

# 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'aquí i d'allà.

## Cirurgia

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

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

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

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

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

Els dos elements exposats suara, com a determi-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.<sup>er</sup> Anestèsia general etèria (Ombredanne) per a les extremitats superiors i raquianestèsia per a les inferiors.

2.<sup>on</sup> Ensabonat enèrgic de tota l'extremitat i del focus de fractura amb un raspall, afeitat i pintat amb tintura de iode diluïda en alcohol.

3.<sup>er</sup> Esecissió ampla de les ferides cutànies, sense isquèmia.

4.<sup>art</sup> Extirpació de tots els teixits contusionats que no sanguin o que presentin una vitalitat desminuïda (color). Hemostàsia curosa.

5.<sup>è</sup> Extracció de la bala o metralla.

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

7.<sup>è</sup> Sutura musculò-aponeuròtica amb catgut fi, *si és factible sense tensió*.

8.<sup>è</sup> Sutura de la pell amb crin, *si és factible sense tensió*.

9.<sup>è</sup> Enguixat total de l'extremitat agafant les dues articulacions veïnes.

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

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

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

Vegeu, encara :

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

*luració habitual i cruïrir tèmpero-marillar.*  
«Journal de Médecine de Bordeaux». 30 gener 1937, p. 125.

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

DUBECQ: *Contenció de les fractures del massís facial amb auxili d'un suport cranial. Dispositiu de l'autor.* «Journal de Médecine de Bordeaux». 29-I-37, p. 180.

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

## Endocrinologia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### *Exoftalmia i goll exoftàlmic*

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

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

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

Senyal de De Graefe o retracció de la parpella superior.

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

Senyal de Stellwag o augment de la fendidura palpebral.

Tremolor de les parpelles.

Raresa del parpelleig.

Senyal de Moebius o parèsia de la convergència.

Llagrimeig.