'acaba quan no es troba bacteriòfag?

Aquí topem amb la qüestió d'unitat o pluralitat de bacteriòfags.

Si som unitaristes, és lògic que de trobar o no bacteriòfag anti-Eberth, comporta la presència o absència del bacil d'Eberth en les vies altes.

Si som pluralistes, se'ns pot objectar que un bacteriòfag del grup enteric, pot, per acostumament, fer una lisi no específica.

Amb tot, els acostumats a treballar amb bacteriòfag, saben bé la dificultat que hi ha per a obtenir una lisi no estrictament específica a primer pas.

Aquest conjunt de fets que exposem, ens porten a creure que s'ha d'anar a una revisió més ampla de les idees fins ara imperants respecte als portadors de gèrmens, ja que un portador de bacteriòfag i per tant de gèrmens en algun lloc del seu organisme, pot fer, en el moment menys pensat, una raça bacteriòfag-resistent que fatalment pol·lucionarà l'ambient.

Aquesta possibilitat, pel que portem vist, es dona amb més freqüència en aquells malalts que a més són portadors d'una afecció inflammatòria del tub intestinal o els seus anexos glandulars.

La gènesi d'aquest fet la desconeixem, però aventurem la hipòtesi de la formació i excreció de principis antifàgics a nivell de les lesions.

En un terreny modificat per aquests principis, més fermentes cel·lulars, més variacions del potencial hidrogen, no té res d'extraordinari que un germen adapti la seva vida en una forma d'acord a les seves possibilitats biològiques.

A propòsit de la diferenciació de les salmonelles pullorum i sanguinarum, per mitjà d'un bacteriòfag específic, per J. VIDAL MUNNÉ.

La diferenciació precisa de les salmonelles que poden isolar-se de la tifosis aviar i de la diarrea blanca del pollet, no és tasca sempre fàcil. Sovint les característiques admeses per a llur classificació són poc netes, i hom es veu forçat a denominar-les per detalls ben insignificants o bé per llur origen. Es cert que quiscun investigador ha fet l'afirmació que no és impossible isolar de pollets gèrmens amb totes les característiques del b. sanguinarum, i, a la inversa, és corrent trobar en aus ja adultes salmonelles de tipus pullorum. Una taula presentada per l'autor és ben explícita per a demostrar les dificultats d'una diferenciació sense dubtes.

Això en el que respecta a les llurs propietats de comportament en front dels medis de cultiu correntment emprats al Laboratori.

La tècnica de l'aglutinació s'ha mostrat també inoperant, car sèrums obtinguts amb gèrmens netament diferenciats per llur metabolisme, flocculen indistintament els dos tipus de salmonelles, a títols perfectament iguals.

Fa cosa d'un parell d'anys, P. M. N. Naidu descriví un procediment que segons les seves recerques diferenciaria els dos gèrmens. Un bacteriòfag específic antipullorum lisaria solament aquest germen mentre que no tindria cap acció damunt dels gèrmens del tipus sanguinarum ni després de 20 passos per aquest germen.

Havent aïllat un bacteriòfag fortament actiu, de les dejeccions d'un pollet (en l'autòpsia del qual no trobarem altres lesions que les pròpies de la diarrea) de les sembres de moll d'os i sang del cor d'aquest, sols aïllaren una salmonella pullorum (172) en cultiu pur, ens decidírem a comprovar l'exactitud de les experiències de Naidu.

El nostre bacteriòfag posseeix un poder lític extraordinari, puix que diluït al 1/10,000,000, lisa completament els cultius en brou de 24 hores, aclarint completament el medi sense que sigui possible observar la presència d'indícis d'enterboliment tot i deixant els tubs fins a 20 dies a l'estufa.

Les nostres proves han estat fetes sempre en medi líquid i a partir de cultius de 24 hores i bacteriòfag procedent de filtrats per bujia L₃, curosamment comprovada.

Cal advertir que el nostre bacteriòfag al moment de les comprovacions que motiven aquesta nota, havia estat passat cinc o sis vegades pel seu propi germen (172).

Les nostres observacions repetides diverses vegades, han donat sempre el mateix resultat. La

lisis ha estat total a les vuit hores i s'han conservat els tubs transparents fins als vuit dies, data màxima de les nostres observacions. En tots els casos s'han fet els corresponents tubs de control que s'han enterbolit o han donat mostres de perfecta germinació.

En el curs de les nostres experiències hem observat que no tots els tubs s'enterbolien uniformement. En alguns d'ells en lloc de presentar l'ona característica de l'enterboliment uniforme, el cultiu és sedimentat, talment com si fossin cultius d'estreptococ.

Com pot veure's pel quadre adjunt, aquest ca-

ràcter no ha coincidit amb cap grup de gèrmens i per tant no podem donar-li cap valor diferencial.

Conclusions

1.^a El problema de la diferenciació segura de les salmonelles pullorum i sanguinarum per llurs característiques de cultiu, resta confús i difícil de precisar.

2.^a El nostre bacteriòfag, teòricament d'origen específic, produeix una lisis total en totes les mostres de salmonelles aïllades i estudiades per nosaltres.



GENERALITAT DE CATALUNYA INSTITUT DE FISIOLOGIA

Era desig nostre que aquestes lliçons, donades suara a la Universitat de Catalunya, eloquessin el número que tenim als dits. Les limitacions actuals, però, ens impossibiliten de realitzar aquest nostre desig i ens obliguen, per tant, a ajornar la seva realització en el número vinent.

LLIBRERIA CATALÒNIA

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

SUBSCRIPCIONS
i REL·LIGADURES



3, Ronda de Sant Pere, 3

T E L E F O N 2 4 6 4 7

LA MEDICINA



CATALANA