funden wurde mit normaler oder erniedrigter Erythrozytenzahl trotz initialer Krankheitsphase, wurde das Myelogramm untersucht; und die Resultate werden mitgeteilt.

Die Leukopoïese verhält sich normal, nur die Lymphozytenzahl ist erniedrigt; gleichzeitig besteht eine Tendenz zur Erhöhung der Eosinophilen. Die rote Serie zeichnete sich durch eine bedeutende Erhöhung der Erythroblasten aus, die vor allem orthochromatisch waren. Die Thrombozytopoïese war normal, wenn auch das Verhältnis von Megacarioblasten zu Megacariozyten umgekehrt war. Auffallend war die Erhöhung der lymphoiden und vor allem der plasmatischen retikulären Zellen.

Bei 2 Fällen, die sich zur Cyrrhose entwickelten, war das Blutbild ähnlich mit der einzigen Besonderheit, dass eine erhöhte Anzahl von Mitosen zu beobachten war, insbesondere der retikulären. In einem Fall mit hepatischem Koma, der 2 Stunden vor dem Exitus punktiert wurde, sah man den Schwund oder eine ganz starke Abnahme der Progenitoren aller Medullaserien, das Mark selbst hatte ein deutlich altes Aussehen. Die Lymphozyten sowie lymphoiden retikulären Zellen fehlten und die Eosinophilen waren stark vermindert.

RÉSUMÉ

On communique les resultats de l'étude du myélogramme chez 21 cas d'hépatite épidémique, chez qui dans l'hémogramme il existait une lymphocytose comme unique trait, à côté de chiffres normaux d'hématies ou bas, même dans les premières phases de la maladie.

La leucopoïese se comporte normalement, avec la seule particularité de la descente des lymphocytes et la tendance vers l'élevé chiffre d'éosinophyles. La série rouge se caractérisait par une augmentation marquée du chiffre de normoblastes, avant tout orthochromatiques, la série trombocytopoyétique se comportant comme normale, bien qu'avec inversion dans le rapport mégacarioblastes-mégacariocytes. Trés significatif est le fait de l'augmentation des cellules reticulaires lymphoïdes et des réticulaires plasmatiques, surtout celle de ces dernières.

Chez deux cas d'évolution vers la cirrhose, la conduite était semblable, avec la seule particularité du nombre si élévé de mitosis, avant tout reticulaires. Finalement, chez un cas de côma hépatique, ayant réalisé une ponction deux heures avant de mourir, on observa une disparition ou une intense diminution des progéniteurs de toutes les séries médullaires, avec moelle d'aspect très vieux. Ici, les lymphocytes ainsi que les cellules réticulaires lymphoïdes, étaient absents, et les éosinophyles très intensement diminués.

TENSION ARTERIAL Y BIOTIPO

F. SCHAPOSNIK

Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Médicas. República Argentina.

El presente estudio significa una contribución a la Biotipología, al investigar una de las facetas funcionales del individuo, cual es la búsqueda de la correlación existente entre la tensión arterial y el biotipo. Tal correlación ha sido encarada un tanto superficialmente por los autores, que se limitan a reafirmar, por regla general, conceptos que se vienen transmitiendo de muy antiguo.

El acervo científico de esta rama de la Medicina se enriquecerá, toda vez que las investigaciones estadísticas sistematizadas se apliquen a esclarecer los distintos aspectos de los tipos humanos: morfológicos (somatoscópicos y antropométricos), fisiclógicos (funciones, tonos neurovegetativos, variedades endocrinológicas, etcétera) y psicológicos (tipos reflexológicos, psicosociológicos, etc.).

Una segunda finalidad podría deducirse si nos situáramos desde el ángulo de la esfigmomanometría, en un intento por explorar en qué medida una discriminación biotipológica puede contribuir a aclarar la confusión aparentemente anárquica que surge de la lectura de los innumerables trabajos sobre la tensión arterial. Desde ahora conviene aclarar, sin embargo, que gran parte de las discrepancias derivan de la falta de tipificación de las técnicas utilizadas, de la diversidad de métodos estadísticos, de los distintos grupos humanos con que ha contado cada investigador y de toda una serie de factores que hemos analizado extensamente en nuestra obra "La tensión arterial y el biotipo" (en prensa, Edit. El Ateneo, Buenos Aires), entre los cuales no cabe menospreciar la mutabilidad de la tensión arterial en sí, resultante de la necesidad de regímenes circulatorios variables que se adapten a los requerimientos circunstanciales del organismo, sobre los que se funda, en última instancia, la nutrición celular. Se justifica que así sea, pues la presión sanguínea no escapa en modo alguno a la ley general de las funciones y, en salvaguardia de esas necesidades nutricias, se halla en perpetuo equilibrio móvil merced a un maravilloso y complejo mecanismo regulador. "El concepto de una tensión fija ideal es perfectamente injustificado" (BARD).

La tarea del médico que encara un estudio de esta naturaleza es por demás ardua; inevitablemente ofrece fallas posibles de crítica, de las cuales dos que nos atañen las reputamos más importantes: en primer término, la limitación del grupo humano accesible a nuestro examen, que impide hacer extensivas nuestras conclusiones a toda la comunidad; en segundo lugar, el reducido número de observaciones, que acrecienta los factores de error; el número de

individuos que hemos podido explorar resulta despreciable frente a las abultadas estadísticas de las Compañías de seguros norteamericanas, algunas de las cuales llegan a la extraordinaria cifra de 250.000 examinados.

Empero, debe tenerse presente, en nuestro descargo, cierto detalle técnico que hace que el examen de cada sujeto, en atención a la naturaleza de la investigación, demande un tiempo prolongado (examen clínico detenido para la valoración del estado de normalidad; antropometría para la calificación biotipológica; lecturas esfigmomanométricas durante quince minutos en cada caso).

Debe señalarse además que en la elaboración de las grandes estadísticas interviene un numeroso personal médico, lo cual significa un elemento de error importante al hacer incidir a su vez, en gran escala, el factor ecuación personal, eliminado en parte por nosotros al haber efectuado todas las observaciones personalmente.

1.° Criterio tensional.

El método empleado en todo trabajo estadístico referente a la tensión arterial, tiene trascendental importancia, y explica en buena medida la disparidad de las conclusiones que se extraen. Los factores de error son numerosos, afectando a la técnica en sí, a los manómetros empleados, al criterio para la valoración de las tensiones sistólica y diastólica, a la inclusión en los promedios de sujetos normales y anormales y, en último término, al factor personal.

A. *Técnica empleada.*—a) Posición del sujeto: Hemos registrado siempre la tensión en decúbito dorsal, por diversas razones: la relajación muscular es mayor, eliminándose sobre todo la contractura del lecho muscular de la arteria humeral; la aplicación del manguito es más fácil, su adaptación a la superficie cutánea es mejor y menor su desplazamiento hacia el pliegue del codo; la inmovilidad que se obtiene en el decúbito es mayor—lo que importa sobremanera cuando se pretende registrar la tensión residual—, y, por último, la determinación esfigmomanométrica es sólo un tiempo semiológico complementario de una revisión general, que únicamente es factible en el decúbito. Por lo demás, hemos efectuado investigaciones sobre el particular, que serán objeto de una publicación posterior, relacionando los cambios posturales de la tensión con el biotipo, de las cuales se desprende que no es indiferente la posición adoptada.

Como la compulsa bibliográfica no trae ningún acuerdo al punto en cuestión, nosotros insistimos—en desacuerdo a lo aconsejado por los Comités de standardización de la presión sanguínea, americano e inglés—en la conveniencia de adoptar el decúbito dorsal para toda determinación tensional, y, en especial, para las destinadas a fines estadísticos. Aducimos en nuestro apoyo las razones precedentes y la necesidad imperativa de tipificar la técnica, a fin de connotar las conclusiones a que arriban los distintos investigadores en un pie de igualdad.

b) Posición del miembro: El miembro superior fué colocado en el mismo plano de la camilla, en ligera abducción y completa relajación muscular. Se descarta así un error que las leyes de hidráulica hacen prever y la experiencia confirma. El brazo se mantuvo siempre libre de vestiduras, para evitar el estasis sanguíneo que aquéllas pudieran crear.

c) Estado psicofísico de los examinados: Con el fin de obtener el máximo de rigorismo en nuestra estadística, hemos procedido en la siguiente forma: previo un examen clínico detenido para la confección de la ficha médica, los sujetos permanecieron quince minutos en decúbito dorsal, tiempo durante el cual se registraron las lecturas tensionales en el más absoluto silencio y aislamiento. Las tomas se verificaron varias horas después de la última comida.

Aun cuando tenemos experiencia previa respecto a las diferencias existentes entre las cifras de la tensión arterial basal, obtenida con los mismos requisitos que el metabolismo de base, y las de la "tensión arterial convencional", representativa del sujeto en estado de actividad normal, hemos desechado la primera por las dificultades prácticas de su aplicación y por creer que la segunda mide más adecuadamente el nivel tensional que sobrelleva el individuo en su vida activa. Por lo demás, creemos habernos colocado en un término medio apropiado a nuestra finalidad: el promedio de las seis lecturas que efectuamos en quince minutos—en todos los casos—, representa una verdadera medida de las variaciones que suscita el tránsito de la actividad previa, de la que sale el sujeto en la primera lectura, al reposo en que se halla al finalizar el examen.

No creemos que lo que Gallvardin llama "tensión residual", vale decir la cifra más baja obtenida en sucesivas lecturas, sea en rigor de verdad la expresión exacta del régimen tensional individual. Hemos establecido en innumerables determinaciones que la cifra más baja obtenida en un individuo por medio de registros seriados de la tensión puede ser una medida accidental no repetida en el curso del día, que no expresa realidad biológica alguna. Si pensamos por un momento en la multiplicidad de los requerimientos psíquicos, sensoriales y sensitivos que a diario rodean al hombre, determinando un margen de fluctuación tensional más o menos amplio, según la constitución individual, veremos cómo resulta justificado que neguemos a la más baja lectura obtenida en varias determinaciones el valor de medida real de la T. A. *Cada una y todas ellas* tienen valor y existencia real, y no siendo factible en una estadística su empleo simultáneo, creemos más adecuado

recurrir, como en nuestro caso, al promedio de todos los registros de cada individuo.

d) Otros detalles técnicos: Las observaciones se han efectuado con una temperatura ambiente agradable. El fonendoscopio fué aplicado previa ubicación de la arteria humeral en el pliegue del codo, por la palpación, evitándose el contacto del borde inferior del manguito con la membrana sensible, detalle que asume, en nuestro sentir, importancia considerable. La cámara neumática se insufló rápida y progresivamente, para obviar el hipertono local que provoca la maniobra brusca. La descompresión rápida para evitar el estasis, mas no excesivamente para no engendar un error de paralaje.

e) Los registros seriados: Hemos procedido con la siguiente técnica uniforme: practicamos seis lecturas: inicial, al minuto y luego a los dos, cinco, diez y quince minutos. Vale decir que en los primeros cinco minutos efectuamos cuatro lecturas y dos en los diez minutos siguientes. Por la separación cronológica de las cuatro primeras puede considerarse vencido el hipertono local por los masajes que representan las sucesivas insuflaciones y desinsuflaciones del brazal; las dos lecturas finales podrán representar el acostumbramiento mental del sujeto a las lecturas esfigmomanométricas, una vez tranquilizado su estado emocional, verdadero "reflejo de investigación" de PAVLOW. En la imposibilidad de utilizar en nuestra estadística el total de las lecturas practicadas en cada individuo, optamos por la obtención del promedio de ellas, por considerarlo el valor más plausible.

B. *Manómetro.*—En coincidencia con la gran mayoría de los investigadores, hemos escogido el método auscultatorio, empleando en la lectura manómetros mercuriales, que respondían en un todo a las exigencias prescriptas por los Comités americano y británico.

C. *Criterio para la determinación de Mx. y Mn.*—Señalamos la tensión sistólica en el punto en que se ausculta el primer ruido cuando se descomprime la cámara neumática, contraloreando con la palpación del pulso radial que indica el pasaje de la primer onda sanguínea capaz de poner en juego la elasticidad arterial y con el examen visual de las oscilaciones de la columna mercurial. Creemos que, si bien el método palpatorio elude el falseamiento que representaría una discontinuidad auscultatoria (hiato zonal superior), el control visual de la primer oscilación de la columna mercurial—al cual hemos recurrido sistemáticamente—coincide con mayor justeza con la Mx auscultada.

La tensión diastólica se registró en el punto de aparición del primer ruido sordo que sigue a la tercera fase, con el control visual de la brusca atenuación de las oscilaciones mercuriales, lo cual facilitó la determinación en los casos dudosos.

D. *Concepto de normalidad.*—Un proceder equivocado que como factor de error gravita inevitablemente en gran número de estadísticas esfigmomanométricas, lo constituye la obtención de promedios con inclusión de tensiones anormalmente altas. Es obvio que los valores extremos de una serie estadística inciden deformando el promedio de los valores más constantes de dicha serie. Este razonamiento ha inducido a preferir, como mejor expresión de normalidad, la *tensión modal,* vale decir, aquella que aparece repetida más constantemente en la serie; con ello, a la vez que se objetivan en las representaciones gráficas pertinentes los valores anormales de los extremos, se pone de manifiesto el margen de fluctuación de los valores repetidos en mayor escala, trasunto más veraz de la normalidad tensional que cualquier cálculo matemático ajeno a la realidad biológica.

Hemos determinado además de la tensión modal, la tensión promedia de cada biotipo, para lo cual—identificados con las conclusiones a que arriban en su meticuloso estudio ROBINSON y BRUGER—hemos eliminado en la determinación del promedio las tensiones sistólicas y diastólicas superiores a 140 y 90 mm. de Hg., respectivamente.

E. *Factor ecuación personal.*—Un determinado grado de error es introducido en las estadísticas por el propio observador, hecho que debe considerarse en cierta medida inevitable; empero, la proporción de su influencia está en razón inversa al número de medidas precaucionales adoptadas por el investigador. Por tal razón hemos sido un tanto extensos en la enunciación de la técnica usada, justificados por la opinión de ALLEN: "La negligencia, desde luego, es una de las principales causas de error y al encargado de confeccionar la estadística le interesa conocer por quién y cómo se obtuvieron los datos sometidos a su estudio".

2.° CRITERIO BIOTIPOLÓGICO.

Al estudiar la relación existente entre el biotipo y la tensión arterial, hacemos referencia al aspecto somático, excluyendo en consecuencia los caracteres funcionales y psíquicos. En la necesidad de escoger un criterio tipológico apropiado a la finalidad de nuestro objetivo, hemos optado—en atención a la sencillez y objetividad del procedimiento—por el método de G. RODRÍGUEZ, profesor de Patología de la Facultad de Medicina de Salamanca, dado a la publicidad en 1940.

Su doctrina deriva de la de PENDE, y la solidez de sus fundamentos se pone en evidencia ante los métodos usados por el autor para la determinación de los tipos. La determinación morfológica se basa en una fórmula extremadamente simple y de rápida obtención:

$$\frac{\text{Diámetro transverso máximo} + \text{Diámetro hipocondríaco máximo} + \text{Diámetro bi-ilíaco}}{\text{Estatura total}}$$

Cuando el cociente fluctúa entre 45 y 55, se está en presencia del normotipo; si el índice es inferior a 45, se trata del estenotipo, y, finalmente, cuando es mayor de 55, el individuo es un euritipo (del griego, euri: amplio). Si se hace intervenir la talla, cada tipo comprende 3 subtipos: macrotálico, mesotálico y microtálico, según sea de talla grande, mediana o pequeña.

La ventaja que representa este sistema emana de la facilidad para adscribir cualquier sujeto a alguno de los subtipos en cuestión; pocos son los individuos imposibles de clasificar, ya que se concede la debida jerarquía a los dos órdenes de diámetros: horizontales y verticales.

Los rasgos definitorios de los tres tipos fundamentales son sobradamente conocidos, pues concuerdan con los enunciados por las distintas escuelas biotipológicas, lo cual nos exime de su descripción.

3.° Criterio estadístico.

La complejidad de los fenómenos biológicos, de la cual la presión sanguínea es un acabado exponente, dificulta sobremanera la aplicación de la estadística a su estudio. Múltiples interferencias funcionales convierten a la tensión arterial en una figura dinámica, cuya expresión matemática escapa en gran medida a la realidad vital.

Hemos preferido en nuestro estudio la determinación de la tensión modal, que no se ve afectada por los valores de los extremos, de presentación poco frecuente; en nuestra obra, mencionada precedentemente, hemos expuesto los gráficos de distribución de las tensiones sistólica, diastólica y diferencial, en cada uno de los biotipos fundamentales. Asimismo, con propósitos comparativos, extrajimos los promedios de cada grupo tipológico, excluyendo los valores superiores a 140 mm. de Hg. en la tensión sistólica y 90 mm. de Hg. en la diastólica. También empleamos el promedio, con el mismo límite convencional de normalidad, para discriminar la influencia de la talla sobre la T. A. Los resultados a que arribamos serán expuestos en las conclusiones.

4.° Material de observación.

A los efectos de establecer la correlación existente entre el biotipo y la T. A., hemos estudiado 709 sujetos de catorce a veintidós años. La investigación fué realizada en los "Institutos de Observación" de la Dirección General de Protección de Menores, de la provincia de Buenos Aires, creados en 1943 por el Dr. Julio V. d'Oliveira Esteves, con la finalidad específica de practicar el estudio científico integral de cada uno de los menores ingresados a la referida Institución. En cada caso se confeccionaron los siguientes documentos: a) Estudio somático-biométrico. b) Estudio psicológico. c) Estudio de aptitud profesional. El examen clínico, antropométrico y esfigmomanométrico, estuvo a nuestro cargo. El examen psicológico y psicotécnico fué realizado por Médicos psicólogos, secundados por psicologistas, asistentes sociales y maestras. Se excluyeron los sujetos con edades inferiores a catorce años—aun cuando las determinaciones tensionales se hicieran extensivas a ellos—, en mérito a que el biotipo no se encuentra definidamente configurado en esas edades.

5.° Resultado y conclusiones.

a) Las tensiones sistólicas más constantes registradas fueron:

	Varones	Mujeres	
Euritipo macroesplácnico	120-124 y 130-134	120-124	mm. Hg.
Normotipo mesoesplácnico	115-119	115-119	—
Estenotipo microesplácnico	110-114	115-119	—

b) Las tensiones sistólicas promedias, excluyendo las superiores a 140 mm. de Hg., fueron:

	Varones	Mujeres
Euritipo macroesplácnico	123 mm.	123,3 mm.
Normotipo mesoesplácnico	120,1 mm.	119,8 mm.
Estenotipo microesplácnico ...	118 mm.	119,4 mm.

c) El euritipo muestra mayor porcentaje de tensiones sistólicas superiores a 140 mm. de Hg. que el normotipo, y éste mayor que el estenotipo. Un fenómeno inverso se registra con los valores extremadamente bajos, que alcanzan su mayor proporción entre los estenotipos.

d) El euritipo macroesplácnico exhibe menor porcentaje de tensiones sistólicas comprendidas entre 90 y 129 mm. de Hg. que el normotipo mesoesplácnico, y éste que el estenotipo microesplácnico.

e) La influencia de la talla sobre la tensión sistólica puede resumirse en la siguiente forma: en todos los tipos biológicos y en los dos sexos, los individuos macrotálicos son portadores de niveles tensionales más elevados. En cambio, si se relacionan los tipos de talla mediana y pequeña, se obtienen resultados variables, siendo muchas veces superior la tensión sistólica de los microtálicos.

f) Las tensiones diastólicas más frecuentemente registradas fueron:

	Varones	Mujeres
Euritipo macroesplácnico	70-74 mm.	80-84 mm.
Normotipo mesoesplácnico	70-74 mm.	65-69 mm.
Estenotipo microesplácnico ...	70-74 mm.	70-74 mm.

g) Las tensiones diastólicas promedias—excluyendo las superiores a 90 mm. de Hg.—fueron:

	Varones	Mujeres
Euritipo macroesplácnico	74,3 mm.	76,2 mm.
Normotipo mesoesplácnico	72,7 mm.	74,1 mm.
Estenotipo microesplácnico	71,1 mm.	60,1 mm.

h) El estenotipo microesplácnico incluyó mayor número de sujetos con tensiones diastólicas inferiores a 89 mm. de Hg. que el normotipo mesoesplácnico, y éste más que el euritipo macroesplácnico.

i) El euritipo macroesplácnico mostró mayor número de tensiones diastólicas superiores a 90 mm. de Hg. que el normotipo, y éste más que el estenotipo microesplácnico.

j) La influencia de la talla sobre la tensión diastólica fué estudiada en los normotipos, comprobándose que en los varones el menor promedio tensional correspondió a los mesotálicos, siguiéndole luego los macrotálicos y, finalmente, los microtálicos. En cambio, entre las mujeres, a menor talla correspondió mayor tensión diastólica.

k) La tensión diferencial más frecuentemente registrada fué:

	Varones	Mujeres
Euritipo macroesplácnico	50-54 mm.	40-44 mm.
Normotipo mesoesplácnico	45-49 mm.	45-49 mm.
Estenotipo microesplácnico ...	45-49 mm.	40-44 mm.

l) La distribución numérica de los distintos tipos y sexos fué la siguiente:

	Varones	Mujeres
Euritipo macroesplácnico...	26 sujetos.	99 sujetos.
Normotipo mesoesplácnico.	216 —	234 —
Estenotipo microesplácnico.	88 —	46 —

m) En todos los tipos constitucionales existió neta predominancia de sujetos mesotálicos sobre los micro y macrotálicos. La incidencia de sujetos microtálicos fué mayor en el sexo femenino e, inversamente, los macrotálicos fueron más frecuentemente observados en el sexo masculino.

SUMMARY

The author studies the frequency of systolic dyastolic and differential pressure according to different constitutional types and also the influence of height and sex. He sets out at the end a summary of his own results.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor untersuchte den systolischen, diastolischen und Differential-Blutdruck bei den verschiedenen konstitutionellen Typen, sowie den Einfluss von Grösse und Geschlecht auf denselben. Eine Zusammenfasung der erhaltenen Resultate wird am Schluss gegeben.

RÉSUMÉ

L'auteur étudie la fréquence de la tension sistolique, diastolique et differencielle selon les différents types constitutionnels, ainsi que l'influence de la taille et du poids. Pour terminer, l'auteur expose un resumé de ses résultats personnels.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA PERITONITIS CRONICA FIBROSA INCAPSULATA

J. P. R. DE LEDESMA

Cirujano Provincial de Cáceres.

La primera publicación en donde se menciona un cuadro semejante al de esta enfermedad parece ser la tesis de doctorado de HEGENIN (Génova, 1903) [14]. Describe esta modalidad de reacción peritoneal con el nombre de "foi glacé" e "intestin glacé". Según MIRIZZI [26], el nombre de "peritonitis crónica fibrosa incapsulata" se debe a la escuela rusa con LUBINOW. Los alemanes la denominan "Zuckergussdarm".

WILMOTH [47] supone que la palabra encapsulante es un neologismo importado de la palabra alemana "einkapseln" a partir de la publicación de LADISLAS JOSSA [17]. Pero esta publicación es de 1927, y con anterioridad a esta fecha, MORCHIO [27], en 1919, había empleado esta palabra. En cambio, creemos que el término "Zuckergussdarm" de los alemanes es la expresión germana "glacé" con que los fraceses designan los dulces rebozados de azúcar, y que, como hemos dicho, fué usada por HEGENIN en 1903, ó sea, con fecha muy anterior a la que suponemos fué la primera publicación alemana (la de ESAU, en 1913)[7]. WIENNEN [48], en 1921, hizo una aportación. REDIGIUS [35], de Rotterdan, operó un caso en 1923. En una publicación de Tiesenhausen en 1924 se hace referencia a 15 casos publicados con anterioridad. SCHRÖDL [38] (1926), FÜRTH [10] (1927), SOERKAJO [40] (1927), JOSSA [17] (1927), TOOLE [41] (1928), LUDWIG [25] (1928) y ANTONOPOULOS [1] (1929), hacen descripciones de casos clínicos. En la publicación de JOSSA (1927) se recogen 18 casos publicados, entre ellos, varios de autores rusos (PRAXIN, 2 casos; TARENKO, 1; OWTSCHINNIKOW, 2; ESAU, 1; EUNICKE, 2; POSTER, 1; WIENNEN, 1; FADEROWA, 2; LEHRNBECHER, 2; TIESENHAUSEN, 1; ABRANOWITSCH, 1; DOW, 1; FÜTH, 1).

En Francia la enfermedad fué conocida principalmente por las publicaciones de WILMOTH y PATEL [46] (1931), siendo después objeto de comunicaciones y publicaciones por parte de CARNOT, BERGERET y CAROLI [5] (1933); SUPAULT [39],