

letadas por otros tanto biberones de leche de vaca adicionada de muy poca cantidad de azúcar.

2.º Cantidad de leche materna disminuída y además pobre en albúminas, es decir, *alteración cuantitativa y cualitativa*. Completar las tetadas con un biberón de leche de vaca poco diluídas y poco azucarada. El volumen del biberón complementario dependerá del grado de hipogalaxia. Pesando el niño antes y después de mamar sabremos lo que ingiere y nos será fácil entonces deducir lo que falta hasta llegar a la cantidad normal.

En la mayor parte de los casos serán suficientes estas normas para corregir el trastorno: la leche de vaca habrá servido de correctivo. Pero otras veces no solamente persiste el síndrome sino que se agrava. Las heces son más frecuentes, más líquidas, más ácidas, el estado general se altera, hay pérdida de peso, demacración más rápida, palidez de la piel, vientre timpanizado y doloroso, inquietud y otros síntomas demuestran una intoxicación alimenticia. La agravación del síndrome es debido a que las albúminas heterólogas no han sido suficientes para detener la dispepsia fermentativa que existía. El trastorno digestivo persiste, no ha cambiado en su esencia, pero la agudización depende de la distinta calidad de los productos secundarios que resultan de la mala digestión. Mientras la alimentación se hacía únicamente con leche de mujer estos productos eran de escasa toxicidad y la sintomatología era casi exclusivamente digestiva con escasa repercusión sobre el estado general, pero al entrar en fermentación la grasa y el azúcar así como otros elementos séricos de la leche de vaca resultan unos productos secundarios mucho más tóxicos, aumentando los síntomas de protesta del intestino y alterando de una manera más o menos seria el estado general.

En los casos de fermentación intensa la leche de vaca resulta insuficiente para neutralizar la fermentación, convirtiéndose en causa perturbadora, entonces debemos acudir a la leche albuminosa. Sólo en los casos muy intensos someteremos al niño a una dieta exclusivamente de leche albuminosa durante 24 o 48 horas, en los demás será suficiente la administración de dos, tres, raras veces más biberones de esta leche entre las tetadas para obtener la aparición de heces jabonosas. A partir de este instante podremos continuar el tratamiento con la alimentación mixta con leche de vaca siguiendo la misma técnica que hemos expuesto para los casos menos intensos.

El tratamiento farmacológico tiene su valor muy escaso y sólo lo utilizaremos como medio auxiliar.

CRÓNICA

LAS JORNADAS MÉDICAS DE MADRID

18-23 de octubre de 1927

Con motivo de la celebración de las Jornadas Médicas, que han constituído el punto culminante del movimiento médico-científico de España, en el presente año, pudimos conocer en Madrid algunas de

las personalidades que constituyen el más elevado linaje de la ciencia médica, reunidas en bello gesto de colaboración mundial desde las más apartadas regiones. Alemanes y franceses, que después de la gran guerra han estrechado en esta ocasión, una vez más, los lazos de sus disciplinas científicas; ingleses e italianos; austriacos y norteamericanos; suecos y checoslovacos, acudieron cual corriente centrípeta aportando de sus tierras los frutos cosechados en el ambiente de sus clínicas, de sus hospitales y de sus laboratorios, teniendo la suerte de ser la capital de España el lugar elegido para la distribución de la semilla que, nuevamente dispersada, ha de prodigar nuevos frutos para nuevas Jornadas, que han de constituir el sólido pedestal del monumento médico científico del porvenir.

España ha tenido el honor de ser de las primeras naciones en la celebración de estas asambleas mundiales, pues creadas en Bruselas se han celebrado más tarde sólo en algunas capitales de Francia.

Las Jornadas han sustituido con ventaja a los antiguos Congresos. El gran valor práctico de las mismas las hará prevalecer en adelante. La limitación del número de ponencias discutibles y la amplitud de demostraciones prácticas que se desarrollan en los distintos centros culturales de la población asociado a la invitación de las autoridades profesionales extranjeras, que acuden a colaborar con nuestros maestros, constituyen las ventajas a que antes aludíamos.

Los que hemos tenido la suerte de vivir estos días en la Facultad de Medicina de San Carlos el ambiente animadísimo y atrayente, circunscrito en un dominio científico, lejos del aspecto rutinario que ofrecen las Facultades en pleno curso, no olvidaremos la atractiva emoción de estas horas de jubileo científico, que ha convertido a la villa de Madrid en el centro mundial de la medicina y albergue generoso de las autoridades científicas europeo-americanas.

El martes, día 18 de octubre, se celebró en el Paraninfo de la Facultad de Medicina la Sesión Inaugural de las Jornadas, bajo la Presidencia del Ministro de Instrucción Pública y de elevadas autoridades civiles y médicas, con asistencia del Cuerpo diplomático, de los representantes extranjeros que tomaron parte en la asamblea y gran número de asistentes nacionales.

El Secretario de las Jornadas, leyó su discurso de salutación y memoria de los trabajos realizados para la celebración de las mismas.

Seguidamente, los Dres. ROBERT MEYER, director del Laboratorio y Clínica de mujeres de la Universidad de Berlín; FAUSTINO JO TROUGE, profesor de la Facultad de Buenos-Aires; FORGUE, catedrático de Clínica Quirúrgica de la Universidad de Montpellier; HARFORD, en nombre de los cirujanos ingleses; SAN VENERO-ROSELLI, de nacionalidad italiana; SHEEHAN, profesor de cirugía plástica de la Universidad de New-York; RODOLFO MATAS, catedrático de Nueva Orleans, en representación del Colegio de cirujanos Norte-americanos; DANIELOPOLU, catedrático de Clínica Médica de Bucarest, y

WEGELIN, del Instituto patológico de la Universidad de Viena, pronunciaron discursos de salutación y afecto a la nación española.

El Dr. RECASENS, a quien debemos la más sincera gratitud, por ser el organizador y promotor de estas Jornadas, pronunció un elocuente discurso de bienvenida, con atinados conceptos sobre el altruista ejercicio de la Medicina, explicando la verdadera significación de estas reuniones y haciendo votos para su repetición.

El Ministro de Instrucción Pública declaró abiertas las Jornadas Médicas.

En la imposibilidad de dar en el limitado espacio de esta crónica, un extracto del gran número de conferencias que constituyeron la materia de las Jornadas, además de las que se dieron en los distintos centros culturales madrileños, nos reduciremos a citar a modo de programa el enunciado y autor de algunas de ellas, pudiendo el lector formarse un juicio de las mismas ante lo sugestivo de los temas y la importancia médico-científica mundial de los ponentes, cuyos nombres cuentan entre la verdadera aristocracia de la medicina moderna.

En el pequeño anfiteatro de la misma Facultad se dieron al mismo día interesantes conferencias: la del profesor BECKERS, jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la policlínica Universitaria de Bruselas, que fué presentado por el Dr. BOTIN, y versó sobre «La Ginecología debe ser ante todo una ciencia médica», viniendo a demostrar en conjunto que el tratamiento médico constituye la base principal de los tratamientos ginecológicos. La del profesor SHEEHAN, elocuentemente presentado por el Dr. AGUILAR como el verdadero Fídias de la cirugía plástica de la cara, versando sobre sus resultados sobre cirugía reparadora facial, ayudado de bellas proyecciones e interesantísimas películas. El profesor FORGUE, presentado por el Dr. RECASENS, desarrolló el tema «La exeresis del esternocleidomastoideo en la extirpación de los grandes tumores del cuello». El profesor TROUGE habló del «Secreto médico en Obstetricia». El profesor MEYER, tras elegantes frases de presentación del profesor NEGRIN, versó «Sobre función del ovario», y el doctor GARRIGA sobre «Evolución humoral de la avariosis».

Por la tarde del día siguiente las del profesor ALMER, sobre «Cáncer primitivo de pulmón»; doctor POBLACIÓN, «Patogenia y tratamiento de la tuberculosis genital en la mujer»; Dr. LÓPEZ ALBO, «Estudio clínico y del líquido céfalo-raquídeo, en la neuroaxitis diseminada en placas»; profesor JEANNENEY, «Tratamiento moderno del cáncer de la lengua»; profesor ROCHER, «Tratamiento de la luxación congénita de la cadera, en la clínica de cirugía infantil y de ortopedia de Burdeos»; profesor BARDIER, «Los síncope clorofórmicos y la reanimación del corazón»; profesor CASPARI, «Nuevos problemas de la investigación del cáncer».

El jueves a las cuatro de la tarde, el Profesor LOZANO, de Zaragoza, dió lectura a la primera ponencia oficial de las Jornadas, sobre «Cirugía del sistema nervioso».

El profesor GLEY habló seguidamente sobre «Cuestiones actuales de la fisiología del tiroides».

El viernes por la mañana, el Dr. MARAÑÓN desarrolló su ponencia «El problema de las aortitis desde el punto de vista médico general».

El profesor WEGELIN, trató «Sobre la anatomía patológica del bocio endocrino»; el profesor PENDE, «Importancia clínica de la tonicidad cardíaca»; el profesor RUIZ ARNAU, «Principios mecánicos y aplicaciones de la autorregulación consciente»; el doctor EIZAGUIRRE, «Diagnóstico radiológico de los procesos pleuro-pulmonares con el empleo del aceite yodado»; el profesor RODRÍGUEZ FORNOS, «Sobre algunos aspectos de la estrechez mitral»; Dr. FIDEL FERNÁNDEZ, «Las funciones del tubo digestivo en los biliares», y el Dr. NOVOA SANTOS, «Los estados diabéticos».

El sábado por la tarde la Facultad de Medicina fué teatro de las siguientes interesantes conferencias: profesor DANIELOPOLU, «Sobre las zonas reflexógenas de la carótida, del corazón y de la aorta. Su importancia en patología y en Terapéutica»; profesor MATAS, «Tratamiento quirúrgico de los anerismas»; profesor PI SUÑER, «Evolución del concepto de sensibilidad interna»; Dr. SLOKER, «La elaboración del material quirúrgico en la Fábrica Nacional de Armas de Toledo, con proyecciones y presentación de material».

Sería imposible terminar esta suscita reseña de las principales conferencias celebradas, sin poner antes de manifiesto el enorme interés que despertó la conferencia sobre la «Evolución del concepto de sensibilidad interna» de nuestro sabio profesor de Fisiología el Dr. AUGUSTO PI SUÑER. La expectación que reinaba en la Facultad de San Carlos momentos antes de tomar la palabra, no se había visto ningún día, en las demás conferencias que tuvieron lugar. El aspecto que presentaba el gran anfiteatro de la Facultad de Medicina, era verdaderamente imponente, acreditable de la gran reputación científica que rodea a la eminente figura del catedrático de Fisiología de nuestra Facultad.

Presentado magistralmente por el Dr. MARAÑÓN, que colocó al Dr. PI SUÑER en el elevado estrado científico a que sus relevantes méritos le han hecho acreedor, desarrolló su interesante tema, contribuyendo con la maestría que le es propia a acrecentar su elevado prestigio, entre las más eminentes figuras de la ciencia médica mundial.

* * *

En las galerías y claustros de la Facultad, se instaló una interesante exposición de aparatos quirúrgicos y objetos médicos de las principales casas productoras, entre las cuales merece especial mención por su interesante presentación la Fábrica Nacional de Toledo, de instrumentos de acero inoxidable de grandes ventajas para su desinfección y conservación.

Entre los otros actos que podemos citar, figuran una excursión a Toledo y una cena de clausura el último día de la celebración de las Jornadas. El interés e importancia que han revestido las Jorna-

das Médicas de Madrid y el éxito con que han sido coronadas hace suponer que su celebración no dejará de repetirse y constituirá uno de los medios para acrecentar el estímulo y prestigio de nuestra ciencia médica.

El Gobierno español acordó imprimir por cuenta propia, una memoria resumen de la labor desarrollada.

* * *

PONENCIAS

La cirugía del sistema nervioso por el profesor Ricardo LOZANO.

Consideró en primer lugar el inmenso avance de la cirugía del sistema nervioso estimándolo como el mayor progreso de la ciencia quirúrgica, como una aristocratización de la misma que selecciona a los que han de cultivarla. Dada la no reproducción de la célula nerviosa, expuso el valor que ha de tener el no inutilizar elementos celulares que no pueden ser sustituidos.

Insistió en la necesidad que tiene todo cirujano del sistema nervioso en ser un buen internista y en conocer detalladamente la más fina anatomía y fisiología humanas, y en el carácter de especialización que adopta, esta rama de la ciencia médica en los Estados Unidos, citando los nombres de CUSHING, ELSBERG y DANDY, profesores de cirugía nerviosa.

Y dada la gran frecuencia de los tumores localizados en el sistema nervioso, se ocupó preferentemente en su ponencia de los neoplasmas que constituyen el más importante capítulo de la Neurocirugía, dividiendo su trabajo en cuatro partes:

Tumores encefálicos: El encéfalo es el sitio de predilección para el asiento de los tumores (OPPENHEIM); 0,47 por 100 de los cadáveres autopsiados en el Hospital de Eppendorf. Según DANDY, los tumores del encéfalo son los más frecuentes del organismo. Hoy día, todas las regiones encefálicas son accesibles, excepto la protuberancia anular. Es necesario diagnosticar y operar precozmente estos tumores, recomendación dirigida a los médicos de cabecera, internistas, oculistas y otólogos, que ante un trastorno visual y a falta de síntomas objetivos del globo ocular y excluyendo la uremia, ya tenemos el primer paso hecho del diagnóstico, asegurable por la radiografía, encefalografía, punción de los ventrículos, análisis del líquido céfalo-raquídeo, etc.

Los síntomas principales, dijo, son: la *cefalalgia*, de variada intensidad, despertable por la percusión en el sitio de asiento del tumor; si en este punto hay hiperpresión intracraneal, tenemos un síntoma casi seguro de neoplasia; *vértigos*; *vómitos*, de escasa significación, como las *alteraciones del pulso*; *edema papilar*, del que carecen los del cerebro que no tienen carácter expansivo; *ataques epilépticos*; *trastornos de la inteligencia*; estudiando el sitio de predilección según la presencia de tal o cual síntoma.

Un adelanto diagnóstico lo ofrecen los Rayos X,

pudiendo observarse el desgaste de la pared craneal correspondiente al tumor, el ensanchamiento de la silla turca y la posición de la apófisis clinoides y el tamaño del conducto auditivo interno que indica un tumor del acústico.

La encefalografía ha dado algunos fracasos por las manipulaciones que trae consigo.

En cambio, la punción ventricular aclara mucho el diagnóstico.

Estudió, luego, detenidamente, los síntomas locales, más importantes para el diagnóstico que los generales, principalmente en la búsqueda del asiento tumoral, describiendo los síntomas que dan en sus diferentes topografías, los tumores en cuestión.

Pasó luego al tratamiento, citando una serie de estadísticas que demuestran el progreso efectuado en el mismo y, por consiguiente, la reducción de la mortalidad y los buenos resultados tardíos que últimamente se han observado, con su estadística personal.

El pronóstico, claro está, depende de la localización y de la clase del tumor.

La *Radioterapia*, con rayos X o radium aisladamente, o combinadas dichas substancias, ha dado buenos resultados en los casos inoperables.

De esto depende el interés de los cirujanos en el acierto en el diagnóstico de los tumores.

Algunos tumores que macro o microscópicamente parecían benignos, han acusado clínicamente cierta malignidad o viceversa.

A base de las veinte especies neuróglícas, BAILEY y CUSHING han hecho la siguiente clasificación pronóstica: méduloepiteliomas; meduloblastoma; pineoblastoma; endimoblastoma; endinoma; neuroepitelioma; espongioblastoma protoplasmático y unipolar; astroblatoma; astrocitoma protoplasmático y fibrilar; oligodendroglioma; neuroblastoma; ganglioneuroma y papiloma coroideo.

Los más frecuentes son los espongioblastos, de crecimiento rápido, susceptibles de degenerar en el centro de los tejidos.

La mayor parte son benignos y citó una estadística de BAILEY y CUSHING que demuestra que los que más larga vida permitieron a los enfermos son los astrocitomas fibrilares, y los que menos los médulo-epiteliomas, permitiendo deducir el tiempo que vivirá el enfermo. Esta afirmación demasiado categórica, permitiría aumentar el número de operaciones, realizándose un gran paso en el desarrollo de la neurocirugía.

Tumores de la médula espinal: Unos pequeños datos históricos de la evolución del tratamiento de los tumores medulares permitió ver el gran paso realizado.

Las operaciones por tumor medular son más frecuentes que en los encefálicos, dada la mayor facilidad y benignidad de la laminectomía, aun cuando no se encuentre el tumor supuesto, pues además sirve de gran elemento diagnóstico. Con ella, los sencillos síntomas medulares y el examen del líquido céfalo-raquídeo, no es difícil el diagnóstico, así como determinar su altura y su condición de extradurales, intradurales e intramedulares.

La historia de neuralgia de una extremidad, tórax o abdomen, persistente durante meses o años, seguida después de un período más o menos largo, por alteraciones motoras en el mismo lado del cuerpo a que corresponde el dolor y por alteraciones sensitivas; las alteraciones ulteriores de los reflejos y contracturas en los miembros inferiores, para terminar con alteraciones de vejiga y recto; la iniciación de la escena con hormigueos, pinchazos, adormecimiento u otras parestesias de un lado, que se extienden después al otro, con alteraciones de la vejiga y recto; la historia del dolor en la espalda, con alteraciones sensitivas y motoras de vejiga y recto; la debilidad de uno o ambos miembros seguido de alteraciones sensitivas de vejiga y recto, son síntomas clásicos que facilitan el diagnóstico, confirmable por los Rayos X y el examen del líquido céfalo-raquídeo.

Insistió en las alteraciones de presión del líquido cefaloraquídeo, de capital importancia en los tumores medulares.

El diagnóstico topográfico, lo estableceremos mediante la técnica del lipiodol.

Ordenó los síntomas en siete grupos, correspondientes a siete zonas de la médula, en las que pueden localizarse.

Terminó la parte de diagnóstico, con unas consideraciones acerca de lo que se refiere a la situación extradural, intradural e intramedular.

El tratamiento se hará mediante la laminectomía y la extirpación del tumor, que será fácil si está en la cara posterior o lateral de la médula. Si en la anterior, después de cierta dislocación permitible en condiciones normales y más aún en presencia de un tumor, EISELBERG ha operado dos tumores anteriores a través del surco posterior.

La operación no es grave, pues los enfermos se hallan en condiciones de soportarla y la infección no es frecuente. La restitución funcional es pronta si no existe gran destrucción medular.

Estudió luego las estadísticas de EISELBERG y ELSBERG sobre la mortalidad, que acusan una cifra de 14 y 10 por 100, mucho menor que en tiempos anteriores.

Los resultados de restauración funcional no son malos, si el tumor ha sido extirpado totalmente.

Los inextirpables total o parcialmente, pueden someterse a la acción de los Rayos X, con mayor confianza que los similares del encéfalo.

La laminectomía descompresiva da buenos resultados inmediatos, pero los tumores se agravan más tarde.

Cirugía de los troncos nerviosos: La cirugía de los troncos nerviosos ha avanzado mucho con las investigaciones de CAJAL sobre la degeneración y regeneración nerviosa y los ejemplos de la guerra mundial.

En la práctica, tienen mucha importancia estos hechos, pues pueden evitarse muchas intervenciones que serían inútiles. Lo que debe guiar la intervención, es la degeneración muscular irremediable; no la nerviosa, que puede corregirse incluso al cabo de muchos años.

Cuando exista duda acerca de la rotura completa de un nervio periférico, podemos esperar la curación durante tres meses, pasados los cuales, si no ha aparecido ésta, haremos la sutura.

No debe renunciarse a la sutura nerviosa por antigua que sea la fecha de la cicatriz, a no ser que la contraíndiquen la retracción, la atrofia muscular y las rigideces articulares, ya presentes.

Otro conocimiento importante es el del tiempo que tarda a crecer el axón a través del trozo periférico del nervio suturado. TINEL dice que los axones crecen un milímetro por día. El término de curación completa tras sutura no es menor de dos a tres años.

Si no se restaura la motilidad ni la sensibilidad, recurriremos a trasplantaciones tendinosas.

Los nervios pueden suturarse directamente, por aproximación, o por interposición nerviosa.

Otra conquista científica es la neurotización de músculos paralizados por implantación de un trozo de músculo sano que reciba el nervio.

Por último, la operación de STOFFEL tiene sus indicaciones para combatir los calambres profesionales.

Cirugía del gran simpático: Dos grandes grupos de intervenciones quirúrgicas ha traído la cirugía del gran simpático: 1.º La simpatectomía peri-arterial, y 2.º La neurotomía de las cadenas principales del gran simpático.

En el primer grupo, hállanse las operaciones que combaten la causalgia, adema crónico, úlceras atróficas de las piernas, las afecciones tróficas de la piel de los pies y de las manos, la claudicación intermitente, las gangrenas por obstrucción arterial, etc.

Estudiados los resultados más o menos efímeros de la simpatectomía, expuso los riesgos existentes en la práctica de esta operación: las lesiones de la pared arterial y la infección y supuración que pueden atacar a la arteria.

En el segundo grupo se hallan las intervenciones más heroicas: contra la angina de pecho, asma bronquial, epilepsia, glaucoma, hemiotrofia facial, jaqueca, enfermedad de BASEDOW, neuralgia del trigémino, etc.

No sacó conclusiones, dados los pocos casos a que puede referirse.

El problema de la Aortitis desde el punto de vista general, por el Doctor G. MARAÑÓN.

Empezó el autor su magistral descripción, con algunas notas acerca del objeto y las condiciones de una ponencia.

Insistió, luego, en la necesidad de instituir un tratamiento eficaz y un diagnóstico temprano, estableciendo la conducta del especialista y del médico general frente al problema aórtico.

El formidable aumento de estas lesiones en las estadísticas se debe casi en su totalidad a la mayor perfección en los diagnósticos; y cita de su experiencia, el triple de casos en doce años de diferencia.

Es importante el problema actual de las aortopatías, por cuanto en las condiciones actuales de la vida y sobre todo en las grandes ciudades, la aorta es de los órganos que más frecuentemente padecen.

El miedo a las aortitis es debido a la divulgación de la ciencia a los profanos, por la preocupación que engendra una enfermedad nueva y de actualidad y dedujo la conveniencia, en vista de ello, del silencio del médico, y en particular, del radiólogo, tan conveniente en este último, como el poseer una buena técnica y aparatos excelentes.

Respecto al pronóstico, cree que no es tan grave como se suponía, pues como el diagnóstico se inicia en el período preclínico «nos es permitido asegurar que en muchos casos el tratamiento conducirá a una situación clínica muy duradera y compatible con una vida activa». Lo esencial es la normalidad de la válvula del orificio aórtico, el buen funcionalismo del miocardio y el riñón y la adaptación de la vida del enfermo a la cojera aórtica.

Aunque a veces es imposible o al menos difícil establecer una clasificación, citó la de: arteriosclerosis aórtica, mesoartritis sífilítica y aneurisma aórtico, además de las formas confusas que obligan mejor a no ceñirse a ninguna esquematización, ya que no ha de inducir diferencias ni en el tratamiento ni en el pronóstico.

Los sífilíticos acusan en un 25 por 100, lesiones de la aorta; en gran número de casos de lesiones de la aorta, las investigaciones clínicas y serológicas ponen de relieve una sífilis anterior.

El comienzo clínico de la aortitis, se produce a los 20 a 25 años de adquirida la sífilis. Refiriéndose al comienzo anatómico de las lesiones, deduce que la aortopatía sífilítica es mucho más temprana de lo que se suponía. No todas son sífilíticas y muchas otras infecciones pueden colaborar en su producción.

Estudió detalladamente el diagnóstico precoz de las aortopatías fundándose en la clasificación: I. Período silencioso o preclínico. II. Período de sintomatología vaga, aun no propiamente aórtica, y III. Período aórtico propiamente dicho; períodos que no se suceden necesariamente en todos los enfermos, extendiéndose en el diagnóstico radiográfico de estas lesiones y en el de su localización.

Dedicó un amplio capítulo al concepto actual de las nerosis cardiovasculares y a la aortitis conyugal, que no cree explicable por el contagio intermatrimonial, sino por una apetencia especial de ciertos virus sífilíticos por el aparato vascular, citando algunos ejemplos.

La aortitis evoluciona más o menos silenciosamente, coexistiendo con otros procesos de sintomatología más aparatosa. Esto tiene gran importancia, pues produce a veces una desviación diagnóstica hacia el proceso concomitante; en ocasiones ambas lesiones tienen la misma etiología. El pronóstico del proceso aórtico está condicionado, en parte, por estas lesiones simultáneas y el tratamiento de la aortitis no será eficaz si al mismo tiempo no se trata el estado concomitante.

A continuación expuso una serie de 140 casos de aortitis acompañadas de otras lesiones, para dar idea de esta asociación.

La más frecuente es la diabetes. El estado de la aorta debe, pues, investigarse en todo diabético. Igualmente la obesidad, de donde la eficacia del ré-

gimen desgrasante en un aórtico con plétora.

En enfisema, su existencia borra los signos auscultatorios y percutorios de la aortitis, de gran importancia diagnóstica; patogénicamente se confirma el origen vascular del enfisema y terapéuticamente debe tenerse en cuenta que si se ataca solamente el uno no se aliviará la otra lesión, y recíprocamente. El climaterio: la menopausia más que productora de síntomas propios, es la gran reveladora de lesiones ocultas. Finalmente se han publicado algunos casos de coexistencia de la aortitis con anemia grave.

El tratamiento sífilítico comprende los siguientes problemas:

a) Estará indicado siempre que existan antecedentes sífilíticos; siempre que hayan síntomas de la aortitis sífilítica y siempre que haya aneurisma, y además siempre que todo otro tratamiento haya fracasado.

b) Dado que las lesiones aórticas sífilíticas empiezan antes de lo que se suponía, de aquí la necesidad de su diagnóstico para tratarla rápidamente.

c) La técnica no puede adaptarse a pautas fijas.

Ante las controversias surgidas por cuestión del tratamiento a elegir, cree el autor que lo mejor es emplear todo el arsenal antisífilítico, con espacios intermedios de intensa yoduración. Más trascendencia tiene que la cura sea repetida y duradera.

En cuanto a contraindicación, debe vigilarse la nefrosclerosis.

El tratamiento antilúético fracasa: en un comienzo tardío de la cura, en los casos de aneurisma, aunque esto no obligue a una supresión del mismo, pues entre ellas habrá algunas lesiones que curarán.

Otras veces la lesión mejora poco y eso cuando se trata de lesiones mixtas en la sífilis sólo toma una pequeña parte en la patogenia del síndrome.

Y, por último, existe un evidente factor individual de resistencia al tratamiento.

Por otra parte, tendremos que descubrir las demás alteraciones a fin de dirigir a ellas un tratamiento adecuado. «Téngase en cuenta, dice el doctor MARAÑÓN, que toda aortopatía supone una lesión anatómica que puede curarse y una invalidez personal que puede persistir aun curada aquélla. Cuanto hagamos por acomodar el organismo a esta invalidez, la aorta lo agradecerá». «El adaptar la lesión al medio es el toque de la sabiduría del clínico; como la ciencia del economista se revela adaptando los gastos a la renta, mientras, en un segundo plano, se labora, si no es imposible, por rehacer el capital.»

La profilaxia de la aorta se fundaría en la profilaxia de la sífilis, y en casos de sífilis adquirida, en el diagnóstico temprano e intensivo tratamiento; en la evitación de otras infecciones e intoxicaciones y en la adaptación de la vida al ritmo orgánico de cada edad.

La ponencia del doctor MARAÑÓN, demanda por su extensión e importancia, un extracto mucho más detallado que el presente, pero ante los límites reducidos de que disponemos nos permitimos estas pequeñas consideraciones a modo de resumen, que aunque muy vaga idea darán de su interés, serán un modestísimo homenaje al autor de tan bella ponencia.

* * *

Aprovechando la estancia en Madrid, a propósito de la celebración de las Jornadas, visitamos algunas de las más importantes fundaciones médico-quirúrgicas, entre las que merecen especial interés el «Instituto Príncipe de Asturias» y el «Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo».

Amablemente invitados por el doctor GOYANES, actual y primer director del Instituto del Cáncer, a quien debe en gran parte el justo renombre y la grande importancia que como primera en España merece la citada fundación, recorrimos con los doctores MATAS, FORGUE y GASPARI, las diferentes secciones de que consta, pudiendo admirar la escrupulosa organización y la intensa labor científica que representa el funcionamiento de una entidad destinada a la investigación y tratamiento del cáncer.

El Instituto Príncipe de Asturias está compuesto de varias secciones: una sección clínica compuesta de 28 camas, 14 de las cuales están destinadas a hombres y las 14 restantes a mujeres; una sección de Rayos X, dividida en dos departamentos, uno con una excelente instalación de radioterapia suficiente para irradiar simultáneamente a dos enfermos, otro destinado a radiografías y radioscopias, con clinoscopio, negatoscopio y compresor de ALBERS-SHONBERG, además de una instalación de diatermia y electrocoagulación.

Una sección de anatomía patológica y de bacteriología, provista de todo lo necesario para el estudio anatómico-patológico de tumores y biopsias, en la que el Dr. ILLERA, director de esta sección, tuvo la amabilidad de mostrarnos una magnífica y completa instalación de microfotografías y de láminas en color, derivadas del examen microscópico de las diferentes piezas patológicas observadas en el mismo laboratorio.

Para los estudios de serología e inmunidad, posee varios laboratorios anexos al departamento de Química.

Para la investigación y experimentación del cáncer, se está construyendo actualmente un nuevo pabellón costeado por la «Liga española de la lucha anticancerosa», en cuyos pisos se instalarán únicamente laboratorios y un servicio de terapia experimental. Además de este gran pabellón, se está habilitando el antiguo edificio de Parisiana, para la ampliación del Instituto, reforma que costea el Gobierno español. El pabellón destinado a investigación y experimentación se calcula que empezará a funcionar el mes de marzo próximo. El de Parisiana, dentro de un par de años. Además, la Diputación ha empezado a construir en los mismos terrenos de estos pabellones, otro edificio destinado también a cancerosos.

El Instituto Príncipe de Asturias, que en la actualidad ya ofrece un admirable aspecto de elevado trabajo y minuciosa organización, gracias a las reformas que van construyéndose, va a ser, dentro de pocos años, uno de los mejores centros de Oncología mundial.

Al eximio maestro de la Cirugía doctor GOYANES, director del Instituto y jefe del Servicio clínico y ex-

perimental del mismo, y a sus entusiastas colaboradores, nuestra más sincera admiración por la labor cultural y humanitaria que realizan en pro del estudio de la investigación patogénica y terapéutica del cáncer.

* * *

En la atrayente finca de Vista-Alegre de Carabanchel Bajo, se levanta el hermoso edificio destinado a Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo, que bajo la dirección facultativa del eminente y conocido cirujano, especializado en cirugía ósea, doctor Antonio OLLER, viene funcionando desde el año 1922.

Gracias a la amable acogida que me dispensó el doctor OLLER, pude visitar todas las dependencias del citado Instituto, en todas ellas palpable el grado de organización y de trabajo que en él se realiza.

En el Quirófano del Instituto practicaba el Profesor LOZANO, de Zaragoza una artoplastia del codo (procedimiento personal) y una liberación y sutura del radial en un caso de englobamiento en un callo, por fractura de húmero. Asimismo, vi operar al doctor OLLER, una trasplatación tendinosa por parálisis del antebrazo.

La obra del Instituto no se limita solamente a tratar a los amputados, sino que se extiende a todos aquellos inútiles, susceptibles de entrar en mejoría o curación.

Los servicios que se prestan exigen una serie de dependencias, salas de consulta y de operaciones, enfermerías, salas de mecanoterapia y electroterapia, etc., etc., provistas de todo lo más moderno y necesario para el tratamiento de reeducación.

Es importantísima también la parte destinada a orientación profesional así como los diferentes talleres de las distintas profesiones que han de servir para la reeducación al trabajo del individuo sometido a tratamiento.

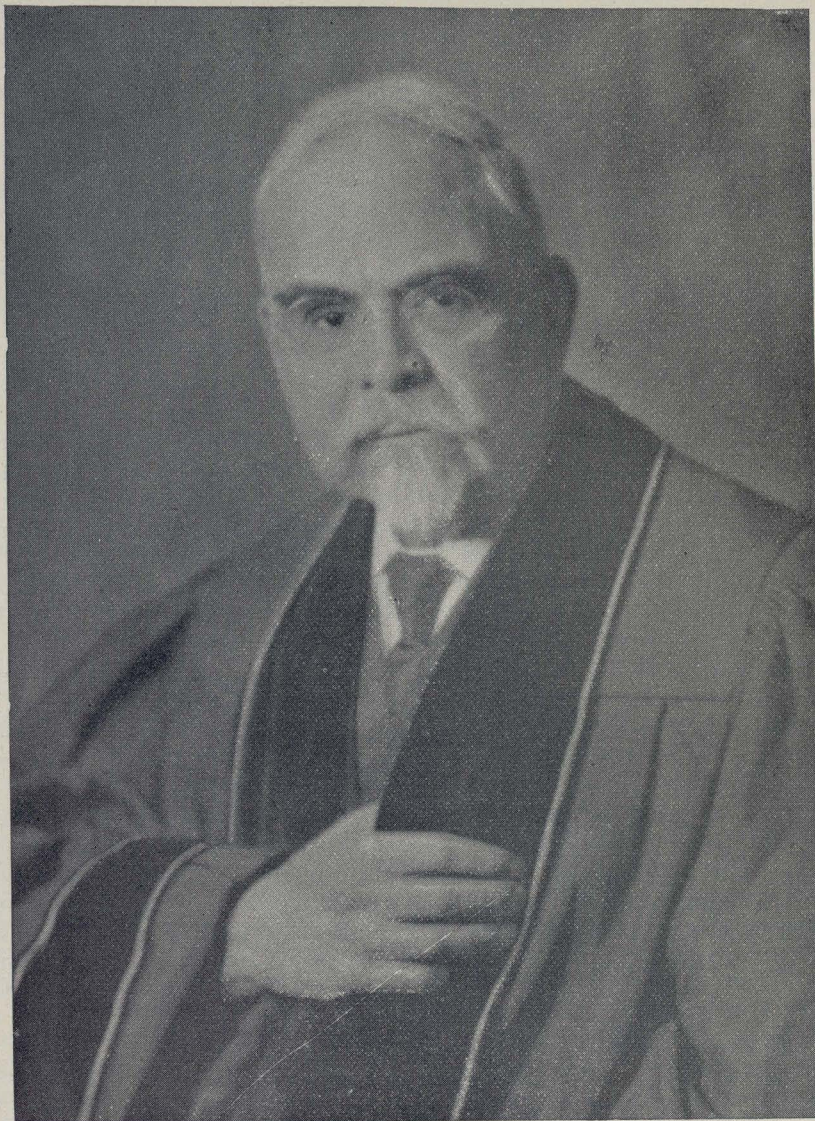
Una parte de la finca está destinada a enseñanzas agrícolas (jardinería, horticultura, apicultura, etcétera), que absorbe gran cantidad de inválidos.

Las espléndidas condiciones de situación de la finca y de higiene permite, además de lo dicho y de la enseñanza profesional de ciegos, muy interesante, el tratamiento de las enfermedades profesionales, que tanta relación tiene con los accidentes de trabajo.

Otra función interesantísima del Instituto es lo que se refiere a Tutela Social. A este fin se proponen crear servicios de bolsa de trabajo, seguros y protección de reeducados, vigilados por una organización especial.

No cabe duda que con la organización presente y las reformas que con el tiempo puedan verificarse en el Instituto de Reeducación Profesional, contando con la colaboración de verdaderas autoridades en el terreno médico-quirúrgico, la labor que está destinada a realizar será de las más fructíferas, en bien de los mutilados, pudiendo su organización competir con las más exigentes y servir de ejemplo a instituciones de esta clase, que se harán cada día más necesarias ante el desarrollo y los peligros crecientes que va conquistando la humanidad.

J. SALARICH



EL PROFESOR RUDOLPH MATAS

De regreso de una excursión científica por Inglaterra, donde, especialmente invitado, asistió como delegado americano a las ceremonias del Centenario de LISTER y fué honrado con el título de Miembro de Honor por el Real Colegio de Cirujanos de Londres, nos ha favorecido recientemente con su visita el Dr. Rudolph MATAS, de New Orleans.

Tiempo atrás, con ocasión de su exaltación a la Presidencia del Colegio de Cirujanos Americanos, y poco después, con motivo de haberle sido concedida la Medalla Bigelow nos ocupamos de tan ilustre personalidad, que ha alcanzado en el transcurso de su carrera, los más altos honores que pueden otorgarse a un cirujano, y cuyas glorias hemos de considerar como muy nuestras si se atiende a su origen racial, a sus afinidades y al acendrado cariño que guarda para la tierra de sus mayores.

Aprovechando la oportunidad de esta visita nos es pues grato apuntar un esbozo biográfico de la

personalidad del Dr. MATAS, para ejemplaridad de todos y muestra patente de lo que puede dar de sí el genio de la raza, cuando, en síntesis feliz, acopla una voluntad recia a una inteligencia privilegiada y halla esta ambiente propicio donde desarrollarse.

Rudolph MATAS, Profesor de Cirugía de la Tulane University, New Orleans, y Cirujano del Charity Hospital y de la Touro Infirmary de la misma ciudad, nació en Bonnet Carré, Lousiana, en 12 de septiembre de 1860. Sus padres el Dr. N. H. MATAS y D.^a Teresa Jordá Ponsjoan, eran españoles, ambos de la provincia de Gerona y pertenecientes a antiguas familias catalanas.

Su progenitor, médico también, luego de haber terminado sus estudios en Madrid y en Barcelona, establecióse en la región fronteriza de los E. U., de donde regresó años después para perfeccionarse en la especialidad de oftalmológica, fijando temporalmente su residencia en París. Rodolfo acompañó

a su padre en este largo viaje, familiarizándose con las lenguas española y francesa e iniciando en París y Barcelona los estudios de primeras letras.

Hasta los ocho años, ya de regreso a América con su familia, que se había establecido definitivamente en Brownsville, estado de Texas, no comienza Rodolfo sus estudios en lengua inglesa.

Luego de terminada su preparación preliminar, ingresa en 1877 en el Medical Department of the University of Louisiana, actualmente Tulane Uni-

iniciaron una fervorosa campaña, pidiendo se hiciera justicia al talento e indiscutibles méritos de MATAS, colocando sobre sus hombros la toga del profesorado.

Uno de los primeros en percatarse de la valía excepcional del futuro maestro fué el Dr. WOODS SMYTH, el primer cirujano que ligó con éxito la arteria innominada en 1864 y su vaticinio ha sido luego confirmado plenamente, «es increíble—decía—que se persista en la idea de traer de Balti-

*A sus distinguidos amigos, los redactores
del "Ars Medica", saludada afectuosamente el que
suscribe dedicándoles este modesto recuerdo de su
pase por Barcelona y de las gratísimas impresiones
que del saber y de la cultura médica del cuerpo
médico Barcelonés, lleva consigo, así como de
la generosa acogida con que le han agraciado
sus amigos y compañeros de carrera y los de
la prestigiosa prensa médica de esta humilde
y hospitalaria Capital.*

Rudolph Matas

*Barcelona, el 6 de Octubre
1927*

versity, y obtiene, tras de brillante ejecutoria, el título de Doctor en Medicina en 1880.

Siendo estudiante su personalidad atrayente y su inteligencia excepcional, le grangean la estima de sus maestros y de sus compañeros; gana por oposición el internado del Charity Hospital, y a los 26 años es nombrado Profesor de Anatomía, distinguiéndose de tal modo en el desempeño de esta función docente, que en 1894, al quedar vacante la Cátedra de Cirugía de la Universidad, por fallecimiento de su Titular Dr. MILES, pasa a ocuparla con el voto unánime de la opinión médica y de la ciudad entera.

Como en principio vacilase la Facultad, en concederle tan alta jerarquía, en atención a su juventud, y se hablase de ir a Baltimore para encontrar sustituto al Dr. MILES, la Prensa, las Asociaciones de Estudiantes, sus discípulos y compañeros

more el sustituto del Dr. MILES. El Dr. MATAS posee rara habilidad lo que a mi juicio es superior por muchos conceptos al genio mismo. Tengo la convicción de que el tiempo confirmará esta opinión y estoy seguro de que cualquier honor que se le tribute será justificado por la historia».

Es materialmente imposible seguir desde este momento paso a paso la labor científica del Dr. MATAS, uno de los más fecundos publicistas de nuestro tiempo; su aportación quirúrgica dispersa en numerosos tratados magistrales y en monografías, es considerable: basta decir, que los artículos originales por él publicados en diversas Revistas Profesionales y consignados en la bibliografía, es superior a cuatrocientos.

Fecunda es asimismo su actuación social.

Desde el año 1886, en que fué electo presidente de la New Orleans Medical Society, hasta el 1924,

en que asumió por aprobación unánime la Presidencia del American College of Surgeons, ha sido sucesivamente: Presidente de la Louisiana State Medical Society, en 1894; de la American Medical Association, en 1907; de la American Society of Clinical Surgery, en 1909; de la American Surgical Society, en 1910; de la Southern Surgical and Gynecological Association, en 1911; de la Southern Medical Society, en 1912; miembro de la Association of Military Surgeons, de la Sociedad Internacional de Cirugía, que se reunió en Bruselas; presidente honorario, sección de Cirugía, del Primer Congreso Médico Pan-Americano, de Washington, en 1893; vice-presidente, por el Estado de Louisiana, del Segundo Congreso Médico Pan-Americano reunido en México en 1896; Director y Presidente de la Association for the Study and Prevention of Tuberculosis, reunida en Washington en 1909; Presidente en unión del Profesor BIER, de Berlín, de la sección de cirugía vascular, en el Congreso Internacional de Medicina que debió reunirse en Londres en agosto de 1913; fué también vice presidente de la American Society of Tropical Medicine desde 1898 hasta 1911 inclusive; otras muchas sociedades científico-literarias han tenido el honor de contarle entre los suyos, entre ellas la Alabama State Medical Association; Louisiana Art Association; Louisiana Historical Association, etc.

En 1915 la Universidad de Washington le confirió el título de Dr. en leyes juntamente con otras personalidades cuyos nombres son universalmente conocidos, entre ellos Simón FLEXNER, W. G. GORGAS, Abraham JACOBI y G. E. VINCENT.

En octubre de 1922 fué solicitado por el Congreso francés de Cirugía para desarrollar un tema sobre cirugía vascular.

En 1923 fué relegido miembro de la Sociedad Francesa de Cirugía y en 1924 presidente del Colegio Americano de Cirujanos establecido bajo las mismas bases que en Inglaterra.

En 1926 le confiere Boston la «Medalla Bigelow», considerada en los E. U. como el más alto Honor que puede concederse a un Cirujano y que al presente comparte con los Dres. KEEN y MAYO.

Poco después (1927) el Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra le distinguía con el título de Honorary Surgeon.

En nuestro país cuéntanle como miembro honorario las Reales Academias de Madrid y Barcelona y como Presidente de Honor la Sociedad de Cirugía de Barcelona. Es asimismo doctor honorario en leyes por la Universidad de Alabama y Doctor en Ciencias por la Universidad de Pensilvania.

La celebridad y alto prestigio científico alcanzados por el Dr. MATAS se deben en gran parte a sus trabajos sobre cirugía vascular, hoy día considerados como clásicos y universalmente conocidos, en especial su método de cura radical del aneurisma mediante la sutura intrasacular conocida en los textos con el nombre de operación de MATAS-BICKMAN o endoaneurismorrafia.

Su memoria y retentiva son realmente prodigio-

sas y su cultura filológica, paramédica y filosófica vastísima, siendo además un apasionado por la arqueología y por el arte.

Son distintivos de su carácter la llaneza de trato y la afabilidad, y una sencillez no afectada que le atrae todas las simpatías, cualidades genuinamente características del hombre superior y del talento verdadero.

ARS MEDICA se complace en asociarse a los homenajes rendidos por nuestro país al Dr. MATAS y le envía el testimonio de su admiración y de su simpatía.

BIBLIOGRAFÍA

LOPEZ UREÑA.—AFECIONES DEL RAQUIS. Prólogo del Dr. A. LÓPEZ DURÁN.—Javier Morata, editor. Madrid, 1928.

Ediciones Morata, que tan interesantes obras tiene publicadas en el campo de las ciencias biológicas, acaba de enriquecer su colección con la aparición de la monografía del Dr. LÓPEZ UREÑA, del Instituto Rubio, sobre las afecciones del raquis. Su publicación es muy oportuna, pues facilita la vulgarización de algunos conocimientos de diagnóstico y terapéutica, a los que no se ha prestado la atención debida, por su poca frecuencia o por dificultades de exploración o tratamiento.

Después de un breve pero interesante capítulo conagrado al estudio de las particularidades anatómicas y fisiológicas del raquis, desarrollo, topografía examen del líquido céfalo-raquídeo, exploración radiográfica simple y con el auxilio del lipiodol, dedica la segunda parte de la obra a las deformidades congénitas y vicios de diferenciación regional, en la que figuran temas de tanto interés como son la espina bífida manifiesta y oculta, la sacralización de la 5.^a vértebra lumbar, lumbalización de la 1.^a sacra, costilla cervical, etc.

En la tercera parte, se estudian las deformidades adquiridas, dedicando el espacio necesario a la escoliosis en sus diversas variedades y al tratamiento apropiado de cada una de ellas.

Sigue un capítulo dedicado a las enfermedades anquilosantes del raquis y otro dedicado a los procesos infecciosos, entre los que ocupa el primer lugar, naturalmente, el Mal de Pott, que es estudiado con la extensión que merece.

Los tumores del raquis, ocupan la última parte, a la que sigue una extensa bibliografía.

El prólogo, que avalora la obra, escrito por el maestro del autor, y Director del Instituto Rubio, Dr. LÓPEZ DURÁN, no constituye una nueva presentación y encomio de la personalidad del autor, sinó un nuevo capítulo por demás interesante. Algunos asuntos tratados en la obra, son ampliados con consideraciones basadas en la considerable experiencia personal del protagonista, que nos ilustra sobre temas de tanta actualidad, como son el de las relaciones de la espina bífida con ciertas deformaciones del pie, la exploración con lipiodol y la escoliosis.

J. SALARICH

CALLIS-BRACONS.—TÉCNICA DE NECROPSIAS Y DIAGNÓSTICO ANATOMO-PATOLÓGICO. Prólogo del Profesor A. FERRER CAGIGAL.

Un gran valor práctico para los que van a introducirse en los estudios anatómo-patológicos y para los que se inician en el ejercicio de las autopsias, fuente de los conocimientos anatómo-clínicos, es la característica que preside el manual que nos ofrecen los jóvenes doctores,