

RESUMS

DELHERM, CODET ET MME. DUCLAUDE (París). — *Nova estadística sobre l'enema elèctric en les obstruccions postoperatòries.* (Butlletí oficial de la "Société française d'Electrothérapie et de Radiologie, Març 1933.)

Vint-i-quatre casos d'oclusió postoperatòria (operacions diverses) han estat tractats per l'enema elèctric i han obtingut 21 èxits, 2 fracassos i un resultat dubtós.

Els autors insisteixen sobre els grans serveis que pot donar, en tals casos, aquesta terapèutica quan està administrada correctament i quan no s'ha esperat que el malalt estigui a l'agonia.

D'altra part en 25 casos d'oclusió o sub-oclusió d'origen divers, han obtingut deu resultats favorables, 13 fracassos i 2 resultats dubtosos. (S'ha de fer notar que contràriament als operats, aquests malalts eren la majoria persones d'edat i havent usat ja procediments d'evacuació diversos.) En tots els casos l'enema elèctric ha d'ésser aplicat de tal forma que el seu ús, en cas de fracàs, no hagi retardat l'acte quirúrgic quan aquest és possible. — C. T.

BORDIER (Lió). — *La diatermo-coagulació en el tractament dels epiteliomes cutanis.* (Archives d'électricité médicale et de physiothérapie du càncer, Fevrier 1933.)

Malalt de 76 anys, presentant un epitelioma a la mà des de molts anys. Tractat primerament amb escissió i radioteràpia presenta, al cap de dos anys, una recidiva. Electro-coagulació en Juny 1932. Ella sembla actualment curada.—C. T.

BEAU (París). — *Diatèrmita mèdica i ginecològica.* (Bulletin officiel de la Société française d'Electrothérapie et de Radiologie, Abril 1933.)

Excel·lent treball basat sobre 75 observacions de les quals les més típiques són publicades.

En les mefritis i les salpingitis agudes o cròniques la diatèrmita produeix la sedació dels dolors, la suspensió de pèrdues blanques, la desaparició de nàusees i del vaginisme, la curació de l'uretritis, la desaparició dels empastaments, la

mobilització de l'úter. En els trastorns menstruals dolorosos amb regles poc abundants s'obté la sedació dels dolors (sovint és bo afegir-hi l'opoteràpia). En les adherències i sècules d'operacions quirúrgiques hi ha una gran millora dels símptomes.

La diatèrmia no és solament útil a la curació dels malalts, sinó que restitueix aquestes malalties en el seu paper de dones, i, àdhuc, en certs casos esdevenen mares. — C. T.

J. LÓPEZ LOMBA (Montevideo). — *El tractament dels prostàtics*. (Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris, núm. 13, p. 445 a 455.)

L'autor és partidari dels tractaments purament mèdics. No accepta l'operació alliberadora només en un sol cas: en el de la retenció crònica.

M. López Lomba insisteix molt particularment sobre el tractament elèctric, emplaçant-hi a primer terme la diatèrmia.

Hi ha, diu l'autor, 5 factors que s'han de tenir en compte. La falta d'observació d'un d'ells pot ésser suficient per provocar el fracàs. Aquests factors són els següents:

Primer: Forma i dimensions dels electrodos. L'electrodo indiferent, ventral, de plom, ha d'ésser de grans dimensions: 20 per 20 cms. almenys.

L'electrodo rectal, prostàtic és el de Wilmoth. És d'ebonita, amb una placa activa metàl·lica, còncava, ovalada i mideix 5 cms. de llargada per 2 cms. d'amplada.

Segon: Voltatge.

El voltatge útil que ha de produir l'aparell de diatèrmia serà de 5.500 volts més o menys.

Tercer: Freqüència.

La freqüència òptima es troba pels volts de 900.000. Sobre el milió la tolerància rectal és millor, però el millorament clínic no és tan ràpid. Sota de 800.000 és a la inversa el que es produeix.

Quart: Intensitat.

S'ha de fer passar la intensitat màxima de corrent que el malalt pugui suportar sense massa molèstia. Aquesta és un terme mig de 750 m A. Els millors resultats s'observen en els pacients que suporten al voltant de 1.000 m A. Sota dels 500 m A. no es poden esperar resultats tan ràpids en la diatèrmia.

Cinquè: Nombre i duració de les sessions.

L'autor aconsella una primera sèrie de 30 aplicacions d'una hora diària cada una. Després d'un repòs de tres setmanes s'ha de tornar a començar una segona sèrie idèntica a la primera o bé espaiant una mica més les aplicacions.—C. T.

DELHERM I BEAU (París). — *Nota sobre el tractament de les artiritis per radioteràpia*. (Bulletin de la Société de Radiologie medicale de France, núm. 193, pàgina 526.)

Encara que es presenta modestament com una simple "nota" aquesta comunicació, d'un gran interès, és en realitat el punt fort del tractament de les artritis per la röntgenteràpia. Després d'haver resumit les seves 34 observacions (7 artritis juvenívoles, 20 artritis senils, 7 artritis diabètiques) els autors fan l'examen crític dels resultats obtinguts i donen valuoses indicacions sobre les tècniques emprades. Quant a la manera d'acció de la radioteràpia els autors pensen que actua més particularment en el simpàtic, també ells prefereixen més la radioteràpia vertebral o pararraquidiana D 10 a L 5, en lloc de radioteràpia de la regió suprarrenal.

Acaben, finalment, dient que en una afecció tan greu com l'artritis és necessari combinar amb els raigs X d'actuació paravertebral i perifèrica tots els procediments que modifiquen la circulació i en particular la diatèrmia, la infra-diatèrmia, els banys de sol, els infra-rojos, l'aire calent (en les gangrenes) i l'alta freqüència. — J. D.

E. S. SAMUEL i E. R. BOWIE (New Orleans).—*Les aplicacions terapèutiques dels raigs X a l'angina de pit.* (Amer. Journ. of Röntgen a. Rad. Ther. XXVII, p. 870.)

Els autors han tractat 19 casos. Admeten la conclusió com Bradburu, que: "la röntgenteràpia ha produït una gran millora als seus malalts. Encara que sigui prematur de donar conclusions sobre l'acció final d'aquest tractament, sembla que la desaparició del dolor, l'atenuació de les molèsties i el retorn a una vida normal són dades a favor d'aquest mètode. — J. D.

JEAN HUTINEL, RAOUL KOURILSKY i ETIENNE NICOLAS (París). — *Els abscessos del pulmó a l'infant.* (Archives de Medecine des Enfants, pàgs. 697 a 722.)

Estudi radiològic. — És excepcional que l'abcés pugui ésser radiografiat en son estat inicial. L'abcés constituït es caracteritza per la imatge clàssica oval, amb gran eix vertical sense connexió amb les parets toràxiques.

La part inferior de l'abcés és fosca, el líquid que omple la cavitat presenta un límit horitzontal sobre del qual es troba una zona clara. Per radiografies successives es veu augmentar l'abcés i el nivell líquid puja fins esborrar la zona clara.

Després d'una vòmica, si el pus ha estat evacuat completament, només es constata una taca clara limitada per la membrana que el limita.

La desaparició de signes radiològics constitueix la millor prova de curació.

El lipiodol introduït per les vies intercrico-tiroideo o supraglòtica no penetra mai a la cavitat de l'abcés.

En resum els elements essencials del diagnòstic positiu són: aparició al curs d'un estat bronconeumònic agut o sub-agut d'una eliminació purulenta per les vies aèries i d'una imatge radiològica de cavitat hidroaèria limitada. — J. D.

W. BROCKER (Cologne). — *El tractament de radiodermitis per radiacions de gran llargada d'ona.* (Strahlentherapie, Bd. XLII, pàg. 551-570.)

Els raigs infra-rojos aplicats abans o després de la irradiació pels raigs Röntgen no tenen influència a les reaccions de la pell humana. Però si els raigs infra-rojos no constitueixen un mitjà profilàctic contra les radiodermitis, el seu ús està indicat per les radiodermitis ja constituïdes.

Ambdós casos relatats per l'A. el tractament de radiodermitis pels raigs infra-rojos ha donat resultats força interessants. — J. D.

RG. GILBERT I F. SLUYS. — *La Radioteràpia de la granulomatosi maligna.* (Journal de Radiologie et d'Électrologie, Vol. XVII, núm. 3.)

I. La röntgenteràpia és el tractament d'elecció de la granulomatosi maligna.

II. Clínicament les localitzacions de la granulomatosi maligna són molt radiosensibles; histològicament els teixits granulomatosos tenen un caràcter inflamatorio-linfoide al mateix temps que un aspecte semblant al dels neoplasmes, això explica la seva gran sensibilitat als raigs.

III. Les radiacions destrueixen el teixit granulomatós. Aquesta destrucció és generalment seguida d'una reacció fibro-constructiva, exageració d'un procés que es pot trobar en estat normal.

IV. És necessari destruir del tot el teixit granulomatós.

V. La röntgenteràpia penetrant o profunda serà elegida en preferència a les altres modalitats tècniques, car la penetració, la distància i focus creuats permeten una repartició homogènea de la dosi eficaç, en profunditat.

La röntgenteràpia permet d'irradiar per grans portes d'entrada grans masses de teixits suspects d'invadiment; això és important ja que les lesions són generalment més extenses que la clínica no les deixa suposar.

La curiteràpia solament té rares indicacions.

VI. La manera d'aplicar la dosi als teixits granulomatosos juga un paper molt important, el factor temps. La röntgenteràpia en una sola sessió o en algunes sessions (5 a 6 dies) ha d'ésser desterrada. D'altra banda l'augment en el temps no ha pas d'ésser exagerat i sobretot no han pas d'ésser espaiades les sessions (per exemple, setmanals).

El tractament es farà al principi en una sola sèrie de sessions, aquestes seran diàries. El tractament consistirà per absorbir als teixits malats, tant profunds com superficials, una dosi total, almenys 400 r., en el terme mig dels casos, per una primera sèrie d'irradiacions. (Nosaltres donem en dosis incidents — a la pell — de 750 a 1.200 en total, per les adenopaties perifèriques, segons el seu volum, i a l'entorn d'unes 4.000 a 5.000 r. en total, per grossos tumors mediastinals, per exemple, a raó de 1.000 a 1.200 r. per porta d'entrada.) La dosi d'incident per sessió, no excedeix pas a les 200 r., serà donada en 10 ó 15 dies

per cada localització i de 4 a 5 setmanes, per la durada total del tractament aquestes normes de duració no són regides, especialment si el procés és ben estès, però serà bo d'abstenir-se a allunyar-se almenys possible.

El tractament pot ésser canviable en la majoria dels casos, a condició que es tingui a les mans els malalts i que un estigui segur de la seva regularitat a les sessions diàries, siguin els que siguin els trastorns generals de què es puguin ressentir.

VII. Els símptomes tals com prurit, febres, dolors, molèsties funcionals, modificacions de la fórmula sanguínea i de l'estat general, han de servir de guia al curs del tractament. Tenen també gran valor per a descobrir una recidiva. La radiografia serà també emprada per aquest objecte, permetrà descobrir tot seguit tumors profunds infiltrats d'os o visceralis i controlar en aquests casos els efectes de la radioteràpia.

VIII. La radioteràpia ha d'ésser aplicada solament a les lesions en evolució o en les recidives. Les sessions dites "profilàctiques" o "d'entreteniment" han d'ésser desterrades. Pel contrari, el malalt ha d'ésser vigilat, tenir en compte els perills de recaiguda i les primeres manifestacions d'aquesta (prurit, febre, dolors, erupcions, etc.) a fi i efecte que el tractament sigui reprès al menor símptoma.

Si la recidiva no es manifesta més que per fenòmens generals (febre, modificació sanguínea) i que cap localització no sigui possible, es recorrerà en aquests casos a la röntgenteràpia total a grans camps separats a la teleröntgenteràpia, conduïda amb prudència.

IX. La radioteràpia profunda no exclou pas els coadjuvants, tals com l'arsènic, l'opoteràpia, les cures climatèriques i ocasionalment la cirurgia.

X. Alguns casos personals il·lustrats de documents, la major part inèdits, ensenyen el poliformisme simptomàtic de l'afecció, els accidents i recidives, així com els resultats obtinguts en els casos de localitzacions profundes.

XI. Els autors resumeixen, finalment, estadístiques i la seva, per demostrar els resultats que la radioteràpia permet obtenir. Estudien, principalment, el terme mig del temps que sobreviuen des del començament de la röntgenteràpia. — J. D.

A. HARTUNG I J. FEEDMAN (Xicago). — *Sifilis pulmonar*. (Jour. of Amer. Med. Assoc., Vol. XCVIII, núm. 23, p. 1.969.)

Amb ocasió de tres casos de sífilis pulmonar adquirida que han observat els autors, passen revista a les principals dades. Insisteixen en la dificultat del diagnòstic; les dades clíniques poden servir de base al tractament quan clínicament el diagnòstic no pot ésser portat més que per exclusió per la constatació dels efectes del tractament, i, en particular, a l'ajuda d'exàmens als raigs en sèrie. De totes maneres sols la confirmació anatòmica dóna una certitud. — J. D.

C. SCARINCI (Sanatorium d'Aspromonte). — *Cossos Fibrosos múltiples de la cavitat pleural, complicació estranya del neumotòrax artificial.* (Radiol. Medic, número 5, pàg. 485.

Després d'haver passat revista a la literatura i exposat les diferents teories patogèniques que es refereixen als cosos fibrosos lliures de la cavitat pleural, l'autor ha descrit l'interessant cas que ha tingut ocasió d'observar. — J. D.

LLUÍS CIRERA. — *Diatermo-gàlvano-foradització.* (Bulletin oficial de la Société française d'Electrotherapie et de Radiologie.)

Després d'una curta explicació de la història i dels efectes fisiològics, l'autor estudia més completament les diverses tècniques, la posologia i els resultats que ha obtingut, per la diatermo-galvanització (ionització), la diatermo-galvano-faradització ràpida o lenta, la diatermo galvanització ràpida o lenta, amb o sense inversió, la diatèrmia amb ones alternatives de llarg període, la diatermo-faradització i la diatermo-galvano-faradització ritmada. Ha fet més de 4.000 aplicacions repartides en 800 malalts atacats de neuràlgies, neuritis del plexe braquial i del ciàtic, neuràlgia del trigèmin, poliometitis, enterocolitis amb atonia intestinal, reumatisme articular, miàlgies, tenint en compte els fenòmens físico-químics estudia particularment, la manera que es comporten els diferents electrolits. Exposar, finalment, les condicions necessàries per a realitzar de manera satisfactòria l'associació de corrents A. F. amb els altres corrents i descriu el material que ell utilitza. — J. D.

OSCAR MELLER (Bucarest). — *Mètode radiogràfic per a posar en evidència la identitat d'un individu.* (IV Internationaler Radiologenkongress", Zurich. 1934. Band II Referate.)

Excepció feta del mètode de Bertillon, caigut en desús a causa de les seves imperfeccions, el sol mètode universalment utilitzat per a establir la identitat d'un individu, és el de Woukosich, altrament anomenat mètode de les empremtes digitals. Però aquest mètode no està lliure d'imperfeccions, perquè hom cita casos en els quals els delinqüents han reeixit a modificar el caràcter de llurs empremtes. Recentment, i en informacions d'Amèrica, hom ha fet conèixer casos de transplantacions per a fer desaparèixer la possibilitat d'identificació.

L'autor ha cercat la manera de trobar un òrgan o un sistema, la imatge del qual sigui, radiològica, patognomònica i estrictament individual i que, per tant, pugui ésser un mitjà d'establir la identitat. De tots els òrgans i sistemes, solament les cavitats pneumatitzades del crani i de la cara posseeixen aquesta qualitat. Entre elles l'autor ha triat els sinus frontals, els quals, després d'ésser formats per l'evolució de les cèl·lules etmoidals al voltant dels dotze anys, no es modifiquen més durant la resta de la vida.

En cas de malaltia dels sinus, llurs contorns no desapareixen, i solament

s'altera la pneumatització, de manera que la silueta sinusal presenta sempre la mateixa imatge radiològica. El polimorfisme dels sinus frontals és tan remarkable, que permet a l'autor que entre les radiografies practicades sobre un gran nombre d'individus, no és possible de trobar dues persones que tinguin idèntics els sinus frontals. Basant-se sobre aquest polimorfisme, l'autor es permet proposar que hom adjunti a la fitxa de tot delinqüent, la radiografia de llurs sinus frontals. Hi ha individus en els quals els sinus estan completament desfets. Aquests podran ésser identificats, però, pel nombre i la forma de llurs cèl·lules etmoïdals. Radiografies dels sinus fetes sobre cranis de delinqüents criminals en un establiment penitenciari, el mateix que en cranis decapitats de bandits, demostren llurs caràcters, que no deixen d'ésser particulars: hi ha sinus d'una grandària gegantina, sense signes concomitants d'acromegàlia, o bé hi ha absència dels sinus associada amb la persistència de la sutura medio-frontal (metopisme).—J. CERVERA.

L. STHUL i P. PUECH (París).—*La sella turca i els tumors de la regió.* (IV Internationaler Radiologenkongress, Zurich, 1934. Band II. Referate.)

Són tantes i tan grans les variacions individuals de la sella turca, que es fa difícil el definir un tipus normal. Malgrat això, l'experiència clínica i operatòria ha demostrat que en els tumors hipofisaris o para-hipofisaris, existeixen alteracions particulars, de les quals n'hi ha que són clàssiques, i d'altres que no ho són pas. En particular, els adenomes de la hipòfisis, presenten característiques diverses que corresponen a les dues grans varietats cromòfiles i cromòfobes. Les selles d'adenomes cromòfobs són selles engrandides en tots els seus diàmetres, tenen parets atròfiques i l'orifici superior eixamplat. Es destrueixen més ràpidament que les selles d'adenomes acidòfils. Les selles d'adenomes cromòfils són diferents. A l'abombament degut a la pressió intrasellar s'adjunten modificacions pròpies de l'acromegàlia. Les parets són més gruixudes i el tubèrcul de la sella, molt anormalment sortit, forma un veritable bec entre els dos nervis òptics. Aquest bec acromegàlic que és característic dels adenomes acidòfils i està unit, en part, a la preeminència a aquest nivell del sinus esfenoidal engrandit, contribueix a reduir, més endavant, l'orifici superior de la sella, la qual és menys oberta que en els casos d'adenoma cromòfob. Aquestes remarques tenen un interès clínic per al diagnòstic dels adenomes, anomenat de transició, car llur sella és del tipus acromegàlic. D'altra banda, des del punt de vista neuroquirúrgic, és important d'apreciar abans de la intervenció, el grau de preeminència del bec, car aquest detall anatómic pot representar un considerable obstacle en l'abordatge de l'adenoma, la ressecció del qual no deixa d'oferir mai un considerable risc.—J. C.

CARLOS SANTOS (Lisboa).—*Vasografia. Tècnica, possibilitats i aplicacions.* ("IV Internationaler Radiologenkongress, Zurich, 1934. Band II. Referate".)

A) Vasografia dels membres.

Tècnica: Primer. Punció arterial, thorotrast, reglatge de la injecció amb aparell de l'autor. Incidents: Segon. Elecció del moment per a la *pose*, doble *pose* (estereo). Vasografia en sèrie (ràdio-carrousel de Caldas).

Aplicacions: Arteritis; Aneurismes; Tumors dels ossos i de les parts toves; Osteomielitis; Sífilis, Tuberculosi òssia, etc.

B) Aortografia.

Tècnica: Primer. Punció de l'aorta. Elecció de la solució de contrast: Iodur de sodi, abrodil, tenebril 411, thorotrast. Reglatge de la injecció. Aparell de l'autor. Segon. Radiografia: doble *pose* (amb o sense estereo). Radiografia en sèrie (ràdio-carrousel de Caldas). Perills.

Aplicacions: Arteritis, trombosis i embòlies de l'aorta abdominal, ilíiaques, renals, esplènica, etc. Aneurismes (de l'aorta i de les seves branques abdominals i pelvianes). Lesions del fetge (quist hidàtic, cirrosi, tumors). Lesions de la melsa (esplenomegàlies palúdiques, sarcomes, quistes hidatídics). Lesions dels ronyons (anomalies i traumatismes, hidronefrosis i pionefrosis, tuberculosi, diagnòstic de les lesions anatòmiques (tumors, nefritis) i dels trastorns funcionals). Lesions ginecològiques (tumors de l'úterus i dels anexos, lesions inflamatores). Pielografia per via aòrtica. — J. CERVERA.

PAUL COTTENOT i RAYMOND HEIN DE BALZAC (París).—*Càrdio-vasografia després de la mort. La seva utilitat per a fixar la semiologia radiològica de l'aparell circulatori.* ("IV Internationaler Radiologenkongress. Zurich, 1934 Band II. Referate").

Des de fa uns quants anys, els autors, practiquen sobre el cadàver càrdio-vasografies amb un doble objectiu: Primer, l'estudi de les cavitats cardíques i dels grossos vasos de la base; segon, l'estudi d'un terreny vascular limitat.

Primer. Per a precisar la constitució anatomo-radiològica de l'ombra medio-toràxica i de les imatges mediastinals, els autors preconitzen aquest mètode, per tal com amb una tècnica personal creuen obtenir-ne el màxim de dades, amb el mínim de causes d'errors.

La tècnica dels autors consisteix a injectar un líquid opac en les cavitats cardíques i dels grossos vasos sense obertura de la cavitat toràxica fixant simplement les cànules a la iugular, caròtide i ilíaca, que són necessàries per a la injecció.

Llavors el subjecte és suspès pel cap; els seus pulmons són omplenats d'aire per mitjà d'una cànula traquial per tal de restablir llur transparència i llurs relacions normals i la situació normal de les cúpules diafragmàtiques. Les radiografies són fetes en posició vertical, a 1,25 m. de distància, sota les diferents incidències frontals.

Una primera injecció en la iugular omplena a bastament les venes caves, les cavitats dretes i tot l'arbre arterial pulmonar.

Fetes les radiografies, hom evacua i hom eixuga aquestes cavitats obrint la cànula ilíaca. Després hom injecta per la caròtide tot l'arbre aòrtic i, gràcies

a una sonda introduïda entre les sigmoides aòrtiques, la ventricular i l'auricular esquerres.

Per comparació dels diferents clixés hom dissocia amb una gran precisió la part que correspon a cada cavitat cardíaca i a cada segment vascular en l'ombra medio-oràtica del subjecte, prèviament radiografiat durant la seva vida.

Aquestes recerques han estat seguides paral·lelament sobre subjectes normals d'edat diferent i en els seus principals estats patològics.

Sense fer un estudi detallat de les imatges obtingudes, ço que equivaldria a fer un estudi complet de la radiologia càrdio-vascular; els autors es limiten a presentar uns quants exemples destinats a sotscriure el valor del mètode i a demostrar que certes nocions clàssiques semblen errònies als autors.

Segon. L'estudi sistemàtic de terrenys vasculars limitats per un membre o una víscera sobre el cadàver sembla als autors, presentar igualment un gran interès, del moment que les arteriografies perifèriques i viscerals prenen un lloc cada vegada més considerable en la pràctica radiològica corrent.

Aquestes seran més instructives a mida que l'anatomia radiològica vascular serà millor precisada per aquests estudis sobre el cadàver. Es per això que els autors porten una contribució a l'estudi de la vascularització del miocardi per injeccions coronàries i dels pulmons per injecció, de l'artèria pullmonar. — J. CERVERA.

ALFRED ROCHA (Barcelona).—*El diagnòstic dels diverticles duodenals.* ("IV Internationaler Radiologenkongress. Zurich, 1934. Band II. Referate".)

Després de l'estudi clínic i radiològic d'onze casos personals, l'autor dona les conclusions següents:

Les imatges diverticulars del duodè poden classificar-se en els quatre grups següents:

- a) Diverticles congenitals o pròpiament dits.
- b) Diverticles secundaris, és a dir, aquells que són produïts per dilatacions seculars degudes a la periduodenitis o bé a retractacions parcials d'un duodè afectat d'una malaltia intrínseca (ulcus) o extrínseca (adherències).
- c) Diverticles, generalment petits, deguts a la imatge directa d'un ulcus penetrant (nínxol de Haudeck típic).
- d) Imatges diverticulars degudes a la penetració de la substància opaca o l'omplenament de l'ampolla de Vater.

La localització dels diverticles vertaders és de preferència a la segona part de la concavitat duodenal.

La freqüència de diverticles múltiples és inversament proporcional del nombre de diverticles existents.

La major part de diverticles duodenals són diagnosticats radiològicament, i llurs signes radiològics més importants són: Primer, imatge cilíndrica o arrodonida, situada al costat del duodè; segon, persistència d'aquesta imatge malgrat el buidatge duodenal; tercer, motilitats concomitant a la del duodè; quart, insensibilitat a la pressió (excepte els casos de peridiverticulitis).

Es impossible de donar una regla general per a fixar la posició òptima per a evidenciar els diverticles, car en cada malalt hi ha una posició particular. — J. CERVERA.

PASQUALE TANDOJA (Nàpols).—*La hepatolienografia en el diagnòstic de les afeccions de l'aparell reticulo-endotelial (reticulo-histiocitari): acció terapèutica probable del tori.* ("IV Internationaler Radiologenkongress. Zurich, 1934. Band II. Referate".)

La hepatolienografia fou de primer antuvi emprada per l'autor en el seu pla d'exploració radiològica de la meitat dreta de l'abdomen amb els mitjans de contrast. Però, després, l'ha emprat com a mètode per a fixar una semeiologia hepatolienogràfica fundada en la comparació de les dades de la biòpsia i de l'autòpsia. Finalment se n'ha servit com a base per a la formació d'un capítol de semiologia normal i patològica de l'aparell reticulo-endotelial.

Un any i mig d'estudi continuat d'un cas d'afecció sistematitzada amb localitzacions múltiples de genives, de pell, de pulmons, de fetge i del sistema ganglionar fou la base d'aquestes recerques. La hepatolienografia, la radiografia del tòrax i la biòpsia de les genives mostraren en l'ombra opaca i eixamplada del fetge, nombroses petites taques clares disseminades i petits nòduls en els pulmons i un teixit reticular molt desenrotllat amb un petit nombre de cèl·lules reticulars i presència de sinusoides dilatats i plens de sang.

El mètode d'estudi de l'autor permeté també la clara identificació d'una afecció de l'aparell reticulo histiocitari del grup de les reticulosis aleucèmiques.

Però l'estudi continuat del malalt al qual hom tractava röntgenoteràpicament la sola localització gingival, permeté observar durant l'evolució vers el guariment (amb radiografies sistemàtiques i en sèrie i amb una nova biòpsia de les genives), la desaparició progressiva de les taques clares de l'ombra hepàtica la desaparició dels nòduls pulmonars i al mateix temps la desaparició del teixit reticular i les sinusoides dilatades juntament a la formació d'un teixit conjuntiu fibrós disseminat de cèl·lules histiocitàries carregades de grans d'hemosiderina i de torotrast.

La concordància de les dades radiològiques i histològiques, que són la base d'aquest mètode d'estudi, permeten de situar aquesta afecció sistematitzada, que clínicament donava la impressió de neoplàsmia, entre les diaplàsies (histiocitomatosis displàstica d'Epstein). L'autor prossegueix les seves recerques sobre els estats anèmics amb hepatoesplenomegàlia: així ha estat obert un nou camp d'estudis en el diagnòstic i la terapèutica a base del tori.—J. CERVERA.

ARMAND ROSSI (Parma).—*El diagnòstic radiològic de la calculosi intraparietal.* ("IV Internationaler Radiologenkongress. Zurich, 1934. Band II. Referate".)

L'autor, en presentar dos casos de calculosi biliar intraparietal que ha tingut ocasió d'estudiar radiològicament (casos confirmats per la intervenció ope-

ratòria) demostra per primera vegada, la possibilitat, fins avui completament excluida, de determinar el diagnòstic d'aquesta forma molt particular de litiasi, servint-se de la recerca radiològica. L'autor, després de fer remarcar la utilitat d'un diagnòstic precoç, ço que clínicament és impossible, després d'haver recordat les diferents condicions anatomo-patològiques constatades pels clínics en aquesta afecció, mitjançant la intervenció operatòria, basant-se sobre les constatacions fetes per ell mateix en aquests dos casos oferts a la seva observació. per un estudi morfològic i funcional complet de vies biliars (colecistografia i rovell d'ou), esquematitza el quadro radiològic de la calculosi biliar intraparietal tal i com pot presentar-se en les diferents eventualitats: Primer, en el cas en el qual la cavitat accessòria està en relació amb la de la vesícula biliar; segon, en el cas d'una perfecta independència de les dues cavitats; tercer, en els mateixos dos casos, però amb la particularitat d'ésser els càlculs opacs o transparents als raigs X. — J. CERVERA.

PRODUCTE NACIONAL INMILLORABLE

RÈDIX

Medi de contrast perfecte per a les radioscòpies del tub digestiu

RIQUESA DE CONTRAST EN LES IMATGES
S'EXTEN UNIFORMEMENT

NO SÈDIMENTA. - GUST AGRADABLE
EMULSIÓ FACILÍSSIMA

Capses de varis tamanys - Especial per a APENDIX

Paquets a granel per a Clíniques i Hospitals

SOLICITEU FOLLETS I MOSTRES

ÉS EL MÉS ECONÓMIC

Laboratori Dr. J. VILADOT. - Secció Rêdix - Consell de Cent, 303 - Telèfon 17870

50 KILOWATIOS
67 HP

Rendeix durant 1/50 de
segon

PANTIX

Tub d'anodo giratori uni-
versal amb foc rectilini
segons Goetze

Protecció integral TUTO

SIEMENS - REINIGER - VEIFA, S. A.

Per a prospectes i més dades dirigir-se a
PASSEIG DE GRACIA, 48 - BARCELONA