



Medio Siglo de Historia de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Julio López Moya • Teodoro Sacristán Alonso



EDITORIAL GARSÍ

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL**

**PONENCIA OFICIAL
CONGRESO EXTRAORDINARIO
DEL 50 ANIVERSARIO**

Madrid, 1999

**MEDIO SIGLO DE HISTORIA
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL**



EDITORIAL GARSI

Primera edición 1999

Reservados todos los derechos mundiales.

No puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento, sea éste mecánico, electrónico, de fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el previo permiso escrito del editor.

© 1999 Editorial Garsi, S. A. Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. Julio J. López Moya y Teodoro Sacristán Alonso

Edición: Editorial Garsi, S. A. Juan Bravo, 46. 28006 Madrid (España)

ISBN: 84-7391-289-6

Depósito Legal: M-37906-1999

Fotocomposición: MCF Textos. Madrid

Impresión: Graesal. Madrid

Printed in Spain



PAPEL ECOLOGICO LIBRE DE CLORO

MEDIO SIGLO DE HISTORIA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL

Dr. JULIO J. LÓPEZ MOYA

Jefe de Servicio de Otorrinolaringología.
Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

Prof. TEODORO SACRISTÁN ALONSO

Presidente de la S.E.O.R.L.

Nihil sub sole novum

«No hay nada nuevo bajo el sol»

COLABORADORES

Dr. P. ABELLÓ VILLA

Hospital Santa Creu y Sant Pau. Barcelona

Dr. J. J. ÁLVAREZ VICENT

Jefe de Servicio. Hospital 12 de Octubre. Madrid

Dr. P. ANTOLÍ-CANDELA CEBRIÁN

Jefe de Servicio. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Dr. P. AVILÉS MAÑOSO

FEA. Hospital Severo Ochoa. Madrid

Dr. C. BARAJAS DEL ROSAL

Clínica ORL Barajas. Madrid

Dr. M. BARTOLOMÉ BENITO

FEA. Hospital Niño Jesús. Madrid

Dr. J. BARTUAL MAGRO

MIR 3ª Hospital General. Murcia

Dr. J. BARTUAL PASTOR

Catedrático ORL. Universidad de Cádiz

Dr. A. BLANCO GALDÍN

ORL. Hospital Cruces. Bilbao

Dr. L. BLAY GALAUD

Médico Adjunto ORL. Hospital Clínico Universitario. Valencia

Dr. A. CAÑIZO FERNÁNDEZ-ROLDÁN

Profesor Titular. Universidad de Salamanca

Dr. J. CERVERA ESCARIO

FEA. Hospital Niño Jesús. Madrid

Dr. J. J. CHAMIZO GARCÍA

Hospital Militar. Barcelona

Dr. M. COLOMA MILANO

FEA. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

Dr. J. DAMBORENEA TAJADA

Hospital Miguel Servet. Zaragoza

Dr. C. DE JUAN IVARS

FEA. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

Dr. I. DE SANCHO

ORL. Hospital del Aire

Dr. M. DICENTA SOUSA

Jefe de Servicio ORL. C.S.I.U. Bellvitge

Dr. F. FERRER BAIXAULI

Residente ORL, 4ª año. Hospital Clínico Universitario. Valencia

Dr. A. FRANCO

Servicio de Anestesiología. C. Hospital Universitario. Santiago

Dr. J. FRESQUET FEBRER

Profesor Titular. Departamento de Historia. Valencia

Dr. C. GARCÍA LINARES

Presidente de la Sociedad Castellano Manchega ORL

Dr. L. M. GIL-GARCEDO

Catedrático ORL. Valladolid

Dr. N. GÓMEZ ESTANCONA

Jefe de Servicio. Hospital Cruces. Bilbao

Dr. M. L. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

Profesor Titular. Universidad Complutense. Madrid

Dr. D. GOROSTIZA**Dr. V. GUILLÉN ASENSIO**

Presidente de la Sociedad Extremeña de ORL

Dr. A. HERRERA CASADO

Médico Adjunto ORL. Hospital de Guadalajara

Dr. T. LABELLA CABALLERO

C. Hospital Universitario. Santiago. Presidente de la Sociedad Gallega ORL

Dr. M. M. LASSO-DE LA VEGA ZAMORA

FEA. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

Dr. J. LEACHE PUEYO

Hospital Miguel Servet. Zaragoza

Dr. J. J. LÓPEZ MOYA

Jefe de Servicio. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

Dr. J. MARCO ALGARRA

Jefe de Servicio. Departamento de ORL. Hospital Clínico. Valencia

Dr. A. MARTÍN-CALDERÍN JIMÉNEZ

Hospital Gregorio Marañón. Madrid

Dr. C. MARTÍN MARTÍN

C. Hospital Universitario. Santiago

Dr. J. MARTÍNEZ SALAZAR

FEA. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

Dr. N. MATA CASTRO

Subdirector Médico. Clínica Moncloa de Asisa. Madrid

Dr. L. MONTIEL LLORENTE

Profesor Titular Historia de la Medicina. Universidad Complutense. Madrid

Dr. J. MORÁN FERNÁNDEZ

Licenciado en Filosofía y Letras. Biblioteca Nacional. Madrid

Dr. P. ORTEGA DE ÁLAMO

Jefe de Servicio. Hospital de Móstoles. Madrid

Dr. F. PAREDERO DEL BOSQUE

Notario en Madrid

Dr. C. PESCADOR MESONERO

FEA. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

Dr. A. PLAZA LÓPEZ

ORL. Hospital de la Moncloa. Asisa. Madrid

Dr. J. POCH BROTO

Catedrático ORL. Universidad Complutense. Madrid

Dr. J. PORTELA DE VILLASENTE

Cádiz

Dr. M. PORTELL SORIANO

FEA. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

Dr. R. PULIDO CUCHI

Hospital Clínico. Barcelona

Dr. P. QUESADA MARTÍN

Jefe de Servicio ORL. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona

Dr. J. RAMOS FERNÁNDEZ

FEA. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

Dr. A. RUIZ FORNELL

Médico Especialista ORL

Dr. A. SANCHO ÁLVAREZ

Profesor Titular. Facultad de Medicina. Valladolid

Dr. B. SCOLA ZURITA

Hospital Provincial. Madrid

Dr. J. SEVIL NAVARRO

Hospital Miguel Servet. Zaragoza

Dr. J. UTRILLA LAINA

Dr. J. C. VÁZQUEZ BARRO

Hospital Juan Canalejo

Dr. G. VIDEGAÍN

ÍNDICE

PRÓLOGO	13
CONSIDERACIONES PREVIAS	15
CAPÍTULO I. Cómo era la vida en el año 1949	17
CAPÍTULO II. Panorama histórico de la medicina entre los años 1940 y 1950	25
CAPÍTULO III. El nacimiento de la Otorrinolaringología en España	35
CAPÍTULO IV. Desarrollo de las Sociedades Científicas Españolas de Otorrinolaringología	47
CAPÍTULO V. Gestación, nacimiento y desarrollo de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial	71
CAPÍTULO VI. Desarrollo de la Otorrinolaringología a nivel mundial, paralelismo con la situación española a través del Acta ORL	101
• Contribución de las Ciencias Médicas y de la tecnología al desarrollo de nuestra especialidad	103
• Visión cronológica por décadas de la Otorrinolaringología en España	116
• Historia y desarrollo de la Otología	150
• Aportaciones del Acta ORL Española de la Otología	167
• Historia y desarrollo de la Rinología	191
• Aportaciones del Acta ORL Española a la Rinología	201
• Historia y desarrollo de la Otoneurología	211
• Aportaciones del Acta ORL Española a la Otoneurología	252
• Historia y desarrollo de la Laringología	264
• Aportaciones del Acta ORL Española a la Laringología	294

CAPÍTULO VII. Otras entidades del ámbito de la ORL	309
• La Otorrinolaringología en las Fuerzas Armadas	311
• Los hospitales infantiles. Hospital Niño Jesús	319
CAPÍTULO VIII. La especialidad de Otorrinolaringología en las diversas regiones y comunidades españolas. La importancia de las sociedades regionales	325
• Andalucía	327
• Aragón	330
• Castilla:	
– Castilla y León	336
– Castilla-La Mancha: Cuenca, Guadalajara y Ciudad Real	346
– Valladolid	349
– Salamanca	356
• Cataluña	365
• Extremadura	372
• Galicia	382
• Valencia	389
CAPÍTULO IX. La importancia de los hospitales catalanes en el desarrollo de la Otorrinolaringología	423
• Hospital Universitario Valle Hebrón	425
• Hospital Santa Creu y San Pau	427
• Clínico y San Pedro Claver	431
• Hospital Bellvitge	435
• Hospital Militar	439
CAPÍTULO X. Biografías de personas relevantes de nuestra especialidad ..	443
• Dr. Antolí-Candela, Francisco	445
• Dr. Antolí-Candela Cebrián, Francisco	447
• Dr. Ariza Espejo, Rafael	452
• Dres. Barajas, Luciano y José María	455
• Dr. Barberá y Martí, Faustino	458
• Dr. Bartual Moret, Juan	462
• Dr. Bartual Vicens, Rafael	467
• Dr. Botey Ducoing, Ricardo	475
• Dr. Casanova Ciurana, Peregrín	478
• Dr. García Hormaheche, Daniel	480
• Dr. García Ibáñez, Luis	484
• Dr. García Tapia, Antonio	488
• Dr. Marco Clemente, Jaime	494
• Dr. Martín Calderín Menéndez	497
• Dr. Paradero del Bosque, Justino	499
• Dr. Poch Viñals, Rosendo	500
• Dr. Portela González, Joaquín	502
• Dr. Scola Basaguren	505
CAPÍTULO XI. La Otolología en España, vista por un maestro	507

PRÓLOGO

Ha sido un gran honor para nosotros el encargo por parte de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA CÉRVICO-FACIAL, de una ponencia que desarrolle la historia de nuestra Sociedad, desde su fundación hasta nuestros días.

Creemos que este pasado, o sea, nuestra historia es necesaria, porque en ella está el punto de partida, el origen de donde procedemos como institución, donde se va a apoyar nuestro impulso hacia el futuro; de nuestro posible y decidido caminar hacia adelante.

Tiene como antecedente el hecho de que, de forma reiterativa, el Dr. J. LÓPEZ MOYA presentara en nuestros últimos Congresos y reuniones anuales, la propuesta de llevar a cabo este trabajo. El momento es idóneo y necesario, ya que la celebración del 50º aniversario de la fundación de nuestra Sociedad, trae unida la necesidad de historiar su evolución.

Hemos tenido en cuenta a otros autores, que en años anteriores también habían realizado trabajos, algunos muy importantes, sobre este tema. La historia necesita unos antecedentes y una ambientación y para completar el estudio de estos cincuenta años hemos mantenido conversaciones con protagonistas y además solicitados documentos antiguos de gran valor, por las personas a que ellos hacen referencia. Desde aquí, recordamos tanto a unos como a otros.

Es verdad que no hay historia sin alguien que la cuente, que haga su relato, y ésta es la misión que nos trazamos al iniciar esta obra, hacer el relato de aquellas cosas fundamenta-

les y algunas veces de pequeños detalles y que nos han sido algunas veces relatadas por los que las vivieron y otras investigadas de forma exhaustiva. Han ocurrido muchas cosas en este tiempo, tanto en España como en el mundo entero, que han influido de forma notable en la evolución de nuestros conocimientos y de forma muy directa en el desarrollo de nuestra Sociedad.

Ha sido tarea difícil, porque la historia no debe comprender solamente la relación de actos sociales o nombres de personajes que han pasado por sus juntas. Han sido muchos los que han contribuido, no solamente con su esfuerzo y trabajo personal, sino también económicamente en sus momentos difíciles. El punto más importante de su historia es su desarrollo científico, motivo fundamental para el que fue creada, además de servir de nexo de unión entre todos los especialistas españoles, divulgando sus trabajos y experiencias.

Se ha hecho una revisión de todos los trabajos publicados en nuestra revista durante estos cincuenta años, trabajo ineludible; la revista ha sido y es el foro de debate y expansión de todos sus socios. Este trabajo ha sido realizado por un grupo de colaboradores, al que desde aquí damos las gracias.

También se han incorporado las historias de las distintas Sociedades regionales de Otorrinolaringología, algunas, como la Sociedad Catalana, con muchos más años de historia que la nuestra. En estas historias se han incluido las historias y los nombres de los especialistas de estas regiones que intervinieron en su desarro-

llo, muy importantes por su relación con nuestra Sociedad, cuando aún no existían las regionales. Gracias por las colaboraciones; forman parte de uno de los capítulos más interesantes y sin ellas no hubiera sido posible completar la nuestra. La historia general es la suma de acciones o de hechos que forman pequeñas historias. La de nuestra Sociedad es igual a todas.

Se ha buscado una iconografía que ilustre este volumen, los personajes que aparecen en muchas fotos han sido miembros activos, cuyos nombres se han puesto al margen, pero incluso los que nos enviaron estos recuerdos no recuerdan o no reconocen a muchos de ellos; nos gustaría que si reconocen o se reconocen en algunas de ellas nos lo hagan saber para hacer notas al margen. Es muy importante guardar estos recuerdos de nuestros primeros compañeros.

Damos las gracias sinceras a todos cuantos han colaborado en la ejecución de la misma, no solamente de forma activa, sino también con el consejo, muchas veces acertado. Creemos que la amistad dentro de vuestra ayuda ha sido lo mejor que hemos encontrado.

Merece mención especial la Editorial Garsi por su entrega y ayuda técnica. Igualmente por su colaboración económica al laboratorio Almirall-Prodesfarma, que como en otras ocasiones aceptó este trabajo para su publicación.

Gracias a los miembros de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA CÉRVICO-FACIAL que han apoyado este proyecto. Esta historia es vuestra y a vosotros y a los que nos suceden os la dedicamos.

Con nuestra profunda gratitud,

LOS AUTORES

CONSIDERACIONES PREVIAS

CINCUENTENARIO DE NUESTRA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL

J. J. López Moya

T. Sacristán Alonso

Todo trabajo que hable de historia, ya sea puramente conmemorativo, conmemorativo, descriptivo o de investigación, conlleva siempre una versión personal del autor sobre la misma. En este caso en particular, hemos tratado de minimizar dicho factor puesto que, en principio, no se trata de una obra personal, sino colectiva, en la que no existe una única voz que se exprese en primera persona sino que por el contrario, constituye una obra, escrita por varios compañeros.

El espíritu que dio movimiento al proyecto y la premisa básica que nos guía a todos los que hemos colaborado en su culminación, es que la historia nos pertenece a todos aunque, con toda seguridad, no agrade a todos por igual, por diversas razones: No estar de acuerdo en su redacción, su enfoque, su transcripción o, por motivos personales e incluso familiares puesto que muchos de los personajes que son protagonistas de nuestra historia son públicos, pero tienen familiares y descendencia que, por razones obvias, pueden no estar conformes con el protagonismo y el tratamiento que se otorga a cada uno en particular. Con seguridad por la premura de tiempo en su realización y su contenido habrá muchas cosas que falten y otras quizá, no sean todo lo exactas que serían de desear.

Para todos aquellos compañeros que tanto en uno como en otro caso no estén conformes, les ruego que comprendan el marco en que se mueve la obra. Les reitero que la historia, aún la más obvia y clara, siempre tiene claroscuros e interpretaciones encontradas. Pero si a pesar de

todo, existe ánimo de crítica, les recuerdo que toda aquella persona miembro de nuestra Sociedad de ORL, que disponga o haya dispuesto de información interesante con respecto al tema tratado y haya deseado expresarla, ha tenido la oportunidad de hacerlo, puesto que ha tenido conocimiento y oportunidad con suficiente antelación, ya que ha sido notificado con anterioridad en la asamblea general de nuestra sociedad en los Congresos celebrados en Palma de Mallorca y Las Palmas de Gran Canaria, en los que públicamente se solicitó cooperación, ayuda y la posibilidad de formar parte de las comisiones creadas al respecto.

El motivo del presente trabajo es el de conmemorar el cincuentenario de nuestra SOCIEDAD DE ORL Y PATOLOGÍA CÉRVICO FACIAL. Por ello uno de los capítulos que posee mayor peso en la obra se ha dedicado exclusivamente a la aportación científica que nuestra sociedad a través de sus actas representa para el desarrollo de la Otorrinolaringología en España. Es muy posible que existan aportaciones e innovaciones científicas de relevancia que no han sido reflejadas en el presente tratado, pero ello es debido únicamente a que no han sido publicadas en nuestro Acta ORL. El hecho de no nombrarlos no resta la importancia y relevancia, seguramente muy justificada, que poseen sus autores.

La responsabilidad del contenido y el desarrollo de cada capítulo corresponde al autor del mismo y nuestro cometido se ha limitado a coordinar la globalidad y hacerme responsable de algún capítulo en particular.

CAPÍTULO I

CÓMO ERA LA VIDA EN EL AÑO 1949



Imagen de Madrid, principio de siglo.

J. J. López Moya
J. Morán Fernández
M. L. González Fernández

Muchos de los que lean estas líneas, habrán tenido la suerte de vivir en primera persona los acontecimientos que rodearon y se sucedieron durante el año 1949, pero muchos otros o no habían nacido, o no tenían entonces edad para poder recordar hoy. Para unos en razón de la nostalgia y para otros por motivos de curiosidad, les debe ser grato que recordemos lo que pasó ese año.

Amanece y transcurre el día 11 de febrero haciendo honor al «mes loco» en que nos encontramos, es decir, hubo de todo, frío en la mañana, temperaturas muy templadas al mediodía y un gran chubasco en la tarde-noche. Después de unos años de sequía comienzan lluvias torrenciales en toda España.

Nuestro querido Madrid ve con pena como desaparecen los tranvías del centro de la ciudad, siendo sustituidos por los trolebuses, perdiendo por la ceguera, sin duda bien intencionada, de nuestros ediles de entonces, una imagen carismática, romántica, castiza y un tanto retro, que desde la perspectiva del año 1999 nunca se debería haber perdido. Nos queda para aquellos que lo hemos vivido el recuerdo los famosos tranvías que acompañaban, más que llevaban, a los estudiantes a la Ciudad Universitaria, y que han perdurado hasta no hace muchos años, como testigo del tiempo.

La calle de Alcalá, a decir de muchos, la calle más castiza y principal arteria de Madrid va a sufrir una remodelación que alcanza desde Cibeles hasta Cedaceres, dejando una jardinera central.

El año 1949 fue un año tristemente típico de posguerra. A los diez años de la terminación de

la Guerra Civil española en abril de 1939, nuestro país está económicamente arruinado. Pero este hecho no es imputable, en su totalidad, a nuestro conflicto bélico, sino más bien constituye una reafirmación de algo crónico, que se veía venir desde el siglo XIX.

INHALADOR DE ÁCIDO CARBOLICO

TRATAMIENTO POR EL CUAL SE CURAN SEGRAMENTE



Los ROMADIZOS, en 12 horas.
 Los CATARRROS LARINGEOS, en 12 horas.
 Los CATARRROS CRÓNICOS, en 5 meses.
 El ASMA, en todos los casos.
 La BRONQUITIS, en todos los casos.
 Las RONQUERAS, en 12 horas.
 Las AFONIAS, por completo.
 La INFLUENZA, en 24 horas.
 Las ANGINAS, en 12 horas.
 El RONQUIDO, aspirándolo al acostarse.
 Los MAREOS, se garantiza la cura.
 El CRUP, en 12 horas.
 La TOS FERINA, aliviada en 5 minutos.
 Las NEURALGIAS, en 10 minutos.
 Los DOLORS DE CABEZA, en 10 minutos.

El INHALADOR DE ÁCIDO CARBOLICO puede ser usado durante varias veces por una familia, constituyendo, por tanto, el remedio más barato del mundo.—Su precio, pesetas, 12.50.

El INHALADOR DE ÁCIDO CARBOLICO, una vez vacio, se vuelve a llenar por la misma suma de 4 pesetas.

De este inhalador hallanse ejemplares de muestra en la
 Administración de LA ILUSTRACIÓN ESPAÑOLA Y AMERICANA,
 ARENAL, 18, MADRID.

Impreso con tinta de la fábrica L.O.

Ácido carbólico.

La Segunda Guerra Mundial: (1939-1945) ha destrozado Europa y hace imposible la ayuda externa a nuestro país y, para terminar

de arreglarlo, la O.N.U. acuerda retirar los embajadores de España. El país queda aislado y se le niega toda ayuda y cooperación internacional. El plan Marshall de ayuda americana para la reconstrucción europea deja a España al margen, por decisión personal del presidente Truman.

El mundo occidental, recién salido de la guerra, se atiene y afana a la penosa tarea de la reconstrucción económica y política del viejo continente. Las tensiones internacionales de estos años crean una situación especialmente dramática, se inicia la «Guerra fría», que había de enfrentar países Occidentales con la Unión Soviética durante décadas.

Todo ello incide y repercute en la vida civil española de manera traumática y la penuria, el hambre, la represión, la falta de desarrollo económico y las carencias extremas en todo tipo de servicios se enseñorean de España. La cultura, la ciencia y el progreso en general sufren sus negativas consecuencias al carecer de todo tipo de medios. Ya lo dice el refrán: «donde no hay harina todo es mohína». Este marasmo hace languidecer la vida española, desde la cultura hasta la industria, desde la vida académica hasta la deportiva, desde los servicios ciudadanos más elementales, hasta cualquier intento de reconstrucción científica.

En este contexto resulta admirable que un grupo de profesionales de la medicina, tomaran iniciativas que, en beneficio del colectivo transcendieran a la mera subsistencia personal como profesionales y como personas. La necesidad de aunar esfuerzos, de cambiar información, de sentirse acogidos por el ánimo y el afán colectivos, de ser cada día más útiles desde la perspectiva de la medicina, genera loables iniciativas como la creación de nuestra Sociedad Científica que celebra en la actualidad su cincuentenario y que desde nuestra perspectiva, actual merecen un respeto para quienes, desde la nada, pulieron en marcha ámbitos de progreso y afán de superación.

POLÍTICA NACIONAL

Todo gira, a lo largo del año en torno al problema de la readmisión de España en las Nacio-

nes Unidas. La guerra fría, que va «in creciendo», Realza el valor estratégico de España. El anticomunismo del Régimen resulta grato al mundo anglosajón que ve con pánico la escalada soviética (países del Este, problema de Berlín, toma de la China por Mao) empiezan las visitas de prohombres de la política americana a España. Los debates en la O.N.U. sobre la readmisión, van cambiando las posiciones favorables a España, empezando por los países Hispanoamericanos y los árabes.

El resto de la política nacional carece de interés, solo la política administrativa, las idas y venidas del Jefe de Estado y sus ministros, son reflejadas en la prensa diaria, lógicamente ningún problema de política interna se plantea en la opinión pública y/o publicada. Como dato reseñable tenemos que el príncipe Juan Carlos termina su bachillerato.

POLÍTICA INTERNACIONAL

Es el año clave en los planteamientos que desembocarán en la «guerra fría». La Unión Soviética se anexiona «de facto», casi todos los llamados países del este. Bloquea Berlín creando una situación insostenible. Los gobiernos occidentales autorizan y alientan una nueva realidad política.

Este año nace la que denominaron República Federal Alemana. Se da por irreversible la división de la Alemania de la preguerra. La existencia de fuertes partidos comunistas en los países occidentales, crea una psicosis de «anticomunismo» beligerante que llega a ser una auténtica pesadilla política en Estados Unidos, donde el comunismo nunca había significado nada a nivel político e institucional.

También en el año 1949 se consuma la toma definitiva de China por Mao, tras derrocar al Régimen de Chang Kay-Chek. Durante meses su tema ocupa las primeras páginas de los periódicos del mundo entero. El juicio y condena en Hungría del Cardenal Mindszenty y la escalada que supone la toma de poder comunista en media Europa y la contrarrespuesta de los partidos de derecha elevan la temperatura política mundial y agravan la situación internacional.

Entre otros acontecimientos de interés reseñables, en éste año, figuran que Holanda concede la independencia a Indonesia, que es presidida por Sukarno y un año después de su fundación se consolida el estado de Israel.

ECONOMÍA

La economía española vive una típica situación de Postguerra, que es agravada por la idéntica situación que también atraviesa Europa. Prácticamente todo está intervenido: desde los comestibles hasta los combustibles, estamos en los años famosos del «estraperlo» en los que muchas personas se hicieron ricas practicando dicho comercio ilegal, que era una forma de vivir y de adaptarse a los tiempos que se vivían. La situación era algo mejor, aunque no demasiado, para aquellos que tenían la suerte de vivir en el medio rural y poder consumir lo que la tierra les daba. Tener un familiar en un pueblo era un tesoro, puesto que permitía tener acceso ocasionalmente, a productos como el chorizo y otros similares, que en el estraperlo alcanzaban precios astronómicos.

Para que el lector pueda evaluar, cual era la situación de la economía familiar del ciudadano medio, le daremos unos cuantos datos que nos ayudarán a comprender la precariedad de la vida española del momento.

Los salarios, referidos a un trabajador medio sin cualificación, como corresponde a la inmensa mayoría de la masa trabajadora, oscilaban entre las 8 y las 12 pesetas diarias, es decir, unas 300 mensuales. Para comprender lo que significaba esta cifra en términos de poder adquisitivo enumeraremos los precios al consumo de algunos artículos de uso común:

- Un traje de caballero 150 pts.
- Unos zapatos 120 pts.
- Un litro de gasolina 4,25 pts.
- Una barra de pan 0,55 pts.
- Un periódico 0,50 pts.
- Un reloj marca OMEGA 700 pts.
- Un piso en Madrid 100.000 pts.
- Una máquina eléctrica de afeitar 350 pts.
- Una docena de huevos 6 pts., etc.



OIR BIEN

SI ES USTED SORDO O DEBIL DE OIDO

(C. S., 4.003)

LO CONSEGUIRA CON UN OTOFONO AMERICANO ELECTRONICO QUE, BASADO EN LA RADIO Y EL RADAR, LE REINCORPORARA A LA VIDA NORMAL DE SOCIEDAD

MINIMO VOLUMEN. MAXIMO RENDIMIENTO

DEMOSTRACIONES GRATUITAS:

Instituto Hortor - Carretas, 23, Madrid
 Ortopedia Española. Fuencarral, 27, Madrid
 Ortopedia Sabaté - Canuda, 7, Barcelona.
 Optica Nacional Médica.- Coso, 69. Zaragoza.
 Optica Panach. - Lauria, 14. - Valencia.
 Bazar Médico Green. Velázquez, 8. Sevilla.
 Bazar Fildam. - Gran Vía, 34. - Bilbao.
 Ortop. Moderna. Dr. Manero, 11. Alicante.
 Laboratorios Castillo. - Corrida, 42. Gijón.
 Casa Vaquero. - Ferrari, 34. - Valladolid.
 Mateo y Cibeira. - Toral, 1. - Santiago.

(Servicio de reparaciones y repuestos)

Anuncio insertado en un periódico de la época.

Si extrapolamos estos datos con respecto a un salario actual, con el que se podrían comprar unos 20 pares de zapatos. Con el salario de 1949 no llegaba a 3 pares.

Como datos curiosos se pueden reseñar los siguientes: Había en España un total de 129.000 automóviles particulares. En este año comenzaron a rodar por España los primeros camiones PEGASO. Su precio 262.000 pts.

DEMOGRAFÍA

Todos estos datos eran vividos por 28 millones de españoles. Madrid contaba con una población de 1.400.000 habitantes y, en el extremo opuesto figuraba Soria con sólo 16.000.

UNIVERSIDAD Y CIENCIAS

Debemos reseñar en primer lugar que este año fue el traslado de la Facultad de Medicina de San Carlos en Madrid a la Ciudad Universitaria. Existían en España 12 Universidades y alrededor de 50.000 estudiantes universitarios.

Hacen aparición en nuestras vidas algunos elementos que marcarán el futuro como son: La primera televisión en color (U.S.A.). El primer ordenador (U.K.). El primer avión a reacción comercial, el cuatrimotor «Havillan Comet» (U.K.).

Glen Theodore Sheaborg (U.S.A.) descubre un nuevo elemento del sistema periódico de Mendeleyev, al que se da el nombre de «Berkelio» cuyo lugar se encuentra por encima del uranio.

G. Calvin (U.S.A.) es nombrado premio Nobel por su aportación al conocimiento de la fotosíntesis, que queda plasmado en su famoso ciclo de Calvin.

LETRAS Y ARTES

Había en Madrid 21 teatros abiertos, aunque la calidad que ofrecían, en su mayoría, era ínfima. Un gran número de ellos escenificaban representaciones del más vulgar folklorismo. El premio nacional de teatro fue adjudicado a la obra «Dos mujeres a las 9» de Juan Ignacio Luca de Tena.

Dos fenómenos teatrales destacan este año: El éxito del año lo constituyó «Historia de una escalera» de Buero Vallejo, premio Cervantes y fue un acontecimiento memorable, «El Tenorio» con escenografía de Dalí. En el teatro de variedades que acaparaba la mayoría de las Salas, destaca una obra famosa como ninguna en el género: «Las Leandras» con Celia Gámez, en el Alcázar.

Entre otros hechos es de destacar la entrada en funcionamiento de la Hemeroteca Municipal que se sitúa en la calle Zurbarán nº 1 y la aparición del disco de larga duración con lo que se amplía el mercado del ocio musical. Antonio Machín triunfa en España y se convierte en todo un fenómeno de la música melódica, algu-

nos de cuyos temas han quedado como santo y seña de una generación.

CINE

El cine de la época, con escasos medios, y absolutamente condicionado por la censura, se mueve en unos terrenos nada comprometidos: folklore, épica histórico-patriótica y más pensando en lo religioso. Llama la atención la insignificancia del cine nacional y la floración de publicaciones que atendían a un público interesado en el cine. Prensa exclusivamente cinematográfica de la época: «Primer Plano» «Fotogramas», «Triunfo», «Cámara e Imágenes». En el año 1947 se había creado el «Instituto de Investigaciones y experiencias cinematográficas» (I.I.E.C.) del que saldrán en su primera hornada, tres años después, figuras como Berlanga y Barden.

Veamos unos datos referentes al cine en el año 1949:

- Producción de películas españolas: 42.
- Estrenos del año: 182.
- Premio nacional de cinematografía: «La mies es mucha».
- Película más taquillera: «el beso de la muerte» de Henry Hathaway.
- Película española más taquillera: «Locura de amor».
- Películas en cartel: «Escuelas de Sirenas», «Fort Apache», «Hamlet» de L. Mivies, «Belinda», «Los tres Mosqueteros», «Sucedió bailando» «Que el cielo la juzgue».

Del cine europeo, se debe recordar: «Roma ciudad abierta», de Rosellini.

DEPORTES

Al igual que otras manifestaciones indicativas de la vida cultural, el deporte está bajo mínimos. Si exceptuamos el fútbol, ya para entonces, la gran pasión nacional junto con los toros. Apenas se puede reseñar nada que merezca la pena. Con un atletismo casi inexistente, se practican otros deportes muy minoritarios de la po-

blación: Hockey sobre hierba, sobre patines, Waterpolo, natación, etc.

En boxeo hubo varias figuras que en él, año 1949 tuvieron cierta relevancia: Luis Romero que fue ese año campeón de Europa de los pesos pluma. El mismo año en que «Sugar Robinson» fue campeón del mundo de los pesos medios y «Roky Marciano», lo fue de los pesos pesados. En baloncesto el Campeón de España fue el Barcelona.

En ciclismo es de reseñar que en este año no se celebró la vuelta a España. El equipo español enviado al TOUR, abandonó en masa y el Tour es ganado por F. Coppi, siendo el segundo Bartali. Miguel Poblet se proclama campeón de España por tercera vez.

En fútbol el campeón de liga es el Barcelona y el campeón de Copa el Valencia. En el terreno de los encuentros Internacionales hubo éxitos entonces clamorosos, como son el resultado de 1-4 favorable a España contra Irlanda en partido memorable de Gainza y el 1-5 contra Francia en París, en no menos memorable actuación del barcelonista Basora.

En el fútbol internacional destaca la desaparición como equipo del Torino tras un accidente aéreo en que desaparecen la mayoría de sus integrantes.

TOROS

La gran pasión Nacional. En el año 1949 todavía se llora la muerte de MANOLETE, pero otras figuras emergen y toman el relevo. Como es de rigor. Se habla de la crisis en el medio, de falta de trapío en los toros, etc. Pero, pese a la penuria nacional, el año taurino fue plétórico en acontecimientos. Vamos con los datos significativos del año:

- Matadores de toros que más han toreado:
 - Manolo González: 78 corridas.
 - Luis Miguel Dominguín: 70.

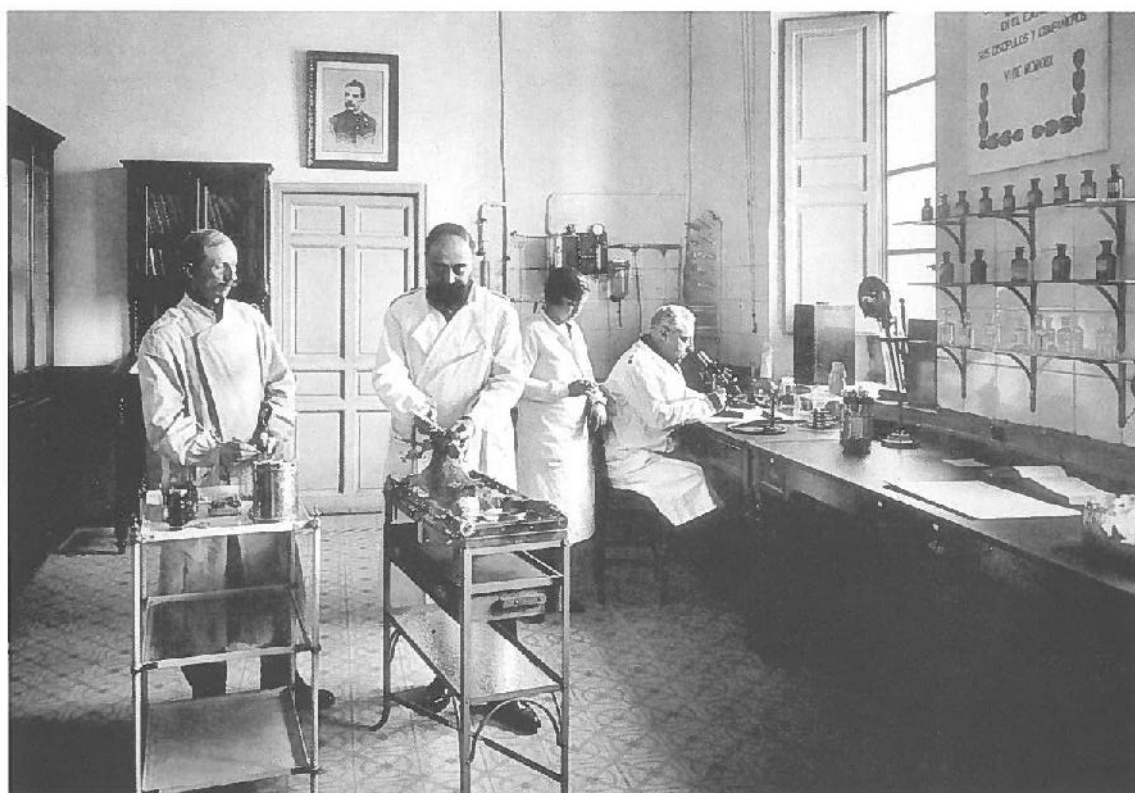
- Novilleros:
 - Miguel Báez el Litri.
 - Julio Aparicio.
- Ganaderos con más corridas lidiadas:
 - Antonio y Anastasio Fernández: 60.
 - Guardiola: 55.
 - Concha y Sierra: 49.
- Necrológica taurina:
 - Luis Díez: (cogido en Barcelona, banderillero de Antonio Ordóñez).
- Retiradas:
 - Fermín Espinosa «Armillita».
 - Jesús Solorzano.
 Ambos mejicanos.

NECROLÓGICAS DEL AÑO 1949

- En el mundo:
 - Maurice Blondell, J. Dimitron, Axel Munthe.
- En España:
 - Políticos: Santiago Alba, N. Alcalá Zamora Presidente del Gobierno de la República en 1931, Fernando de los Ríos ministro de la República y embajador en Francia y Estados Unidos, Carlos María de Borbón. Alejandro Lerroux Presidente del Gobierno de la República.
 - Médicos: José Estadella, Nicasio Mariscal, Riera Baquer.
 - Literatos: Benjamín Járnes.
 - Músicos: L. Fontiva, J. Tellería (autor del himno de la Falange Española, Cara al Sol), Joaquín Turina creador de la música genuina española junto con Isaac Albéniz y Manuel de Falla.
 - Críticos: Mariano Fortuny y Madrazo.
 - Escultores: Mateo Hernández.
 - Otros: José Lázaro Galdeano y Ángel González Palencia.

CAPÍTULO II

PANORAMA HISTÓRICO DE LA MEDICINA ENTRE LOS AÑOS 1940 Y 1950



Laboratorio de la época, 40-50.

J. J. López Moya
M. L. González Fernández

Parece como si únicamente nos complaciera vivir en la realidad, ignorando el pasado, como si este no hubiera existido nunca, o no tuviera importancia. Solamente las personas mayores gustan de revivir en su ensoñación el pasado, como si fuera en tiempo presente, recordando aquellos jirones de su vida en que fueron dueños de su destino y sus decisiones tenían importancia y peso en sus semejantes.

Puesto que estamos recordando nuestra propia historia y para que no nos olvidemos de los valientes, generosos, innovadores y creativos que fueron nuestros compañeros otorrinolaringólogos que nos precedieron en el tiempo, en una época en que serlo, era mucho más difícil que en la actualidad. Será preciso que pasemos la mirada por los grandes hitos médicos de la época y recordar como era la medicina y como se entendía el arte de curar durante el período de historia en que se gestó nuestra **Sociedad Española de Otorrinolaringología**.

En la década de los años 1940-50 se van a producir algunos descubrimientos médicos de tal magnitud que podremos decir, sin temor a equivocarnos, que existe un antes y un después, en la historia de la medicina. La mayoría de ellos son el fruto, el producto y la culminación de líneas de investigación y de un trabajo en equipo, con la puesta en escena de presupuestos que cuentan con importantes sumas de dinero y que exigen, de forma obligada, una financiación estatal o bien, son producto del mecenazgo de personas relevantes o de instituciones de carácter privado. Cada vez es menos fre-

cuenta la puesta en escena de una idea genial que cambie la faz de la medicina, al estilo de Fleming y su penicilina.

La fuente y el origen de estos descubrimientos parecen repetirse siempre, son las grandes universidades americanas las que asumen el protagonismo, hecho que queda reflejado en la mayoría de los premios NOBEL otorgados durante dicha época (cuadro nº 1) detrás de ellos tenemos a los autores franceses, ingleses, alemanes y suecos.

Las innovaciones médicas en ésta década son muchas y en campos muy variados, pero el hecho de que paralelamente se desarrolle durante estos años la Segunda Guerra Mundial, marca profundamente la actividad desarrollada, tanto en el seno de la medicina como en la ciencia e incluso en el acontecer de la vida diaria.

Prescindiendo del juicio de valor, siempre subjetivo y personal, sobre su origen, causalidad y desenlace, este gran acontecimiento bélico conlleva, como ha sido el caso de todas las guerras desde que la humanidad existe, algunos innegables logros, innovaciones y aportaciones para el progreso de la medicina y de la ciencia en general. Pasaremos la mirada por algunos de ellos.

Durante el desarrollo de todo el conflicto bélico, se aplica con éxito, el tratamiento ideado por el traumatólogo español **Joseph Trueta**, fruto de sus experiencias en la guerra de ESPAÑA (1936-39). La innovación que representa éste tratamiento denominado «método cerrado» (close method), es que combina el

CUADRO 1

1943

Doisy, Edward Adelbert (1893-1986), bioquímico nacido en Hume, Illinois. Estudió en las Universidades de Illinois y Harvard. En la década de 1920 desarrolló métodos que contribuyen a la investigación de las hormonas sexuales femeninas, junto con sus colaboradores aisló las **hormonas estriol y estradiol**. Compartió el Premio Nobel de Fisiología y Medicina con el bioquímico danés Henrik Dam, ya que ambos habían aislado de forma independiente la vitamina K en la década de 1930. Doisy investigó también los antibióticos, la insulina y los ácidos biliares.

1944

Joseph Erlanger y Herbert Spencer Gasser, que demostraron las diferencias funcionales entre las **fibras nerviosas** y utilizaron un **osciloscopio** para registrar la variación de los impulsos eléctricos que tienen lugar en estas fibras.

1945

Fleming, Sir Alexander (1881-1955), bacteriólogo británico, famoso por el descubrimiento de la **penicilina**. Nacido cerca de Darvel, Ayr (hoy parte de Strathclyde), Escocia, se formó en la Facultad de Medicina del St. Mary's Hospital de la Universidad de Londres, donde trabajó como catedrático de bacteriología desde 1928 hasta 1948, año en que fue nombrado profesor emérito.

Fleming desarrolló importantes investigaciones en los campos de la bacteriología, la quimioterapia y la inmunología. En 1922 descubrió la lisozima, un antiséptico presente en las lágrimas, las secreciones corporales, la albúmina y ciertas plantas. El descubrimiento de la penicilina tuvo lugar accidentalmente en 1928 en el curso de sus investigaciones sobre la gripe. Al observar que un moho que contaminaba una de sus placas de cultivo había destruido la bacteria cultivada en ella, sentó las bases para el desarrollo de la terapia con penicilina.

Fleming fue nombrado Sir en 1944. En 1945 compartió el Premio Nobel de Fisiología y Medicina con los científicos británicos Howard Florey y Ernst Boris Chain por sus contribuciones al desarrollo de la penicilina.

1946

Muller, Hermann Joseph (1890-1967), genetista, conocido por la inducción de **mutaciones en los genes de la mosca de la fruta** mediante rayos X. Es también conocido por sus severas advertencias sobre los efectos de la radiación nuclear en los genes humanos.

Muller nació en Nueva York y estudió en la Universidad de Columbia. Impartió clases en la Universidad de Texas desde 1920 hasta 1933, donde fue nombrado catedrático de zoología en 1925. Desde 1933 hasta 1937 trabajó como genetista en el Instituto de Genética de Moscú y durante los tres años siguientes, como investigador asociado en el Instituto de Genética Animal de la Universidad de Edimburgo. Desde 1945 hasta 1964 fue catedrático de zoología de la Universidad de Indiana. Las investigaciones de Muller en el campo de la genética, que inició en 1911, se basaron fundamentalmente en la cría experimental de la mosca de la fruta *Drosophila*.

1947

Cori, Carl Ferdinand (1896-1984) y **Cori, Gerty Theresa Radnitz** (1896-1957), matrimonio de bioquímicos estadounidenses, de origen checo. Ambos nacieron en Praga y se doctoraron en medicina por la Universidad Alemana de Praga en 1920, año en que contrajeron matrimonio. Se trasladaron a Estados Unidos en 1922 y obtuvieron la nacionalidad estadounidense en 1928. Carl Cori trabajó en el Instituto Estatal para el Estudio de Enfermedades Malignas de Bufalo, Nueva York, desde 1922 hasta 1931, año en que él y Gerty Cori se incorporaron a la Universidad de Washington de Saint Louis, Missouri. Recibieron numerosos reconocimientos, en la mayoría de los casos de forma conjunta. En 1947, por sus investigaciones sobre las enzimas, compartieron el Premio Nobel de Fisiología y Medicina con el fisiólogo argentino **Bernardo Alberto Houssay**. **Descubrieron el mecanismo de interconversión de la glucosa y el glucógeno** (equivalente al almidón vegetal pero en los animales) y aislaron y sintetizaron la enzima responsable, a la que llamaron **fosforilasa**. Esta enzima, junto con la insulina y una hormona de la glándula pituitaria anterior, controla las reacciones que produce la diabetes mellitus.

CUADRO 1 (cont.)

1948

Muller, Paul Hermann (1899-1965), bioquímico suizo conocido sobre todo por haber puesto a punto un insecticida organoclorado tan eficaz como tóxico: el diclorodifeniltricloroetano o **DDT**. Sintetizó numerosos colorantes e insecticidas.

1949

En 1949 **Egas Moniz** y **Walter Hess** fueron galardonados con el Premio Nobel de Fisiología y Medicina por el desarrollo de la **leucotomía prefrontal**.

1950

Kendall, Edward Calvin (1886-1972), bioquímico estadounidense. Nació en South Norwalk, Connecticut, y estudió en la Universidad de Columbia. Realizó extensos trabajos de investigación sobre endocrinología, primero en el St. Luke's Hospital de Nueva York, y posteriormente en la Clínica Mayo de Rochester, Minnesota, en la Mayo Foundation for Medical Education and Research, y en la Universidad de Princeton. Sus descubrimientos más importantes permitieron aislar la tiroxina, el glutatión y varias hormonas de la corteza suprarrenal. Su principal logro fue el aislamiento de la **cortisona**.

hecho de ser conservador desde el punto de vista quirúrgico, unido a una baja incidencia de infecciones, máxime teniendo en cuenta que nos encontramos hablando de traumatología bélica de urgencia, donde la amputación rápida es de uso común todavía en la actualidad. Técnicamente consta de cinco tiempos quirúrgicos; en el primero de ellos se comprueba la vitalidad de los tejidos, mediante un lavado con un jabón antiséptico y un cepillo de raíces suave para posteriormente aplicar capas de vaselina y gasas sobre la herida que ayudan a mantenerla cerrada y limpia, de este hecho deriva su nombre. Posteriormente se procede a la reparación de las lesiones, adoptando una actitud poco agresiva dentro de lo posible con los tejidos vitales, retirando las esquirlas óseas y cuerpos extraños que no se encuentren muy alejados de la herida y actuando de forma extremadamente conservadora con el periostio, para finalmente proceder a situar la escayola.

En 1940 el cirujano alemán **Gerhard Küstcher** presenta un moderno tratamiento para las fracturas óseas, el denominado **Clavo Intramedular**, que en la actualidad se sigue utilizando en idéntica forma y manera.

En 1941 se describe el **Síndrome de Aplastamiento** por el catedrático de medicina inter-

na inglés **Eric Biwaters**, como consecuencia de los bombardeos masivos que sufrió Gran Bretaña en la primera parte de su conflicto bélico. Este se caracteriza, entre otros síntomas, por la presencia de shock, insuficiencia renal terminal, oligoanuria, necrosis hepática, necrosis tisular, etc. De nuevo existe una aportación destacada al conocimiento de la fisiopatología de la circulación renal en el citado anterior síndrome, por parte del **Dr. Joseph Trueta** que junto con el **Dr. J. M. Barnes** publica un innovador y modélico trabajo cuyo título es «Estudio Experimental sobre el Espasmo Arterio- lar».

En 1940 **Karl Landsteiner** y **Alexander Salomon Wiener** presentan el descubrimiento del **Factor Rh (Rhesus)** en la sangre, haciendo que desde entonces las transfusiones fueran mucho más seguras. Este hecho sumado a la innovación que representa el desarrollo del plasma desecado y estéril por parte del ejército inglés, ayudó a salvar numerosas vidas en el frente de combate. Durante la batalla de Normandía se dejaban caer en paracaídas sobre el frente, en cajas de mimbre, las bolsas de plasma a las que únicamente había que añadir agua. Paralelamente en éste mismo año se crean las directrices para el servicio de donación de sangre en el Reich Alemán.

Como consecuencia de las importantes lesiones traumáticas y quemaduras que afectaban a la cara de los soldados, surge una nueva especialidad quirúrgica como ampliación de la cirugía plástica. El nombre se lo pone su propio creador, **Archibald Hector McIndoe** (1900-1960), denominándola **Cirugía Reconstructiva**. Algunos de los instrumentos que en la actualidad aparecen en nuestras manos llevan el nombre del genial cirujano originario de Nueva Zelanda y formado en un centro que empezaba a ser mítico para el progreso de la medicina, la Clínica Mayo de Rochester Minnesota.

La guerra no solamente va a producir importantes mejoras en las técnicas médico-quirúrgicas, sino que va a producir un cambio de mentalidad radical en la atención médica desde el punto de vista social; otra vez más existe un antes y un después. Un nombre va asociado a ese nuevo concepto de socialización de la medicina, **Willian Beveridge** y los hechos se desarrollaron de la siguiente forma:



Frasco estreptomicina.

En previsión de los posibles desastres que el conflicto bélico podría traer a Inglaterra, puesto que se suponía que el número de bajas en la población británica podría llegar a ser de trescientos mil muertos y seiscientos mil heridos por mes, cifras que posteriormente la realidad demostró erróneas. Se creó en primer lugar un **Servicio Médico de Emergencia**, que agrupó a más de mil hospitales bajo un control financiero y administrativo único. Posteriormente en 1941 y a instancias del gobierno se nombra una comisión cuya tarea sería la de supervisar toda la política social en materia sanitaria, siendo el encargado de llevarlo a cabo **Sir Willian Beveridge** (1879-1963), que publica en 1942 su **Informe sobre la Seguridad Social y los Servicios**. La base es muy simple y únicamente requiere un solo pago semanal a la seguridad nacional. Mediante dicho procedimiento todos los empleados trabajadores y sus familias se encontrarían asegurados y por tanto todo el mundo sin tener en cuenta su sexo, posibilidades económicas y profesión tendrían acceso a los mejores servicios médicos, sin tener que desembolsar cargos suplementarios. Un importante matiz cualitativo, aparentemente sin importancia, dentro de las macrocifras, le otorga toda la personalidad y trascendencia a la reforma propuesta. Esta consiste en que la protección de servicios sanitarios adquiere un carácter de derecho y no de donativo. Hemos traspasado el umbral del denominado concepto del **Estado de Bienestar Social**.

Las epidemias han sido siempre las compañeras inseparables de todos los conflictos bélicos. En muchas ocasiones las bacterias se convierten en el mejor general del ejército, ganando por sí solas batallas que parecían perdidas y convirtiéndose en jueces de muchos conflictos, con independencia de a quién asiste la razón. No tenemos más que recordar las epidemias que padecieron las tropas del GRAN CAPITÁN en el sitio de Nápoles, la epidemia de tifus que afectó a las tropas alemanas en su avance hacia París en la Primera Guerra Mundial o la victoria de la viruela sobre la población india de Norteamérica, hecho éste que por desconocido, no consigue robar protagonismo al famoso VII de caballería, presente en las fantasías que trajo el

cine, a todos los que nacimos durante esa época. Aunque fríamente mirado, los americanos no hicieron sino copiar lo que los conquistadores habían hecho trescientos años atrás con los indígenas en Suramérica. ¡Si las bacterias hablaran!

Durante el transcurso de la II Guerra Mundial, se vuelven a repetir las condiciones que hacen posible las epidemias, es decir: Desnutrición, Hacinamiento, Falta de higiene, etc., pero en esta ocasión se van a producir logros y avances médicos que van a yugular la extensión de las mismas, debido al desarrollo de vacunas eficaces y a su aplicación masiva a grandes sectores de la población, como llevó a cabo el ejército americano, en 1942, en su vacunación contra el tifus.

La medicina de logros sociales se va abriendo lentamente paso y algunos ejemplos de ellos son los siguientes:

- En 1942 el médico australiano **Norman Macalister** descubre la relación entre la rubéola y las malformaciones.
- En 1945 se inicia la fluoración de las aguas en EE.UU. y se da profilácticamente vitamina D a amplios sectores de población en Gran Bretaña.
- En 1946 se descubre una vacuna eficaz contra el virus de las paperas. **Jhon Frankling Enders** y **Joseph Stokes** en EE.UU.
- En 1948 se crea la **Asociación Mundial de Médicos (World Medical Association)**, **La Asociación Mundial de la Salud (OMS)** y el **Nacional Health Service** en Inglaterra, por parte del gobierno laborista, siendo el primer gobierno y Estado que introduce el concepto de atención médica global con cargo exclusivamente a presupuestos estatales.

Para terminar con el episodio que hace referencia a la II Guerra Mundial y no con ánimo de difuminar los errores que los médicos y la sociedad cometieron, que seguirán colgados del tiempo por toda la eternidad, dejaremos un halo de esperanza con la rememoración del denominado Código de Nuremberg, que hace expresa referencia a los experimentos con seres humanos.

1. Será necesario el consentimiento voluntario de la persona involucrada.
2. Los experimentos deben ser para el bien de la sociedad y no simplemente una cuestión de curiosidad científica.
3. El experimento debe ser justificado con resultados de estudios anteriores.
4. Han de evitarse toda clase de sufrimientos físicos o psíquicos y no causar daños.
5. No se permite su realización si existe la posibilidad de causar muerte o incapacidad posterior.
6. Todos los sujetos deben poder suspender el experimento en cualquier momento que lo deseen y el investigador debe obedecer este deseo si existe cualquier remota posibilidad de eventuales lesiones, incapacidad o, tal vez incluso la muerte.

El descubrimiento de los antibióticos y quimioterápicos durante la década de los 1940-50 va a producir un cambio radical y una transformación en la forma de entender y practicar la medicina; por fin somos capaces de combatir a las bacterias con procedimientos eficaces y tratar las infecciones. El pus deja de ser un estigma de la actividad quirúrgica, convirtiéndose en un hecho infrecuente. En suma, hemos traspasado el umbral que separa dos períodos, el anterior y el posterior al uso de los antibióticos. Rememoraremos algunas fechas claves en este proceso.

- En 1940 **Gerhard Domagk** descubre el **Sulfonazol** como quimioterápico para el tratamiento de la tuberculosis.
- En 1941 **Ernest B. Chain** y **Howard W. Florey** consiguen la fabricación industrial y la aplicación clínica sistemática de la **Penicilina**. Recordemos que ésta había sido descubierta por **Fleming** en 1928, pero hasta entonces no se habían conseguido superar los problemas que presentaba su fabricación a gran escala.
- En 1944 **Seldman Abraham Waskman** descubre y aplica la estreptomycin. La tuberculosis empezaba a ser vencida.

- En 1946 **Jörgen Lehman** (GOTEBORG), introduce el ácido paraaminosalicílico.
- En 1947 **Jhon Herlich** descubre el CLO-RANFENICOL.
- En 1949 **Seldman Abraham Waskman** (USA) y **Hubert Arthur Lechevalier** (Francia) descubren la NEOMICINA.

La utilización de los antibióticos y quimioterápicos va a arrastrar la desaparición de la tuberculosis o, quizá sería más propio decir a la luz de su repunte en la actualidad, la modificación de las características clínico epidemiológicas de la misma. Pero, independientemente de uno u otro concepto, la realidad es que uno de los mayores azotes de la humanidad, principalmente en el siglo XIX y principios del XX coincidente con el período de desarrollo industrial va a poder ser controlado. Este hecho en si, dicho fríamente, parece vacío y falto de contenido, pero para valorarlo en su justa medida la importancia de dicho avance terapéutico, no tenemos más que retroceder 50 años y ponernos en el lugar de nuestros compañeros a la hora de anunciar a los pacientes y familiares la mala noticia, que representaba entonces un diagnóstico de tuberculosis, cuya curación en aquellos tiempos era, cuanto menos incierta y que, de hecho, se convertía en la mayoría de las ocasiones, prácticamente en una sentencia.

A pesar de los nuevos descubrimientos, el período que nos ocupa ha sido señalado como uno de los de mayor incidencia de la tuberculosis debido a las condiciones socioeconómicas que los SEÑORES DE LA GUERRA regalaron a la humanidad.

La gran multinacional en que se había convertido la tuberculosis, con sus médicos especialistas «TISIÓLOGOS», sus instituciones propias, unas de ámbito nacional, otras de carácter local o municipal, sus dispensarios y hasta sus mismos hospitales, con un marcado carácter diferencial con el resto, debido a la peculiaridad de sus tratamientos, puesto que estos se debían ser en altura con una orientación precisa para recibir la mayor cantidad de horas de sol y con un régimen dietético especial, unido a los múltiples tratamientos quirúrgicos con técnicas sofisticadas, fundamentalmente en el campo de la

cirugía pulmonar. Toda esta filosofía de entender el arte de curar va a comenzar a caer como un castillo de naipes en la década de los 1940-50.

Para finalizar con el repaso histórico de la década de los 40/50 señalaremos algunos de los descubrimientos y avances más importantes dentro del campo de la medicina y la cirugía:

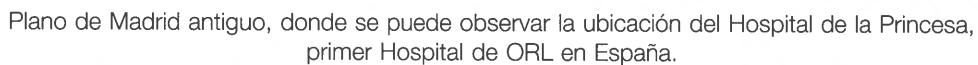
- Cirugía:
 - 1943. **Reynold Drag Stedt** (EE.UU.) realiza la primera vogotomía.
 - 1944. **Alfred Blalock** (EE.UU.) opera por primera vez una malformación de corazón.
 - 1945. Se desarrolla el primer banco de ojos en EE.UU.
 - 1946. **Jean Cid Dos Santos** (Portugal), realiza por primera vez una endarterectomía (arterias femoral y axilar).
 - 1949. **José Ignacio Barraquer Moner** (Colombia) describe la queratoplastia penetrante.
 - 1950. Los hermanos **Judet** (Francia) sustituyen por primera vez la cabeza del fémur.
 - 1950. **Richard H. Lawler** (EE.UU.) realiza el primer trasplante de riñón.
- Farmacología:
 - 1942. **Harold Randall Griffith** y **Genid Jhonson** (EE.UU.) introducen por primera vez el curare como miorelajante.
 - 1943. **Joseph G. Hamilton** introduce por primera el yodo radioactivo para el tratamiento de las enfermedades del tiroides.
 - 1945. **Cho Naoli, Herber Maclean** y **Mirian E. Sympton** (EE.UU.) sintetizan la hormona de crecimiento.
 - 1946. **Ulf Svante** (Suecia) sintetiza la noradrenalina.
 - 1948. **Phillips Shoewalter Hensch** (EE.UU.) aplica por primera vez la cortisona.
- Medicina:
 - 1941. **Phillips Lavine** descubre el mecanismo de la eritroblastosis fetal.
 - 1942. **Harry Klinefelter** (EE.UU.) descubre el síndrome que lleva su nombre.

- 1942. **K.T. Dussik** (Australia) inicia la utilización de un prototipo de ultrasonido llamado ecosonda.
- 1942. **Leonor Kramer** describe el autismo.
- 1943. Se inician los primeros ensayos de hemodiálisis.
- 1944. **Arthur Weber** realiza los primeros registros del ruido cardíaco.
- 1944. **Walldeström** describe la macroglobulinemia que lleva su nombre.
- 1944. **Houssey** (Argentina) descubre la

actividad del lóbulo anterior de la hipófisis.

- 1949. **Linus Carl Pauling** (EE.UU.) describe la base bioquímica molecular de la anemia falciforme.
- 1949. **Murray Le Ellyn Bar** descubre la cromatina sexual.
- 1949. **Robert Armstrong Nelson** y **Manfred Martin Mayer** (EE.UU.) descubren el test de inmovilización del treponema.
- 1950. **Hans Selye** (Canadá) pone de manifiesto el concepto de estrés.

EL NACIMIENTO Y DESARROLLO DE LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN ESPAÑA (1875-1936)



Dr. A. Herrera Casado

La especialidad médico-quirúrgica de Otorrinolaringología, que tiene hoy perfectamente delimitadas sus funciones, dentro de la ciencia médica, en orden a la actuación de diagnósticos y tratamientos de los padecimientos de los órganos del oído, la nariz y la faringe/laringe, nació hace ahora poco más de un siglo con unos balbuceos que rápidamente se asentaron en una estructura firme y de límites netos.

El texto que hemos desarrollado y que no es otra cosa que el compendio de un trabajo mucho más amplio titulado Nacimiento y Desarrollo de la Otorrinolaringología en España (1875-1936), que nos sirvió de Tesis Doctoral, pretende dar unas pinceladas que a todos permitan conocer, en esencia, los rasgos que pintaron la primera andadura de esta especialidad en España, y todos los elementos que la hicieron madurar y adquirir una consistencia firme y duradera, que llegaron a ponerla entre las más dignas y prestigiosas del mundo.

EL NACIMIENTO DE LAS ESPECIALIDADES

Hablar del nacimiento y desarrollo de la Otorrinolaringología supone, aunque sea muy brevemente, hablar de la aparición en el panorama social y científico de mitad del siglo XIX, de las especialidades médicas. Es en el comienzo de la decimonovena centuria que ocurre el nacimiento de estas disciplinas médicas. Estos nuevos modos de actuación en el antiguo proceso de la ciencia y la técnica médicas, son producto del



Exploración de la laringe, en «Gaceta Médica Catalana», 1879.

nuevo concepto de progreso que a tenor de la mentalidad positivista se aplica a la medicina, en el sentido de que solamente limitando el campo de actuación y profundizando en el mismo, puede llegarse a alcanzar cotas más elevadas y útiles de conocimiento y una mejora de los resultados terapéuticos. Una serie de factores favorecen la aparición de las especialidades en la Europa Occidental. En España concretamente son estos:

- La evolución demográfica en España:

La tasa de población rural disminuye y aumenta la urbana. Al mismo tiempo, se observa un fenómeno de traslado de población desde el centro a la periferia, en el inicio de un movimiento demográfico en el que prácti-

camente todavía estamos inmersos. Algunas de las grandes ciudades españolas se harán todavía mucho mayores a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX.

- El aumento de enfermos en las grandes ciudades.

- El desarrollo de los hospitales:

De ser meros locales en que se almacenan enfermos, a los que se aplican métodos diagnósticos y terapéuticos apenas reformados desde la antigüedad medieval, los nuevos hospitales pasan a ser centros donde se intentan, día a día, aplicar progresivamente los avances que la ciencia va adquiriendo en su etapa investigadora: condiciones de asepsia, iluminación, distribución del espacio, de las áreas de consulta, de encamamiento, de exploración y quirúrgicas, etc. En una palabra, el Hospital moderno surge también en esta segunda mitad del siglo XIX, y una de las formas en que se manifiesta este cambio es en el concepto de asistencia especializada.

- La progresiva concentración urbana de médicos.

- Establecimiento de especialistas en las ciudades:

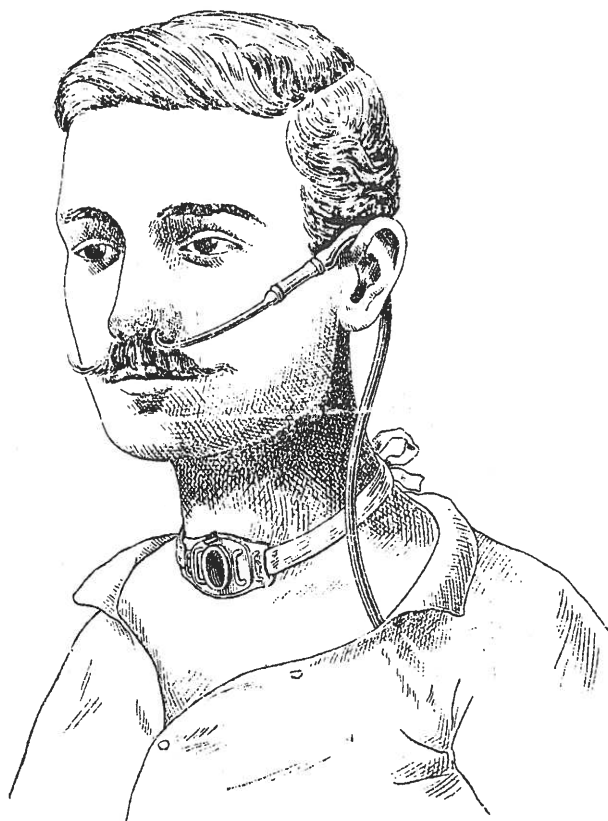
El establecimiento de un especialista, que ha decidido voluntariamente hacerse tal, se va a realizar, por fuerza, en la gran ciudad. No sólo por el volumen de pacientes progresivamente creciente, sino también por la serie de factores que le hacen atractiva su estancia en esa ciudad. La posibilidad de una formación profesional a través de las asociaciones y sociedades, las Academias, los centros científicos, los congresos, etc., hacen esto posible.

- Desarrollo de medios de transporte y comunicación.

- Desarrollo de mecanismos que refuerzan la especialidad: sociedades, congresos, cátedras, etc.

LUGARES Y NOMBRES QUE DAN NACIMIENTO A LA ESPECIALIDAD

Según el historiador de la Medicina Álvarez Sierra, la especialidad de Garganta, Nariz y Oídos nació en el Hospital de Antón Martín, en Madrid, ya en el siglo XVII, pues en aquel lugar



Aparato fonético por Botey, en «Tratado de ORL», 1902, pág. 862.

se trataban las laringitis luéticas que con especial esmero, así como otros procesos de la garganta, eran tratados en aquel recinto. En nuestra opinión solo se puede hablar de especialidad cuando existe un grupo de médicos que la practican con exclusividad, y se erigen en torno a ellas tratados, cátedras, sociedades y un cúmulo de actuaciones, tanto clínicas como de investigación, en torno a ella. Es por ello que la ORL no puede declararse como existente hasta la segunda mitad del siglo XIX.

Una figura excepcional y clave en el nacimiento de la ORL en España: Rafael Ariza y el Instituto de Terapéutica Operatoria.

En España hay una figura que sin discusión posible debe considerarse la iniciadora de la Otorrinolaringología: se trata del médico sevillano Rafael ARIZA y ESPEJO, quien formado en el ambiente liberal sevillano, surgido a la ciencia durante los años que preceden y animan la Revolución de 1868, y educado humanista y técnicamente en la Escuela Libre de Medicina que como una respuesta a la oficialista Facultad

de Medicina, había nacido entonces en la capital andaluza. Junto a Federico Rubio y Galí, Ariza trabaja intensamente desde varios puntos de vista: el doctrinal y humanista, escribiendo y dando conferencias sobre temas relativos a la forma de concebir la ciencia y la práctica de la medicina; el histológico, como impulsor decidido de las teorías de Virchow y Haeckel; y el otológico, finalmente, como introductor primero y apasionado de las técnicas de exploración, de estudio y de terapéutica científica de las afecciones del oído.

Ariza y Espejo fue, primero en Sevilla, y luego en Madrid a partir de 1880, no sólo un gran pensador, un gran histólogo, profesor de esta materia y en ocasiones de Historia de la Medicina en la Escuela Libre de Medicina de Sevilla, sino fundamentalmente el introductor de la Otolología y de la Laringología en España. Así lo reconocen múltiples autores contemporáneos suyos, que siempre le califican de hombre sabio, de hombre trabajador, y sobre todo de adelantado en la especialidad otológica-laringológica. Un viaje a Berlín en 1870, y otro más amplio por diversos hospitales europeos en los que se practicaba la Otolología y la Laringología, en 1876, hicieron de este profesional el primero y más destacado de los iniciadores en España de la especialidad que nos ocupa.

Las opiniones de Ariza respecto a los fundamentos teóricos que dan nacimiento a la especialidad son muy elocuentes. Los vierte en algunos escritos suyos, utilizados como discursos de inauguración de los diversos cursos del Instituto de Terapéutica Operatoria, y como texto conceptual en la presentación de las *Memorias Anuales* de dicho centro hospitalario. En ellas, el médico sevillano va expresando sus ideas acerca de la evolución de la medicina, y muy especialmente, y estas son las que aquí consideramos, en torno al nacimiento y desarrollo en España de la especialidad de Otolología, Laringología y Rinología.

En sus palabras, que son las de un promotor y pionero, y están escritas con el convencimiento de haber sido él su iniciador en España, se vuelca la firme creencia de estar abriendo caminos en la ciencia y de estar llevando a España y a sus profesionales médicos por la senda de la modernidad.

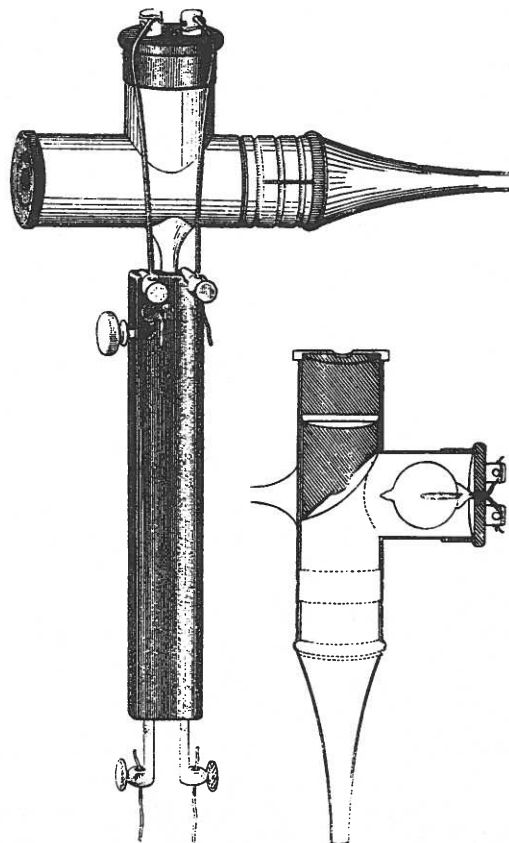
LAS ESCUELAS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA EN ESPAÑA

La especialidad ORL se ha desarrollado en España a través de escuelas. Grupos de profesionales formados en un determinado centro clínico, hospital o junto a algún destacadísimo profesor, han formado un grupo homogéneo en conceptos y prácticas, a pesar de que se hayan extendido luego, por diversos lugares de la nación. En este sentido, podemos recordar las más señaladas escuelas de ORL.

La escuela de Madrid no fue única. Dentro de la capital pueden distinguirse, al menos, tres grupos bien delimitados:

- La escuela de Ariza:

La escuela de Ariza, formada con aquellos que se educan en la Otolología, la Laringología y las exploraciones endoscópicas, en torno al maestro andaluz, en el Instituto de Terapéutica Operatoria, en Madrid, a partir de su puesta en marcha en 1880.



Otoscopio eléctrico, de Verdós, en «Gaceta Médica Catalana», 1895.

- La escuela de Cisneros:

La escuela de Cisneros, estructurada por los especialistas que a partir de 1888 se educan junto al maestro de la cirugía laríngea, especialmente en esta temática, pero de una manera muy amplia y muy completa en todos los campos de la auténtica Otorrinolaringología, en las salas del Hospital Provincial de Madrid.

- La escuela de García Tapia:

La escuela de García Tapia, plenamente inserta en el siglo XX, y conformada en torno a la figura y las enseñanzas del profesor castellano, quien en sus múltiples cátedras, tanto oficiales (la de profesor-catedrático de Otorrinolaringología en la Facultad de Madrid, desde 1926), como privadas o públicas (en Villa Luz, a partir de 1915, en su puesto de jefe de Servicio de ORL en el Instituto de Terapéutica Operatoria, a partir de 1912, etc.), va vertebrando una auténtica ¿escuela? de la que participan no solo españoles, sino una gran cantidad de especialistas hispanoamericanos.

En Barcelona, de forma similar, observamos que la escuela catalana no es única, sino que al menos dos fuertes personalidades concitaron seguidores, aplausos y fervores.

- La escuela de Botey:

La escuela de Botey, que se estructura gracias al magisterio del eminente médico y cirujano catalán, quien especialmente a partir de su actividad privada, de su continua presencia en las Academias, los congresos, las reuniones científicas de todo tipo, las publicaciones, los libros, etc., supuso un espejo constante para quienes deseaban, a partir de 1890, entrar en las actividades de la Otorrinolaringología, y una guía permanente de perfección y trabajo para quienes ya estaban en ella.

Según Francesc Ferrando, Botey es el indiscutible fundador de la escuela catalana de Otorrinolaringología.

- La escuela de Casadesús:

La escuela de Casadesús, quien primeramente en Madrid, como jefe de Servicio de Otorrinolaringología del Instituto de Terapéutica Operatoria, en 1924, y luego en Barcelona como catedrático de la asignatura, a partir

de 1926, supuso una nueva forma, mucho más moderna, de concebir la actividad especializada y así crear en su torno un grupo de profesionales imbuidos de su especial manera de ejercer la medicina y cirugía del área que nos ocupa. En opinión de Pulido, a Casadesús se debe la fundación de la única ¿escuela catalana de ORL? que merezca tal nombre.

Y también en provincias surgieron algunos importantes núcleos de trabajo, que generaron lo que podemos establecer como escuelas de ORL. Entre ellas:

- La escuela de Santiago: Baltar:

La escuela de Santiago de Compostela, formada desde finales del siglo XIX, en torno al cirujano general Baltar, quien se manifestó durante las primeras décadas del XX como un excepcional cirujano laringólogo.

- La escuela de Santander: Santiuste:

La escuela de Santander, articulada en torno a Santiuste, quien a su vez se había formado previamente con Ariza. En este lugar acudieron buen número de médicos del norte español para formarse como otorrinos junto al maestro montañés.

- La escuela de Bilbao: Areilza:

La escuela de Bilbao, una de las más numerosas sin duda, y con mejores especialistas, que presidida por Areilza, y conformada por gentes de la talla de Hormaechea, etc., dieron personalidad propia y fue venero de nuevos especialistas en el país vasco.

- La escuela de Cádiz: Moresco y Portela:

La escuela de Cádiz, entre las más antiguas, pues allí aparecieron muy pronto personalidades de la talla del cirujano y oftalmólogo Toro y Quartelliers, así como Moresco y Portela, en torno a quienes se formaron algunos magníficos especialistas.

- La escuela de Sevilla: Sota y Lastra:

La escuela de Sevilla, surgida alrededor de la figura de Ramón de la Sota y Lastra, pionero a nivel nacional, junto con Ariza, del interés por la Otorrinolaringología como no solo rama de la Medicina, sino forma nueva de entender ésta.

- La escuela de Málaga: Lazarraga:

La escuela de Málaga, establecida por diversos profesionales formados por Lazarraga,

extraordinario cirujano que dominó la técnica de la laringectomía y la cirugía funcional de laringe y oído desde finales del siglo XIX.

• La escuela de Zaragoza: Fairén:

La escuela de Zaragoza, conformada en torno a la figura de Fairén, quien junto a su hijo, nieto, y otros especialistas de los que quizá el más descolante sería Ariño, dieron prestigio a la forma de practicar la especialidad, siempre moderna y en punta de las novedades, en todo Aragón.

• La escuela de Valencia: Antolí Candela:

La escuela de Valencia, indiscutiblemente formada por Antolí Candela, que fue capaz de aglutinar en su torno un nutrido grupo de entusiastas médicos, casi todos ellos interesados en el ámbito de la otología y otocirugía, aunque figuras de la talla de Barberá o de Vilar Sancho destacarían luego en aspectos como el tratamiento de los sordomudos, de la cirugía plástica nasal, etc.



Dr. D. F. Rubio y Galí.

LOS HOSPITALES

Desde el mismo momento en que vemos surgir en España la especialidad de la ORL, aparecen los hospitales, los consultorios, y los centros en los que se atiende a los enfermos de estas afecciones con un sentido específico. En todo caso, aparecen con notable retraso respecto a Europa.

Solamente diez años después de haberse iniciado, en 1870, la atención hacia la Otología en las clínicas universitarias de Alemania, vemos surgir en España los primeros servicios de atención específica hacia estos pacientes. Bien es verdad que durante la segunda mitad del siglo XIX se habían ido desarrollando en nuestro país los hospitales que podríamos denominar especializados, divididos a su vez en dos tipos:

- a) los *clínicos*, en los que, entre sus tareas, se incluían la enseñanza de la clínica a los estudiantes de Medicina, y
- b) los *especializados*, en los que eran acogidos un tipo concreto de enfermos.

Desde un primer momento, hacia 1875-1880, nace la asistencia especializada, hospitalaria y

en consultas, de la ORL. Y nace primeramente en Madrid, a través de un centro clínico como es el Instituto de Terapéutica Operatoria, fundado por el Dr. Federico Rubio y Galí, en 1880. A partir de ese momento, tanto Madrid como Barcelona y otras ciudades importantes de la Península contarán con centros de asistencia especializada en las enfermedades de garganta, nariz y oídos. Estos centros podemos clasificarlos en tres grupos fundamentales:

- a) Hospitales, dedicados a la consulta de tipo ambulatorio, a la asistencia de tipo quirúrgico, a las intervenciones quirúrgicas, al encamamiento de los enfermos y a la enseñanza. Estos hospitales fueron siempre de tipo general, con servicios especializados.
- b) Dispensarios, dedicados a la consulta de tipo ambulatorio, y a las intervenciones quirúrgicas de tipo menor, sin encamamiento. Además se realizaban en ellos campañas de tipo sanitario, de estudio de problemas sanitarios y de medicina preventiva. Estos dispensarios fueron muy pronto exclusivos de determinadas especialidades, entre ellas la ORL.

- c) Consultas, localizadas en los domicilios de los médicos especialistas, y que como hemos visto fueron tanto públicas como privadas.

EL INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA

El primer Hospital con asistencia ORL y su correspondiente servicio perfectamente organizado, surge en España en 1880, concretamente el Instituto de Terapéutica Operatoria de Madrid. Durante la década 1880-1890 surgirán los primeros Hospitales con servicios de ORL.

Estos son, en breve síntesis, los centros donde se realiza la especialidad en ese período:

- 1880 - Instituto de Terapéutica Operatoria (Madrid).
- 1881 - Hospital del Niño Jesús (Madrid).
- 1883 - Hospital del Sagrado Corazón (Barcelona).
- 1888 - Hospital Provincial (Madrid).

- 1889 - Hospital de Santa Cruz y San Pablo (Barcelona).

Si alguno de todos ellos merece recordarse aquí con un mínimo detenimiento, es sin duda el Instituto de Terapéutica Operatoria, verdadero laboratorio donde se creó la ORL española. Fue fundado por el Dr. Federico Rubio y Galí. Tras varios años de gestiones, en 1880, mediante Real Decreto de 11 de mayo de dicho año, se creó el Instituto de Terapéutica Operatoria, poniendo su sede en algunas salas del Hospital de la Princesa, y nombrando su director, a título gratuito, al Dr. Rubio. En ese primer momento, y mediante el decreto referido, se le entregaban para su organización cuatro salas de dicho hospital, dos de ellas con veinte camas cada una, más una sala de consultas. La inauguración oficial de este organismo se hizo el 1 de octubre de 1880.

Pero los problemas surgidos de la convivencia con los médicos que de anteriormente ocupaban el Hospital de la Princesa, hicieron que se planteara elevar de nuevo un edificio propio, cosa que finalmente ocurrió en 1896.

Los colaboradores de Rubio, fieles a su magisterio y saber desde el primer momento, fueron entre otros Antonio Martínez Ángel, Eugenio Gutiérrez, Eulogio Cervera, Cristóbal Jiménez Encinas, José Horcasitas, Antonio García Tapia, Luis González Bravo. No podemos olvidar en esta relación, por supuesto, a quien inició la especialidad de la Otorrinolaringología en España, y en este Instituto: Rafael Ariza y Espejo.

El Servicio de Otorrinolaringología en el Instituto de Terapéutica Operatoria se estableció en 1881, al año siguiente de su inauguración. Su creador, el Dr. Ariza y Espejo, estuvo trabajando realmente en el centro desde el primer momento. El formó y organizó el Servicio, y le dio un renombre de seriedad y efectividad, tanto desde el punto de vista asistencial como de la enseñanza. Se dedicó desde su inicio a la asistencia de enfermos ambulatorios y encamados, realizando en ellos las exploraciones, intervenciones quirúrgicas y todo el proceso necesario para el perfecto diagnóstico de sus problemas y la solución terapéutica de los mismos. En las Memorias que de forma anual publicó desde 1881



Dr. D. C. del Toro y Quartillers.

el Instituto, pueden seguirse fielmente los pasos iniciales dados en la creación, de forma concreta, de la especialidad ORL. Ariza realizó aquí lo fundamental de sus investigaciones sobre la Tuberculosis laríngea, sobre afecciones óticas y laríngeas que tanto prestigio internacional le proporcionaron.

Muchos especialistas europeos acudieron a visitar el Instituto, y los relacionados con la nascente especialidad, alabaron siempre este centro como uno de los mejores del continente. En 1885, el francés Dr. Duhourceau hablaba del Servicio de Otorrinolaringología del Dr. Ariza en un artículo publicado en *Le Conseiller Médical de París*. En él describía la organización del Instituto y de su Servicio de Otorrinolaringología, alabando a los profesionales que en él trabajaban, y exponiendo en detalle su técnica de asistencia y enseñanza, que es, decía, práctica, mutua, como en familia; la clínica, las autopsias, el laboratorio, el cambio recíproco de ideas forman la sólida base de la enseñanza, resaltando como era esta enseñanza muy superior a la oficial.

A la muerte de Ariza, en 1887, fue designado director del Servicio de Otorrinolaringología su alumno más aventajado, el Dr. Eustasio Uruñuela Hidalgo, ya por entonces muy destacado como especialista del área. Uruñuela continuó manteniendo a gran altura las actividades del Servicio, operando, investigando y asistiendo a Congresos, Sociedades, Academias, etc., manteniendo en primera fila de la ciencia médica española la específica actividad del centro.

A la muerte de Uruñuela, en 1907, fue nombrado director del servicio el Dr. Luciano Barajas, y en 1912 pasaron a regentar el Servicio de Otorrinolaringología del Instituto de Terapéutica Operatoria los doctores Antonio García Tapia y José Horcasitas Torriglia. En él se iniciaron por entonces las nuevas técnicas de endoscopia faríngea y traqueo-bronquial. A partir de 1918, García Tapia dejó el Instituto, ocupando su puesto el Dr. Juventino Morales, quien siguió compartiendo con Horcasitas las responsabilidades de mantener la asistencia y la enseñanza al más alto nivel en el centro.

En 1925 se produjeron ciertas tensiones entre los médicos del Instituto y la dirección, lo que llevó a la dimisión de todos los jefes de



Dr. D. R. Ariza.

servicio del centro. Aparecieron en la prensa anuncios convocando la provisión de la plaza de jefe de Servicio de Otorrinolaringología, que finalmente obtuvo Fernando Casadesús, quien desde ese momento continuó la asistencia en la única consulta de la especialidad que mantenía el centro. Se ocupó además de impartir un Curso de perfeccionamiento en ORL, titulado *Gran Cirugía Oto-Rino-Laringológica*, compuesto de 12 lecciones, y celebrado en el Instituto durante los meses de marzo, abril y mayo de 1925. Al igual que los otros jefes de Servicio, Casadesús nombró médico redactor de los temas que la especialidad tocaba en la Revista, al doctor Emilio Planas, que entonces se iniciaba en la especialidad.

En 1926, Casadesús ganó la cátedra de Otorrinolaringología en la Facultad de Medicina de Barcelona, por lo que cesó en su jefatura de Servicio del Instituto, pasando a desempeñarla inmediatamente el Dr. Fernando Bertrán Castillo, quien tomó posesión el 17 de abril de 1926, comenzando inmediatamente otra brillante etapa del servicio del Instituto, pues este magnífico

especialista inició una etapa de densa dedicación quirúrgica, abordando la cirugía completa de la especialidad, muy en especial la parcela otológica. Siguió el Dr. Planas, y entró a formar parte del mismo el Dr. Casto González Villanueva, en el curso de 1929-30.

Con la Guerra Civil, el Instituto cerró sus puertas y desapareció incluso físicamente, destruido totalmente por la contienda militar. Fue una de las grandes realizaciones científicas españolas de la época de la Restauración, en la que sin exageración ninguna puede afirmarse que había surgido, con fuerza y personalidad inequívocas, la especialidad otorrinolaringológica en España.

LAS CÁTEDRAS DE ORL EN ESPAÑA

La enseñanza de la ORL ha ido evolucionando al compás del desarrollo de la especialidad. En muchas ocasiones ha sido, incluso, el motor de ese desarrollo. Por eso es conveniente hacer un breve repaso al tema de la enseñanza ORL en España.

En un principio actuaron las figuras que hicieron de motor de la especialidad como «profesores libres» de la misma, creando en su torno escuelas. Tal es el caso de Ramón de la Sota y Lastra, en Sevilla; de Rafael Ariza y Espejo, en Madrid; de Luis Suñé i Molist, de José Roquer i Casadesús, de Pedro Verdós i Mauri, y de Ricardo Botey i Ducoing, estos últimos en Barcelona.

Esta situación de la aparición de profesores libres de Otolología y Laringología se estableció aproximadamente desde 1880. Sin embargo, desde bastante antes, concretamente ya en 1872, D. Ramón de la Sota y Lastra impartía «Cursos libres de Laringoscopia y Laringología» en la Escuela Libre de Medicina de Sevilla.

A partir de 1886, la enseñanza de la Otorrinolaringología, lo mismo que la de otras nacientes especialidades, vio aparecer un primer tratamiento oficial, con la promulgación de un Real Decreto del Ministerio de Fomento de fecha de 16 septiembre 1886, en el que se creaban, en las Facultades de Medicina, las asignaturas y cátedras de Histología y Enfermedades de la Infancia, al mismo tiempo que se autoriza-

ban los «cursos libres» de Oftalmología, Otolología, Sifiliografía, Dermatología y Neuropatías.

Por Real Decreto de 21 septiembre 1896, se creó para la Facultad de Medicina madrileña el «Curso especial de Otorrinolaringología», siendo ésta la primera ocasión en que oficialmente se reconocía la especialidad de forma conjunta. Fue encargado de impartir este curso el Dr. Juan Cisneros, quien lo dio seis años seguidos, hasta la creación de las cátedras, en cuyo momento continuó como encargado de la creada en Madrid.

La oficialidad de los estudios de Otolología se consiguió en España en 1902. Un Real Decreto de fecha 21 septiembre 1902 (publicado en la Gaceta Oficial el 25 del mismo mes y año), disponía lo siguiente: «Desde el próximo curso, será obligatoria en la licenciatura de la Facultad de Medicina, el estudio de las siguientes asignaturas: Oftalmología, Enfermedades del Oído, nariz y garganta, y Dermatología y Sifiliografía» Quedaba adscrita la asignatura de Otorrinolaringología al programa de estudios de 5º curso, y se establecía que sus lecciones se impartieran en el área clínica del Hospital de San Carlos, para que su enseñanza fuera eminentemente práctica.

Inmediatamente provistas las recién creadas cátedras de ORL, en Madrid continuó impartiendo la materia Cisneros, y además se encargó de impartir cursos oficiales de la especialidad, también en la Facultad madrileña, al Dr. Fornés. En Barcelona obtuvo la primera cátedra el Dr. Sojo i Batlle. Le siguió, a su muerte, su hijo Sojo i Pratdesaba. Algo después, en 1910, se convocaban oposiciones.

La vida de las cátedras de Otorrinolaringología siguió la misma tónica que las demás de especialidades. Siempre mal dotadas, de camas hospitalarias y de recursos económicos con los que poder atender a la investigación y a la contratación de personal.

En la Cátedra de Madrid, hemos visto como encargado primero y luego catedrático a D. Juan Cisneros. A partir de 1909 fue ayudante de cátedra Fernando Bertrán Castillo, quien se había formado junto a Cisneros en el Hospital Provincial. En 1914 y mediante oposición, obtuvo plaza de auxiliar de cátedra Fernando Casadesús. Al llegar a la cátedra en 1926 D. Antonio García Tapia, fue ayudante de clases prácticas



Dr. Francisco Barberá

Dr. F. Barberá.

en la misma D. Guillermo Núñez, quien sucedería a Tapia después de la Guerra Civil.

En la Cátedra de Barcelona, quedó encargado desde 1902, como hemos visto, Sojo i Batlle, y al mismo tiempo fue nombrado auxiliar de la misma el reputado Dr. Falgar. En 1908 la obtuvo definitivamente en propiedad quien la ostentaba interino, y en 1910 se nombró profesor ayudante a su hijo el Dr. Sojo i Pratdesaba, quien además ocupó la Cátedra, interino también, en 1918, a la jubilación de su padre. Las desempeñó por seis años, y finalmente en 1926 ocupó la cátedra por oposición el Dr. Casadesús, de

quien fue ayudante de cátedra Suñé i Medán desde 1930.

En Cádiz se dio interinamente la cátedra, en 1902, a Joaquín Portela González, quien posteriormente fue confirmado en su puesto en 1908, y finalmente obtuvo el nombramiento de numerario en dicho puesto en 1915.

En Granada le fue adjudicada interinamente en 1902 a Pedro López Peláez Villegas, a la sazón catedrático de Anatomía en la ciudad del Darro, y muy prestigioso como médico especialista en Otorrinolaringología, en cuya rama realizaba desde pocos años antes gran cantidad de experiencias e investigación. Desgraciadamente murió al año siguiente, en 1903, esta joven y prometedora figura de la O.R.L. española, siendo ocupada la cátedra provisionalmente por Antonio Enrique García, y en 1908 por Federico Oloriz, quien en 1917 fue confirmado definitivamente catedrático de esta materia.

En Santiago de Compostela se encargó de enseñar la materia el Dr. Miguel Gil.

En Sevilla fue designado el Dr. Francisco Magro, desde 1902.

En Salamanca inició las enseñanzas de la ORL en su antigua Universidad el Dr. Ceferino Sánchez.

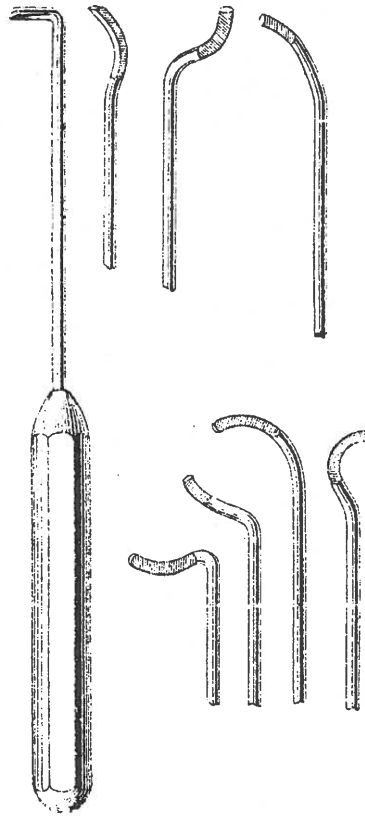
En Valencia se dio interinamente la cátedra a Juan Bartual Moret, a quien se le confirmó definitivamente en 1908.

En Zaragoza se nombró catedrático de Otorrinolaringología, en 1905, a Hipólito Fairén Andrés, quien ocupaba al mismo tiempo la cátedra de Higiene. Provenía de la Materia Médica, de Cádiz.

En Valladolid fue inicialmente encargado el Dr. Fermín Pérez, y luego alcanzó el cargo de catedrático, entonces de forma interina, en 1920 el Dr. Gavilán i Bofill.

CAPÍTULO IV

DESARROLLO DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS ESPAÑOLAS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA



Cuchilletes de Botey para separación del polo superior de la amígdala.

Dr. A. Herrera Casado

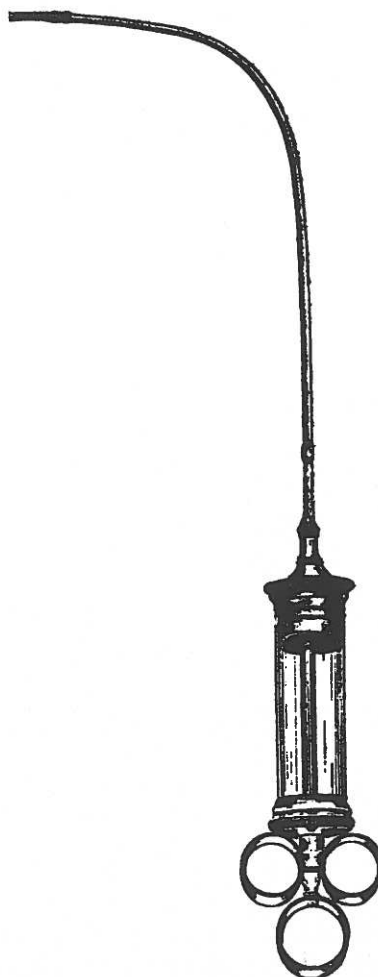
LAS SOCIEDADES DE ORL

A lo largo de la historia de la ORL española han existido múltiples sociedades científicas, que finalmente cuajaron en la que lleva ya cincuenta años de vida, la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial.

Solamente en dos ciudades españolas surgieron Sociedades de Otorrinolaringología: en Barcelona y en Madrid. De creación netamente barcelonesa hubo tres sociedades, y dos madrileñas. La sexta de las Sociedades existentes, la titulada «Asociación Hispanoamericana de ORL» se fundó en París, aunque por especialistas españoles y americanos, y englobó a personalidades de toda España de una forma muy homogénea.

En la creación y aliento de las Sociedades de Otorrinolaringología participaron las figuras más señaladas de la especialidad en sus respectivos momentos. En Madrid fue Rafael ARIZA y ESPEJO quien propició la creación de la primera Sociedad, que aunque con sede en Barcelona, tuvo al maestro sevillano entre sus principales impulsores. En el último cuarto del siglo, los otólogos y laringólogos madrileños Lope Carralero, Gómez de la Mata, Uruñuela, y el sevillano De la Sota y Lastra estimularon el movimiento asociativo en la capital de España. Posteriormente, ya en el siglo XX, serían Forns, Horcasitas, García Tapia, Hinojar y Jiménez Encinas quienes continuaran ese proceso. En Barcelona fueron las figuras más destacadas de la Otorrinolaringología catalana quienes alentaron la crea-

ción de las tres Sociedades que en la Ciudad Condal tuvieron vida: Ricardo BOTEY siempre en primer lugar, apoyado por Roquer, Suñé i Molist, Verdós, Bassols i Prim, Sojo, Masip,



Jeringa para inyecciones traqueales del Dr. Botey.

Suñé i Medan, etc. En otras ciudades hubo figuras de la especialidad que de un modo u otro apoyaron las tareas creativas de las Sociedades. Así, en Zaragoza, Ariño y Fairén; en Cádiz, Moresco y Bartual; en Valencia, Antolí Candela, etc.

Éstas son las Sociedades ORL que existieron en España a lo largo de los últimos 100 años:

- La Sociedad Española de Laringología, Otolología y Rinología, con sede en Barcelona, fundada por Ariza, Roquer, Suñé, Bassols, Verdós, Sota, etc. Existió de 1886 a 1888.
- La Sociedad Otorrinolaringológica Matritense, con sede en Madrid. Fundada por Uruñuela, Mariani, González Álvarez, Carralero, Gómez de la Mata, Horcasitas, etc., funcionó desde 1898 a 1911.
- La Societat Barcelonesa de Otorrinolaringología, con sede en Barcelona, fundada por Suñé, Botey, Casanovas, Santiñá, Masip, etc. Existió de 1910 a 1936.
- La Asociación Española de OtoRinoLaringología, con sede en Barcelona. Fundada por Botey, Martín, Cisneros, Gereda, Horcasitas, etc. Existió de 1912 a 1913.
- La Asociación hispanoamericana de Otorrinolaringología, con sede en París, fundada por Botey, García Tapia, Hinojar, Bertrán, Antolí, etc. Existió de 1922 a 1926.
- La Sociedad Otorrinolaringológica de Madrid, con sede en la capital de España, y que fundada por Maraños, Jiménez Encinas, Hinojar, Huarte, Acosta, etc, existió de 1932 a 1935.

Esta última Asociación, fue de muy corta duración, y realmente no llegó a funcionar de forma práctica, pues uno de los encargos que tenía su junta directiva, el de organizar el V Congreso Nacional de Otorrinolaringología, en Barcelona, no pudo llevarse a cabo al surgir reticencias por parte de los especialistas de ambas escuelas (madrileña y catalana). El hecho mismo de ser una Asociación de ámbito nacional, en época en que todavía no eran buenas ni rápidas las comunicaciones, hizo imposible que esta institución pudiera tener vida propia.

Las intenciones de contar con una Sociedad de especialistas de Otorrinolaringología en España, de carácter realmente estatal, se estrella-

ron una y otra vez, a partir de diversas iniciativas, contra el muro de la indiferencia. En 1923 hizo un llamamiento Fairén desde Zaragoza con ese objetivo, sin tampoco terminar en nada efectivo. Habría que esperar a la iniciativa de Adolfo Hinojar en 1949 para poder contar en España con una «Sociedad Española de ORL» que de una vez por todas cuajara y funcionara, como lo ha demostrado hasta la actualidad, complementada por las sucesivas Sociedades ORL de ámbito regional que a tenor de la estructura del Estado propiciada por la Constitución de 1978 han ido surgiendo por toda España.

Las sociedades surgidas a lo largo de este pasado siglo cumplieron un cometido muy concreto, que si bien fue poco apreciable y brillante, tuvo su indudable repercusión en el avance progresivo de la especialidad. Tuvieron por una parte la misión de intentar reunir a cuantos, de forma más o menos dispersa, actuaban en el ámbito de la especialidad. Y reunirlos no solo en cuanto a la posibilidad de manifestar sus descubrimientos, sus opiniones científicas, sus casos clínicos, sus aportaciones terapéuticas, sino en cuanto a la promoción de la especialidad, al diálogo con las autoridades responsables de la asistencia sanitaria, de la política científica y de la ordenación académica.

Cumplieron también la misión de aupar en cierto grado el avance de la medicina en el área otorrinolaringológica, pues las reuniones públicas celebradas por las Sociedades, a modo de Congresos mínimos, locales y excesivamente puntuales, servían de tribuna para exponer casos y avances de los que podían beneficiarse, con su conocimiento, otros que estaban iniciándose en el tema.

LAS REVISTAS DE ORL EN ESPAÑA

Uno de los factores fundamentales que ayudaron a la creación y consolidación de la especialidad otorrinolaringológica en España, fue la fundación y mantenimiento de revistas periódicas dedicadas de una manera más o menos exclusiva a la nascente especialidad. Como toda la actividad investigadora, las revistas médicas españolas, especialmente las de la especialidad nascente de la Otorrinolaringología, dependie-

CONSTRUCTOR

PARA

LOS PÓLIPOS DE LA FARINGE

DEL

DOCTOR REVUELTAS-CARRILLO Y MONTEL.

PROFESOR DEL HOSPITAL DE SANTA ISABEL, DE JEREZ DE LA FRONTERA.

Explicación del mismo presentada en el Congreso médico andaluz, celebrado en Sevilla el 2 de Abril de 1876.

El instrumento á que esta nota se refiere, ni pretende ni puede tener los honores de una novedad: es sólo y simplemente una modificación fundada en la sonda de Belloc, y en el *ecrasseur* de Chassaignac.

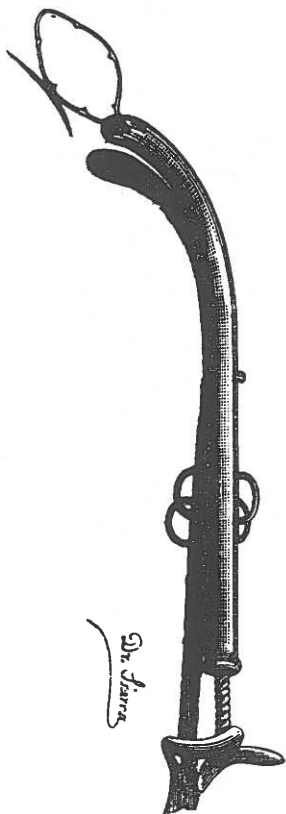
Su objeto, alcanzar, encerrar y comprimir los pólipos ó tumores que puedan encontrarse en la cámara posterior de la boca.

Su historia la siguiente:

Llamado en consulta para María Antonia Costales, casada con D. Simon Vega, que vivía calle de San Fernando, núm. 6, la cual acusaba dificultad en la respiración, grandes dolores de cabeza é infinitos para la locución y deglución, pude ver la existencia de un tumor en el fondo de la cámara posterior de la boca, que empujaba hácia afuera, y abombándolo, el velo del paladar.

Hacer la ablación de él con el bisturí, ó la tijera, no solamente habría sido muy difícil, ó casi imposible, sino que la exponía á una hemorragia cierta, peligrosa y quizás mortal.

Entonces y pensando en la sonda de Belloc, imaginé este instrumento, con el cual se consigue el objeto, que seguramente ha-



Estas revistas dedicadas con exclusividad a la Otorrinolaringología surgieron en solamente cinco ciudades españolas: Madrid, Barcelona, Cádiz, Valladolid y Alcalá de Henares, en las siguientes cantidades:

- MADRID: 6.
- BARCELONA: 5.
- CÁDIZ: 1.
- ALCALÁ DE HENARES: 1.
- VALLADOLID: 1.

Lógicamente, son las ciudades cabezas de escuela de la especialidad, y las más pobladas de la nación, las que aportan mayor número de publicaciones. Además debe resaltarse el hecho de que son casi en exclusividad personas aisladas las que inician la tarea de editar estas revistas: en Barcelona son los especialistas Suñé i Molist, Roquer, Botey y Avelino Martín, quienes de forma aislada lanzan sus publicaciones, costeadas exclusivamente con sus propios pecunios, y desde el nivel de las instituciones, Sojo Pratdesaba, con el apoyo económico de la Universidad, a partir de la cátedra de Otorrinolaringología que él regentaba, o la Sociedad Barcelonesa (luego Sociedad Catalana) de Otorrinolaringología. En Madrid, son también profesionales aislados (caso de Ariza, Gómez de la Mata, Rueda y Forns), o apoyados por instituciones nacientes (Cisneros en el Hospital Provincial, García Tapia desde la Cátedra de la Facultad de Medicina) quienes llevan adelante la idea de publicar revistas especializadas. Los casos de provincias, de cualquier forma efímeros, se deben también a la iniciativa privada exclusivamente: Martínez Esteban en Alcalá de Henares, Moresco en Cádiz, y Fernández-Corredor en Valladolid.

En un principio, desde que apareció la Revista de Ariza, solamente una existía o a lo sumo convivían dos publicaciones. En 1901 se encuentran publicadas al mismo tiempo 4 revistas. Ese hecho se repite desde 1905 a 1908. Asciende la cantidad en 1909, hasta 1910, con 5 publicaciones al unísono. En el año 1911 se alcanza el más alto número de revistas juntas: un total de 8. De 1912 a 1913 se conservan 6 revistas juntas. Desciende su número a solo 5 entre 1915 y 1919. La disminución progresiva hizo

ron siempre de individuos o pequeños grupos aislados.

En los decenios que consideramos como del *nacimiento y desarrollo* de la ORL en España, se publicaron en total 14 revistas de la especialidad. Surge la primera en el año 1875, y ninguna de ellas alcanza el año 1936, pues tras llevar una vida agónica durante la II República, en 1935 terminaron su publicación las dos revistas que llegaron hasta ella. Por supuesto, durante la Guerra Civil española de 1936-1939 no se publicó periódicamente nada relativo a la Otorrinolaringología. Es este un nuevo detalle revelador de la consideración que ya hemos hecho de que la ciencia española tuvo un período muy concreto de desarrollo homogéneo: el de la Restauración que media entre 1875 y 1931.

que durante los años de la Segunda República, de 1931 a 1935, solo quedara publicándose una revista de la especialidad, la mantenida por García Tapia y su equipo. Solamente el 30 % de estas Revistas tuvieron vida mayor de 10 años. La mayor parte pueden considerarse publicaciones de vida efímera.

De las Revistas que se dedicaron exclusivamente a la Otorrinolaringología, debemos reseñar, aunque sea brevemente las siguientes:

1. Revista de Laringoscopia y Otoscopia

Puede considerarse la primera revista de la especialidad de Otorrinolaringología en España a la **Revista de Laringoscopia y Otoscopia**, que fundó Rafael Ariza en 1875. Tuvo esta Revista un nacimiento peculiar, evidencia de la parquedad económica con que los cultivadores iniciales de la especialidad tenían que desarrollar sus actividades. Surge en el seno del periódico médico **El Anfiteatro Anatómico Español**, ocupando cuatro de sus páginas con la misma periodicidad mensual con que dicho periódico veía la luz.



Dr. D. S. González Encinas.

La ocasión primera de la edición de la **Revista de Laringoscopia y Otoscopia** fue concretamente con el número de 15 de noviembre de 1875, en su página 531. El aire liberal de *el Anfiteatro* explica que fueran una serie de personajes, entre ellos los andaluces Rubio Galí, y Ariza Espejo, del mismo talante ambos, quienes desde su inicio colaboraran en sus páginas, al llamado de su director. Ya en su primer número, Ariza y Espejo explican sus intenciones al fundar esta revista. En su interesante escrito viene a explicar que su intento es llevar a España por el camino que otros países europeos han emprendido, al cuajar sus principales escuelas cultivadoras de la especialidad otológica y laringológica en unos órganos de expresión como son las revistas que en otros lugares vienen publicándose.

En este sentido, podemos afirmar que la Revista de Ariza es de las pioneras en Europa de los temas de la especialidad ORL. Hace al mismo tiempo un agudo examen de la situación médica y social de las grandes ciudades españolas, especialmente de Madrid, por lo que respecta a la asistencia de la especialidad, insistiendo en la dificultad que tiene poder dominarla en todos sus aspectos, mediante el sistema racional de la exploración endoscópica imprescindible, y ofrece su experiencia y su saber a cuantos médicos españoles quieran iniciarse en la especialidad de la Otorrinolaringología. En 1878 dejó de publicarse la *Revista de Laringoscopia y Otoscopia* en el seno de *El Anfiteatro Anatómico Español*. La razón fue el viaje que en ese momento inició Ariza por diversas clínicas europeas.

2. El suplemento otológico

El segundo intento de crear un periódico específico dedicado a las enfermedades de los oídos, tuvo unas características muy similares al inicial de Ariza. En el seno de una revista ya constituida y aceptada en amplios sectores profesionales, se incluían escritos originales, casos clínicos, recensiones de artículos extranjeros, etc. Con el nombre de **Suplemento Otológico**, en 1878 creó el otólogo Dr. Moresco una pequeña revista de temas otológicos que se añadía

como suplemento a la «Crónica Oftalmológica» editada en Cádiz. Durante cinco años, hasta 1883, se publicó este «Suplemento» en el que colaboró casi exclusivamente su fundador Moresco.

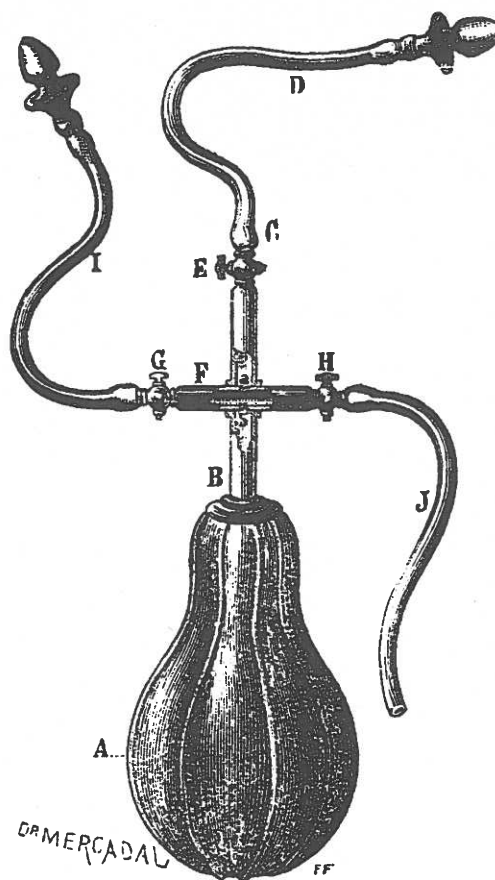
3. Los anales de otología y laringología

En 1883, y fundados por el «distinguido otólogo de Alcalá de Henares», Dr. Ricardo Martínez Esteban, iniciaron su andadura los **Anales de Otología y Laringología**, que surgían así como la primera revista realmente independiente y dedicada con exclusividad a los temas específicos de la especialidad nascente. De la personalidad científica de su fundador sabemos muy poco, sino es esta faceta de empresario de una revista en la que colaboraron todas las figuras de la Otorrinolaringología española, especialmente madrileña, pero también catalana, del momento.

Así, contó como uno de sus fundadores a Cisneros, quien junto con Gómez de la Mata, ambos madrileños, y los catalanes Verdós y Suñé i Molist, fueron los más dinámicos alentadores de esta publicación. Aparecieron a lo largo de los años en sus páginas las firmas de los doctores Toledo, Gómez de Garrán, Vilas Valdovinos, Cosano, Sancho, Sánchez Fraile, Alba, Ariza, Gómez de la Mata, Verdós, Suñé i Molist, Moresco, Laborde, Morales Pérez, Sojo i Batlle, Servando Talón, y Lope Carralero. Con sede en la calle del Bedel, nº 1, de Alcalá, cada mes salió esta publicación, que duró hasta 1887.

4. Revista de laringología, otología y rinología

Un nuevo intento se realizó en Cataluña con la publicación de la **Revista de Laringología, Otología y Rinología**. Fue fundada en 1885 por los doctores Roquer Casadesús, profesor libre de Laringología y médico de número de las Casas de Socorro de Barcelona; Luis Suñé i Molist, profesor libre de Otología y Rinología, y Pedro Verdós i Mauri, también profesor libre de Otología, Rinología y Laringología. Es de destacar el hecho de que por primera vez surgen unidas en una concepción común de la especiali-



Movilizador del tímpano, del Dr. Verdós.

dad las tres áreas que hoy se han hecho clásicas en la misma: la Otología (que inició el interés de los primeros cultivadores), la Laringología (que se unió luego como un complemento similar en los requerimientos exploratorios endoscópicos) y la Rinología.

Son interesantes los conceptos que los fundadores vierten en su número inicial, explicando que su interés es el de propagar la especialidad nascente, y aumentar el número, todavía escueto, de médicos interesados en estas «engorrosas especialidades». En el año 1888, recibió esta publicación la Medalla de Oro de la Exposición Universal de Barcelona. Dejó de publicarse en 1901.

5. Gaceta de oftalmología, otología y rinología

Esta pequeña publicación, que pretendió cubrir en sus páginas la información relativa a dos

especialidades que a finales del siglo XIX marchaban ya muy claramente por caminos distintos, se creó en 1886, y se mantuvo editando un número mensual, muy breve, hasta 1889. La publicó en Madrid el doctor Federico Gómez de la Mata, teniendo su redacción en el nº 2 de la calle San Mateo. No puede calificarse sino como de pequeño intento de hacer cuajar una nueva revista de la especialidad, en la que apenas si los artículos originales del fundador y mantenedor daban para cubrir sus páginas.

6. Archivos internacionales de laringología, otología y rinología

Puede considerarse a esta publicación como la primera de categoría internacional que en el área de la Otorrinolaringología se publicó en España. Su fundador fue Ricardo BOTEY DUCOING, de Barcelona, quien desde finales del siglo XIX actuó con gran personalidad y dinamismo en la Ciudad Condal, poniendo uno de los pilares más firmes de la especialidad en nuestra Patria.

El título completo de la publicación es el siguiente: *Archivos Latinos de Laringología, Otología, Rinología y de las enfermedades de las primeras vías respiratorias y digestivas, redactados en español, francés e italiano, fundados y publicados por el Dr. Ricardo Botey.*

En su primera página, y bajo un anuncio de la clínica privada de Botey, y el título de la Revista, aparecían los puntos principales del contenido de la misma, que venían a ser los siguientes:

1. Trabajos originales inéditos, concernientes a las enfermedades de la garganta, laringe, nariz, oídos, tráquea y esófago, escritos de la propia mano de los principales especialistas del mundo.
2. Una revista bibliográfica de cuantas obras notables hayan salido a luz.
3. Una revista de la prensa extranjera y española de cuantos artículos algo notables se publiquen.
4. Un índice bibliográfico al fin de cada año, en donde se indicarán los títulos de los artículos y los diferentes periódicos en los cuales han sido publicados.

5. Una sucinta relación de las tareas de las sociedades científicas y de los Congresos médicos, en lo que a esta especialidad se refiera.

En 1898, la Revista fundada por Botey con destino al área de la especialidad de Otorrinolaringología, y que con grandes miras universalistas había subtitulado de *Archivos Internacionales*, cambió su nombre por el más modesto de *Archivos Latinos de Laringología, Otología y Rinología*. Y siguiendo en la misma línea, y con una aceptación notable entre toda la clase médica especializada, todavía en 1906 Botey decidió un nuevo cambio en la denominación de su Revista, que pasó a llamarse *Archivos de Laringología, Otología y Rinología*, eliminando cualquier referencia geográfica en su título. Terminó su existencia esta magnífica publicación un par de años antes que la vida del propio fundador Botey, en 1925.

7. La otorrinolaringología Española

Éste era el subtítulo de la *Revista de Especialidades Médicas*, que fundó el doctor Rafael Forns y Romans, en Madrid, en 1898. Surgió



Dr. Mariani.

esta revista como órgano de expresión de la «Escuela Práctica de Especialidades Médicas», emanada de los deseos y directrices teóricas de Letamendi, de quien Forns se erigió como campeón de su pensamiento socio-médico. En principio la *Revista de Especialidades Médicas* se estructuró para servir de cauce de expresión de dicha Escuela, y en ella deberían aparecer trabajos relativos a las diversas especialidades que en la misma se impartían, especialmente la Patología Digestiva, Patología Respiratoria, Ginecología, Urología, Oftalmología, Anatomía Patológica y Análisis Clínicos.

La verdad es que desde un primer momento, la *Revista de Especialidades Médicas* hizo gala del subtítulo que le puso el fundador: *La Otorrinolaringología Española*, pues a esa especialidad (por primera vez denominada con la palabra completa, abarcando las tres ramas de actuación) dedicaba a la sazón todas sus fuerzas el Dr. Forns. La personalidad inconfundible, vivaz y emprendedora, al tiempo que polémica y contradictoria de este médico, propició que esta revista fuera fundamentalmente, aunque no exclusivamente, una publicación dedicada a la Otorrinolaringología.

En ella escribían artículos originales, expresivos de sus investigaciones en el campo anatómo-histológico y fisiológico, además de observaciones clínicas y propuestas terapéuticas a los problemas más de moda en el momento (ocena, tuberculosis, cirugía radical otológica, etc.), además de Forns y Romans otros especialistas de Madrid (Uruñuela, Rueda, Barajas), Barcelona (Verdós, Suñé, Roquer) y provincias (Santiuste, de Santander, López Peláez, de Granada, etc.).

En esta revista publicó Forns la totalidad de su obra de articulista, y en ella polemizó contra unos y otros respecto a temas diversos científicos (la controversia con Botey sobre la cirugía del laberinto, o sobre la membrana tabicante del oído medio) y temas académicos y sociales (especialmente con Cisneros y García Tapia a propósito de la creación y dotación de la cátedra de Otorrinolaringología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid). Además se publicaban traducciones de artículos extranjeros, recensiones amplias de artículos aparecidos en otras revistas de la especialidad, resúmenes

de tesis doctorales, y una amplísima información relativa al estado de la Otorrinolaringología en España en esos momentos. En este sentido, puede decirse que *La Otorrinolaringología Española* fue otro de los brillantes elementos propiciadores, en el momento del cambio de siglo, del avance de la especialidad en nuestro país.

A partir de 1910, cuando tuvo lugar el definitivo apartamiento de Forns de los temas otorrinolaringológicos y su llegada a la cátedra y práctica de la Higiene la *Revista de Especialidades Médicas* perdió su carácter de bandera madrileña de la Otorrinolaringología, y quedó como revista de información médica amplia, con calidad reconocida, pero de más amplio espectro en sus temas. Todavía en ocasiones, Forns colaboraba con pequeños artículos que ponía bajo el epígrafe de «Consejos prácticos» de ORL. Terminó su publicación en 1919.

8. Boletín de laringología, otología y rinología

Fundado en 1901, en Madrid, por el infatigable y honrado trabajador de la Medicina, especialista destacadísimo de la Otorrinolaringología española, Dr. D. Juan CISNEROS y SEVILLANO, actuó como órgano de expresión del equipo que, en torno a las salas de la especialidad en el Hospital Provincial de Madrid, fue creando este cirujano. Se trata, por lo tanto, de la expresión de un grupo, de una cátedra también, que desde los primeros años del siglo XX regentó Cisneros en la Facultad madrileña. En este Boletín colaboró no solo Cisneros —de quien pueden seguirse especialmente sus progresos en la cirugía laríngea, sus intentos progresivos en el tratamiento del cáncer de garganta, utilizando las técnicas punta venidas de Europa—, sino otros especialistas que junto a él se fueron formando y destacando (Botella, Hinojar, etc.). Se trata de una revista eminentemente práctica, con aportación de casos clínicos y descripción de intervenciones. Fue muy respetada en su época, aunque en ocasiones el fundador y director se quejaba de la falta de apoyo de los lectores y, especialmente, de las autoridades, hacia su generoso trabajo. Dejó de publicarse en 1913.

9. Revista barcelonesa de las enfermedades del oído, de la garganta y de la nariz

Fundada y dirigida en Barcelona por el doctor Avelino MARTÍN i MONTELLÁ, quien la creó en 1905, apareciendo con periodicidad mensual hasta su desaparición en 1911.

10. Archivo de oto-rino-laringología

Fundada en 1908, en Madrid, esta publicación surgió la iniciativa del doctor Francisco RUEDA CARRERA, quien formado en la escuela del pionero Ariza, adquirió un renombre notable, tanto por su ciencia y decisión quirúrgica, como por ciertos enfrentamientos con otras figuras de la Otorrinolaringología madrileña y barcelonesa. Consiguió aglutinar en su torno un pequeño núcleo de especialistas, y creó también una clínica privada, que además de su actuación pública en diversos hospitales y servicios asistenciales, le llevó a gozar de fama en el Madrid de principios de siglo. Dejó de publicarse poco después de su aparición, en 1911.

11. Revista española de laringología, otología y rinología

Fundada en 1910, en Madrid, por Antonio GARCÍA TAPIA, puede decirse que esta publicación es la más notable de la especialidad de la Otorrinolaringología española en el período del nacimiento y desarrollo de la misma. Aunque surge en una época tardía, en la que podemos considerar como plenamente consolidada la especialidad, esta **Revista Española de Laringología, Otología y Rinología** viene a servir de base firme a la expresión de una Otorrinolaringología española plena de originalidad, de fuerza, de ideas nuevas y de aportaciones originales. Su estructura, su presentación tipográfica, con un papel «couché» de alta calidad, con grabados de gran precisión, la convierten en una publicación adelantada a su tiempo, puntera entre las de similar intención en el resto del mundo.

Creada y dirigida siempre por GARCÍA TAPIA, surge como expresión de un grupo nu-



Dr. E. Uruñuela e Hidalgo.

meroso y compacto que en torno a la figura de este gran especialista se fue consolidando en el Madrid del primer cuarto del siglo XX. No solo como expresión de su cátedra de Otorrinolaringología en la Facultad de Madrid, sino también como elemento propagador de las actividades clínicas e incluso académicas que en la clínica privada de García Tapia —la madrileña «Villa Luz» del barrio de Salamanca— esta Revista ofrece todos los descubrimientos anatómicos y clínicos del profesor.

En sus páginas están publicados los hallazgos que cimentan el «síndrome de Tapia», las progresivas etapas por las que va pasando el inicio de la endoscopia digestiva y respiratoria (esofagoscopia, traqueoscopia y broncoscopia), las técnicas sucesivas de laringectomía total y parcial, las ideas didácticas en torno a la enseñanza y estructura de la especialidad, y tantas y tantas otras novedades que García Tapia introdujo en el campo de la Otorrinolaringología española, imprimiéndola un inequívoco aire europeo.

Esta *Revista* alcanzó en su publicación hasta 1925. En ese año, y ante el progresivo afianzamiento de la escuela de García Tapia en todo el

área iberoamericana, y la creación de su Instituto Iberoamericano de Otorrinolaringología, se decidió cambiar el título de la publicación por el más amplio de *Revista Española y Americana de Laringología, Otología y Rinología*. Con este título, y con la misma pujanza que en el momento de su inicio, alcanzó esta publicación hasta el año 1935, en que los avatares políticos y la situación progresivamente deteriorada de la sociedad española impusieron su desaparición. Con ella quedaba el país sin publicaciones especializadas en Otorrinolaringología. Habría que esperar el paso de la Guerra Civil para ver de nuevo el tímido y lento resurgir de esta parcela de la ciencia médica.

12. Revista española y americana de laringología, otología y rinología

Continuación de la anterior, que aumentó el área geográfica en su título. Se publica, pues, entre 1925 y 1935.

Después de los *Archivos...* de Botey, esta revista fue, con sus 26 años de existencia, la segunda en permanencia en el mercado. Su influencia y prestigio, sin embargo, superó con creces a cualquier otra, gracias a la figura de su creador y director, el castellano Antonio GARCÍA TAPIA.

13. La oto-rino-laringología

Solamente un año duró esta publicación dirigida por el doctor Sojo Pratdesaba. Estaba auspiciada por la Universidad barcelonesa, su tirada fue muy reducida y apenas aportó nada nuevo a la especialidad en España.

14. Boletín de la sociedad barcelonesa de otorrino-laringología

Surge esta revista, de limitada difusión, editada por un grupo de otorrinolaringólogos catalanes, reunidos en la *Sociedad Barcelonesa de Otorrinolaringología*, con el objetivo de ir publicando aquellos artículos, y fundamentalmente casos clínicos, hallazgos patológicos y solucio-

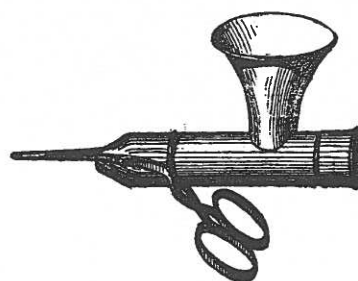


Fig. 2.ª
Otoprensor.

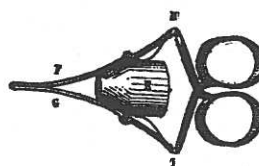


Fig. 2.ª.
Parte prensora del otoscopio prensor.

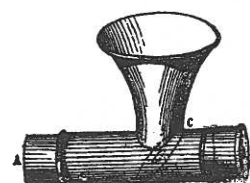


Fig. 1.ª
Parte óptica del otoscopio prensor.

El otoscopio prensor y sus elementos, del Dr. Verdós.

nes terapéuticas más aportaciones instrumentales o técnicas que dichos especialistas ofrecían en sus periódicas reuniones asociativas.

Surge en 1911 y colaboraron en ella Botey, Falgar, Mesejo, Oller, Suñé y Pena i Molist, al menos en los años iniciales de su andadura. De aparición irregular, se mantuvo siempre gracias al empuje de un corto grupo de especialistas que enviaban a la asociación y a la Revista sus hallazgos clínicos más llamativos. En 1926, cambió de nombre la Sociedad, dejando el de Barcelonesa, y adoptando el de Catalana. Así, el Boletín pasó a denominarse *Boletín de la Sociedad Catalana de Otorrinolaringología*, manteniéndose con vida hasta 1930 en que dejó de publicarse.

15. Revista vallisoletana de especialidades: vista, garganta, nariz, oídos, piel y vías genito-urinarias

Con un espectro demasiado amplio de especialidades, y rodeada de un aire un tanto decimonónico en cuanto al concepto de la especialidad médica como curiosidad adyacente a la práctica auténtica de la Medicina, esta *Revista Vallisoletana de Especialidades* es fundada en 1915 por un médico de la ciudad de Valladolid, el doctor Mariano Fernández-Corredor y Chico-

te, que se titulaba «médico especialista», sin especificar de qué lo era. En su declaración de intenciones que el fundador pone en su primer número de 1 de mayo de 1915, dice que «no pretendemos llenar vacío alguno» surgiendo en parte por la evidencia de la desaparición de muchas buenas revistas europeas en el momento trágico del desarrollo de la Primera Guerra Mundial. Dada la heterogeneidad de su espectro, pocas cosas de Otorrinolaringología publicó esta Revista Vallisoletana en el corto período de su existencia. Algunos artículos originales, reseñas de otras publicaciones españolas y breves resúmenes de trabajos extranjeros. Poco más. Dejó de publicarse en 1920.

Además de las revistas arriba referenciadas, surgidas en España entre los años 1875 y 1936, dedicadas con exclusividad a los temas de la naciente o consolidada especialidad de la Otorrinolaringología, a lo largo de estos años fueron apareciendo editadas, con mayor o menor aceptación, diversas publicaciones periódicas en las que aparecían también escritos e informaciones relativas a la Otorrinolaringología.

Destacan entre ellas los *Anals de Medicina* de Barcelona, o los *Anales del Laboratorio y Academia de Ciencias Médicas de Cataluña*. Y sobre todo *El Siglo Médico*, que llegó a contar, de forma regular, con secciones dedicadas a las tres áreas del conocimiento otorrinolaringológico, constituyendo lo que se denominaban pequeñas «Revistas» de Laringología, Rinología y Otología. También la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, junto con *El Anfiteatro Anatómico Español* destacaron en su atención a los temas ORL. No deben olvidarse en este sentido las *Reseñas de los ejercicios del Instituto de Terapéutica Operatoria* de Madrid, en los que generalmente redactados por Ariza venían a fin del siglo XIX amplios informes sobre el desarrollo de la especialidad en ese Centro.

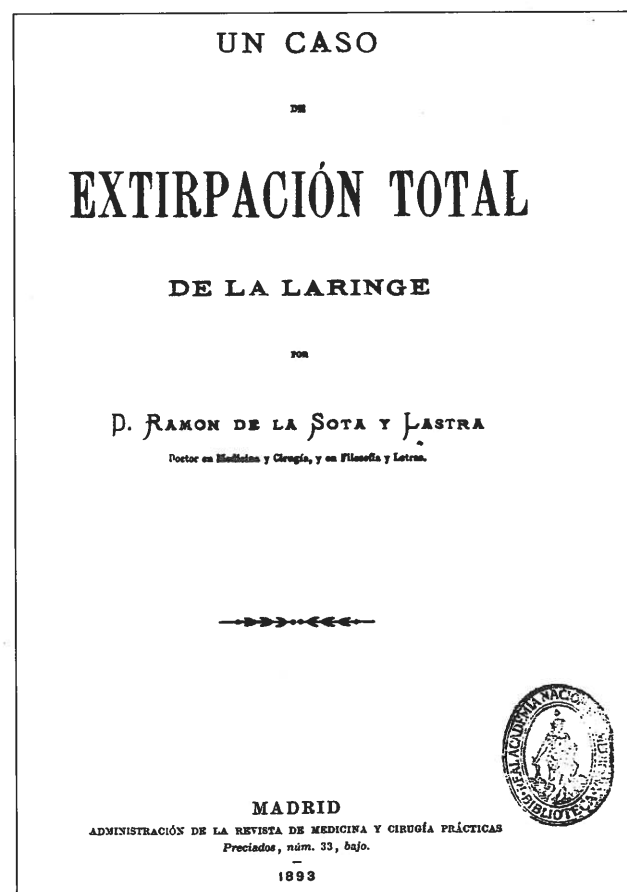
LOS CONGRESOS DE ORL EN ESPAÑA

Otro de los aspectos más relevantes en el proceso de consolidación de la Otorrinolaringología española, es el de la celebración de una serie de Congresos profesionales de la especiali-

dad, que fueron progresivamente poniendo bases para el desarrollo de la misma, tanto desde el punto de vista puramente científico, como en el de unidad de los profesionales y toma de conciencia de su función social. En este sentido, quizá pudiera añadirse un tercer elemento de control del ejercicio de un área muy específica de la medicina y cirugía, aunque en este aspecto de los Congresos no fue donde con más claridad se evidenció.

CONGRESOS ESPAÑOLES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Se celebraron en total cuatro Congresos de esta denominación, y un quinto bajo el título de I Congreso de la Asociación Hispano-Luso-Americana de Otorrinolaringología. El primero tuvo lugar el año 1896, y el último de ellos en 1925, por lo que podemos considerar como una actividad de orden relativamente homogéneo este de las reuniones científicas nacionales de



la Otorrinolaringología hispana. Acogieron a los especialistas de garganta, nariz y oídos, en las sucesivas ocasiones de sus reuniones, las ciudades de Madrid, Barcelona, Sevilla, Bilbao y Zaragoza, respectivamente. En todas ellas existían núcleos activos y punteros en la dedicación a la especialidad.

El Primer Congreso Nacional de Otorrinolaringología se celebró en Madrid, en 1896. Fue promovido en un principio por el Dr. Compairé, animado de cerca por el catalán Verdós. La idea cuajó enseguida entre los madrileños Rueda, Gómez de la Mata y Forns, y fue sobre todo este último quien desde un principio laboró con gran entusiasmo por que se llevara a la práctica la idea. A pesar del pesimismo expresado por Botey ante la idea, puede considerarse todo un éxito aquella primera reunión de otorrinos españoles, pues acudieron la mayor parte de los que a la sazón cultivaban la especialidad en nuestro país. En total participaron 25 doctores, que presentaron 45 comunicaciones. De Madrid acudieron 16 especialistas (Forns, Uruñuela, Cisneros, Rueda, Mariani, Compairé, Barajas, Horcasitas, González Álvarez, Pinilla, Carralero, Llorente, Gómez de la Mata, Botella y algunos otros); de Barcelona, 5 (Suñé i Molist, Roquer i Casadesús, Verdós, Karminski y Botey); y de provincias, 4, así distribuidos: uno de San Sebastián (Castañeda), uno de Valencia (Barberá), uno de Granada (Peláez), y uno de Vitoria (Echenique).

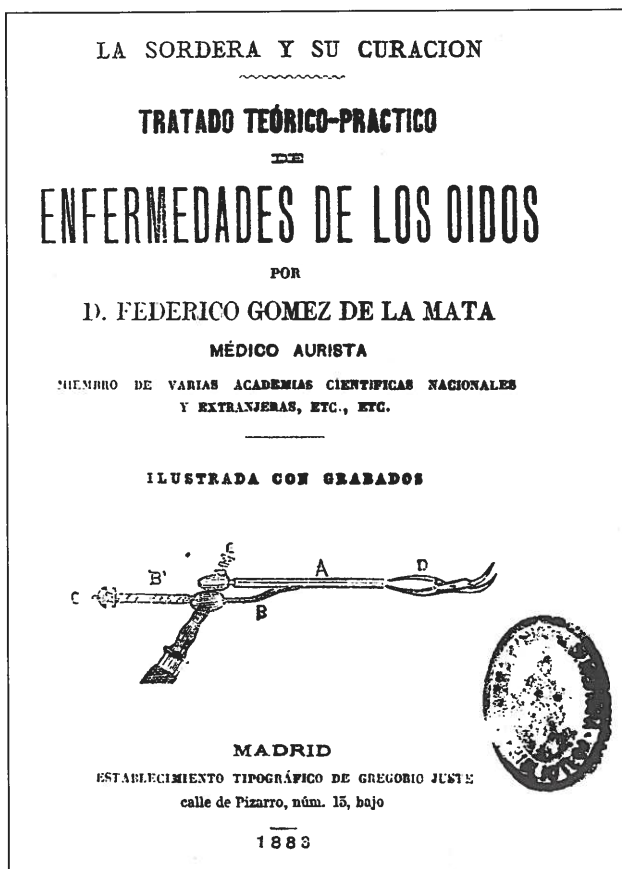
El II Congreso Español de Otorrinolaringología se celebró en Barcelona en 1899. Tuvieron lugar sus sesiones en el salón de actos del Colegio de Médicos de la Ciudad Condal. Por la mañana del día 19 fueron reuniéndose los congresistas llegados no solo de la capital catalana, sino de otros múltiples lugares de la Península Ibérica. La inauguración solemne tuvo lugar por la tarde. El Dr. Roquer, como presidente de la Comisión Organizadora, dirigió un saludo a los asistentes, y se distribuyeron los cargos presidenciales de las diversas mesas y sesiones, correspondiendo al Dr. Bartolomé Robert la presidencia de las sesiones generales; las vicepresidencias a los doctores Fargas y Mascaró; la presidencia de la sección de Rino-Laringología al Dr. Eustasio Uruñuela, y la de la sección de Otología al Dr. Rafael Forns. Acudieron un total

de 50 congresistas, así distribuidos por sus ciudades de origen: de Barcelona, 27; de Madrid, 9; de Valencia, 4; de Zaragoza, 1, y otros 9 de diversas poblaciones españolas. Se presentaron un total de 30 comunicaciones, incluyendo las ponencias oficiales. Ricardo Botey no acudió a este Congreso, y en su Revista expresó sus ideas acerca del mismo, afirmando que «fue un fracaso completo», y que no había asistido en protesta por lo que le habían hecho en el primero, y porque asistía Forns, con quien tenía entablado un sonoro contencioso de enemistad científica y personal.

En la sesión de clausura, presidida por el Dr. Fargas, se acordó por unanimidad enviar al Presidente del Consejo de Ministros del Gobierno de la Nación, un telegrama suplicando «se establezca la enseñanza de las especialidades otorino-laringológicas», siendo esta la primera ocasión que de una forma pública y colegiada se solicitó este tema, que estudiamos con más detenimiento en otro lugar de nuestro trabajo. Se decidió celebrar el siguiente y tercer Congreso Nacional de la especialidad en Madrid, en 1902. No llegó a cuajar, sino hasta varios años más tarde, la decisión acordada.

El tercer Congreso Español de Otorrinolaringología se celebró en Sevilla, en 1910. Acudieron a este Tercer Congreso un total de 144 participantes, todos ellos activos en ese momento como especialistas de la Otorrinolaringología. De los asistentes, tan solo 40 presentaron comunicaciones. Entre todos, presentaron 91 trabajos. En cuanto a la procedencia de los congresistas, solamente nos consta la de los comunicantes, pero pensamos que estos datos son extrapolables al conjunto de los asistentes. De Madrid eran 17, y de Barcelona 5; También había 5 de Sevilla, mientras que de Valencia, de Bilbao, de Granada y de Santander, había 2 de cada una, y de Palma de Mallorca, de San Sebastián, de Málaga, de Cádiz y de Valladolid, un comunicante de cada una de ellas.

Presidió el Congreso el Dr. Cisneros de Madrid, y actuó de secretario general el Dr. Gereda. En la sesión inaugural, el 13 de abril de 1910, celebrada en el salón de actos de la Facultad de Medicina de la Universidad sevillana, se realizó un solemne y cálido homenaje al Dr. De la Sota, quien en unión de Ariza fue uno de los intro-



ductores e iniciadores de la especialidad ORL en España.

El cuarto Congreso Español de Otorrinolaringología se celebró en Bilbao, en agosto de 1912. Como una de las resoluciones finales del Congreso, se decidió, por una parte, fundar la «Asociación Española de Oto-Rino-Laringología», nombrando por aclamación a Ricardo Botey como su primer Presidente. Esta Asociación, ya lo hemos visto, fue también de corta vida, pero surgía del interés de todos por mantener unidos en una permanente Sociedad de especialistas a cuantos ejercían la misma a la sazón en España. También se acordó, finalmente, celebrar el siguiente V Congreso en Barcelona, dos años después. Quedó encargado Gómez Gereda de gestionarlo como secretario de la Comisión organizadora, pero no se alcanzó nunca ese objetivo.

El otro gran Congreso de ORL celebrado en España fue el Primer Congreso de la Asociación Hispano-Luso-Americana de Otorrinolaringología, y tuvo lugar en Zaragoza, en 1925. Asistie-

ron al mismo unos 100 congresistas, y se presentaron en total 80 comunicaciones. Fue nombrado Presidente del Congreso el Dr. Botey, quien estaba ya muy mayor y achacoso, y al serle imposible su asistencia, actuó de Presidente efectivo el Dr. Compaired. Entre los asistentes, mayoritariamente españoles, figuraban el portugués Ary dos Santos, y algunos, pocos, hispanoamericanos.

Además de las sesiones científicas de lectura y discusión de las comunicaciones, hubo sesiones operatorias en los dos principales centros de cirugía otorrinolaringológica del momento en Zaragoza: el Hospital Provincial, comandado por Ariño, y el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina, del Dr. Fairén. En las intervenciones quirúrgicas realizadas, mostraron técnicas propias, ante gran concurrencia, los madrileños Bertrán, Hinojar, Barajas, Calderín, Casadesús y Compaired; los barceloneses Falgar, Sojo y Suñé i Medán; García Hormaechea, de Bilbao; Pérez Mateos, de Murcia; González Díaz, de Gijón, Antolí Candela y Vilar Sancho, de Valencia; y el propio Fairén de Zaragoza.

Las sesiones se celebraron en la Academia de Medicina de Zaragoza. Las comunicaciones no aportaron ninguna novedad científica digna de nota. Abundaron los temas referidos a la cirugía de amígdalas, que por entonces comenzó a ponerse auténticamente de moda, y era el principal elemento de actividad quirúrgica de los especialistas: así Casadesús ofreció una técnica personal de amigdalectomía total, realizándola con bisturí; Antolí expuso los problemas derivados de la hemorragia postamigdalectomía, y Acosta expuso su técnica de amigdalectomía por diatermia. Se aportaron también algunas novedades técnicas respecto a la cirugía de los senos paranasales: Bertrán ofreció su técnica del tratamiento quirúrgico endonasal de las sinusitis frontales, y finalmente el Dr. Layna Serrano ofreció un discutido modo de resección submucosa de los cornetes nasales.

En uno de los salones de la Facultad de Medicina de la ciudad de Zaragoza, se instaló una exposición de instrumental, en su mayoría procedente de productores alemanes y franceses. Asimismo, se instaló un pequeño y temporal museo de piezas anatómicas presentadas por

diversos congresistas, destacando en este sentido las de los doctores García Tapia y Vilar Sancho.

Aunque se decidió celebrar el siguiente Congreso en 1926, ya no hubo más reuniones nacionales de nuestra especialidad, hasta después de la Guerra Civil.

Es de reseñar que en otros congresos nacionales de Medicina y otras especialidades, surgieron de vez en cuando los temas y secciones dedicadas a la ORL. Esto ocurrió en el I Congreso Nacional de Medicina, celebrado en Madrid en 1918, en el que destacaron entre otras las ponencias dedicadas a *Procedimientos de lección para la laringectomía total*, a cargo de Cisneros, Antolí Candela, Portela y Baltar, y al *Tratamiento endobronquial del asma*, por Hinojar y García Tapia.

Al segundo Congreso Nacional de Medicina, celebrado en Sevilla en 1924, acudieron también diversos otorrinos españoles, siendo en esa ocasión el más «comunicativo» García Tapia.

Entre los Congresos con proyección internacional celebrados en España, debemos finalmente destacar el II Congreso Internacional de Otorrinolaringología, que tuvo lugar en Madrid, del 27 al 30 de septiembre de 1932. Las sesiones de trabajo y exposición aneja tuvieron lugar en el Palacio del Círculo de Bellas Artes de la madrileña calle de Alcalá. El Presidente de este Congreso fue el doctor García Tapia, actuando como Secretario el Dr. Fumagallo. Hubo 500 participantes de todo el mundo. Las ponencias oficiales versaron, como temas de mayor actualidad a la sazón, sobre *Estudio del Oena; Broncoscopia y Esofagoscopia*, y *Tratamiento de los tumores malignos de ORL por Radiaciones penetrantes*.

Y aún cabe reseñar la iniciativa surgida principalmente del castellano García Tapia y algunos especialistas franceses e italianos, de creación en 1929 de la *Societas Oto-Rhino-Laryngologica Latina*, que pretendía agrupar en su seno a especialistas del área de garganta, nariz y oídos, de los países de origen latino. Muy bien aceptada desde su inicio, comenzó celebrando reuniones o Congresos que, desde el primero de ellos, realizado en Madrid en 1929, han venido sucediéndose periódicamente, con el obligado paréntesis de las Guerras, hasta nuestros días.

LA APORTACIÓN DE LA ORL ESPAÑOLA

Y ahora debemos analizar, aunque sea de forma escueta, la aportación que la Otorrinolaringología española, a través de los médicos y científicos que la crean y desarrollan, hizo a la ciencia mundial. Su aportación se realizó, potente y original, en diversos campos, y, aparte de las conocidas innovaciones exploratorias de García Tapia, de la profundidad de análisis de Ariza, de la creatividad continua de Botey, los logros de la ORL española se extienden a múltiples aspectos que deben ser conocidos aunque sea de una forma muy rápida y esquemática.

La ORL española consigue un denso espectro de éxitos en los campos de la Anatomía, la Fisiología, la Histología, la Anatomía Patológica, y por supuesto en la clínica pura, en la que los ORL españoles estudian con intensidad, reúnen gran cantidad de casos, analizan estadísticamente sus hallazgos, definen incluso síndromes nuevos. Además la terapéutica médica y por supuesto la quirúrgica verán avances importantes desde las perspectivas hispanas. Además se aportan muchas novedades en exploración y en la creación de instrumentos para la especialidad. En definitiva, la Otorrinolaringología española, en los años de su nacimiento y desarrollo, de 1875 a 1936, aporta un inmenso caudal de soluciones y una riqueza muy destacable de creatividad.

En el tema de la Fisiología, son especialmente destacados los estudios que hicieron Rafael Vilar Sancho, en 1915, y más tarde García Tapia, y Pascual de Juan, en 1929, sobre el laberinto y el oído interno. El ORL castellano, ya desde 1912, realizó un amplio y profundo trabajo en torno a la fisiología del laberinto, que fue publicado inmediatamente, en el que ponía al día los conocimientos sobre el fisiologismo del nistagmus, del vértigo, los inicios de la exploración electronistagmográfica y la aportación de algunos instrumentos exploratorios en torno al tema.

También los estudios sobre la voz y la laringe fueron hechos por el doctor Marcos Viñals Rubio, quien escribió un pequeño tratado sobre el canto de las aves y, por supuesto, los estudios del español Manuel García en torno a las cuer-

das laríngeas, su movilidad, la voz y la observación directa de la glotis, que culminaron en la descripción y entrega a la comunidad científica del ¿espejillo laríngeo?, son los puntales fundamentales de estas investigaciones.

En la clínica, las investigaciones de Ariza sobre la tuberculosis laríngea, las de los ORL catalanes sobre la otitis gripal, y el síndrome neurológico de Tapia, son ya clásicas, pioneras en el mundo.

Pero si de la impresionante y nutrida colección de temas investigados y descubiertos por los españoles, debiéramos destacar solamente tres cosas, estas serían sin duda todo lo referente a la cirugía del oído, a la cirugía laríngea, y a la exploración de la esofagoscopia.

El síndrome de Tapia

Entre las aportaciones clínicas de los otorrinólogos españoles, destaca el síndrome de Tapia. Fue descrito en 1904, tras haber examinado el proceso sufrido por un «maletilla» que fue herido por asta de toro en la región cervical. Dio su análisis magistral por medio de una comunicación a la Academia Médico-Quirúrgica Española, titulada *Un caso de hemiplejía del lado derecho de la laringe y de la lengua, con parálisis del esternocleidomastoideo y del trapecio del mismo lado, seguido de hemiplejía total pasajera del lado izquierdo*. La repercusión de este nuevo síndrome fue enorme, y pocos meses después era publicado en diversas revistas europeas (la «Presse Otolaryngologique Belge», en febrero de 1905, por ejemplo) y citado por Saint Clair Thompson en su ¿Tratado de Laringología? que apareció poco más adelante.

El síndrome de Tapia, tal como el propio profesor de ORL lo describió, consiste en una *parálisis de la cuerda vocal y de la mitad de la lengua del lado de la lesión, sin parálisis del velo del paladar*, y se diferencia del síndrome de Jackson en la falta de hemiplejía velopalatina y en la inconstante presentación de parálisis de los músculos trapecio y esternocleidomastoideo, siendo producida por una lesión de los nervios vago (por debajo del punto donde emergen las ramas nerviosas destinadas al velo del paladar), espinal y en ocasiones del hipogloso mayor.

La terapéutica quirúrgica del oído

A lo largo del siglo XIX fueron perfeccionándose las técnicas quirúrgicas del oído, de manera que las simples intervenciones clásicas sobre la permeabilidad tubárica o las mastoidectomías de drenaje, fueron dando paso a progresivas técnicas de limpieza de las cavidades del hueso temporal, tanto a nivel de mastoides como de caja de oído medio, peñasco, etc., incluso llegando a las colecciones purulentas o los problemas creados en las estructuras de base de cráneo y cavidad craneal. Veamos de qué manera los otorrinolaringólogos españoles colaboraron en esta empresa.

La anestesia local en cirugía del oído

El primer paso en cualquier campo de la cirugía moderna, ha sido dado por la consecución de nuevos anestésicos, lo suficientemente potentes y seguros como para permitir intentar progresivos avances. Botey llegaba a afirmar que tres eran los elementos que habían hecho progresar la Otorrinolaringología: la *electricidad*, la *cocaína*, y la *antisepsia*. Fue este mismo autor quien en su inmensa tarea investigadora, apuntó algunos elementos, expuestos bajo el título de «Anestésicos en Otorrinolaringología», en su comunicación al II Congreso de Medicina de Lengua Catalana; también a finales de siglo investigó sobre la utilidad de algunos anestésicos en el campo otorrinolaringológico el Dr. Suñé i Molist: la belladona, el opio, etc.

Diversas modificaciones fueron introducidas por los especialistas españoles respecto a la anestesia local en Otolología: así, en 1905 rechazó Ernesto Botella la olución de Bonain como anestesia local, proponiendo la solución de cocaína al 1% con algunas gotas de adrenalina en inyección subperióstica. Más adelante, en 1928, destacó por sus estudios sobre la anestesia local y sus aplicaciones en la cirugía ótica y mastoidea, tanto de adultos como infantil, Duerto. De todos modos, en esa época ya era habitual el uso de la narcosis general en otocirugía.

La Cirugía del Oído Medio: Mastoidectomías y Timpanoplastias

La cirugía del oído en España la iniciaron los doctores Rafael Ariza y Federico Rubio, a partir de la apertura y funcionamiento del Servicio de Otorrinolaringología del Instituto de Terapéutica Operatoria de Madrid, en 1880. Hacia 1885, ambos profesionales realizaban importantes intervenciones quirúrgicas sobre el oído medio, la mastoides y aun sobre las estructuras de base de cráneo y cavidad craneana. Poco después, sería Ricardo Botey, en Barcelona, y Luis Suñé i Molist, también en la capital catalana, quienes allí iniciaran este capítulo de la ciencia quirúrgica hispana, con una profesionalidad y un rigor científico totales.

Las Mastoidectomías

Hasta 1896, todos los otólogos españoles realizaron las mastoidectomías clásicas, con incisión y drenajes retroauriculares, y de entre ellos Botey hizo en varias publicaciones su apología entusiasta como único y valioso método de resolver las mastoiditis agudas, entonces muy frecuentes en la infancia. Todavía después siguió siendo partidario de la trepanación clásica de Schwartze para los casos agudos. Por entonces inició el Dr. Rueda, de Madrid, sus mastoidectomías de tipo funcional, respetando el oído medio y sus estructuras.

Las Timpanoplastias

Desde 1890, en que Botey trabó amistad y relación profesional con el alemán Stacke, se ocupó el catalán de estudiar el mecanismo de las otitis supuradas crónicas, y del papel que en ellas juega el ático y el antro. Desde 1896, Botey inició la práctica de la operación de Stacke, que supone, en cualquiera de sus tres formas (normal, ampliada como ático-antrotomía, o total, como mastoido-antro-aticotomía) el inicio de la moderna timpanoplastia, o tratamiento quirúrgico funcional de las infecciones crónicas del oído.

Poco antes, en 1896, había denominado *operación de Stacke-Schwartze* a la combinación

de ambas, con acceso a mastoides retroauricular, y a ático y antro endaural, ofreciendo realmente una solución propia a estos problemas.

En 1897, publicó Botey sendos trabajos, uno de ellos la comunicación hecha al XXII Congreso Internacional de Medicina de Moscú, sobre sus técnicas de tratamiento quirúrgico en las supuraciones aticales, ático-mastoideas, y en las complicaciones intra-craneanas consecutivas, en las que demostró estar en cabeza de este tipo de cirugía en todo el mundo. Por otros especialistas europeos fue muy felicitado, siendo calificadas sus aportaciones de «magistrales». Poco más adelante, en 1898, Botey superó las técnicas de los europeos Stacke, Panse y Körner, hasta entonces utilizadas, y se decidió por un procedimiento propio, *un nuevo proceder de autoplastia, como él lo califica, consistente en ejecutar una incisión longitudinal supero-anterior a todo lo largo del conducto, haciendo que penetre hasta el mismo pabellón, el cual debe seccionarse hasta la proximidad de la periferia de la «incisura auris», o sea, entre la raíz del hélix en la concha, y el borde superior del trago.*

Los vaciamientos petro-mastoideos

También se ampliaron progresivamente las mastoidectomías y timpanoplastias a vaciamientos petromastoideos, llegando con la gubia y el trépano hasta las profundidades de la apófisis del peñasco cuando la extensión de la infección y la supuración así lo demandaba. Tanto Botey, como Rueda, Botella, Uruñuela, Suñé y otros otólogos alcanzaron, hacia principios del siglo, estas intervenciones. En el Instituto de Terapéutica Operatoria de Madrid se alcanzó, avanzado ya el siglo, una especial maestría en estas técnicas, siendo sus sucesivos jefes de área los encargados de realizarlas y enseñarlas.

La cirugía funcional del oído

Botey debe considerarse un avanzado de la cirugía funcional del oído, pues en los comienzos del siglo vino practicando un procedimiento, por él creado, consistente en practicar mas-

toidoantrotomías con resección de toda la pared posterior del conducto auditivo óseo, sin tocar la pared externa del ático, y dejando en su sitio los huesecillos del oído medio. También el madrileño Rueda aportó técnicas propias de cirugía funcional de oído, ofreciendo abundantes trabajos y novedades.

La Laberintectomía y la Cirugía del Laberinto

Tras los primeros intentos de Politzer, Botey inicia en 1895 la intervención quirúrgica de la laberintectomía como solución a los problemas de vértigos y acúfenos en la enfermedad de Menière y en los casos de «hidrops laberíntico». Esta técnica fue iniciada también, al mismo tiempo, por Forns en Madrid, levantándose viva polémica, en el I Congreso Español de ORL celebrado en 1896, entre las escuelas catalana y madrileña, respecto a la primacía y perfección de esta operación.

Botey puso un gran empeño en perfeccionar su técnica, consiguiendo ser el auténtico propagador en Europa de esta intervención, que venía a solucionar por vía quirúrgica, el frecuentísimo problema de la tríada de Menière: vértigo, acúfenos e hipoacusia. El catalán presentó su técnica en el Congreso Español de Otorrinolaringología en 1896, y al año siguiente en el XII Congreso Médico Internacional de Moscú, donde fue recibido con aplauso unánime. Años adelante, en 1906, Bourguet exponía las técnicas de Janse, de Hinsberg y de Botey como las más utilizadas en ese momento. Esta es la descripción que el francés hace de la laberintectomía de Botey:

Con un pequeño trépano movido por la electricidad, se empieza por abrir el canal semicircular externo, perforando primeramente su extremo posterior en plena pared interna del aditus, a fin de evitar de un modo más seguro la lesión del nervio facial. Una vez conseguido ésto, se vacía el canal de atrás adelante, agrandando el corte. Dejando después un puente óseo formado por el acueducto de Falopio entre el canal vaciado y la ventana oval, se hace desaparecer, con una corona de 2 milímetros de diámetro, todo el promontorio, juntando las dos venta-

nas hacia atrás, y luego hacia adelante, viniendo a juntarse en la extremidad inferior de la ventana redonda.

Botey, conforme a su honestidad científica siempre practicada, manifestó ir variando la técnica de la laberintectomía paulatinamente, según iba observando resultados. En 1913, ofrecía nuevas formas de acometer la empresa de la que él era iniciador y valedor.

Diversos autores españoles realizaron también la laberintectomía propuesta por Botey. En 1912, el barcelonés Falgar, confiesa utilizar con pleno éxito dicha intervención, y más tarde, ya en 1926, Casadesús aplicaba las técnicas de Frey-Hautant, Hinsberg y Botey.

La Septoplastia

En el campo de la cirugía nasal, no podemos olvidar la aportación de Botey a la septoplastia, de la que fue absoluto pionero en el mundo. La intervención consistente en corregir la desviación del septum nasal, tanto en su parte cartilaginosa como ósea, fue iniciada en la última década del siglo XIX por el catalán Ricardo Botey i Ducoing. Concretamente fue el año 1894 que Botey presentó una comunicación en el XI Congreso Médico Internacional celebrado en Roma, en abril de dicho año, en la sección de Rino-Laringología, bajo el título *Tratamiento de las desviaciones verticales del tabique nasal sin espesamiento*, en la que proponía una técnica quirúrgica de su creación, que hasta ese momento no había sido propuesta ni realizada por ningún otro autor. Consistía dicha técnica en la resección de las estructuras cartilaginosas y óseas del septum que estuvieran desviadas, así como en la resección de la cresta intermaxilar, pero conservando una parte del cartílago, en su parte anterior y superior, al objeto de evitar el hundimiento del dorso nasal.

Esa misma técnica la presentó Botey dos años después, en el seno del I Congreso Español de Otorrinolaringología, celebrado en Madrid en octubre de 1896, bajo el título de *Tratamiento de la desviación vertical del tabique cartilaginoso, con obstrucción nasal y lateralización de la punta de la nariz*, que convenientemente

traducida al francés fue publicada al año siguiente en los «Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx» y en la «Gaceta Médica Catalana». Esta técnica, sin embargo, debía venir ensayándola Botey desde algunos años antes, concretamente ya desde 1891, pues en una comunicación a la Academia Médico-Farmacéutica de Barcelona refería haber ido abandonando paulatinamente la técnica de la electrolisis para tratar las desviaciones y los espesamientos del septum nasal, y adoptando *procedimientos más rápidos*.

Esta forma de operar las desviaciones del septum nasal, hoy todavía en uso por su efectividad y magníficos resultados, ha quedado registrada en los tratados de la Otorrinolaringología como «operación de Killian», cuando realmente el autor de Friburgo la expuso en 1899, al menos de forma pública y de cara al mundo científico. El mérito de su creación, sin embargo, corresponde al español Botey, quien se vio desprovisto, de forma inexplicable, del homenaje que la Historia debería haberle tributado concediendo su nombre a la técnica por él creada.

El propio Dr. Botey, como luego veremos, continuó perfeccionando su intervención, y creando numerosos elementos técnicos e instrumentales que coadyuvaran a la más perfecta realización de la misma. En su **Tratado de Otorrinolaringología** describió luego su proceder, y en años sucesivos fue presentando instrumental y modificaciones a la técnica.

Los españoles cooperaron al desarrollo de la septoplastia de muy diversas maneras. No podemos olvidar que el catalán Suñé i Molist debe ser contado entre los precursores de esta intervención quirúrgica, pues ya en 1885 propuso una técnica propia para corregir las desviaciones del tabique nasal. En 1909, Gereda propuso una nueva técnica plástica para reconstruir el subtabique nasal, y aún más tarde González Villanueva introducía algunas modificaciones a la técnica de Botey-Killian.

La Cirugía del Cáncer de Laringe

Podemos calificar a la cirugía laríngea en España como una de las más avanzadas de todo el Occidente, no ya en sus inicios, sino en el pro-

gresivo desarrollo que fue alcanzando, en el último cuarto del siglo XIX y muy especialmente en el primero del XX, en el que una pléyade de cirujanos laringólogos practicaron estas intervenciones en gran número, con habilidad innegable, y proponiendo siempre novedades y modificaciones que llevaron a permitir jugar a nuestro país un papel importantísimo en el desenvolvimiento de esta parcela de la ciencia quirúrgica y concretamente de la Otorrinolaringología.

En España comienza la cirugía del cáncer de laringe muy pronto. Si la primera intervención de laringuectomía total sobre un cáncer de laringe fue practicada por primera vez por Billroth en 1874, cuatro años más tarde, en mayo de 1878, era el profesor Federico Rubio y Galí quien realizaba la primera de estas intervenciones en nuestro país, en Madrid. Ello es simplemente un signo de lo que avanzó este tema, tanto en el tiempo, pues podemos decir que a partir de 1890 eran ya varios los hospitales donde se realizaban estas operaciones con cierto hábito, como en la calidad de los cirujanos que la practicaban, pues los nombres, ya prestigiosos por otras cuestiones, de Ricardo Botey, Juan Cisneros, Ernesto Botella, Antonio García Tapia, etc., pusieron a la cirugía laríngea hispana en muy relevante lugar.

Es un detalle significativo el hecho, verificado hacia 1910, de que el catedrático de la especialidad en Madrid, y jefe de un prestigioso servicio hospitalario de la misma, el Dr. Cisneros y Sevillano, pudiera presentar una estadística de laringuectomías realizadas y casos de cáncer de laringe tratados que solamente quedaba detrás del alemán Glück, auténtico campeón de la laringuectomía en Europa. La introducción de modificaciones a las intervenciones clásicas, por parte del mismo Cisneros, de Botella y de García Tapia, vienen a corroborar esta afirmación de preeminencia.

Los Cirujanos

Como hemos visto, fue el cirujano general Dr. Federico Rubio y Galí quien realizó la primera laringuectomía total en España sobre un cáncer de laringe. Realizó esta intervención el

11 de mayo de 1878, utilizando técnica con incisión central vertical, dos tiempos, y comunicación de vía aérea con respiratoria, al estilo del momento, con lo que la evolución del paciente debía ser, forzosamente, mala. El paciente falleció 24 horas después de la intervención. Ver su descripción en el Apéndice 4. Rubio volvió a hacer, meses después, otra laringuectomía total.

El segundo especialista que realizó una laringuectomía en España fue el gaditano Toro y Quartelliers, en la década 1880-90. Este cirujano general llegó a realizar en la ciudad andaluza tres laringuectomías. Su primera intervención (la tercera que se hacía en España) supuso una supervivencia de 5 días para el enfermo.

En tercer lugar vemos operar al madrileño Gómez Pamo, en el Hospital General de la Corte, con una laringuectomía total hacia 1885. Este cirujano general solamente realizó una intervención de este tipo.

En cuarto lugar encontramos a D. Ramón de la Sota y Lastra, quien en 1889 operó en su Escuela de Medicina de Sevilla una extirpación total de laringe, también con muy malos resultados.

Siguió el madrileño D. Juan Cisneros y Seviliano, en 1890, repitiendo una operación de este tipo cinco años después, en 1895. El profesor del Hospital Provincial de Madrid fue quien realmente inició la serie de éxitos en esta intervención, llegando a dominar todas las técnicas, a propagarlas y estimularlas. A comienzos del siglo XX, Cisneros estuvo con su estadística en el segundo puesto de Europa, detrás solamente del berlinés Glück. En 1912, este autor tenía realizadas 52 laringuectomías totales, aunque él mismo reconocía que en una tercera parte de los casos, la muerte del paciente se había producido intraoperatoriamente.

Todavía en el siglo XIX debemos recordar la figura del Dr. Rafael Forns i Romans, quien en 1898 practicó una intervención de extirpación total de laringe, descrita sinceramente en su revista *La Otorrinolaringología Española* de ese año. Intervención plagada de problemas técnicos, pero que permitió la supervivencia del paciente. El polémico médico catalán afincado en Madrid no volvió a intentar esta cirugía.

A lo largo del primer decenio del siglo XX iniciaron la cirugía de laringe un gran número

de especialistas españoles, muchos de los cuales habían aprendido las técnicas en Europa, y otros junto a Cisneros, verdadero «campeón» e iniciador de este tipo de cirugía en nuestro país.

Así, encontramos que en 1903 realizó su primera intervención Abelardo Lloret; en 1906 operó un epiteloma laríngeo el Dr. Luciano Barajas, mediante técnica de hemilaringuectomía; en 1907 lo hizo Ernesto Botella, aunque ya en 1903 realizó su tesis doctoral sobre el tratamiento quirúrgico del Cáncer de Laringe; en 1908 se inició D. Antonio García Tapia; en 1909 lo hizo el malagueño Lazarraga, y durante dicha primera década del siglo iniciaron la práctica de la laringuectomía autores como Baltar en Santiago de Compostela; Botey y Falgar en Barcelona; Santiuste en Santander; Barajas, Rueda, Casadesús e Hinojar en Madrid, etc. El barcelonés Roquer, uno de los más prestigiosos laringólogos del momento, no llegó a realizar ninguna intervención de este tipo.

Las Técnicas

Los comienzos de esta cirugía se hicieron con las técnicas aportadas por sus iniciadores europeos. Así, Rubio y Galí operó con una simple incisión vertical, según la propuesta de Billroth y Czerny. Sota y Lastra hizo la incisión vertical en T. de Langenbeck. Enseguida se impusieron, sin embargo, las técnicas de los franceses Perier y Le Bec, que proponían la intervención reglada en dos tiempos: en el primero se realizaba la traqueotomía, para conseguir que el enfermo independizara su respiración traqueal, y un mes después aproximadamente, se pasaba a realizar la laringuectomía propiamente dicha. La técnica de Le Bec era muy similar a la de Perier.

Todavía respetando los dos tiempos operatorios separados, Bardenhauer propuso el inicio de la separación de las vías digestiva y aérea, que hasta entonces no se había tenido en cuenta, por lo que los resultados eran tan malos, con neumonías inmediatas que eran la causa del fallecimiento del operado en muchos casos.

Ya en los comienzos del siglo, el berlinés Glück propuso la intervención de laringuectomía total en un solo tiempo operatorio, haciéndolo además con narcosis general, con lo que

abrió el camino de la moderna cirugía, obteniendo unos resultados francamente alentadores. Con Glück se formaron la mayoría de los cirujanos laringólogos españoles que a comienzos del siglo XX cimentaron este tipo de actuación quirúrgica en nuestro país.

El método de Perier, como hemos visto, en dos tiempos operatorios, fue el comúnmente utilizado por los cirujanos españoles hasta aproximadamente 1910. Este método fue modificado y mejorado por los españoles: Botey hacía autoplastia faríngea y abocaba la tráquea directamente a piel. También Cisneros modificó ligeramente el Perier, intentando no dejar comunicación entre la hipofaringe y la vía respiratoria traqueal. Pero era realmente muy difícil de conseguir. Más adelante, esta modificación la consiguió implantar el alemán Bardenhauer, y Cisneros mejora esta última técnica, consiguiendo definitivamente, en 1911, el aislamiento de las vías digestiva y respiratoria. Fue denominado este procedimiento «de Bardenhauer-Cisneros». Seguía siendo, de todos modos, en dos tiempos.

A partir de 1912, se impuso en España, por el apoyo que le ofreció García Tapia, el método de Glück, que consistía en operar en un solo tiempo. El madrileño Tapia, el catalán Botey, así como Baltar, Lazarraga e Hinojar, que todos llegaron a ser primeras figuras de la laringuectomía en sus respectivos lugares de actuación, iniciaron esta técnica, aunque siempre con anestesia local, en contra del proceder del berlinés, que lo hacía con narcosis general. El primer español que hizo la laringuectomía exclusivamente con anestesia local fue Goyanes. El profesor García Tapia, investigador del nuevo modo de operar los cánceres de laringe, mejoró la técnica de Glück, introduciendo modificaciones, tanto en la incisión como en el procedimiento, que recibió el nombre de «técnica de Glück-Tapia».

Las innovaciones de García Tapia consistían fundamentalmente en lo siguiente:

a) Empleo de la anestesia local con infiltración locorregional para evitar las complicaciones respiratorias por el uso de gases anestésicos, éter o cloroformo, únicos utilizados en aquella época.

- b) Creación de un corsé de refuerzo mediante el aprovechamiento del pericondrio interno del cartílago tiroides a partir de una franja de unos milímetros, desprendido de sus caras laterales y paralelo a los bordes del mismo para crear un nuevo plano de sutura sobre la faringe.
- c) Sección de las astas mayores del cartílago tiroides para unir las en la línea media, con el fin de crear un neotiroides que reforzara la pared.
- d) Sutura de la tráquea a piel mediante un punto «triple».
- e) Revisión sistemática de las cadenas ganglionares con exéresis de todo ganglio metastásico o sospechoso.
- f) Creación del instrumental adecuado para su técnica.

Otros autores introdujeron mejoras en los procedimientos habituales: Botella perfeccionó el Le Bec, haciendo la sutura de la tráquea a piel, y ofreciendo la técnica del «pequeño colgajo» en 1910. Rueda ideó a su vez un procedimiento de aislamiento de la tráquea, etc. Cisneros siguió operando siempre en dos tiempos, con anestesia local. Las supervivencias de los operados fueron aumentando progresivamente, especialmente tras haberse implantado el proceder de Glück a partir de 1912.

También se realizaron Laringuectomías parciales, incluso con mayor frecuencia que las totales. Bien es verdad que los resultados siempre eran peores, y hacia el final del período que estudiamos, fue ganando terreno la indicación de la extirpación total sobre las parciales. En estas, encontramos las resecciones endolaringeas que practicaba Cisneros en los casos de cánceres muy pequeños e incipientes; la laringofisura, realizada en primer lugar por Cisneros, también a partir de 1890, o la tirotomía, muy similar, que apoyó Botey desde 1893, y que siguió utilizando durante décadas después por encontrar utilidad a su práctica; las resecciones parciales llegaron más tarde, en la forma de la laringuectomía lateral parcial propuesta por Glück, y que Cisneros inició en 1907; y la laringuectomía horizontal supraglótica, puesta en marcha por García Tapia en 1911, a la que él mismo introdujo valiosas modificaciones.

El uso de la radioterapia como posible y útil en el tratamiento del Cáncer de Laringe, se inició en España en 1900, en el Hospital Provincial de Madrid, bajo la supervisión de Botella y Cisneros, aunque desde un principio los resultados no fueron buenos y se dejó durante una época de practicar por no encontrar realmente mejoría con esa sistemática. La cirugía en el tratamiento del Cáncer de Laringe, iniciada en España, como hemos visto, en 1878, y alcanzando su auge entre 1910-1930 para la época que estudiamos, fue uno de los elementos que más prestigio y relevancia dieron a la Otorrinolaringología española.

Hay que reseñar, sin embargo, que también se alzaron voces en contra del proceder quirúrgico en el Cáncer de laringe.

Y así fue muy notable la oposición permanente que ejerció a esta salida terapéutica el especialista laringólogo Roquer Casadesús, quien en 1899 decía que *por la manera de comportarse los tumores malignos de la laringe, en rarísimos casos, y aun estos permítaseme que los considere como dudosos, corona el éxito los esfuerzos de los más atrevidos y expertos cirujanos*. Y años antes había mantenido la misma opinión, diciendo: *Yo prefiero abandonar el paciente a su enfermedad, evitando en cuanto sea posible todo estímulo intralaringeo que pueda acelerar su evolución para ahorrar de esta manera muchos de los sufrimientos que trae consigo tan grave dolencia. Imponiendo al final que: El cáncer laríngeo no debe ser objeto de maniobras quirúrgicas en tanto que no produzca otros síntomas que los trastornos funcionales fonatorios, sentenciando finalmente: En el estado actual de la ciencia, no se debe proceder a la extirpación de la laringe en el tratamiento del cáncer*. Era, indudablemente, una voz aislada en el coro general de los intervencionistas.

La endoscopia esofágica y traqueal

Finalmente, unos apuntes acerca de los avances que en endoscopia esofágica y traqueal se obtuvieron en España, en el primer cuarto de siglo, fundamentalmente de la mano del Dr. García Tapia. Son fundamentales para la posterior evolución de este aspecto de la exploración

y terapéutica ORL, y por eso lo examinamos con cierto detenimiento.

Hasta los últimos años del siglo XIX, la exploración con visión directa del interior del esófago o de la tráquea y bronquios no había podido ser llevada a la práctica, a pesar de diversos intentos realizados. Para los problemas, tan antiguos como la Humanidad, de los cuerpos extraños en esas vías, se habían propuesto múltiples sistemas, realizando su extracción con los métodos más primitivos y a veces peligrosos de que se disponía. En este sentido, cabe recordar el sistema publicado por Morales Pérez en 1875, consistente en empujar, mediante sondas de diversos calibres, el cuerpo extraño hasta el estómago, o el más peligroso, preconizado por Rodríguez Vargas a comienzos del siglo XX, de introducir, a ciegas, el cestillo de Gräfe, para enganchar y extraer el cuerpo extraño. En cualquier caso, todos estos sistemas, y otros muchos, eran normalmente utilizados según explica, en su amplia experiencia, el cirujano Creus i Manso en el capítulo que dedicó al tema en la Enciclopedia Internacional de Medicina.

En los intentos por ver el interior del esófago y de ese modo controlar los cuerpos extraños, es curioso el sistema que aportó el referido Rodríguez Vargas, a principios de siglo, a base de una maquinaria creada por el sabio físico de Valladolid, el Padre Martínez, religioso del Colegio de San José de la ciudad castellana, aunque el laringólogo se inclinaba por la radiología como método más prometedor del examen de las cavidades orgánicas.

La exploración esofagoscópica definitiva, y la extracción de cuerpos extraños guiada visualmente, se inicia realmente a principios de siglo, tras las aportaciones capitales de Killian y Moritz-Schmidt. El primero que utilizó en España el esofagoscopia fue el Dr. Celestino Compaired, en Madrid, quien lo había aprendido junto a Brindel en el verano de 1902. Al año siguiente publicó en «El Siglo Médico» su artículo *Esofagoscopia y broncoscopia: su valor diagnóstico y terapéutico*, que puede considerarse como lo primero publicado en España sobre esta temática exploratoria. Describe los utensilios y técnicas ideados por Killian, y asegura venir utilizándolos sobre pacientes desde 1902.

La primera extracción de un cuerpo extraño en esófago, concretamente una aguja enclavada en su luz, fue realizada en 1903 por el catalán Botey. Inmediatamente después, iniciaron los estudios teóricos, la formación en el extranjero y la puesta en práctica de las técnicas de esofagoscopia y extracción de cuerpos extraños los miembros de la escuela madrileña Botella, Goyanes, García Tapia e Irueste. En ese mismo año, Compaired y García Tapia publicaban sendos artículos divulgativos de la nueva y prometedora técnica exploratoria.

En 1905, García Tapia realiza una extracción de cuerpo extraño esofágico (una espina de pescado), y al año siguiente, en que leyó su Tesis Doctoral sobre el tema, tenía ya una casuística de 31 cuerpos extraños extraídos, adelantando entonces con su proceder a todos los demás, y convirtiéndose en el más experto y renovador de los endoscopistas españoles. Por entonces se inició en el tema el Dr. González Campo. Desde 1907, García Tapia, su alumno Irueste y el grupo de ayudantes y alumnos de su servicio en el Instituto de Terapéutica Operatoria, se dedican a la divulgación y perfeccionamiento de esta técnica. Se dieron cursos múltiples, a los que asistieron especialistas laringólogos de toda España y de muchos países iberoamericanos. Se utilizaron personas de muy diversa condición para entrenamiento de los aprendices. En este sentido es curioso recordar lo que cuenta García Tapia referente al modo que tenía de procurar la práctica de sus alumnos en la esofagoscopia: recurría a una serie de pilluelos madrileños, que por algunas monedas se ofrecían a tragarse algún cuerpo extraño unido a un hilo, y permitir que les introdujeran el esofagoscopio varias veces, llegando incluso a aconsejar a los aprendices sobre la técnica de introducción, etc.

El profesor castellano sistematizó la exploración del esófago en tres apartados: la esofagoscopia estomadal, la traumatodial, y la traumatodial retrógrada. En la primera de ellas introducía el tubo del esofagoscopio por vía bucal. En la segunda, los introducía por vía traumática abierta en el cuello mediante esofagotomía. En la tercera, lo introducía a través de una gastrotomía. En cualquier caso, para la práctica de la esofagoscopia en sus tres formas recomendaba la anestesia local con cocainización, y solamen-

te la anestesia general para los niños o casos muy difíciles. En cuanto a las posiciones en que debía realizarse, García Tapia recomendaba fundamentalmente la de decúbito supino con la cabeza hiperextendida, aunque también podía hacerse en decúbito lateral y con el enfermo sentado. Más adelante, fueron propagando la técnica Bertrán y Botella. Se fueron aumentando, desde la escuela madrileña, las exploraciones a la traqueo y broncoscopia, siendo de éstas el auténtico pionero en España el Dr. García Tapia. En 1907, Irueste hizo su tesis doctoral sobre la clínica y terapéutica de los cuerpos extraños en laringe y bronquios, y su extracción mediante técnicas endoscópicas, refiriendo por entonces una casuística de 96 observaciones, y reconociendo como el introductor de la traqueo-broncoscopia de Killian en nuestro país a su maestro el Dr. García Tapia. Poco después, junto a Botella, se inicia en esta exploración y en la traqueoscopia el madrileño Bertrán, quien propone la traqueotomía previa para la extracción de cuerpos extraños en vías respiratorias.

Los miembros de la escuela madrileña proponen en años sucesivos diversas modificaciones a las técnicas clásicas, convirtiéndose el núcleo de especialistas comandado por García Tapia en el más prestigioso de España, y uno de los más reconocidos de Europa en la práctica de estas exploraciones, y en la enseñanza y divulgación de las mismas, siendo Botella con su trabajo sobre *El valor práctico de la esofagoscopia* uno de los que más colaboran a este progreso. En 1909, Ernesto Botella propone una nueva postura, intermedia entre la de Rosen y la de sentado, recomendando la introducción del tubo por arriba y atrás, de forma vertical, apretando ligeramente hacia abajo al contactar con la estrechez cricofaríngea, y refiriendo que de esa manera en muchos de sus casos no necesita siquiera la administración de anestesia, aunque en otros debe realizar la narcosis general.

Más adelante, concretamente en 1910, Botella sugiere una nueva postura, ahora para realizar la broncoscopia, que él ha experimentado previamente y dice irle muy bien: consiste en poner al enfermo sentado en sillón bajo con respaldo un poco en ángulo, el cuello apoyado sobre el borde del respaldo, colocándose el operador por detrás del enfermo. Entonces se de-

prime la lengua y se introduce el tubo de endoscopia, tras la anestesia previa de la faringe, hipofaringe y laringe. Esas técnicas con el enfermo sentado las aprendieron y pusieron en práctica varios otorrinos españoles, entre ellos el sevillano Cobos Carceller, asistente en 1910 a los cursos de esofagoscopia de la Clínica «Villa Luz» de García Tapia, y el zaragozano García Ilurre, que introdujo la esofagoscopia en la capital aragonesa.

Uno de los iniciadores, junto con Botey, de la esofagoscopia en Barcelona fue el Dr. Flotats Domènech, en 1911, que realizó numerosas extracciones de cuerpos extraños, mediante los tubos de Killian, en el Dispensario Municipal de Otorrinolaringología de la capital catalana. También en Barcelona Falgar usó pronto de estas técnicas, introduciendo modificaciones ligeras en la postura, colocando una almohada entre el paciente y el respaldo de la silla, con la cabeza en hiperextensión.

Además de las técnicas propias de la exploración y maniobras extractivas endoscópicas,

los españoles aportaron algunos instrumentos nuevos que mejoraron notablemente estas técnicas, según veremos en el próximo capítulo dedicado a las novedades instrumentales. En este sentido, García Tapia y su equipo fueron los permanentes defensores e introductores de esta exploración que tanto hizo progresar la especialidad otorrinolaringológica en una dirección hasta entonces inédita. De todos modos, hemos visto cómo son los años 1902-1912 los claves en este proceso de introducción y desarrollo de la endoscopia digestivo-respiratoria.

Y esto es todo cuanto de mayor relieve puede exponerse en lo relativo a la Historia de la Otorrinolaringología española se refiere, durante los años claves de su creación, de su desarrollo y de su afirmación como especialidad médico-quirúrgica que es hoy uno de los pilares de la ciencia médica, tanto en España como en todo el Planeta. Esperamos haber contribuido a conocer mejor su desarrollo evolutivo, y a prestar pistas para nuevas investigaciones y análisis más específicos.

CAPÍTULO V

GESTACIÓN, NACIMIENTO Y DESARROLLO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL



Sociedad ORL. 1^{er} Presidente: Hinojar Pons, acompañado de
Álvarez Pérez y Pérez Mateos (período 1949 a octubre 1956).

Dr. S. Alonso Teodoro
D. Estepa del Álamo
P. Ortega del Álamo
I. Sancho Martín

La historia de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL, contiene una serie de antecedentes dimanantes de determinadas circunstancias que fueron las que marcaron la necesidad de su creación. Hay una historia anterior a su fundación que no corresponde a nuestra Sociedad, sino sería la de los otorrinolaringólogos españoles primeros, que en algunas ocasiones intentaron, ante la situación científica del momento, en la que se fomentaba agrupación médica por afinidades tanto de trabajo como lingüísticas, formar agrupaciones. En España se intentaron en diversas ocasiones, pero siempre su duración fue muy efímera.

Todo estos antecedentes han sido descritos, abarcando el período desde los primeros médicos españoles que se dedicaron a esta especialidad, hasta la constitución de la misma en un trabajo previo. A pesar de ser repetitivo, vamos a marcar solamente algunos hechos que creemos son necesarios para valorar las circunstancias que en su tiempo frenaron, por así decir su constitución, y por otra parte los que en determinado momento obligaron a su constitución.

La SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL, cumple 50 años desde su fundación, fundación que fue necesaria y quizá forzada, pudiéndose hacer una serie de consideraciones sobre este punto, ya que en aquellas fechas existía como tal la SOCIEDAD CATALANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA fundada con cincuenta años de antelación.

Igualmente se da la circunstancia de que la SOCIEDAD ANDALUZA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA se funda e inicia su marcha con una diferencia de meses solamente con la constitución de la nacional.

Desde mediados del siglo XIX, en España había médicos que se iniciaban en esta Especialidad, formándose principalmente en las Escuelas centroeuropeas y que empezaron a sobresalir de forma incuestionable dentro del orden médico tanto nacional como internacional. Se demuestra el orden de inquietud de nuestros primeros Especialistas, el hecho de figurar entre las primeras quince laringectomías realizadas en todo el mundo, la realizada por un español.

Surge como indicábamos anteriormente entre los que practicaban la Especialidad la inquietud científica, e imitando lo que sucede en los países del entorno, organizan reuniones y con éstas la necesidad de publicar sus conocimientos y así en el año 1886, funda en Barcelona, el Prof. R. BOTEY, la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA, en la que se integraron todas las personalidades de la época, que fue marcada de forma definitiva por ARIZA y BOTEY.

Esta Sociedad así constituida, convocó a sus miembros a una primera reunión, donde se presentaron trabajos muy interesantes y con una asistencia de quince socios. Posteriormente fue convocada una segunda reunión, acudiendo a ésta un número menor de asistentes, pero la calidad e interés de las comunicaciones fue muy importante. A partir de esta segunda reunión la citada Sociedad dejó de existir.

En esta época se produce un avance impresionante con relación a los años anteriores, todo ello por el advenimiento de la electricidad, la anestesia, la difusión de la antisepsia, la difusión de la laringoscopia, la anatomía patológica, todo ello asimilado por nuestros antecesores y la Otorrinolaringología Española adquiere su posicionamiento en el orden científico mundial. De esta época son importantísimas las aportaciones que hacen sus innovaciones técnicas, nuevos instrumentos y publicaciones ARIZA y BOTEY, que se desplazan por el mundo acompañados de médicos y discípulos a congresos y reuniones donde se trataban temas de la Especialidad.

La Otología, la Laringología y la Rinología no estaban aún definidas como una única Especialidad y es MOURE, el que después del congreso de París en 1873, protesta por la separación existente en esas fechas de estas ramas y propone la unificación de las tres. BOTEY se une a esta justa enmienda y es el que introduce en España el término de OTORRINOLARINGOLOGÍA, actualmente empleado.

En el Congreso de París celebrado en 1923, surge la idea de hacer una ASOCIACIÓN HISPANOAMERICANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA, figurando ya como miembros de la misma personajes conocidos HINOJAR, TAPIA, BERTRÁN, ARIÑO, etc.

Esta Asociación tiene una primera reunión en el año 1925. Esta se llevó a cabo en Zaragoza, bajo la Presidencia del Dr. ARIÑO, constituyendo un verdadero éxito por el número de asistentes, por el interés que despertaron las comunicaciones presentadas y dado el carácter del anfitrión por el gran número de actos sociales. Por esto tuvo una gran repercusión en el ámbito de nuestra Especialidad, que ya estaba establecida con bases científicas muy sólidas.

Unos años antes, en 1923, FAIRÉN envía una carta a todos los Especialistas de la época solicitando su opinión sobre la organización de una futura Sociedad Española de ORL. Esta idea no llegó a tener maduración suficiente y quedó solamente en proyecto.

Hay un período a partir de 1930-31, que no solamente afecta a la vida social y política de España, sino también a la vida científica, cuyo

análisis nos podría llevar a hacernos una serie de consideraciones:

- ¿Por qué han existido sociedades científicas de la Especialidad en Francia, Alemania, Bélgica, Inglaterra, Italia, etc. y no había una de las mismas características en España?
- ¿Por qué si ya existía en España una de ámbito regional y estaba otra de estas características a punto de crearse, no había una de carácter nacional?
- ¿Por qué existiendo revistas de la Especialidad no solamente en el extranjero, sino también en España, no tenían una de carácter nacional?

Éstas y otras muchas preguntas nos podríamos hacer, pero creemos que la gran rivalidad existente entre diferentes escuelas era el motivo por el cual no se podía llegar a un punto de acuerdo para su creación, sobre todo, era una gran individualidad la que imperaba entre los grandes personajes de esta época. Todos se habían autoformado, completando ésta, viajando y pasando temporadas por las diferentes Escuelas, fundamentalmente europeas, ya que los medios de transporte y las comunicaciones en general eran muy lentas y un viaje a EE.UU., suponía meses, añadiendo a esto, que las Escuelas que marcaron el desarrollo de la ORL estaban en Alemania, Francia, Austria, Inglaterra. Todos más o menos directamente se habían completado en la Especialidad en una o varias de estas. Existía amistad entre todos, esto es indiscutible, pero no llegaba al extremo de renunciar a algo que consideraban casi como una exclusiva de ellos.

También se puede preguntar ante esto ¿es que no tenían relación con los que sucedía en el entorno cultural en que vivían? En esta época ya se celebraban reuniones con carácter mundial con relativa frecuencia, bien es verdad que aún existía la separación dentro de la organización de estas reuniones de la Otología, la Laringología, y a Rinología, como indicábamos anteriormente. Hay que resaltar que en ese Congreso de París dedicado a la Otología, figura como ponente, junto a dos grandes personajes de la Otología mundial Dres. SOURDILLE y HOLM-

GREN, el Dr. ADOLFO HINOJAR, llevando conjuntamente la ponencia sobre el tratamiento de las otorreas.

También es cierto, que una vez unificada la OTORRINOLARINGOLOGÍA como única rama del saber, se celebró en COPENHAGEN el primer congreso de ámbito mundial, presidido por el PROF. SCHMIEGELOW y allí por votación unánime se delega en el PROF. A. GARCÍA-TAPIA, para que bajo su presidencia organice el segundo congreso mundial de nuestra Especialidad, celebrándose éste en MADRID en el año 1932, con una asistencia de unos doscientos Especialistas del mundo entero, cifra impresionante para aquellas épocas.

Estos dos hechos son solamente la muestra de la importancia que tenían nuestros Maestros y la consideración mundial y respeto a su ciencia que de ellos tenían en el extranjero.

Así, visto el sentir de independencia que tenían, se sumaron en aquellos años problema: políticos y sociales, que cambiaron el rumbo de las personas, estableciéndose entonces barreras de tipo ideológico que hacían aún más marcadas las diferencia existentes.

Nuestra guerra civil, la total dedicación durante los tres años de su duración, a una medicina de guerra, supuso una falta total de contacto con los maestros mundiales, por la falta de información, revistas, etc., coincidiendo esto además con una época de gran expansión de los conocimientos y de la anestesia controlada, avance extraordinario para la cirugía. Coincide en estas fechas la celebración del III Congreso Mundial de ORL, celebrado en BERLÍN en el año 1936, bajo la Presidencia del Prof. VON EICKEN, al que no asistió ningún español. Después de la guerra civil y ya en plena contienda mundial, este aislamiento se acentúa y se complica porque muchos servicios de ORL, tenían a sus verdaderos Jefes con problemas políticos y sujetos a depuraciones. Muchas de estas se subsanaron para el año 1943, y cuando aun no se había vuelto a una normalidad de relaciones, entramos en un aislamiento político mundial contra España con lo que se complicaron durante otro par de años estos problemas.

En el Congreso Mundial de BERLÍN, por votación se designó a HOLANDA para celebrar el

IV Congreso Mundial, a celebrar en 1940. La guerra mundial impidió la celebración de éste y al terminar la contienda y ante la situación económica de HOLANDA, renuncia a sus derechos a favor del segundo país que había obtenido más votos en BERLÍN. Esta nación fue INGLATERRA.

Ésta intenta para la organización de dicho Congreso obtener una base de datos, inexistente tanto en Holanda como en Inglaterra y lo primero que hace la Junta Organizadora es hacer una derrama entre todos los Especialistas Ingleses de 5 \$; con estos fondos crean una secretaría e intenta obtener una relación mundial de todas las Sociedades nacionales y en los países donde no existieran esta, pedir relación de personalidades a gobiernos y universidades.

En España no existía Sociedad Nacional y en la relación enviada figura el Prof. ADOLFO HINOJAR, con el que se ponen en contacto y este dirige una carta en el año 1948 a todos los otorrinolaringólogos españoles, proponiendo la creación de una Sociedad Nacional de la Especialidad ORL.

Inicia con un grupo de compañeros las gestiones para su organización, figurando el Dr. LAYNA como encargado de redactar un borrador de estatutos. Después de numerosas reuniones, deciden convocar una reunión para hacer la Constitución definitivamente, ésta, según consta en el acta adjunta se celebró el día 11 de febrero de 1949, abriéndose la sesión con una mesa formada por los Dres. ADOLFO HINOJAR, que actúa como Presidente y los Dres. PÉREZ MATEOS y GARCÍA-TAPIA, que actúan como Secretarios.

El Dr. PÉREZ MATEOS lee la propuesta para la creación de la Sociedad Nacional de ORL y por acuerdo se forma una comisión entre los asistentes, en la que forman parte los Dres. GAVILÁN BOFILL, MARTÍN-CALDERÍN, VASSALLO de MUMBERT, RAFAEL GARCÍA-TAPIA y BELLO AGUIRRE.

La Comisión propone una candidatura en la que figuran los grandes personajes de nuestra Especialidad de aquella época, quedando formada la primera Junta Directiva de la Sociedad Española de ORL de la forma siguiente:

Presidente		DR. ADOLFO HINOJAR PONS
Vicepresidente		DR. JOSÉ PÉREZ MATEOS
Vicepresidente	Comisión Científica	DR. RAFAEL BARTUAL
Vicepresidente	Comisión Profesional	DR. ANTONIO MARTÍN-CALDERÍN
Secretario General		DR. ANTONIO GARCÍA-TAPIA HERNANDO
Tesorero		DR. GUILLERMO NÚÑEZ PÉREZ
Contador		DR. ANDRÉS SÁNCHEZ RODRÍGUEZ
Secretario de actas		DR. ADOLFO AZOY
Secretario de Bibliografía		DR. ALFONSO VASSALLO DE MUMBERT
Vocal 1º		DR. MARCELINO GAVILÁN
Vocal 2º		DR. JOSÉ NAVARRO MORENO
Vocal 3º		DR. VÍCTOR FAIREN GALLART
Vocal 4º		DR. DANIEL GARCÍA HORMAECHE
Vocal 5º		DR. JUAN LÓPEZ SÁNCHEZ
Vocal 6º		DR. FERNANDO CASTEÑEDA
Secretario Comisión Científica		DR. FRANCISCO MARAÑES
Vocal 1º		DR. JUAN PORTELA
Vocal 2º		DR. FRANCISCO FERNÁNDEZ MUGUERZA
Vocal 3º		DR. RAFAEL ÁLVAREZ PÉREZ
Secretario Comisión Profesional		DR. RAFAEL GARCÍA-TAPIA HERNANDO
Vocal 1º		DR. LUIS GARCÍA IBÁÑEZ
Vocal 2º		DR. GONZALO BRAVO PACHECO
Vocal 3º		DR. FRANCISCO LAYNA SERRANO

Esta Junta Directiva fue aprobada por aclamación por todos los asistentes al acto; 162 que fueron proclamados socios fundadores de nuestra Sociedad.

SOCIOS FUNDADORES - SEORL

1. ABELLÓ ROSET
2. ABRISQUETA ÁLVAREZ
3. ACIEGO DE MENDOZA
4. ADAY, MANUEL
5. AGER MUGUERZA
6. AGUT ARENAS
7. AIN PUYOL
8. ALONSO FERRER
9. ÁLVAREZ GONZÁLEZ
10. ÁLVAREZ PÉREZ, RAFAEL
Vocal 3 Comisión Científica
11. ÁLVAREZ, ANTONIO
12. AMBEL ALBARRÁN
13. ANGOLOTI DE CÁRDENAS
14. ANGULLOS SOPENA
15. ANTOLÍ-CANDELA
16. ANTOLÍ-CANDELA CEBRIÁN
17. ARIA MARTÍNEZ
18. ASTIGARRAGA, FRANCISCO
19. AZOY CASTAÑÉ, ADOLFO
Secretario de Actas
20. BAJO LEAL
21. BARAJAS Y DE VILCHES
22. BARTUAL, RAFAEL
Vice-Presidente C. Científica
23. BASTERRA, ÁNGEL
24. BERTRÁN, CÉSAR
25. BELTRÁN, FERNANDO
26. BELLO AGUIRRE
27. BEPENGUER GALLARDO
28. BIENES G. ARAGÓN
29. BONO GUTIÉRPEZ CABELLO
30. BRAVO PACHECO, GONZALO
Vocal 2 Comisión Profesional
31. CARDESA REMON
32. CASTEÑEDA, FERNANDO
Vocal 6

33. CAVA RODRIGO
34. COARASA OLIVER
35. COLMENARES GARCÍA
36. COLOMER IBORRA
37. CONDE SALVADOR
38. CHOVER MADRAMANY
39. DE JUAN RODRÍGUEZ
40. DE LA ROSA RAMÍREZ
41. DEL ALCÁZAR GARCÍA
42. DELGADO DELGADO
43. DÍAZ FERNÁNDEZ
44. DOLS PERIS
45. DOMINGO VELASCO
46. ESPUCH VIDAL
47. ESTEBAN NAVARRO
48. ESTECHA ARANA
49. FAIREN GALLART, VÍCTOR
Vocal 3
50. FAIREN, MANUEL
51. FERNÁNDEZ ARUTIA
52. FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ
53. FERNÁNDEZ ESCANDÓN
54. FERNÁNDEZ MUGUERZA, FRANCISCO
Vocal 2 Comisión Científica
55. FERNÁNDEZ VILA
56. FIGUEROA GARCÍA
57. FRANCES PÉREZ
58. GARCÍA BAQUERO
59. GARCÍA BLANCO
60. GARCÍA DE CASTRONOVO
61. GARCÍA DE LA COMACHA, ASÍS
62. GARCÍA HORMAECHE, DANIEL
Vocal 4
63. GARCÍA IBÁÑEZ, LUIS
Vocal 1 Comisión Profesional
64. GARCÍA-TAPIA, ANTONIO
Presidente de Honor
65. GARCÍA-TAPIA, RAFAEL
66. GARCÍA VICENTE
67. GARCÍA-TAPIA HERNANDO, ANTONIO
Secretario General
68. GARCÍA-TAPIA HERNANDO, RAFAEL
Secretario Comisión Profesional
69. GAVILÁN BOFILL
70. GAVILÁN, MARCELINO
Vocal 1
71. GIL SENIS
72. GIMÉNEZ ENCINAS, CRISTÓBAL
Socio de Honor
73. GÓMEZ CALLEJO
74. GONZÁLEZ DÍAZ
75. GONZÁLEZ GARCÍA
76. GONZÁLEZ HABA GIL
77. GONZÁLEZ SALCEDA
78. GONZÁLEZ SÁNCHEZ GIRÓN
79. GONZALO SEBASTIÁN
80. GORTARI BELLINER
81. GRIÑO CAPDEPON
82. GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ
83. HERRERO DE CABO
84. HERRERO DÍAZ
85. HERRERO GUIAR
86. HINOJAR PONS, ADOLFO
Presidente
87. HINOJAR PONS, CARLOS
88. INFANTE Y DE ORTIZ
89. ITURRIAGAGOITIA Y DEL SOLAR
90. JIMÉNEZ CERVANTES
91. JIMÉNEZ QUESADA
92. LAJON RODRÍGUEZ
93. LAYNA SERRANO, FRANCISCO
Vocal 3 Comisión Profesional
94. LÁZARO GINER
95. LEIPAS LLORENS
96. LÓPEZ CANTERO
97. LÓPEZ GÓMEZ
98. LÓPEZ SÁNCHEZ, JUAN
Vocal 5
99. LÓPEZ VENTOSO
100. MACÍAS ORDÓÑEZ
101. MARAÑES PORTALES, FRANCISCO
Secretario Comisión Científica
102. MARTÍN CALDERÍN, A.
Vice-Presidente Comisión Profesional
103. MARTÍN LUELMO
104. MARTÍN PERRASCO
105. MARTÍN RAMOS
106. MARTÍNEZ ANDREU
107. MARTÍNEZ FERMOSE
108. MARTÍNEZ ORTEGA
109. MARTÍNEZ RUMBO
110. MARTÍNEZ ZAMORA
111. MOLINA BECA
112. MOLINA, EUGENIO
113. NAVARRO GIMÉNEZ
114. NAVARRO MORENO, JOSÉ
Vocal 2
115. NÚÑEZ GONZÁLEZ
116. NÚÑEZ PÉREZ
117. NÚÑEZ QUESADA

118. NÚÑEZ, GUILLERMO
Tesorero
119. OBÓN SIERRA
120. OLARREAGA OÑATE
121. OLIVÁN YEBRA
122. ORTEGA, DIEGO
123. PALOMAR, VÍCTOR
124. PAREDERO DEL BOSQUE
125. PAREDERO SALA
126. PATERNINA, MIGUEL
127. PEDRAZA SILLO
128. PÉREZ HERVADA
129. PÉREZ MATEOS
130. PÉREZ MATEOS LÓPEZ, JOSÉ
Vice-Presidente
131. PIERA CEBRIÁN
132. PLANAS DE CASTRO
133. POCH VIÑALS
134. POLIT, EUSEBIO
135. PORTELA RODRÍGUEZ, JUAN
Vocal 1 Comisión científica
136. POSADA GUTIÉRREZ
137. PRADA VIZMANOS
138. QUINTANA ALTIMIRAS
139. REVILLA, JOSÉ LUIS
140. RIVES PART
141. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ VILA
142. RODRÍGUEZ NOVOA
143. ROIG LEINOSA
144. ROMAGUERA MORA
145. ROU MAGDALENA
146. SALGADO URTIAGA
147. SÁNCHEZ HERNÁNDEZ
148. SÁNCHEZ HISTOSELLA
149. SÁNCHEZ MOSQUERA
150. SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, ANDRÉS
Contador
151. SANVICENS GIL
152. SANZ GARCÍA
153. SCOLA BASAGUREN
154. SEGOVIA MORÓN
155. SUÁREZ VINOVA
156. TEROL FIGUEROLA
157. TORRECILAS CARRIÓN
158. TOUS LLADÓ
159. VALENZUELA, JOSÉ MARÍA
160. VASSALLO DE MUMBER, ALFONSO
161. VIDEGAIN ALCORTA
162. VILLALÓN DE SANTA MARÍA
Secretario de Bibliografía

En esta primera Reunión de la Sociedad, se acordó también por unanimidad nombrar Presidente de HONOR al Dr. ANTONIO GARCÍA-TAPIA y Socio de Honor al Dr. JIMÉNEZ ENCINAS, acordando la Junta acudir en pleno a los domicilios de ambos para comunicarles su nombramiento.

El día 26 de febrero de 1949, la Jefatura de Policía aprueba la lista de la primera Junta Directiva y el Dr. PÉREZ MATEOS, se encarga de confeccionar, con la ayuda del Dr. LAYNA un Reglamento que sirva para el desarrollo de los Estatutos.

En mayo de 1949 se aprueba el formato del Diploma a entregar al Sr. PRESIDENTE DE HONOR, acordándose que sea un álbum en el que firmen todos los Socios fundadores.

Esta entrega se efectuará en el transcurso de la PRIMERA REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD que se celebrará en el próximo mes de OCTUBRE.

Ésta se celebró el día 26 de octubre de 1949 en la cual el Presidente Dr. ADOLFO HINOJAR pronunció un elocuente discurso.

Transcribimos de la revista de la Sociedad número extraordinario octubre 1949 (pág. IX a XVII):

Señores:

Al veros congregados aquí para inaugurar las tareas de la Sociedad Española de Otorrinolaringología en esta su primera reunión anual, mis primeras palabras, entre las pocas que voy a pronunciar, han de ser para congratularme de que por fin se haya podido remontar esa especie de maléfico sortilegio que parecía pesar sobre los otorrinolaringólogos españoles y que nos colocaba en una situación especial respecto a todos nuestros colegas de las demás especialidades médicas.

Sólo nosotros no habíamos llegado a constituirnos en una asociación científica. Todos los demás tenían sus respectivas sociedades, celebraban sus reuniones, discutían en común las cuestiones de su especialidad, se comunicaban sus impresiones, daban cuenta de sus estudios, de los resultados de su práctica diaria, de sus investigaciones e incluso de sus fracasos, que no

dejaría de haberlos; no hemos podido borrar el «errare humanum est», buscando siempre el intercambio de ideas, la adquisición, por algunos de las que otros podían transmitirles, la confirmación de las que ellos habían adquirido, discutiendo y contrapesando hechos, opiniones y resultados, reuniendo, en fin, en el acervo común de sus conocimientos, lo que todos y cada uno podían aportar.

Porque todavía es cierto que de la discusión sale la luz. No diré yo que toda la luz, pero desde luego alguna, que por poca que sea siempre ha de ser útil para alumbrar el camino, todavía no del todo demasiado claro, de los que tenemos que movernos en el campo de la medicina.

Además, estas reuniones permiten, a veces, obtener el certero punto de vista en cualquier asunto determinado, no del maestro, que ese enseña cotidianamente, sino acaso del más modesto de nuestros compañeros que ha tenido la oportunidad o la clarividencia de encontrar, descubrir o enjuiciar, un asunto concreto que podría no haber sido vislumbrado hasta por los más avisados y competentes.

Pero antes de pasar adelante permitidme que me congratule del éxito de esta primera reunión, expresado por el número de los aquí congregados. Vosotros no habéis vacilado en dejar vuestras casas, vuestras familias, vuestras ocupaciones, en soportar las molestias de los desplazamientos y las que se derivan del cambio en nuestra manera habitual de vivir. Yo os agradezco todo esto. Vosotros sois los que dais el tono a esta reunión y a los que se debe en primer lugar, como os decía antes, el éxito evidente de la misma, que exterioriza el de la nueva Sociedad Española de Otorrinolaringología.

Y no sólo habéis hecho esto, sino que nos habéis permitido, con los trabajos que nos habéis enviado, confeccionar el programa de esta reunión, que por la cantidad de ellos, y por la importancia, variedad y actualidad de los asuntos que abarcan, puede aquél parangonarse con los de cualquiera de los Congresos nacionales e internacionales que se celebran por el mundo.

Bien oportunamente ha llegado la constitución de nuestra Sociedad: Con motivo de la celebración del IV Congreso Internacional que acaba de tener lugar en Londres, los organizadores, a través de nuestra representación nacional allí, se dirigieron a la para ellos indudable Sociedad Española de Otorrinolaringología, a fin de ponerse de acuerdo con ella en los detalles de organización concernientes a nuestro país. Y esto no constituye un caso de excepción: En el mes de enero próximo tendrá lugar en Montevideo el Congreso Panamericano de Otorrinolaringología, e igualmente y por el mismo camino, sus organizadores se dirigieron a nosotros con idéntico objeto, ítem más, invitándonos gentilmente como huéspedes de honor. Yo desde aquí quiero agradecerles públicamente esa cariñosa atención.

Figuráos cuán incómoda hubiera sido nuestra postura, la de todos los especialistas españoles, si hubiera habido que contestarles en uno y otro caso, que aquí no existía ninguna Asociación Nacional de Otorrinolaringología.

Ya estamos constituidos y en marcha. Pero algunos de nosotros conservamos un flamante diploma de miembros de una Sociedad Española de Otorrinolaringología, que se constituyó hace muchos años y que lánguidamente se consumió a los pocos días de nacer. Hay que esperar y que procurar que ahora no vuelva a ocurrir lo mismo. Es necesario que el esfuerzo que ha habido que hacer para constituir esta de ahora se prosiga en la intensidad conveniente para que ella perdure.

Las circunstancias de la vida actual exigen la agrupación y la ayuda mutua. El individualismo exagerado está muy expuesto a naufragar en el tráfago de la vida moderna, y esta consideración, que, por otra parte, induce en el hombre, cualquiera que sea su actividad, un sentido de cooperación, debe ser suficiente para oponerse a ese espíritu de atomización que desde los primeros tiempos históricos hasta justamente nuestros días se ha manifestado constantemente entre los pueblos de nuestro país. Desde los túrdulos y los arevacos, desde los ilergetos y los vero-

nes, pasando por las taifas de los árabes y llegando a tiempos bien recientes, siempre hemos estado propicios al desmigajamiento. Los consejos de Sertorio siempre han caído en terreno baldío.

Es, pues, necesario que nuestra Sociedad viva y viva con una vida pletórica, exuberante, aunque si la actividad científica de sus componentes fuese tan ubérrima, pudieran constituirse agrupaciones regionales y aun locales que completaran las actividades de aquélla. Y es necesario que viva, porque ya no es posible permanecer aislados. El mundo se ha achicado considerablemente y todos los días hay que estar en contacto con los demás organismos mundiales de significación y actividades análogas. Por esto es por lo que no puede faltar una asociación nacional. Pero este carácter obliga a que incluso sus elementos directivos tengan que estar repartidos por todo el país; no sería justa ni deseable una excesiva centralización; mas por esto también las reuniones tienen necesariamente que estar un poco distanciadas. Nuestros Estatutos establecen una anual; no podrían menudarse más. Para las reuniones mensuales, por ejemplo, habrían de constituirse agrupaciones regionales, provinciales o locales. Pero ¡por Dios!, no vayamos a incurrir en nuestro defecto de siempre y en lugar de sostener una organización potente, disgreguemos nuestros trabajos de tal manera que se pierdan los beneficios que trae consigo la unidad de acción.

Dos aspectos tiene nuestra Sociedad; según sus Estatutos: uno, el científico, otro el profesional. Pero el uno y el otro tienen entre sí puntos de contacto, de tal modo que en alguno de ellos sería muy difícil precisar dónde acababa el primero y comenzaba el segundo. A propósito de cada uno de ellos quiero deciros algunas palabras.

Es de destacar la frecuencia con que el asunto de los límites, desenvolvimiento y porvenir de nuestra especialidad es tratado en reuniones como ésta y en discursos inaugurales de sus Presidentes. Recientemente, LYMAN G. RICHARD titulaba su mensaje presidencial a la LII Reunión Anual de la Sociedad Americana de Otorrinolaringología,

«Transición en Otorrinolaringología», y HOWARD McCART, también en su discurso presidencial a la Sociedad Otolaringológica Canadiense en su última reunión, trató el mismo asunto con el título: «El futuro de nuestra especialidad». Por otra parte, FRANCIS L. LEDERER leía en la reunión de la Sección Central de la Sociedad Americana de ORL, que ha tenido lugar en Iowa City este mismo año 1949, un trabajo que titulaba: «Otorrinolaringología. Cuáles son sus restricciones y dónde están sus límites». No quiero multiplicar citas, pero es evidente que en todas partes existe la misma preocupación.

Desde luego, nuestra especialidad ha sufrido un cambio considerable en su estructura científica desde los tiempos, ya remotos, en que nosotros comenzamos a dedicar a ella nuestra actividad. Entonces las cuestiones que abarcaba su estudio eran todavía bastante reducidas, la técnica bastante limitada y los conocimientos que para el ejercicio cotidiano necesitaba el especialista no eran muy amplios: con tres o cuatro cosas se podía salir del paso y aun ganar dinero. Desgraciadamente, ahora mismo la aspiración de algunos que se titulan y pretenden ser especialistas se reduce, igualmente, a adiestrarse de un modo relativo en lo que podríamos llamar el «sota, caballo y rey» de la especialidad, y, pudiendo entendiérselas con las amígdalas, las vegetaciones y los cornetes, ya se encuentran satisfechos.

Pero ello ha traído como consecuencia que corrientemente se haya ido dando de lado a muchos problemas de la especialidad. Mas como, por otra parte, la Medicina en todas sus ramas ha seguido progresando, otros sectores científicos, al desarrollarse, han ido invadiendo esos campos en cierto modo abandonados por los otorrinolaringólogos.

Véase lo que pasa con la esofagoscopia y los cirujanos torácicos; con la broncoscopia y los tisiólogos; con los radioterapeutas y el tratamiento de los tumores malignos en las distintas regiones de la especialidad y aun de otros distintos procesos en el campo de la misma. Los cirujanos generales operan los bocios, por ejemplo, que deberían caer den-

tro de la especial cirugía del cuello, propia de los laringólogos; los neurocirujanos recogen el tratamiento de las complicaciones intracraneales de las otitis y sinusitis; estas mismas se han beneficiado de tal manera con el uso de los antibióticos, que apenas requieren un tratamiento de algunos días y escasamente pasan a la cronicidad, con lo que se ha reducido también considerablemente el número de las intervenciones quirúrgicas que antes precisaban; la cirugía correctora, principalmente de la nariz, que constituía un importante capítulo en el estudio de la rinología, ahora va pasando a los cirujanos plásticos y también los foniatras, los alergistas, los pediatras, los fenestradores con sus actividades irán reduciendo el campo de la especialidad propiamente dicha, si no se reacciona convenientemente. Pero esta reacción no puede consistir más que en una cosa: en trabajar más y en hacerlo mejor.

Hay que ir contra el concepto primitivo de la especialidad, a base de considerarla como un compartimento estanco, sin relación, o con una muy limitada, con el resto de la medicina, y basarla solamente en la adquisición de cierta habilidad manual para realizar algunas exploraciones o para practicar determinadas operaciones quirúrgicas. Es necesario restablecer el concepto del «Consensus unus»; hay que estudiar el conjunto de la fisiología y patología en toda su extensión y, aunque se aplique algún mayor detenimiento a las del territorio orgánico que nos compete, no pretender refugiarse en un sector para reducir la necesidad de conocimientos en busca de una mayor comodidad. Aquí podría recordarse la frase de LARREY cuando, describiendo las penalidades de las tropas de Napoleón en la retirada de Rusia, decía: «el que se sienta se duerme, y el que se duerme no despierta».

Todavía, recuerdo la sorpresa que me produjo en los primeros días de mis estudios de la especialidad, cuando a un especialista antiguo ya y conocido, muy buena persona, seguramente mejor persona que especialista, al hacerle yo algunas observaciones acerca del proceso de cicatrización, me respondió, muy convencido, que «en el oído pasaban las

cosas de una manera diferente», como si la Naturaleza fuera tan caprichosa que en lugar de leyes biológicas fundamentales, se complaciese en jugar de modo distinto en cada uno de los rincones orgánicos.

Consecuentes con este criterio, nos hemos cuidado de encabezar el Programa de esta nuestra primera reunión con una lección que con el título «Mi experiencia en los síndromes otorrinolaringológicos de origen endocrino» va a pronunciar el Profesor MARAÑÓN figura señera de la Medicina actual y a quien se debe que el nombre de España ocupe un lugar preferente en la bibliografía médica mundial. He de significar al eminente profesor y entrañable amigo, nuestro agradecimiento por la cariñosa atención que prestó a nuestro ruego de que fuera él quien con su autorizada palabra abriera el curso de las tareas científicas de esta reunión. Como un modo de materializar este agradecimiento, yo pido para él el título de Socio de Honor de nuestra Sociedad.

Y por si esta interesante disertación del Profesor MARAÑÓN no fuera ya bastante, hemos querido que la ponencia oficial fuera también un tema que rebasara los límites estrictos de la especialidad. El Doctor AZOY, en quien no se sabe qué admirar más, si la amplitud de sus conocimientos, su formidable capacidad de trabajo o su solicitud, siempre dispuesta a colaborar, mejor diríamos a enseñar algo, de lo mucho que él sabe, a todos sus compañeros otorrinolaringólogos, nos ofrece el fruto de su trabajo y de su experiencia encerrados en el tema «Semiología otógena en neurología».

Es necesario reaccionar si quiere evitarse que del cuadro de las especialidades desaparezca por disgregación y absorciones parciales la otorrinolaringología; si se considera que ésta ha alcanzado tal desarrollo que no cabe cómodamente su estudio en las posibilidades limitadas de sus militantes, hágase un reajuste y fórmese un cuerpo de doctrina que sea lo más uniforme posible y que permita estudiar sus cuestiones con toda extensión y profundidad; pero no se abandone por comodidad, pereza o incuria, lo que ha venido a ingresar en el conjunto de los conoci-

mientos médicos por el esfuerzo, el estudio, la habilidad y el trabajo de varias generaciones de otorrinolaringólogos.

Y aquí está la justificación de algo que sé, os ha sorprendido hasta el punto de, en muchos casos, haber provocado incluso protestas. Me refiero a la ficha que para hacer el censo y el historial de los especialistas se os ha enviado. No es posible continuar aceptando que se haga especialista el que lo desee, por su propia voluntad, sin el control de nadie que pueda imparcialmente juzgar si ese deseo puede y debe convertirse en realidad. Hoy dicho con todos los respetos, el estudio de la Medicina tal vez adolezca de defectos que fuera conveniente subsanar. Se estudian muchas disciplinas con el título de «especialidades», sin pensar que el concepto de especialidad no admite el plural. Los conocimientos que pueden adquirirse en un curso de lección alterna, por otra parte incompleto en cuanto al tiempo y a los medios de labor, podrán servir para dar muy somera idea de los asuntos pero no para hacer un «especialista». Ya sé que nadie sólo con ese bagaje se atrevería a llamárselo, pero es necesario que haya algo o alguien que garantice la capacitación del que aspire a serlo. Descargando al que a ello aspirase del estudio de esas otras «especialidades» que, naturalmente, como tales ni le interesan ni han de servirle nunca para nada, podría, en cambio, instituirse una enseñanza especial y completa, en dos o tres cursos; algo parecido a lo que tiene que hacer cualquier médico si quiere hacerse Odontólogo, aunque, sin que ello signifique menosprecio para nadie, con algún mayor motivo. Pero en tanto se llegara a una nueva organización en la enseñanza oficial de la Medicina, nosotros, nuestra Sociedad, tendríamos que ocuparnos de que en lo sucesivo los que quisieran titularse especialistas tuvieran al menos un aval que podría otorgarles la asociación.

Pero ya os decía que ésta no sólo ha de ocuparse de los problemas científicos. El asunto del ejercicio profesional de la Medicina constituye una preocupación profunda para los médicos del mundo entero. Ya hace muchos años, con ocasión de una visita mía

al Hospital Virchow, se lamentaba un otorrinolaringólogo de ese Centro, de las dificultades, cada vez más crecientes, que la organización social del ejercicio de la Medicina iba acumulándoles. Y era de oírle explicar el desconuelo que le producía cuando, al empezar la consulta en su casa, de los cuatro o cinco enfermos que había esperando y que él pensaba podrían representar la seguridad económica para el día siguiente, uno tras otro, para pago de sus honorarios, le iban entregando un cuponcito cuyo importe no alcanzaba, naturalmente para lo que él había esperado.

El ejercicio libre de la profesión, que es indudablemente aquella forma de ejercicio que desde todos los puntos de vista representa la más alta y satisfactoria modalidad del trabajo profesional, está amenazada de muerte, y lo están, por tanto, las ilusiones que respecto del ejercicio de la profesión hubieran podido abrigar los que a la Medicina hubieran pensado dedicarse. Y no es que yo haga esta afirmación como un concepto personal derivado del panorama que se presenta ante el ejercicio médico, sino que este temor constituye uno de los que preocupan a los médicos en todos los países. El Dr. DAVIS, en el Midlex Hospital, con ocasión de una reciente visita mía a dicho Hospital, señalaba este peligro como el principal de los que podrían derivarse de esa tendencia a socializar la medicina. Pero, en fin, el estudio y consideración de estas cosas, y las otras, y todas ellas, han de constituir el objeto de nuestras actividades en la Asociación; y dentro de un amplio criterio cooperacionista, creo que podrán ser llevadas a un término satisfactorio para todos.

El Dr. PÉREZ MATEOS, que por encontrarse gravemente enfermo y precisamente ayer sometido a una importante operación quirúrgica, no se encuentra hoy entre nosotros, y para cuya dilatada y entusiástica gestión en pro de los intereses profesionales de la clase médica —no siempre apreciada como debía— os pido ahora un aplauso, tiene recogidos muchos datos que servirán para orientar las futuras actuaciones de la Sociedad en relación con estos problemas.

Y ya concluyo, no sin antes convocaros para que acudáis al domicilio del Profesor TAPIA, maestro es palabra más ajustada y exacta, para hacerle entrega allí, ya que él no ha podido materialmente acompañarnos en este acto, del álbum que hemos llenado con nuestras firmas como expresión del cariño, respeto y admiración de todos a su sobresaliente figura dentro del campo de la Otorrinolaringología mundial, y del título de Presidente de Honor que nos hemos honrado otorgarle.

Éste es nuestro programa. Como veis tenemos por delante amplia labor para realizar y sólo la cooperación de todos, con el mejor deseo por parte de cada uno, nos permitirá darle cima. Yo así lo espero. Y ahora, antes de concluir, sólo me resta agradecer a todos la confianza que en mí y en los restantes compañeros de la Junta habéis depositado y ofreceros nuestro deseo de trabajar en beneficio de todos, y si el resultado corresponde a nuestro firme propósito, asegurad que la labor será fecunda.

El Profesor MARAÑÓN tiene la palabra.

En esta primera reunión dio una conferencia magistral el Prof. GREGORIO MARAÑÓN, titulada «MI EXPERIENCIA EN LOS SÍNDROMES OTORRINOLARINGOLÓGICOS DE ORIGEN ENDOCRINO».

A continuación El Dr. ADOLFO AZOY, leyó su ponencia, PRIMERA DE LA SOCIEDAD, sobre «SEMIOLOGÍA OTÓGENA EN OTONEUROLOGÍA».

Transcribimos del libro de actas de la Sociedad (pág. 12):

«Terminada la lectura todos los asistentes se trasladan al domicilio del Profesor Dr. D. ANTONIO GARCÍA-TAPIA, El Presidente Dr. HINOJAR en emocionadas palabras, ofrece el homenaje de respeto, admiración y cariño de todos los otorrinolaringólogos españoles al insigne Maestro, gloria de la Especialidad no solo nacional sino internacional, Profesor Antonio GARCÍA-TAPIA, el cual contesta con unas cuartillas que fueron leídas por su hijo D. ANTONIO, Secretario General de la Sociedad.»

«Con un cordial saludo personal de todos y cada uno de los asistentes al acto, se dio por terminada la ceremonia trasladándose después la Junta Directiva y gran número de socios al domicilio del Dr. Don CRISTÓBAL JIMÉNEZ ENCINAS, Socio de Honor de la entidad donde el Dr. HINOJAR, reiteró el afecto de los otorrinolaringólogos españoles a la venerable figura de la Laringología patria.»

Como hemos visto e indicaba al principio de estas líneas, existió un factor determinante, capaz de aglutinar diferentes criterios y personalidades para cumplir un deseo general de salir al exterior, problema muy difícil en aquellos años por los problemas de visados de entrada y de divisas. Con ello se volvía a intentar ocupar el lugar que correspondía a nuestra especialidad patria ante el mundo.

Todo esto se ha cumplido con creces y de aquellos pocos socios fundadores (162) hemos pasado a un número de 1.850 socios, además de un gran número de Socios de Honor y corresponsales. Y ante el concierto mundial de la Especialidad, la Sociedad Española de ORL está considerada dentro de las más importantes del mundo, por sus aportaciones propias (dos congresos mundiales), como por la valoración de muchos de sus miembros dentro del campo de la investigación y de la clínica.

PRESIDENTES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL

Según los Estatutos la Sociedad Española de ORL dentro de un sentir democrático, tendrá como órgano máximo la Asamblea general, formada por todos los Socios y con reuniones de forma estatutaria en los Congresos y Reuniones anuales. Para dirigir y ordenar ésta tiene una Junta Directiva, al frente de esta habrá un Presidente y una serie de cargos, que han ido aumentando con arreglo a las necesidades y que siempre han sido elegidos por votación en el curso de las Asambleas que se han celebrado en el transcurso de los Congresos Nacionales.

Esta Junta Directiva se ha venido renovando en un 50% de sus miembros en cada Congreso (3 años), pudiendo ser reelegidos sus miembros por una sola vez. Los Presidentes de la Sociedad Española de Otorrinolaringología, han sido los siguientes:

- Prof. Dr. Don ADOLFO HINOJAR PONS. Primer Presidente y Fundador de la misma desde el año 1949, hasta octubre de 1956. Fecha de su fallecimiento.
- Dr. Don JULIO ARIÑO ANZANO. Es elegido el 5 de noviembre de 1960, hasta el 10 de noviembre de 1966, fecha en la que fue reelegido, falleciendo en 1968.
- Dr. Don CÉSAR BERTRÁN. Elegido en junio 1969, reelegido en 1975, falleciendo en el año 1978.
- Dr. Don FERNANDO NAVARRO, elegido en el año 1978 y reelegido en el año 1984, falleciendo en trágico accidente de tráfico a los pocos días de su reelección.
- Prof. Dr. Don TEODORO SACRISTÁN ALONSO. Elegido en el año 1990 y reelegido en 1996. Es el Presidente actual.

Los cuatro primeros Presidentes han fallecido antes de terminar su mandato por Estatutos, el período de tiempo desde la fecha de su fallecimiento, hasta las nuevas elecciones se cubren por el Vicepresidente general. Con arreglo a esto, los Vicepresidentes que ocuparon de forma interina la Presidencia, han sido:

- Prof. Dr. Don GUILLERMO NÚÑEZ PÉREZ. Vicepresidente 1º nombrado interinamente desde octubre de 1956, hasta octubre de 1957. Por fallecimiento Dr. HINOJAR.
- Dr. Don RAFAEL GARCÍA-TAPIA. Nombrado interinamente desde noviembre 1968, hasta mayo de 1969. Por fallecimiento del Dr. ARIÑO.
- Prof. Dr. Don TEODORO SACRISTÁN ALONSO. Nombrado interinamente desde 1984, hasta nov. 1990, por fallecimiento del Dr. FERNANDO NAVARRO.

La Presidencia ha sido pieza clave en el desarrollo y evolución de la Sociedad. Todos se

han caracterizado por su dinamismo, su gran amor a la Especialidad, su entrega a la Sociedad, su desinterés y su independencia, fomentando siempre la unión entre todos los socios.

DON ADOLFO HINOJAR PONS
Primer Presidente
(1949-Octubre 1956)



PROF. DR. DON ADOLFO HINOJAR PONS; PRIMER PRESIDENTE Y FUNDADOR DE LA SOCIEDAD. Estudió la carrera de Medicina en la Universidad de Zaragoza.

Igualmente curso la carrera de Ciencias físico-químicas en la misma Universidad. Obtiene matrícula de honor en casi todas las asignaturas de ambas carreras. Premio extraordinario en ambas al hacer la licenciatura.

Al terminar la carrera de Medicina obtiene dos becas de la Facultad de Medicina.

Posteriormente se presentó a numerosas oposiciones, ganando plaza en diversos cuerpos e instituciones Sanitarias. Fue Médico de la Armada por oposición, permaneciendo embarcado durante dos años. Posteriormente hizo oposicio-

nes a médico de la marina civil, donde también obtuvo plaza.

Obtuvo por oposición plaza en el cuerpo de Médicos de Baños, siendo el número uno del escalafón del cuerpo y médico del balneario de Cestona a su fallecimiento.

Fue médico por oposición de la Beneficencia Municipal de Zaragoza.

Se traslada a Madrid donde ingresa por oposición en las dos Beneficencias, Provincial y Municipal, siendo nombrado Jefe del Equipo quirúrgico de la municipal. Jefe del Servicio de ORL del Hospital del Niño Jesús y Jefe del Servicio de ORL del Hospital Provincial de Madrid. Igualmente obtiene por concurso la plaza de Jefe de la Inspección Médico escolar.

Dentro del campo universitario, por oposición fue Profesor Auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid, primero de la Cátedra de FARMACIA TERAPÉUTICA y después de la Cátedra de OTORRINOLARINGOLOGÍA, plaza que estaba, al igual que la del Hospital Provincial de Madrid regentadas por el Prof. Dr. JUAN CISNEROS, primer Catedrático de Madrid. Al fallecimiento del Prof. CISNEROS compite en oposición para titular de dicha cátedra con el Prof. D. ANTONIO GARCÍA-TAPIA, plaza obtenida por este último y que motivo la renuncia del Dr. HINOJAR a la plaza de Profesor Auxiliar (1926).

Fue igualmente Consejero Nacional de Sanidad.

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Madrid, en elección libre, donde tuvo como contrincante al Prof. Dr. ANTONIO MARTÍN-CALDERÍN que también fue posteriormente, Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Finalmente Presidente y Fundador de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.

Las dos personalidades dentro de la ORL española fueron, sin ningún género de duda el Prof. D. ANTONIO GARCÍA-TAPIA y el Prof. D. ADOLFO HINOJAR. Aunque cada uno tenía una afinidad muy marcada dentro de la Especialidad. El Prof. GARCÍA-TAPIA hacia la laringología y el Prof. HINOJAR hacia la otología, dándose las circunstancias de haber sido el Prof. HINOJAR ayudante con el Prof. CISNEROS, que fue, con el Dr. BOTELLA el laringólogo

de mayor experiencia en España. Fallecido el Prof. GARCÍA-TAPIA, quedó el Prof. HINOJAR como el Especialista de mayor prestigio de España.

Tenía 163 publicaciones.

Con motivo del II Congreso Mundial de Otorrinolaringología, celebrado en Madrid en 1932, bajo la Presidencia del Prof. GARCÍA-TAPIA, fue el Servicio de ORL del Hospital Provincial de Madrid, que era en aquellas fechas el más importante de España, el centro neurálgico de todas las reuniones. Pasando por él dando conferencias, o exhibiciones quirúrgicas las figuras de la Especialidad más importantes de la época, VON EICKEN, CHEVALIER y JACKSON, CANUYT, SOULAS, NEGUS, MONDUCAT etc.

Con esto su prestigio fue máximo, al igual que su centro hospitalario. Este prestigio se lo manifestaron públicamente tanto a él como a los que le acompañábamos en el IV Congreso Mundial de ORL (Londres 1949).

Aquí se puede citar la anécdota siguiente:

«Era habitual (ya no por el enorme número de asistentes) hacer una fotografía de todos los asistentes en un grupo. Estábamos citados en Londres en un parque, a primera hora de la tarde para hacer dicha fotografía. El día era soleado, con ambiente templado invitando al paseo y al diálogo. Íbamos con él en grupo el Dr. ARIÑO, Dr. ACIEGO DE MENDOZA, Dr. MARAÑES y yo, que en aquellas fechas era médico interno de su Servicio del Hospital Provincial. Se nos pasó la hora en amable e interesante coloquio y con gran sorpresa, nos fueron a buscar reclamando su presencia, llegando al lugar de la foto, con todos los asistentes formando una enorme grupo, situados en varias filas. Había una silla en el centro, en primera fila, vacía, era la suya y él fue recibido con una calurosa salva de aplausos por todos los asistentes, éste era su valor.»

En 1934 organiza el Seminario de ORL del Hospital Provincial de Madrid, que fue un éxito, consiguiendo la unión de la Escuela del Prof. GARCÍA-TAPIA y la suya. Duró hasta el inicio del año 1936, donde empieza una época triste de la historia de España.

En 1937, residiendo en Francia se le nombró representante de España en la Comisión permanente para los Congresos internacionales. Este es un breve resumen de su personalidad científica, pero fue en realidad su gran inteligencia la que le hacía ver claramente cualquier asunto. Tenía una memoria prodigiosa, capaz de recordar el santoral del día y la historia de casi todos los Santos. Todo ello se unía a una voluntad férrea, a su gran sencillez, su dignidad y su amor a la verdad y a la justicia; esto último le proporcionó grandes problemas al final de su vida. Otra gran faceta suya, era su sinceridad, como él decía de «SORIANO». Por todo ello fue querido y admirado por todos los grandes personajes de las ciencias y de las letras contemporáneos suyos y el respeto y cariño de todos los compañeros de profesión.

Otra faceta poco conocida dentro de nuestro ámbito profesional, fue por ese amor a la verdad y a la justicia, su faceta política. Estaba unido a un grupo médico, en el que figuraba el Prof. Dr. GREGORIO MARAÑÓN entre otros, y su propio hermano Carlos, llevándole a presentarse como Candidato a Diputado por la Provincia de Soria, con el partido de IZQUIERDA REPUBLICANA, que había sido fundado por D. MANUEL AZAÑA, del que era gran amigo. Consiguó su sillón de Diputado y tuvo actuaciones e intervenciones muy brillantes en el Congreso. Tenía este cargo al empezar nuestra guerra civil y al no comprender dentro de sus teorías la situación creada, renunció a todo y se exilió en Francia, domiciliándose en París durante tres años, tiempo en el que se mantuvo unido a los grandes jefes de los servicios hospitalarios franceses.

Pero no es ésta sola su faceta poco conocida, hay otra más que lo define socialmente y que entra dentro de su línea de pensamiento. Al hacerse cargo del Colegio Oficial de Médicos de Madrid y siendo el Dr. PÉREZ MATEOS, presidente de la organización, crean entre ambos el PATRONATO DE HUÉRFANOS DE MÉDICOS, FUNDACIÓN DEL PRÍNCIPE DE ASTURIAS, adquieren un hotel y en el recogen a un centenar de huérfanos a los que dan docencia y que duró hasta la guerra civil, fecha en la que muchos niños fueron retirados a Valencia y de allí a Rusia. Esta gran obra perdura en el tiempo y

actualmente ayuda tanto a los huérfanos, como a las viudas y médicos enfermos, denominada Fundación del Patronato de Huérfanos del Consejo General del Colegio de Médicos de Madrid.

Por su brillantez como estudiante (dos carreras y matrículas de Honor en casi todas las asignaturas de ambas), sus triunfos profesionales, todos ellos obtenidos por brillantes oposiciones, llegando a lo más alto, no solo de su Especialidad, sino también dentro de los valores sociales, luchando por la solidaridad, por su ingente labor en favor de los menesterosos, creo que es y para mí fue un gran ejemplo, creyendo que todo esto debe ser conocido por todos los actuales socios de nuestra Sociedad para así valorar a nuestro fundador y primer Presidente.

DON JULIO ARIÑO CENZANO
Segundo Presidente
(Noviembre 1960-1968)



Don JULIO ARIÑO nació en Zaragoza en el año 1880, falleciendo en el año 1968. Estudió la

carrera de medicina en la Facultad de Medicina de Zaragoza con notas muy brillantes durante toda la licenciatura. Apenas terminada su licenciatura, se sintió atraído por la Especialidad y asistió al servicio del Dr. RICARDO LOZANO, maestro de la cirugía aragonesa donde pasó rápidamente a ocupar la plaza de ayudante.

Pasó una vez iniciada su formación junto al maestro de la otorrinolaringología Española, DR. RICARDO BOTEY, donde adquirió su amor hacia Cataluña durante su estancia con él. Después de una larga estancia en Barcelona se trasladó a BERLÍN donde trabajó junto a JANSEN y FRANKEL y más tarde con KILLIAN en Friburgo, con ROTÍN y NEUMAN en Viena y LUC y LERMOYEZ en París.

Posteriormente viajó mucho y paso largas estancias en las clínicas de Von EICKEN en Alemania, HAJECK en Viena, LEMAITRE, HAUTANT, MOURE, etc. en Francia. En realidad todas las clínicas de Europa fueron punto de mira para él, LA CHARITE de Berlín, el ALGEMAINEN, KRANKEN HAUS de Viena, la de la PITIE, BOUCICOT, LAENEC, donde siempre fue recibido cordialmente y considerado como un gran Especialista y un gran señor. Por todos ellos era considerado un gran especialista, al que habría que sumar una de sus grandes virtudes, el poseer una fabuloso sentido común.

Por oposición pasó a ocupar la plaza del Jefe del Servicio de ORL de la Beneficencia provincial de Zaragoza, del Hospital NUESTRA SRA. DE GRACIA, donde permaneció hasta su jubilación.

Este Servicio floreció durante los años en que él estuvo al frente del mismo, siendo un modelo de lo que ha de hacerse con una sistemática aplicada a la organización de un tan amplio campo de trabajo como supone el desarrollo de la técnicas ORL en las clínicas hospitalarias de aquella época.

Siempre tuvo la inquietud, una vez jubilado por el conocimiento de las nuevas técnicas y de los protagonistas de ellas, quejándose siempre de la desgracia de la edad que tenía, pero solo en este sentido, considerando que no las podía llevar a cabo y ser patrimonio de gente joven y audaz.

Era aragonés cien por cien, donde se sentía y era considerado como un rey.

Se puede considerar que no hay en la humanidad de nuestros Especialistas de aquella época un caso de existencia tan lograda como la fue la del Dr. JULIO ARIÑO CENZANO.

Debido a su larga vida profesional y al interés que siempre tuvo por las cosas humanas llegó a conocer a muchos Profesores de las distintas etapas evolutivas de nuestra Especialidad, siendo invitado a dar una magistral conferencia, quizá perdida en la Sociedad Catalana de ORL, donde además de su amor a Cataluña, puso de manifiesto unos conocimientos increíbles de la ORL y de los hombres que la practicaban en las distintas etapas hasta llegar a nuestros días.

Su actividad y desvelo por los necesitados fue su semilla, que germinó en el afecto y popularidad que tenía.

En la Sociedad, donde fue elegido, reelegido y reelegido, vino a poner orden de algo que ya estaba encauzado, pero que necesitaba sedimentarse, HINOJAR trabajó mucho y lo logró por su capacidad y tenacidad. ARIÑO, sedimentó todo aquello y limó asperezas como, colofón.

La Sociedad le premio con la PRIMERA MEDALLA DE ORO concedida en el año 1967 y que le fue impuesta por el Vicepresidente general Dr. DON RAFAEL GARCÍA-TAPIA en el Congreso.

Falleció en el año 1968 presenciando un partido de fútbol entre el Zaragoza y el Athletic de Bilbao. Había sido Presidente del Zaragoza y la emoción pudo más que su deseo de vivir.

DÍAZ CAÑABATE a su fallecimiento escribió:

«Falleció casi nonagenario y nunca en ningún día de su vida, traspuso el límite de la juventud, vivió 88 años sin salirse de la primavera de la vida, es decir, sin el desmayo del gozo de la ilusión, en su espíritu siempre alegre.»

Prueba de su gran amor hacia la Sociedad fue su testamento en el que dejó a nuestra Sociedad la magnífica biblioteca que tenía y gran parte de su fortuna.

La primera donación sirvió de base para la actual biblioteca y la segunda, la parte de sus

bienes y por disposición testamentaria, creó una fundación que a partir del año 1972 y hasta nuestro días lleva su nombre FUNDACIÓN ARIÑO, que ha dotado económicamente a muchos jóvenes para completar su formación en nuestra especialidad. Este espíritu se ha mantenido por todas las juntas directivas. Por la gestión de estos fondos la Sociedad concedió también la medalla de ORO al Prof. Don FERNANDO CASADESÚS y CASTELL.

DON CÉSAR BERTRÁN CARRASCAL
Tercer Presidente
 (23.6.1969-7.7.1978)



D. CÉSAR BERTRÁN nace en Madrid en el año 1907, miembro de una familia acomodada cursando sus primeros estudios y bachiller en centro oficial de enseñanza, donde ya destaca por su seriedad y amor al estudio.

Terminado el bachiller inicia la carrera de Medicina por vocación en la Universidad Central de Madrid terminando los estudios de la misma a los veintidós años de edad (1929), con un magnífico expediente académico, obteniendo durante los estudios de la carrera 21 matrículas de honor. Al terminar la carrera hace acto continuo la Licenciatura de la misma obteniendo la calificación de SOBRESALIENTE.

Llevado por su espíritu de investigación y estudio y teniendo conocimiento de la gran

preparación que obtienen los estudiantes en BOLONIA, presenta su currículum y por concurso de méritos obtiene plaza en el Real colegio Mayor Albornociano de San Clemente, donde completa sus estudios y prepara su tesis que versara sobre LOS MUCOCELES FRONTALS, que tiene una gran repercusión científica y a la que conceden la máxima puntuación, obteniendo el grado de DOCTOR y perteneciendo al grupo de los llamados BOLONIOS, que incluye a numerosos y famosos médicos españoles, que se formaron en esta parte de Italia.

Durante su carrera hace las oposiciones a alumno interno, obteniendo plaza en el Hospital Clínico de Madrid.

Una vez regresado inicia su trabajo en Madrid, siendo ayudante de clases prácticas de la Facultad de Medicina. En estas fechas hay en Madrid un centro que goza de la más amplia fama por los componentes del mismo y sobre todo que al haber estado formado por el Dr. RUBIO y por el Dr. ARIZA, hay una gran dedicación a la otorrinolaringología, que prácticamente había nacido en este centro y hacia aquí se dirige el Dr. BERTRÁN y después de hacer los cursos preceptivos obtiene el Diploma de Médico del Instituto RUBIO, título de la mayor solvencia científica en aquella época.

Continúa su formación dentro del medio hospitalario consiguiendo una plaza de médico de guardia dentro del cuerpo médico de la Beneficencia Provincial. Oposita a cuerpo del Estado y consigue una prestigiosa plaza de Inspector Municipal de Sanidad.

Entra dentro del marco de hospitales de órdenes religiosas, todos ellos muy prestigiosos, prestigio que llega a nuestros días, como sería de agregado del Hospital de la orden Tercera.

Consigue por oposición, la plaza de Inspector Médico Escolar, que mantiene hasta su jubilación. Igualmente es laringólogo de la Asociación de la Prensa.

Es médico de número del Hospital de los Franceses. Médico Ayudante del Servicio de Audiología del Instituto de Medicina y Seguridad en el Trabajo. Médico Especialista ORL del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Fue persona muy querida y respetada dentro del ámbito alto de nuestra alta Sociedad donde fue consultado por personajes ilustres y conocido como consultor dentro de las mejores familias, su carácter elevado, su elegancia y seriedad su trato personal y cariño hacia los pacientes le hicieron un ilustre personaje público, lo que trajo como consecuencia a numerosas distinciones entre las que figuran: Caballero de la Orden Civil de Alfonso XII, Medalla de Plata de la Cruz Roja Española, Cruz de Alfonso X El Sabio, Cruz de las Palmas Académicas Francesas y el Premio ABAYTUA de la Real Academia de Medicina.

Todo esto que antecede hizo que fuera un integrante como SOCIO FUNDADOR de nuestra Sociedad, siendo amigo de nuestro primer Presidente y le llevó a participar dentro de sus Juntas Directivas desde su fundación en el año 1949 hasta su fallecimiento en el año 1981, ocupando prácticamente todo tipo de cargos dentro de su larga permanencia, colaborando siempre en el mantenimiento y unidad de nuestra Sociedad. Primeramente fue Secretario de Actas, posteriormente y en época muy difícil fue nuestro TESORERO y últimamente en el año 1969 y hasta el año 1978 fue nuestro TERCER PRESIDENTE.

Este cargo lo ocupó en un momento difícil de la Sociedad, había fallecido inesperadamente el segundo presidente Dr. ARIÑO, la Secretaría estaba ocupada por el Prof. SÁNCHEZ RODRÍGUEZ y se había nombrado interinamente para el cargo de Presidente al Dr. RAFAEL GARCÍA-TAPIA y hubo problemas para la elección del candidato. Finalmente se aceptó la propuesta del Secretario y en las elecciones del año 1969, fue elegido Presidente.

Ocupó el cargo durante nueve años, siendo la suya una época marcada por una evolución hacia el desarrollo de nuestra Sociedad y sus primeros impulsos hacia el exterior, haciéndola participar de forma muy activa en la Societas Latina a cuyo bureau pertenecía, potenció la revista y consiguió premios para los mejores trabajos, inició la Fundación Ariño y mantuvo con su carácter caballeresco la unión entre todos.

Era miembro de numerosas sociedades científicas tanto españolas como internacionales, fi-

gurando entre otras la Sociedad Francesa, donde era muy querido y respetado, Socio de Honor de la Italiana, de la Unión Ibérica de ORL de la Sociedad Gallega, de la que también era socio de Honor, etc.

Vivió con la ilusión de la Sociedad y por motivos de salud se retiró de la vida profesional activa, falleciendo súbitamente en Alicante el 1 de enero de 1981.

DR. DON FERNANDO NAVARRO JIMÉNEZ
Cuarto Presidente
(1978-1984)



D. FERNANDO nació en Córdoba el día 30 de enero de 1922. Su padre era un prestigioso Especialista, conocido y respetado por todos los Profesores de su época por sus valores científicos y morales. Fue el fundador y primer Presidente de la Sociedad Andaluza de ORL y transmitió a su hijo Fernando todas sus virtudes y amor hacia la profesión.

Nuestro Presidente cursó sus estudios de médico en la Facultad de Medicina de GRANADA, donde tan pronto cursó los primeros años, y siendo aún estudiante entró en contac-

to con la Otorrinolaringología al obtener la plaza de alumno interno por oposición, desarrollando su labor en el servicio del Dr. D. FEDERICO OLORIZ, maestro notable que junto con sus ayudantes Dres. ALCÁZAR Y SÁNCHEZ JOFRE, fueron los que guiaron sus primeros pasos en la Especialidad. Éstos fueron los que le introdujeron en el ambiente hospitalario y en realidad, su formación como especialista se completó con su padre Dr. NAVARRO MORENO, introduciéndole entre los grandes maestros a los que con su gracejo y carácter personal supo ganarse.

Realizó su Tesis Doctoral sobre uno de los primeros temas de Audiología tratados en España, titulada VALOR DIAGNÓSTICO DEL RECRUITMENT AURICULAR. Esta tesis fue dirigida por el Prof. MARTÍN-CALDERÍN, de quien era discípulo distinguido y amigo entrañable. Esta amistad pasó a todos los que en aquella época ya estábamos trabajando con D. ANTONIO, siendo considerado no uno más, sino uno de los principales colaboradores.

Llevado por su inquietud por perfeccionarse en la ORL decidió acudir en estancias largas de tiempo a clínicas prestigiosas en donde era considerado y tenía relaciones informativas de nuevas técnicas, resultados etc., que él luego sedimentaba y llevaba a la práctica. Entre sus visitas más frecuentes estaban los Servicios del Prof. M. PORTMANN en Burdeos, LERROUX ROBERT en París, GUERRIER en Montpellier, AZOY en Barcelona, MARTÍN-CALDERÍN en Madrid, etc.

Llevado igualmente por su afán de completar y mantener al día su formación, trabajó de forma continua y programada asistiendo a numerosos cursos tanto nacionales como extranjeros. Asistiendo a uno de estos cursos fue cuando surgió la idea de formar una Sociedad Andaluza de ORL.

Fue Socio Fundador de la citada Sociedad Andaluza, de la que fue durante muchos años Secretario General. Igualmente fue también Socio de la Española, ocupando diversos cargos dentro de su Junta Directiva, trabajando de forma desinteresada para la misma, llegando a ostentar el cargo de PRESIDENTE, siendo el cuarto Presidente de nuestra Sociedad y nunca se perdió una reunión o congreso y

se dio la casualidad que en el Congreso celebrado de SANTIAGO DE COMPOSTELA, donde fue elegido por aclamación, no estaba presente.

Perteneció, además de a las Sociedades Española y Andaluza de ORL, a la Asociación internacional para el estudio de los bronquios, a la Sociedad Internacional de Otología, a la Sociedad Otorrinolaringológica de los Hospitales de Madrid, a la International Bronchoesophagological Society, a la Sociedad Española de Logopedia y Foniatría, a la Sociedad Otorrinolaringológica de Buenos Aires, a la Asociación Internacional de Logopedia y Foniatría, entre otras Asociaciones científicas.

La relación de Congresos y reuniones a las que asistió sería interminable, fruto de su inquietud por el saber en una ocasiones y por su cargo presidencial en otras. Baste decir que, siendo aun estudiante de medicina, acudió al Congreso de la Societas Latina celebrado en París en los años treinta. Dentro de esta Asociación Internacional tenía un gran prestigio y formaba parte del boureau internacional, junto con los Profesores MARTÍN-CALDERÍN, SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, GARCÍA-TAPIA, etc.

Sus publicaciones fueron muy numerosas, la primera tenía por título «TIENE EL ANILLO DE WALDEYER UNA FUNCIÓN ENDOCRINA». Esta primera publicación fue escrita siendo aún estudiante de medicina.

Fue Jefe de Servicio de ORL del Hospital Provincial de CÓRDOBA, perteneciendo al cuerpo médico de las Beneficencias Provinciales. Durante muchos años imprimió en este Servicio su impronta organizativa, consiguiendo que su Servicio fuera considerado uno de los principales de la región andaluza.

Desde el punto de vista docente, la Facultad de Medicina de Córdoba, le encargó durante muchos cursos la docencia de la asignatura de Otorrinolaringología, docencia que extendió a los numerosos cursos y reuniones en las que solía ser invitado de Honor.

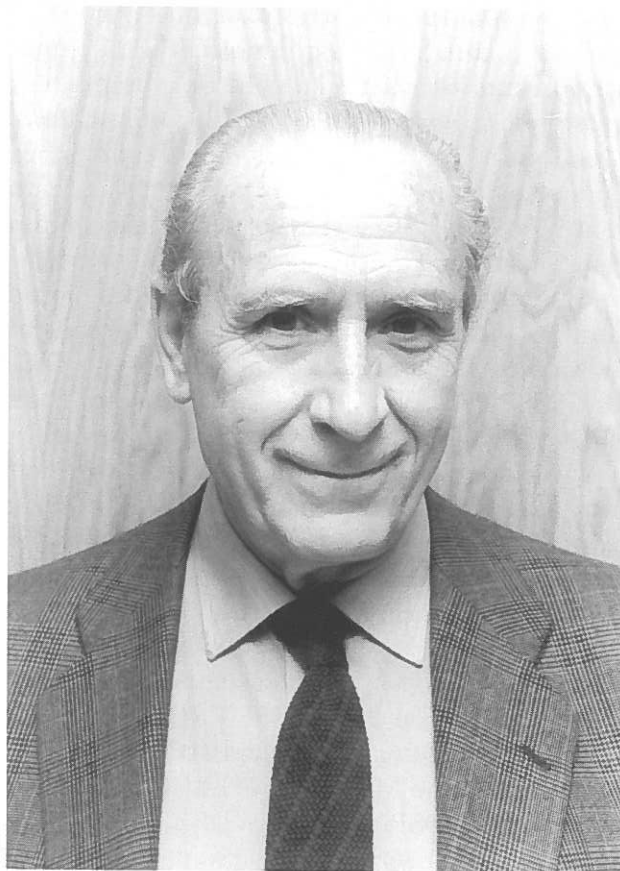
Siendo Presidente de la Sociedad Española de ORL presentó de forma oficial la candidatura de España con sede en Madrid durante el XII Congreso Mundial celebrado de BUDAPEST, para la celebración del XIV Congreso Mundial de la IFOS.

La IFOS se inició creando en primer lugar un Comité Ejecutivo para intentar organizar esta Federación de Sociedades. Este Comité se reunió en ROMA en 1970 y sus Estatutos fueron aprobados en VENECIA en 1973 en el Congreso Mundial allí celebrado y presidido por el Prof. HOLLINGUER. Nuestra candidatura se presentó de forma definitiva y según lo estatuido en el Congreso Mundial de MIAMI presidido por el Prof. CHANDLER. Era como una herencia que había dejado nuestro anterior Presidente Dr. NAVARRO y allí un grupo de Especialistas españoles, todos como una sola persona, defendimos y presentamos un futuro congreso, siendo nuestra solicitud y, después de votación entre todos los asistentes formados por la representación de todos los países del mundo, y frente a la India, Holanda, Egipto (se retiró) y Corea, nuestra propuesta fue aceptada por mayoría. Creo que fue algo extraordinario, el bloque de todos los españoles y el mantenimiento de éste para obtener el éxito tanto científico como social del XIV Congreso Mundial.

La herencia recibida por nuestra Sociedad, fue ejecutada y todo el éxito y el esfuerzo de todos eran en su recuerdo.

Estos valores aquí reflejados son solo una pequeña parte de su personalidad, su talla científica estaba reconocida, pero ésta era solo una parte de su forma de ser, su saber hacer, su amabilidad, su gracejo andaluz, mezclado con una sutil ironía y un carácter decidido y férreo, le hacían un personaje querido y admirado de todos los socios. Siempre tenía la frase o la anécdota oportuna para adueñarse de la más difícil situación. Supo además de tener todos estos valores, ser independiente de grupos, siguiendo una característica de todos los anteriores Presidentes y mantener una línea ejecutora recta sincera y transparente. Igualmente supo rodearse de un grupo de Especialistas que él consideraba unidos a él por tener aspiraciones comunes respeto al futuro de la Sociedad, por la que sentía un verdadero cariño y a la que se entregó en cuerpo y alma. Este grupo supo después mantener su espíritu y dedicaron su tiempo y desvelos al Congreso que él tanto había soñado. Creo que dejó un recuerdo imborrable entre todos los que le conocíamos por su gentileza y sinceridad.

PROF. DON TEODORO SACRISTÁN ALONSO
Quinto Presidente
(1984-1990 Hasta actualidad)



D. TEODORO nació en Santa Olalla (Toledo) donde tiene a su nombre la calle principal y su busto en bronce preside la plaza del pueblo como muestra de agradecimiento del municipio y sus vecinos a un toledano ilustre.

Muestra su dedicación a la Otorrinolaringología desde su infancia puesto que el destino, siendo niño, le regaló una difteria que gracias a su padre y a los oportunos cuidados del INSTITUTO ANTIDIFTERICO DE MADRID, del que era director en aquellas fechas el Prof. MARTÍN-CALDERÍN, que con el rodar del tiempo sería su Profesor en el Hospital de Madrid, no tuvo mayores consecuencias ni dejó merma en su salud.

Si hay que definir algunos rasgos de la personalidad de TEODORO, éstos serían los siguientes: Trabajador incansable, siempre el primero en llegar y el último en salir de su Servicio. Don de gentes. Autoridad sin autoritarismo

y compromiso moral con los enfermos y las instituciones a las que representa; en suma, nos encontramos ante un líder natural.

Estudia la carrera en la Universidad Complutense de Madrid, en una época que por calificarla de alguna manera diremos DIFÍCIL, conjugando estudios y milicia, soldado durante seis años, nuestra postguerra y la Segunda Guerra Mundial, hicieron de aquella época una época dura; el aislamiento político trajo el aislamiento científico con todas sus consecuencias, tanto científicas como sociales.

Siendo aún estudiante realiza la oposición a alumno interno de la Beneficencia Provincial de Madrid y fue destinado al Servicio de ORL del HOSPITAL PROVINCIAL, del que era Prof. El Dr. ADOLFO HINOJAR, con el que se une y procura adquirir sus conocimientos y principios morales; fue su primer MAESTRO y luego con el correr de los años le sustituirá en dicho puesto. Permanece en este cargo hasta 1945, fecha en que termina sus estudios universitarios.

Al terminar este período es nombrado MÉDICO EXTERNO de la BENEFICENCIA PROVINCIAL, cargo que ocupa hasta 1947, cuando obtiene la plaza de MÉDICO INTERNO por oposición en el HOSPITAL PROVINCIAL DE MADRID, siendo adscrito al servicio de ORL el que seguía siendo Prof. El Dr. HINOJAR, estrechándose los lazos humanos y científicos entre ambos.

Posteriormente se desplaza a MÉXICO D.F., donde permanece desde el año 1949 hasta 1953, tras obtener una beca en la BENEFICENCIA HISPANA DE MÉXICO. A su regreso se reincorpora al servicio de ORL, del que era ya Profesor el Dr. MARTÍN-CALDERÍN, pero sigue unido al Dr. HINOJAR en su consulta privada, hasta su fallecimiento. Cuatro ó cinco días antes de este suceso practicaron una laringectomía. El Prof. MARTÍN-CALDERÍN pronto le considera y admite como asiduo colaborador.

En estas fechas obtiene una plaza de MÉDICO ESPECIALISTA ORL de la S.S. por concurso, plaza que desempeña desde 1956 hasta 1990. Obtiene asimismo por oposición la plaza de Jefe Clínico del CUERPO MÉDICO DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL DE MADRID, siendo destinado al Servicio de ORL del HOS-

PITAL PROVINCIAL DE MADRID, plaza que ocupa desde el año 1958 hasta 1967. En este tiempo sigue siendo Prof. del Servicio el Prof. MARTÍN-CALDERÍN, catedrático de ORL de Cádiz y posteriormente de Valladolid. A la jubilación de éste y tras oposiciones obtiene la plaza de Profesor Jefe del Servicio de ORL del HOSPITAL PROVINCIAL DE MADRID, cargo que desempeña desde 1967 hasta 1987.

Dentro del Hospital ocupa cargos de responsabilidad y de dirección siendo nombrado jefe del Departamento de ESPECIALIDADES MÉDICO-QUIRÚRGICAS. Posteriormente, a su jubilación es nombrado PROFESOR EMÉRITO DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL DE MADRID.

A sus sobresalientes méritos asistenciales une unos, no menos importantes, académicos: DOCTOR «CUM LAUDE» en junio de 1966, con tesis dirigida por el Prof. MARTÍN-CALDERÍN. Profesor Asociado de la Universidad Complutense en el HOSPITAL PROVINCIAL DE MADRID desde el año 1969 hasta 1982, siendo catedrático de Madrid el Prof. D. ROSENDO POCH VIÑAL. En este año es nombrado PROFESOR TITULAR DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE, destinado en el Hospital Provincial, asignatura ORL.

Igualmente es DIRECTOR DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE MADRID desde 1982 hasta 1986. Introduce cambios sustanciales en la docencia de sus alumnas, que van a contribuir en gran manera en su preparación tanto científica como práctica.

Los méritos científicos que atesora son también abundantes: Cuatro ponencias dirigidas en colaboración con otros autores, presentadas en nuestra Sociedad, numerosos capítulos en libros, prólogos, etc. Tiene noventa y siete trabajos publicados, ha sido el Presidente de doce Reuniones Anuales de la Sociedad, moderador y panelista de numerosas Mesas Redondas, etc.

Sus méritos científicos, académicos y asistenciales se ven adornados por su dedicación a instituciones gremiales, tanto del COLEGIO DE MÉDICOS como de nuestra especialidad de Otorrinolaringología, y los cargos de responsabilidad se han ido acumulando progresivamente. Unido a la Sociedad desde los primeros tiempos, ha sido Vocal Tercero Electo, Vicepre-

sidente de la Comisión Profesional, Vicepresidente General de 1981 a 1984 y Presidente de la Sociedad Española de Otorrinolaringología hasta la actualidad. Llevado por el espíritu de Don ADOLFO, que fue el fundador del PATRONATO DE HUÉRFANOS PRÍNCIPE DE ASTURIAS DEL CONSEJO GENERAL DE MÉDICOS, obtiene en elecciones el cargo de TESORERO del citado organismo en 1979, y tesorero de la FUNDACIÓN DEL PATRONATO DE HUÉRFANOS DEL CONSEJO GENERAL DE MÉDICOS, siendo reelegido para ambos cargos durante cinco mandatos. En este cargo se ocupa de mejorar la situación económica de viudas, huérfanos y médicos enfermos y rehabilita y pone en marcha el COLEGIO DUQUE DE AHUMADA (Guadalajara) para huérfanos e hijos de médicos de España, procurando seguir las directrices de su primer maestro D. HINOJAR.

Por prestigio y por méritos propios ha ostentado cargos representativos internacionales de nuestra especialidad: Vicepresidente de la IFOS desde 1985 hasta 1989.

Presidente de la IFOS desde 1989 hasta 1993.

Presidente del XIV Congreso Mundial de ORL celebrado en Madrid en 1989 de la IFOS, siendo Secretario General del mismo el Prof. D. J.J. ÁLVAREZ VICENT.

Presidente del ADVERSORI COMMITTEE de la IFOS desde 1993 hasta 1997.

Consejero de la IFOS desde 1993 hasta la actualidad.

Ha recibido numerosos premios de los que destacan los siguientes: Premio de la SOCIEDAD ANDALUZA ORL por su trabajo «Vías de abordaje en cirugía otológica».

Dos premios anuales de la DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE MADRID, uno con el tema «Traqueotomía de urgencia». Medalla de ORO de la IFOS. Medalla de PLATA de la Universidad Complutense, Medalla de PLATA del Ilmo. COLEGIO de MÉDICOS DE LA AUTONOMÍA DE MADRID.

Medalla de COBRE y de ORO de la SOCIEDAD ESPAÑOLA de ORL.

Socio de Honor de numerosas Sociedades ORL: Socio de HONOR de la PORTUGUESA, Socio de HONOR de la Sociedad ITALIANA, Socio de HONOR de la Sociedad JAPONESA,

Socio de HONOR de la Sociedad VASCA, Socio de HONOR de la Sociedad ARAGONESA; pertenece a numerosas Sociedades Científicas, como la francesa, Fundación Portmann, etc.

Ciudadano de HONOR de la ciudad de NEW ORLEANS (EE.UU.), etc.

Ha dedicado gran parte de su vida a la Sociedad Española de ORL, y bajo su Presidencia se han conseguido logros muy importantes, empezando por la obtención del Congreso Mundial, herencia del anterior Presidente Dr. NAVARRO y gracias al equipo y a su Secretario Prof. D. J. J. Álvarez Vicent, se pudo llevar a cabo con éxito de resonancia mundial. Mejora de la situación económica, que permite la adquisición de una sede propia y su adaptación actual. Mejoras sociales como el aumento de la prima de defunción. El siempre dice que todo esto y la gran apertura hacia el exterior actual de nuestra Sociedad ha sido posible gracias a la colaboración y unión que ha existido en todas las Juntas Directivas por él presididas.

SECRETARIOS GENERALES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL

En los Estatutos se contempla en cargo de SECRETARIO GENERAL desde el mismo momento de su fundación. Estos cargos han sido y son fundamentales para que la Sociedad pueda caminar y sería imposible de concebir una Sociedad sin un Secretario que dotado de amplia capacidad de maniobra llevara adelante todas las gestiones que día a día se van presentado. Los Secretarios han representado el alma misma de la Sociedad y si esta ha tenido Presidentes respetados y queridos, los Secretarios han gozado del afecto de todos los socios.

Los Secretarios Generales han sido los siguientes:

- Dr. Don ANTONIO GARCÍA-TAPIA HERNANDO

Es el primer Secretario y ocupa el cargo en la primera Junta Directiva fundacional 1949, por motivos de salud deja el mismo en marzo de 1950.

- DR. Don FRANCISCO MARAÑES PORTALES
Ocupa temporalmente el cargo en 1950 por enfermedad del titular.
- DR. Don ANTONIO GARCÍA-TAPIA HERNANDO
Vuelve a ocupar el cargo para el que había sido elegido hasta el año 1952.
- DR. Don FRANCISCO MARAÑES PORTALES
Vuelve a ocupar interinamente la secretaría hasta 1954.
- PROF. Don ANDRÉS SÁNCHEZ RODRÍGUEZ
Elegido en el año 1954 y es reelegido sucesivamente hasta el año 1978.
- PROF. Don JUAN JOSÉ ÁLVAREZ VICENT
Ocupa el cargo interinamente por dimisión del Prof. D. ANDRÉS SÁNCHEZ RODRÍGUEZ en 1978, siendo elegido y reelegido en 1981 y 1987. Cesando en el cargo en el año 1993.
- DR. Don PRIMITIVO ORTEGA DEL ÁLAMO
Elegido en el año 1993, desempeñando el cargo en la actualidad.

NOMBRAMIENTOS HONORÍFICOS Y PREMIOS

En los Estatutos fundacionales de la Sociedad Española de ORL, se contempla la concesión de nombramientos honoríficos y de premios, generalmente en forma de medallas, a sus socios o personalidades de la Ciencia o vida Social, que por sus aportaciones a la Ciencia, al desarrollo tanto nacional como mundial de nuestra Especialidad, o a nuestra propia Sociedad, sean dignos de éstos.

Los nombramientos podrán ser, PRESIDENTE DE HONOR, SOCIO DE HONOR, SOCIO HONORÍFICO, SOCIO CORRESPONSAL.

Las medallas tendrán tres categorías, ORO, PLATA y BRONCE.

La medalla de ORO, máxima concesión honorífica, necesita la propuesta de la JUNTA DIRECTIVA, que estudiará ésta incluyéndose un currículum vitae; una vez aprobado por la

misma se pasará la propuesta a la ASAMBLEA GENERAL, que para su aprobación deberá figurar en el orden del día el nombre del candidato. Generalmente se ha concedido a personalidades y a antiguos presidentes.

La medalla de PLATA se impone de forma Estatutaria a todos los Presidentes de los Congresos Nacionales, o a socios o personalidades que reúnan requisitos para tal premio.

Se sigue el mismo protocolo indicado para las medallas de ORO.

Las medallas de BRONCE, se conceden a todos los titulares de las ponencias aprobadas y presentadas tanto en Congresos Nacionales como en las Reuniones Anuales. También se incluyen en esta categoría de premios aquellos premios concedidos por la Sociedad y que haya sido incluida su concesión en la convocatoria del mismo. Estos premios se conceden directamente. Se informará a la Asamblea General, pero no necesitarán de su aprobación.

Igualmente se ha creado una mención honorífica, con placa de plata con dedicatoria personalizada a aquellas casas, laboratorios, etc. cuya ayuda para el desarrollo de las actividades de nuestra Sociedad, los haga merecedores de este homenaje.

Todas estas concesiones se inscribirán en un libro registro, que formará parte de la historia de nuestra Sociedad.

PRESIDENTES DE HONOR	
Año nombramiento	Nombre
1978	SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, ANDRÉS (†)
1949 (26.10)	GARCÍA-TAPIA, ANTONIO (†)
1957	CASADESÚS Y CASTELL, FERNANDO (†)
1958	NÚÑEZ PÉREZ, GUILLERMO (†)
1993	AGER MUGUERZA, ENRIQUE (†)
	ANTOLÍ-CANDELA CEBRIÁN, FRANCISCO DEL CAÑIZO SUÁREZ, CASIMIRO GARCÍA-IBÁÑEZ, LUIS MAÑOS GONZÁLBO, MANUEL MARCO CLEMENTE, JAIME RODRÍGUEZ ADRADOS, FELIPE

MEDALLAS DE ORO

<i>Año concesión</i>	<i>Nombre</i>
	ANTOLÍ-CANDELA CEBRIÁN, FRANCISCO
	BARTUAL, RAFAEL
	GARCÍA-IBÁÑEZ, LUIS
	SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, ANDRÉS
1967	ARIÑO ANZANO, JULIO
1969	GARCÍA-TAPIA, RAFAEL
1972	CASADESÚS Y CASTELL, F.
1990	ÁLVAREZ VICENT, JUAN JOSÉ
1990	BARTUAL PASTOR, JUAN
1990	SACRISTÁN ALONSO, TEODORO
1991	POCH VIÑALS
1992	MARTÍN-CALDERÍN MENÉNDEZ, ANTONIO
1996	CLAROS DOMÈNECH, ANDRÉS
1996	MARCO CLEMENTE, JAIME
1996	MONTSERRAT VILADIU, JOSÉ MARÍA
1996	PULIDO CUCHI, RAFAEL
1998	DEL CAÑIZO SUÁREZ, CASIMIRO
1998	MAÑOS GONZÁLBO, MANUEL
1998	OLAIZOLA GORBEA, FERNANDO
1998	RODRÍGUEZ ADRADOS, FELIPE

MEDALLAS DE PLATA

<i>Año concesión</i>	<i>Nombre</i>	<i>Motivo</i>
1969	MARCO CLEMENTE, JAIME	VII C. NACIONAL-SEVILLA
1987	GARCÍA-TAPIA URRUTIA, RAFAEL	XIII C. NACIONAL-PAMPLONA
1996	BERNAL SPREKELSEN, MANUEL	XVI C. NACIONAL-P. DE MALLORCA
1998	CUYAS DE TORRES, JOSÉ MARÍA	XVII C. NACIONAL-LAS PALMAS

MEDALLAS DE BRONCE

<i>Año concesión</i>	<i>Nombre</i>	<i>Motivo</i>
1996	ÁLVAREZ VICENT, JUAN JOSÉ	PONENCIA
1996	COBETA MARCO, IGNACIO	PONENCIA
1996	SACRISTÁN ALONSO, TEODORO	PONENCIA
1997	LLORENTE PENDAS, JOSÉ LUIS	PONENCIA
1997	SUÁREZ NIETO, CARLOS	PONENCIA
1998	QUESADA MARÍN, PEDRO	PONENCIA

SOCIOS DE HONOR	
Año concesión	Nombre
	MARTÍN-CALDERÍN MENÉNDEZ, ANTONIO
1949 (26.10)	JIMÉNEZ ENCINAS, CRISTÓBAL
1950 (24.01)	MARAÑÓN, GREGORIO
1957	LAÍNEZ ALCALÁ
1957	REAL DE LA RIVA, CÉSAR
1957	GALLEGO, ANTONIO
1959	ALONSO, JUSTO M.
1959	BOCCA
1959	TRINKER, DIETRIDI
1960	SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, ANDRÉS
1961	FORTUNATO
1961	SALOMON DANIE
1963	D'ANINO
1964	KLEY
1966	ANTOLÍ-CANDELA, F.
1966	BARAJAS, J.M.
1966	GAVILÁN, MARCELINO
1966	NAVARRO, J.
1966	SUÑE Y MEDAN
1967	ALCOBE ELOFNER, SANTIAGO
1967	ARSLAN
1969	HINOJAR, CARLOS
1969	PORTELA, JOAQUÍN
1970	BERMEJO CORREA, JOSÉ
1986	DE PINIES, FÉLIX
1986	HIRANO, MINORU
1988	RUY PENHA
1990	KASTENBAUER, RUDOLF
1990	MARCUCHI, LORENZO
1990	WILMES, EBERHARD
1991	DESANTO, LAWRENCE
1992	KRESPI, YOSEF P.
1992	STEINER, WOLFGANG
1993	HILDMANN, HENNING
1994	HONRUBIA, VICENTE
1994	MYERS, EUGENE
1995	TRINIDAD PINEDO, JUAN
1995	MEDINA, JESÚS E.
1997	DE LA CRUZ, ANTONIO
1997	STAMMBERGER, HEINZ RICHARD
1998	CUMMINGS, CHARLES
1998	PORTMANN, MICHEL
1998	SÁNCHEZ MARLE, JUAN FELIPE

REUNIONES Y CONGRESOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL

Los Estatutos definen de forma obligatoria la realización de una reunión anual, que se deberá celebrar en Madrid y cada tres años se deberá celebrar un Congreso Nacional cuya sede será elegida en la Asamblea General previa presentación de los candidatos y por votación durante la misma. La reunión anual se celebrará en el mes de noviembre y el Congreso en fecha propuesta por el Comité organizador del mismo a la Junta Directiva.

Las reuniones anuales se han venido celebrando de forma ininterrumpida desde la fundación de la Sociedad, hasta el momento actual. El Presidente de estas reuniones anuales es el Presidente electo de la Sociedad y el Secretario General, es a su vez Secretario de la reunión. Estas reuniones anuales han ido adquiriendo cada año más y más importancia, pasando a ser prácticamente iguales a los Congresos Nacionales por el número de asistentes y número de comunicaciones. Prueba de esto, ha sido la necesidad de cambiar de Sede para su celebración, pasando del Colegio Oficial de Médicos al Hotel Palace, Hotel Mindanao y Hotel Meliá Castilla, siempre por exigencias dimanantes del mayor número de asistentes. Hasta el momento actual y manteniendo un criterio impuesto por las primeras reuniones, estas son totalmente gratuitas, sin ningún cobro de cuota de inscripción, debiéndose hacer mención a la importancia de las ayudas recibidas por parte de la Industria Farmacéutica. El número de comunicaciones y de pósters siempre sobrepasan los cálculos más optimistas, obligando a reducciones de tiempo y mejor de la calidad.

Los Congresos Nacionales se celebran cada tres años, en este año no hay ninguna reunión anual y como decíamos anteriormente son elegidos por votación en la Asamblea General de cada Congreso. El Presidente nombra un Comité Organizador y se reúne periódicamente con la Junta Directiva de la Sociedad para informar de la marcha organizativa de dicho Congreso.

Éstos se han celebrado de forma periódica, la relación de los mismos con sus Presidentes, es la siguiente:

<i>Año</i>	<i>Congreso</i>	<i>Sede</i>	<i>Presidente</i>
1950	I CONGRESO	MADRID	PROF. A HINOJAR
1954	II CONGRESO	VALENCIA	PROF. RAFAEL BARTUAL
1957	III CONGRESO	SALAMANCA	PROF. A. SÁNCHEZ RODRÍGUEZ
1960	IV CONGRESO	PALMA DE MALLORCA	DR. F. VILA
1963	V CONGRESO	BILBAO	DR. BRAVO PACHECO
1966	VI CONGRESO	BARCELONA	PROF. A. AZOY
1969	VII CONGRESO	SEVILLA	PROF. J. MARCO CLEMENTE
1972	VIII CONGRESO	STA. CRUZ DE TENERIFE	DR. BARAJAS
1975	IX CONGRESO	FUENGIROLA	DR. J. PÉREZ DEL BOSQUE
1978	X CONGRESO	SANTIAGO COMPOSTELA	DR. PENSADO
1981	XI CONGRESO	LA MANGA	PROF. C. SPREKELSEN
1984	XII CONGRESO	OVIEDO	DR. TAMARGO
1987	XIII CONGRESO	PAMPLONA	PROF. R. GARCÍA-TAPIA
1990	XIV CONGRESO	SANTANDER	PROF. JULIO RAMA
1993	XV CONGRESO	CÁDIZ	PROF. JUAN BARTUAL
1996	XVI CONGRESO	PALMA DE MALLORCA	DR. BERNAL SPREKELSEN
1998	XVII CONGRESO	LAS PALMAS	DR. CUYAS DE TORRES

PONENCIAS		
<i>Año</i>	<i>Título</i>	<i>Autores</i>
1952	SÍNDROMES HIPOACÚSICOS	DR. ALFONSO VASALLO DE MUMBERT
1953	ANTIBIÓTICOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	DR. ALONSO FERRER
1953	QUIMIOTERÁPICOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	DR. ÁLVAREZ PÉREZ
1954	INERVACIÓN DE LA LARINGE	DR. SÁNCHEZ RODRÍGUEZ
1955	CIRUGÍA FUNCIONAL DE LAS OTORREAS Y SUS SECUELAS	DR. ANTOLÍ-CANDELA
1956	ESTADO ACTUAL DE LA EXPLORACIÓN AUDITIVA	DR. POCH VIÑALS
1957	CIRUGÍA FUNCIONAL DE LAS OTORREAS	PROF. GUILLERMO NÚÑEZ PÉREZ
1957	LA EXPLORACIÓN FUNCIONAL AUDITIVA. SU ESTADO ACTUAL	DR. ROSENDO POCH VIÑALS
1960	FISIOLOGÍA Y CLÍNICA DE LA OLFACIÓN	DR. JAIME MARCO CLEMENTE
1961	EL NERVIIO FACIAL	DR. GUILLERMO NÚÑEZ PÉREZ
1962	PRÓTESIS AUDITIVAS	DR. TEROL FIGUEROLA
1963	LABERINTO POSTERIOR. FISIOPATOLOGÍA	DR. G. CAPELLA BUJOSA
1964	ESTENOSIS FARÍNGEAS CRÓNICAS	DR. PULIDO CUCHI
1965	TRAUMATISMOS FRONTOBASALES	DR. RAFAEL GARCÍA-TAPIA
1966	CROMOSOMOPATÍAS EN OTOLOGÍA	DR. BARTUAL VICENS
1967	FARINGITIS METABÓLICAS CRÓNICAS INESPECÍFICAS	DR. GUILLERMO VIDEGAIN SALAVERRÍA
1968	REHABILITACIÓN DEL NIÑO COFÓTICO O GRAVE HIPOACÚSICO	DR. MIGUEL CIGES JUAN
1969	RINOPLASTIA FUNCIONAL Y SUS BASES ANATOMOFISIOLÓGICAS	DR. MONTSERRAT VILADIU
1970	CÁNCER DE RINOFARINGE	DR. A. AZOY
1971	MICROCIRUGÍA ENDOLARÍNGEA	DR. J. PRADÉS PLÁ
1972	CIRUGÍA DE LAS OTORREAS Y SUS SECUELAS	DR. FCO. ANTOLÍ-CANDELA

PONENCIAS (cont.)		
Año	Título	Autores
1973	CIRUGÍA DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	DR. E. GARCÍA IBÁÑEZ
1973	ESTADO ACTUAL DE LA EXPLORACIÓN AUDITIVA	DR. J. SANJUAN JUARISTI
1974	MICROCIRUGÍA ENDONASAL	DR. J. BOSCH
1975	CÁNCER LARÍNGEO Y FARINGOLARÍNGEO	DR. J. BARTUAL PASTOR, T. SACRISTÁN ALONSO Y J. MARCO CLEMENTE
1976	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL	DR. G. CAPELLA BUJOSA
1977	TRATAMIENTO DE LOS TUMORES MALIGNOS CAVIDAD ORAL	DR. JUAN JOSÉ ÁLVAREZ VICENT
1978	CIRUGÍA DE LOS SENOS PARANASALES	DR. MANUEL MAÑOS
1979	LA IMPEDANCIA CLÍNICA Y REFLEJO ESTAPEDIAL	DR. FERNANDO OLAIZOLA GORBEA
1980	ADENOPATÍAS CERVICALES METASTÁSICAS	DR. J. TRASERRA PARAREDA
1981	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA EN ONCOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO	DR. C. SUÁREZ NIETO
1981	LA INFECCIÓN EN ORL	DR. MIGUEL CIGES JUAN
1982	HIPOACUSIA INFANTIL	DR. F. OLAIZOLA GORBEA
1983	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS	DR. JOSÉ J. BARAJAS PRAT
1984	PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA	DRES. DANIEL LÓPEZ AGUADO Y PEDRO QUESADA
1984	PRECANCEROSIS ORL (LESIONES PRECANCEROSAS)	DR. JUAN JOSÉ ÁLVAREZ VICENT
1985	COLESTEATOMA	DR. FERNANDO OLAIZOLA GORBEA
1986	EL LÁSER EN ORL	DR. GUILLERMO VIDEGAIN SALAVERRÍA
1987	PATOLOGIA QUIRÚRGICA DE LAS GLÁNDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES	DRES. C. SUÁREZ NIETO, J. MARTÍNEZ VIDAL Y J. G
1988	RECUPERACIÓN DE LA VOZ EN LOS LARINGECTOMIZADOS. FISTULOPLASTIAS Y PRÓTESIS	DR. JESÚS ALGABA GUIMERÁ
1990	IMPLANTES COCLEARES	DR. E. GARCÍA-IBÁÑEZ
1990	MALFORMACIONES GENÉTICAS DE OÍDO Y SU TRATAMIENTO	DR. FERNANDO OLAIZOLA GORBEA
1991	URGENCIAS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	DR. MANUEL FERNÁNDEZ-VEGA Y DIEGO
1992	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES DE CABEZA Y CUELLO	DR. L.M. GIL-CARCEDO GARCÍA
1993	CIRUGÍA DE LA BASE DEL CRÁNEO	DR. JOAQUÍN POCH BROTO
1994	CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL	DR. J. M. ADEMÁ ALCOVER
1995	CÁNCER DE CUERDA VOCAL	DRES. J. J. ÁLVAREZ VICENT Y T. SACRISTÁN ALONSO
1996	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PATOLOGÍA DE LA VOZ	DR. IGNACIO COBETA MARCO
1996	EL CÁNCER DE LARINGE	DRES. J. J. ÁLVAREZ VICENT Y T. SACRISTÁN ALONSO
1997	COLGAJOS LIBRES EN LAS RECONSTRUCCIONES DE CABEZA Y CUELLO	DRES. J. L. LLORENTE PENDAS Y C. SUÁREZ NIETO
1998	RONCOPATÍA CRÓNICA Y SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO	DR. PEDRO QUESADA MARÍN

**REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA
CÉRVICO-FACIAL CABECERA DE LA MISMA «ACTA OTORRINOLARINGOLÓGICA ESPAÑOLA»**

Año	
1951	Año de constitución de la revista, de forma ininterrumpida hasta el momento actual.
1995 (noviembre)	Edición cintas de vídeo.
1995	Cambio diseño portada de la revista.
1994	Creación Boletín Informativo de la SEORL-PCF.
1996 (octubre)	Diseño de nuevo formato Boletín de la SEORL-PCF.
1996 (diciembre)	Se acuerda pasar de seis a ocho números la edición de la Revista para el año 1997.
1997 (enero)	«Premio Garsi» al mejor artículo científico publicado en Acta ORL - 1./1/97 se aumenta de 25.000 ptas. a 200.000 ptas. pasando a llamarse «Premio Masson».
1997 (junio)	Adaptación de las normas editoriales de la Revista, de acuerdo con las Normas de Vancouver actualizadas en 1997.
1997 (septiembre)	Diseño y aprobación logotipo 50 Aniversario de la SEORL-PCF que se publicará en la Revista y en el Boletín.
1999 (marzo)	Inicio edición monografías casos clínicos publicados en la Revista desde 1996/1998.

INCORPORACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS INFORMÁTICAS

1997 (abril)	CD-ROM (1995/1996) Patrocinado por «Astra».
	Acceso a la información por palabras claves, autores, sumarios etc.
1997 (diciembre)	INTERNET - Inclusión revista dos últimos números de 1997.
	Link con la SEORL-PCF, Pasword gratuito a los socios.
	Patrocinio Bayer.
1998 (noviembre)	CD-ROM (Resúmenes y comunicaciones Congreso Nacional 1998).
	Patrocinado por «Astra».
1998 (diciembre)	INTERNET - Inclusión revista 1998.
1999 (marzo)	CD-ROM (1997/1998) Patrocinado por «Astra».
1999	INTERNET- Inclusión revista 1999.

PRESENCIA DE LA REVISTA EN EL STAND DE MASSON W&W EN AMÉRICA

1997 (22 octubre)	Congreso Acad. Of Dispensing Audiologist - Orlando (USA).
1998 (2 abril)	Congreso Amer. Acad. Audiology - Los Angeles (CA-USA).
1998 (7 octubre)	Congreso Acad. Of Dispensing Audiologist - Montarrey (CA-USA).

BASE DE DATOS DONDE SE ENCUENTRA INCLUIDA LA REVISTA

Embase-Excerta Médica	Biosis
Medline-Index Medicus	Aidsline-Index Medicus
Cancerlit-Index Medicus	Toxline-Index Medicus
Healtstar-Index Medicus	I.M.E.-Índice Médico Español

DIFUSIÓN

Nacional	2.100 ejemplares
Extranjero	350 ejemplares

CAPÍTULO VI

DESARROLLO DE LA OTORRINOLARINGOLOGÍA A NIVEL MUNDIAL. PARALELISMO CON LA SITUACIÓN ESPAÑOLA A TRAVÉS DEL ACTA ORL



Recuerdo de la excursión a Postdam. Congreso de Berlín, 20 de junio de 1922.

1. Dr. J. M.^a Sánchez Covira. - 2. Dr. A. Hinojar - 3. Dr. E. López LaCarrere -
4. Dr. I. Sánchez García - 5. Dr. Villar - 6. Dr. F. Laguna - 7. Dr. S. Hernández.

Foto cedida por Dr. J. Utrilla.

J. J. López Moya - P. Avilés Mañoso

M. Coloma Milano - C. de Juan Ivars

M. Lasso de la Vega - J. Martínez Salazar

C. Pescador Mesonero - M. Portell Soriano

J. Ramos Fernández - A. Ruiz-Fornells

CONTRIBUCIÓN DE LAS CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA TECNOLOGÍA AL DESARROLLO DE NUESTRA ESPECIALIDAD

M. M. Lasso de la Vega Zamora

J. Ramos Fernández

C. Pescador Mesonero

M. Coloma Milano

En este capítulo recorreremos paso a paso los avances en la investigación médica y tecnológica que contribuyeron al desarrollo de la Otorrinolaringología desde el comienzo de la Sociedad de ORL en 1936 hasta nuestros días. Intentaremos exponer los avances más significativos que acompañaron en su camino a nuestra especialidad y aquellos que acontecieron con anterioridad y son de capital importancia para realizar nuestro cometido.

1. AVANCES EN MEDICINA Y CIRUGÍA

1.1. Avances en Medicina

Mientras se creaba la Sociedad de ORL, no podíamos dejar de mirar a ambos lados, para comprobar como la investigación médica y quirúrgica nos iba aportando nuevos instrumentos para el estudio clínico, diagnóstico y tratamiento de nuestros pacientes. De esta manera, la Otorrinolaringología iba avanzando con unas directrices, cada vez más claras, hacia lo que es hoy nuestra especialidad.

1.1.1. Fisiología

La Fisiología, en un intento de resolver el problema del saber fisiológico en términos de

bioquímica y biofísica, dio lugar a la realización de numerosos trabajos. En 1902, obtuvieron un gran auge los trabajos de *Fisher y Hofmeister*, que afirmaban el carácter peptídico del enlace de los aminoácidos de la molécula de la proteína. No menos importantes fueron los estudios realizados sobre la estructura y mecanismos de los enzimas por *Büchner*, la bioquímica muscular y oxidaciones biológicas, la vía terminal común del metabolismo oxidativo y energético del organismo (*Krebs*, 1940) o el conocimiento de vitaminas y hormonas.

A principios del siglo XX ya se habían descrito las hormonas adrenalina y secretina, pero el descubrimiento de la insulina en 1921, tuvo auténticas consecuencias terapéuticas, ya que se pasó de una enfermedad no del todo conocida, la *diabetes mellitus*, al éxito de conseguir un tratamiento de sustitución. El descubrimiento de la hormona sexual influyó decisivamente en la ginecología y permitió la introducción de la píldora anticonceptiva en 1960, en EEUU. En este mismo período se descubrieron las vitaminas, que gracias a su empleo fue posible tratar y evitar las enfermedades carenciales.

El conocimiento progresivo de tejidos y órganos nos llevó en 1938 a descubrir la función de la glándula tiroides, con el uso de yodo radiactivo, por *Saul Hertz*. Un año más tarde, se ob-

servó por primera vez, la absorción del yodo radiactivo en el tiroides humano, por el internista estadounidense *Joseph G. Hamilton*, con la ayuda de un contador de Geiger. Todo ello le sirvió de base, junto con otros trabajos, para introducir el yodo radiactivo, en el tratamiento del hipertiroidismo, en 1943.

Con el conocimiento de la bioquímica y la endocrinología, la neurofisiología es el tercer campo del saber fisiológico. Es sin lugar a dudas, una ciencia complicada y aún hoy muy desconocida. A partir de los años 30, el descubrimiento de las funciones de la formación reticular (*Bremer*), del «sistema límbico» (*MacLean*, *Carballo*), de la función de la amígdala, así como de las distintas regiones del Sistema Nervioso, cortex, cerebelo, tálamo, etc. fueron ayudando a comprender las bases neurofisiológicas y patológicas de nuestra especialidad.

En estos años aparece el concepto de «neurotransmisor». Así en 1946, se descubre la noradrenalina en las fibras nerviosas del sistema simpático de los mamíferos (*Ulf Svantw*, Premio Nobel) y se observa la inhibición postsináptica de la conducción de los estímulos (*Carew Eccles*, 1951). De este modo, se iban sucediendo trabajos que nos abrían los ojos hacia el gran desconocido, el Sistema Nervioso.

1.1.2. Biología molecular

La Biología molecular se inició antes de los años 50 con dos investigadores; *Delbrück* (1938) con sus trabajos sobre la autorreproducción y la genética de los fagos, y *Astbury* con sus estudios sobre la estructura de las proteínas y de los ácidos nucleicos. En marzo de 1954 se establecen las bases de la ingeniería genética moderna con el bioquímico estadounidense *Watson* y el genético británico *Crick* que diseñan la doble hélice de la molécula de ADN (foto 1).

En el estudio de la autorreproducción, fueron hallazgos importantes la síntesis de ARN por el español *Severo Ochoa* (1955) y del ADN, por *A. Kornberg* (1956), la función genética del ADN (replicación, transcripción y transducción), la creación de los códigos genéticos y su sucesiva descifración y la relación de determinados genes con algunas enfermedades. Todo ello nos llevó a trabajos de investigación relevantes como los de *R. Weinberg* y *M. Barbacid*, que explicaron, en 1983, el comportamiento de los «*oncogenes*» como causantes del cáncer en determinadas circunstancias.

En 1958, comenzamos a conocer el Sistema Inmune, con el descubrimiento del *Sistema HLA*, por *Jean Dauset*, importante para la resistencia inmunitaria del organismo. Años más



Foto 1.— J. Watson y F. Crick, en 1959.

tarde se descifra la estructura de los anticuerpos responsables del Sistema Inmunológico por *Porter y Edelman*, siendo cuna de numerosos trabajos que sirvieron para diagnosticar y tratar (con gammaglobulinas, vacunas...) diversas enfermedades de carácter inmune.

1.1.3. Microbiología

En el último tercio del siglo XIX, la bacteriología se desarrolla de forma vertiginosa, dando nombre a toda una época. El empuje definitivo lo da *Louis Pasteur*, que en la década de 1850 describe los procesos de fermentación como resultado de la actividad de microorganismos y diserta sobre la teoría de generación espontánea (los microbios sólo surgen a partir de microbios). Otro gran avance sería la demostración por *Robert Koch* de que las bacterias son el origen de enfermedades como la tuberculosis (descubre el bacilo en 1882), el mal del bazo o el cólera, alcanzando un gran éxito en la lucha contra las epidemias.

La investigación de la década de 1930 a 1940, hizo conocer dos hechos importantes en el campo de la Microbiología: que entre los virus hay variedades diferentes por su tamaño, y que alguna de ellas pueden adoptar forma cristalina como la cristalización del virus del mosaico del tabaco (*W. M. Stanley*, 1935). Con este importante hallazgo comienza a existir la actual virología. El microscopio electrónico y el desarrollo de la bioquímica han sido los dos recursos principales para su rápida y floreciente constitución.

Descubrimientos como el test de inmovilización del *Treponema pallidum* por *Robert Armstrong Nelson y Manfred Martin Mayer*, en 1949, para diagnosticar la latencia y la sífilis posterior; los trabajos de *H. Fraenkel-Conrat* en 1955, que demostraron que los virus se hallan constituidos por un conglomerado de ácido nucléico envuelto por una cubierta proteica; el descubrimiento del virus de la Hepatitis B (*Blumberg*, 1964); el hallazgo de infecciones nosocomiales por estafilococos en los años 60 o el comienzo de la epidemia del SIDA en EE.UU., en 1978, dieron numerosas respuestas a la Medicina, que estaban aún por resolver.

El SIDA ha sido, sin lugar a dudas, la gran epidemia de finales del siglo XX, desde que se conocieron los primeros casos oficiales en junio de 1981, en EE.UU. Posteriormente, el descubrimiento de su agente responsable VIH (*L. Montagnier, R. Gallo*), en 1983, sentó las bases para crear medicamentos contra el SIDA y la búsqueda incansable de una vacuna.

1.1.4. Farmacología

La investigación farmacológica en el siglo XX dará un paso de gigante en la Medicina, con el descubrimiento de las *Sulfamidas* (*Domagk*, en 1935) y los antibióticos. Es en septiembre de 1928, cuando el bacteriólogo británico *Alexander Fleming* cultiva cepas de estafilococos en el laboratorio y se da cuenta que una colonia ajena se ha introducido en una de las placas de cultivo. Parece ser un moho que ha pasado de aire al medio de cultivo, e inhibe el crecimiento de los estafilococos, y la llamó *Penicilina*. En enero de 1941, *Ernst Boris Chain y Howard Walter Florey* consiguen su aplicación terapéutica, y será en 1945, cuando recibirán junto con *Fleming*, el Premio Nobel. Es, sin embargo, veinte años después, cuando el bacteriólogo japonés *Hata Toju* y colaboradores, descubren la *leucomicina*, un antibiótico muy eficaz contra los estafilococos resistentes a la penicilina (fotos 2 y 3).

Al final de la Primera Guerra Mundial, las deficientes condiciones de alimentación llevaron a un aumento de los casos de tuberculosis, provocando una gran mortalidad en la población europea. Había que luchar contra esta gran epidemia y sería, más tarde, en 1940, cuando el bioquímico y patólogo alemán *Gerhard Domagk* observó la eficacia del *Sulfotiazol* contra los bacilos de la tuberculosis *in vitro*. En enero de 1944, *Selman Abraham Waksman* trata por primera vez la tuberculosis con *Estreptomicina*, tras aislarla del hongo *streptomyces griseus*. Es a partir de 1945 cuando se combate con éxito la tuberculosis con el uso de la estreptomicina, descendiendo drásticamente la mortalidad, en pocos años (foto 4). Tres años más tarde *Duggar* descubre el *streptomyces aureofaciens*, la *Aureomicina*.

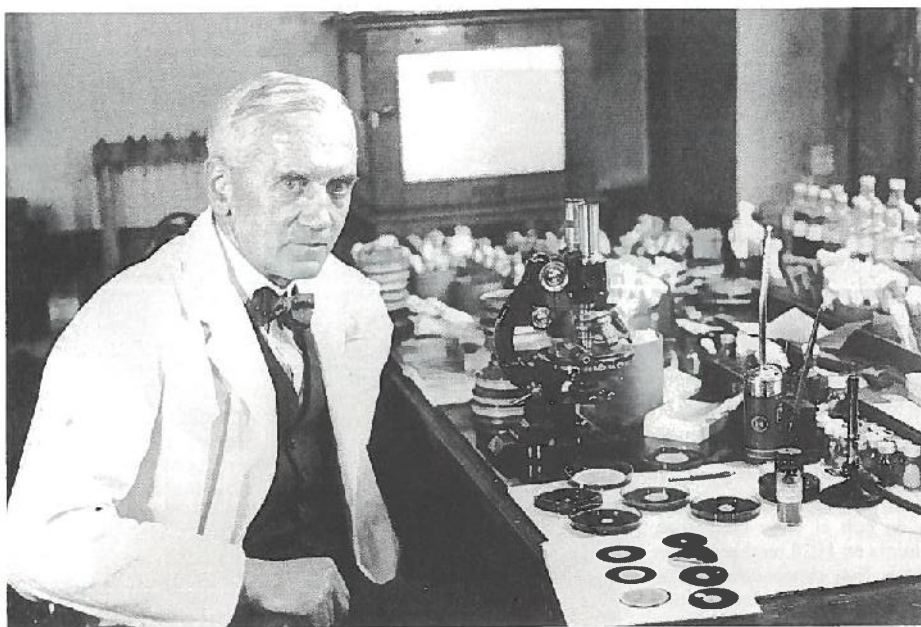


Foto 2.- A. Fleming en su laboratorio londinense.



Foto 3.- Cartel con la venta de penicilina en una tienda neoyorquina, el 16 de marzo de 1945.

En los años 40 se lanzan muchos investigadores a descubrir nuevos antibióticos, mezclando hongos con bacterias y viendo si las inhibían. Todos estos esfuerzos tendrán sus frutos con la aparición del *Cloranfenicol* por el farmacólogo estadounidense *John Ehrlich* en 1947, y dos años después con la *Neomicina* por *Waksman* y *Lechevalier* a partir de la estreptomicina. Más tarde, en 1950 se descubrirá

la *Terramicina* y seguirán surgiendo nuevos antibióticos como la *espiramicina* y *metronidazol* que se administrarán juntos por vía oral, con una especial actividad frente a los anaerobios.

Incesantes en la búsqueda del tratamiento eficaz, se abre camino a las sustancias de acción antialérgica. En 1937, los bioquímicos suizos *Bovet* y *Staub* describen por primera vez la es-

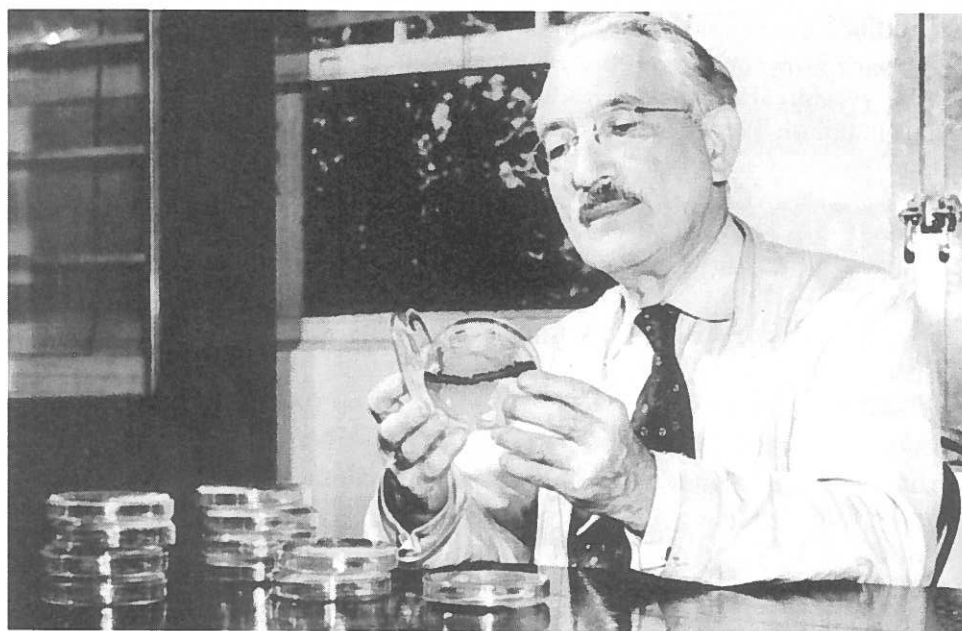


Foto 4.- S. A. Waksman desarrolla entre 1943/44 la estreptomicina.

tractura y acción de un antihistamínico. Pero no es hasta 1942, cuando el fisiólogo y médico francés *Bernard W. Halpern* produce el «*anergan*», el primer antihistamínico de uso terapéutico.

Desde la antigüedad se ha intentado combatir el dolor con medios como el beleño, la raíz de mandrágora, la cicuta, el cáñamo y la adormiguera, incluso se utilizaban las bebidas alcohólicas. En el siglo XX, la investigación farmacológica se dirigió en la búsqueda de un fármaco que hiciera desaparecer el dolor. Fue en 1939, cuando apareció el primer analgésico totalmente sintético, el «*volantín*», fabricado por el químico *Otto Eisleb*. Sin embargo además de combatir el dolor se precisaban antiinflamatorios potentes. En la lucha contra la inflamación, una contribución importante fue el trabajo de *Philip Shoewalter Hench* que experimentó por primera vez con una inyección de cortisona, en un paciente con artritis reumática en 1948.

Estaba claro que cada vez existían más medicamentos en el mercado, pero sólo es a raíz de 1956 con la introducción de la *talidomida*, como calmante y somnífero, y la aparición de malformaciones en los neonatos de madres que tomaron la medicación, cuando se comprueban mundialmente los efectos secundarios de los medicamentos.

1.1.5. Medicina preventiva

En el curso del siglo XVIII se iniciará de una manera científica y eficaz la historia de la profilaxis médica. La prevención de las enfermedades epidémicas dio lugar al saneamiento de las zonas palúdicas próximas a Roma (*Lancisi*), la fumigación con vapores de cloro de los objetos contaminados por «miasmas» (*Guyton de Morveau*, 1773) o a la gran hazaña del médico inglés *Edward Jenner* (1749-1823), que escuchó a una lechera de su tierra natal que las ordeñadoras infectadas por la viruela vacuna quedaban inmunes contra la viruela humana, y concibió la idea de utilizar el hecho como medida preventiva. *Jenner* sería el pionero de la era de la vacunación, en 1796.

En 1821, el médico francés *Pierre Fidèle Bretonneau* describe una nueva enfermedad infecciosa y la denomina *Diphthérie*, cuyo agente responsable (*Corynebacterium diphtheriae*) es descubierto por *Edwin Klebs* en 1883. La profilaxis sérica se desarrollará en 1890 (*E. von Behring* y *S. Kitasato*) y hasta los años 20 a 40, no se realizará una vacunación masiva contra la difteria. A partir de entonces se crearán vacunas contra el virus de las paperas (*Enders y Stokes*, 1946), la tosferina (que se introduce en los años 50), la poliomielitis (*Salk*, en 1954), la rubéola (*Enders y Peebles*) y la parotiditis (*Hilleman y Buynak*, 1966).

No se tardó en descubrir la relación del tabaco y el alcohol con muchas enfermedades, entre ellas el cáncer. Se comenzaron a realizar grandes campañas antitabaco y antialcohol. Pero el alcoholismo era un problema social y es en 1948, cuando el médico danés *Olaf Martensen Larsen*, emplea por primera vez para el tratamiento antialcohólico, un preparado de disulfiran («*antabus*»).

1.1.6. Tratamiento Oncológico

La lucha contra el cáncer nos lleva en 1953 a EE.UU., donde se aplican por primera vez sustancias sintéticas eficaces contra determinadas enfermedades cancerosas, como la leucemia crónica y mieloidea. Comienza así la *Quimioterapia* contra el cáncer, y será diez años más tarde, cuando los internistas alemanes *Bock* y *Gross* emplean por primera vez la *ciclofosfamida* sintética, primer paso para la quimioterapia del futuro.

Ya en 1949 se comienza a emplear la Radioterapia por el especialista alemán en medicina nuclear *Cuno Winkler*, que trata a un paciente aquejado de carcinoma de tiroides con yodo radiactivo, en el Hospital de Luisen de Aquitania. Ese mismo año el desarrollo del betatrón, introduce la «electroterapia», con la aplicación de la

bomba de cobalto. Los pacientes con cáncer empiezan a ver un halo de esperanza en este tratamiento, pero los resultados no son tan buenos como los esperados y se intentan mejorar (foto 5). El descubrimiento por el radiólogo estadounidense *Mallams* en 1962, sobre como la inyección de agua oxigenada en las arterias que suministran sangre al tumor, hace más efectiva la terapia por radiación de los tumores localizados, supone un avance en el tratamiento radioterapéutico.

1.2. Avances en Cirugía

La cirugía se enfrentaba a una alta mortalidad por infecciones intraoperatorias y postoperatorias. Gracias a la aparición de la asepsia por *Von Bergmann* en 1886 (con el uso de la esterilización por vapor) y la *antisepsia* por *Lister* en 1867, así como el desarrollo progresivo de la anestesia, la Medicina consiguió en la segunda mitad del siglo XIX realizar operaciones complicadas como las de abdomen.

Aunque en el último decenio del siglo XIX ya se habían hecho las primeras operaciones cerebrales modernas, no fue hasta principios del siglo XX cuando la neurocirugía empezó a desarrollarse, especialmente en el terreno de la neurofisiología y la fisiología vascular. La introduc-

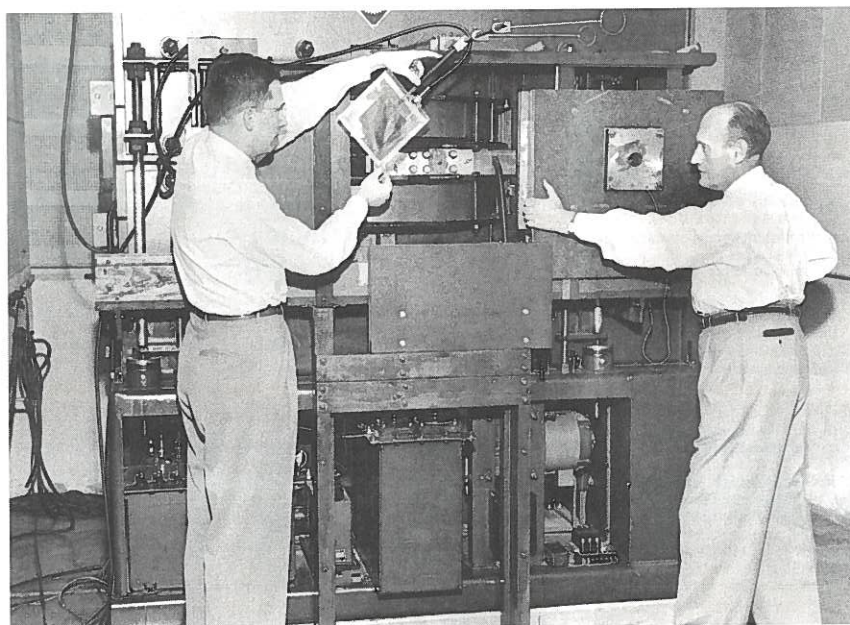


Foto 5.- Dos médicos ante un «betatrón» para la lucha contra el cáncer (Chicago, 1949).

ción de la neumoencefalografía (exploración radiográfica del cerebro tras insuflar aire en el ventrículo cerebral) y de la angiografía cerebral (presentación radiográfica de los vasos sanguíneos con ayuda de sustancias opacas inyectadas) tuvo resultados dignos de consideración.

Entre 1940 y 1945 tres fueron las causas de una disminución de los riesgos quirúrgicos: la aparición de las sulfamidas y antibióticos, el uso del pentotal sódico con el desarrollo de los aparatos de anestesia y la consiguiente utilización de los tubos endotraqueales y en tercer lugar, las transfusiones y los bancos de sangre.

1.2.1. Anestesia

Poco antes de iniciarse la segunda mitad del siglo XIX, se presentó la oportunidad de realizar operaciones sin dolor y gracias al descubrimiento de anestésicos como el protóxido nitrroso (*Wells*, 1884), el éter (*Morton y Varren*, 1846), el cloroformo (*Simpson*, 1847), la aplicación de cocaína tópica en las mucosas (*Stoerk*, 1884) y la infiltración con novocaína (*Sclecht*, 1892), se fue consiguiendo.

A la anestesia general le costó introducirse. Ya en el siglo pasado *Macewer* (1878) empieza a usar el tubo endotraqueal al que *Eidenmemger* (1893) añade el manguito. No es hasta bien entrado este siglo que gracias a diversos autores como *Griffith y Johnson* (1942) con el uso de relajantes musculares (el *curare*, utilizado en la punta de las flechas de los indios sudamericanos), y *Macintosh* (1943) con el del laringoscopio curvo, se populariza la anestesiología y se convierte en una verdadera especialidad médica.

En 1956, se introducen los fluoroetanos (hidrocarburos halogenados) y significan un gran progreso en el campo de la narcosis por inhalación. Dos años más tarde, aparece la anestesia intravenosa, empezándose a utilizar con aparatos de control de oxígeno y gases. Sin embargo, se sigue la lucha contra la menor visualización del campo quirúrgico por los tubos de intubación endotraqueal, dando lugar al desarrollo de la jet ventilation por el anestesta *García Lanza*. Fue sin embargo, *Saunders* el primero en describir el método de ventilación basado en el principio venturi, que proporcionaba una

buena ventilación pulmonar con una sonda de pequeño calibre que vehiculaba un chorro de gas a presión. Los primeros en aplicarlo en la microcirugía laríngea fueron *Carden y Ferguson*, en 1973.

1.2.2. Transfusiones

Un problema que se le planteaba al cirujano, era la posibilidad de transfundir sangre de una persona a otra de forma inocua. Las investigaciones en el campo de la inmunología condujeron al descubrimiento de los grupos sanguíneos por *Karl Landsteiner* (1900), sentando así las bases para una transfusión racional. Más tarde, en 1914, *Hustin y Agote* descubrieron que el citrato sódico evitaba la coagulación de la sangre y permitía conservarla. El «nuevo método de transfusión sanguínea» con heparina por *Johannes Hedenius* en 1936, supuso un gran paso adelante junto con el gran descubrimiento del factor Rhesus por los hematólogos estadounidenses *Landsteiner y Solomon*, el mismo año.

1.2.3. Nuevas Técnicas

Uno de los inventos más significativos de este siglo para la cirugía, fue el *láser*, una fuente de luz monocromática y coherente, descubierta en 1960. Ya en 1909, el soviético *Shuk* trata en su obra «La luz curativa», de las aplicaciones terapéuticas que pudiera tener la luz. Pero sería *Einstein* en 1917, quién prevería el fenómeno de la emisión estimulada, que permitiría más adelante la consecución de los amplificadores de la luz.

El primer amplificador de microondas por emisión estimulada de radiación «maser» (*Microwave by Stimulated Emission of Radiation*), se fabricó en 1959 por *Townes, Goitdon y Zeiger*, permitiendo asentar las bases para la obtención de la energía del láser. Sería un año más tarde cuando *Maiman* (EE.UU.), construye el primer aparato de láser Rubí, de escasa potencia y un milisegundo de duración, utilizado sobre todo en oftalmología y desplazado más tarde por el láser argón, descubierto ese mismo año.

En 1965 se crea el láser CO₂, siendo su primera aplicación la resección parcial de un hígado de perro. A partir del momento que *Polanyi* es nombrado director de investigaciones de la American Optical Corporation de Boston, y pone a punto el láser CO₂, adaptándolo al microscopio quirúrgico de *Zeiss* en 1967, empieza a desarrollar junto con *G. J. Jako* los primeros estudios biológicos del láser en la laringe. En 1971, *Strong* y *Jako* empezarán a practicar la microcirugía láser en la clínica humana. Serán los pioneros de esta técnica que hoy día abarca el campo de la cirugía otológica, nasal, faríngea y laríngea, y que se va empleando más a menudo en el tratamiento del cáncer.

Una nueva técnica quirúrgica que se desarrolla en EE.UU. en 1964, es la *criocirugía*, que consiste en operar a temperaturas muy bajas (-180° C) para evitar el dolor y las hemorragias. Actualmente no se utiliza esta técnica.

1.2.4. Trasplantes

Un gran avance de la cirugía fue el desarrollo de los trasplantes de órganos, impulsados por *Alexis Carrel*, a principios del siglo XX, que estudió los cultivos de tejidos y los trasplantes de órganos. Tras muchas investigaciones por diversos autores, se abrió el campo definitivamente para el trasplante de órganos en la década de los 60, con *C. Barnard* y el primer trasplante de corazón.

2. AVANCES TECNOLÓGICOS

Este apartado lo dividiremos en cada una de las nuevas tecnologías que se fueron desarrollando y que contribuyeron a lo que hoy es la Otorrinolaringología.

2.1. Electrofisiología

Las investigaciones como la de *Duchenne*, en 1847, demostraron la posibilidad de una excitación eléctrica de los órganos, sin penetrar en ellos ni incidir en la piel, con el uso de una corriente farádica. Años más tarde, *Remack* en

1867, fue el primero en usar la corriente galvánica.

A principios de siglo se perfeccionó el electrocardiograma y la medición de la presión sanguínea, permitiendo elaborar un diagnóstico *a posteriori*. Además del electrocardiograma, se logró realizar la derivación del potencial cerebral eléctrico con el electroencefalograma.

Hasta la llegada del electroencefalograma, no se empezaron a detectar cambios en los trazados por diversos estímulos sensoriales. Los trabajos de investigación de tipo neurológico desarrollaron nuevas técnicas diagnósticas, tales como la Electromiografía (*Weddel, Feinstein y Pattle, 1943*) y la Electroneurografía, que se convirtieron en prácticas muy útiles en el estudio de las parálisis faciales. La electromiografía también se empezó a aplicar en las parálisis recurrenciales.

El empleo de los futuros potenciales evocados somatosensoriales, auditivos o visuales, no llegó con fines prácticos hasta la década de los 50, con la introducción de las computadoras. Los avances en electrofisiología unidos al empleo de ordenadores, ayudaron a nuestra especialidad con nuevas técnicas de estudio como la electronistagmografía, la electrocoqueografía, las otoemisiones (*Kemp, 1978*) o la posturografía (desarrollada en la década de los 90).

Desde el punto de vista quirúrgico, constituye un gran avance la Monitorización Intraoperatoria, no sólo cardiorrespiratoria, sino también neurológica. Un ejemplo es la monitorización del nervio facial en las cirugías de oído y parótida, que ha disminuido notablemente el riesgo quirúrgico de lesionar al nervio.

2.2. Electrónica

La otología se benefició de la electrónica con el nuevo *Audiómetro Eléctrico* creado en 1947 por el físico húngaro *Georg von Békesy*, para la realización de exámenes electroacústicos de la capacidad auditiva (foto 6).

Los avances en el proceso electrónico de datos y en la microcirugía permitieron desarrollar métodos de ayuda a la visión y la audición con resultados clínicos aceptables. Los progresos electrónicos de los audífonos a lo largo de



Foto 6.- G. von Békesy.

los años, son fiel ejemplo de ello, con las diferentes prótesis, desde el primer aparato tipo caja (no de uso en la actualidad) hasta las prótesis programables por ordenador y controlables con un mando a distancia.

Posteriormente se idearon aparatos de ayuda auditiva en la conducción ósea, algunos de ellos como el BAHA (*Bone Anchored Hearing Aid*) que precisaba de una minuciosa cirugía. Esta fusión de la electrónica y cirugía es el fundamento de las prótesis osteointegradas, introducidas al final de los años 60 por el *Prof. Branemark* (Suecia). Este demostró en experimentos animales y en estudios clínicos que era posible mantener un contacto directo entre el implante de Ti (titánio) y el tejido óseo vivo a largo plazo. La primera aplicación clínica de la osteointegración fueron los anclajes de las prótesis dentales fijas en la cavidad oral y será en 1977 cuando se realiza la primera aplicación extraoral de los implantes de titánio dentro del campo de las prótesis auditivas implantables.

La posibilidad de sustituir el órgano auditivo dañado por otro artificial, que pueda realizar su función en sorderas profundas bilaterales, es el gran sueño de los investigadores en la especialidad. En 1930 se hicieron los primeros intentos de estimulación del nervio acústico, aunque la primera publicación fue hecha en 1957 por *Djourno Eyries y Vallacien*, sobre los resultados en dos pacientes. En ellos se describía la aplicación de microbobinas de inducción, que provocaban una estimulación global del nervio acústico.

Los precarios medios de investigación y los resultados previos obtenidos hicieron desistir del proyecto. Pero en 1964, los doctores *Simmons, Mongeon y Lewis* presentaron los primeros resultados obtenidos con un sistema de electrodos múltiples bipolares. Como ya sucedió antes, los resultados fueron insatisfactorios. Sin embargo, cuatro años más tarde, el Dr. *Michelson* presentaba una serie de estudios sobre implantes cocleares en animales. Poco tiempo después, *W. House y Urban* desarrollaron lo que en aquel momento era el más sofisticado implante coclear monocanal que, con su perfeccionamiento, se difundió por todo el mundo.

En España los primeros intentos de implante coclear con tecnología propia fueron realizados por el Dr. *Prades* y el ingeniero Colominas en 1977, pero con escasos resultados. Posteriormente, los doctores *García-Ibáñez, Benito y Torres de Gassó*, realizaron el primer implante coclear en nuestro país, obteniendo los primeros resultados positivos. Desde entonces hasta nuestros días se sigue trabajando en beneficio de la recuperación de los sordos profundos.

2.3. Imagen

En una publicación de 1895, *Conrad Roentgen* habla por primera vez de la aplicación en la medicina de los rayos X que había descubierto. Poco sospechaba del alcance de su descubrimiento en la disciplina médica. Pero con el empleo generalizado de los rayos X aparecieron también los primeros problemas. La continua y despreocupada interposición de las manos protegidas de los radiólogos en la trayectoria de los rayos, tuvo como consecuencia la aparición de carcinomas, por culpa del cual muchos de ellos murieron.

Se va perfeccionando la técnica, y para conseguir una mejor imagen, en 1960 se incorpora un intensificador para realizar fotografías de los tubos de rayos X y exámenes radiológicos. Mientras que al principio los rayos X sólo permitían observar el esqueleto y sus alteraciones, poco a poco se fue teniendo acceso a otros órganos, sobre todo con el uso de las sustancias opacas.

Pero aquí no nos detenemos, y en 1963, *Kuhl* crea la *Single Photonem Emissions Computer*

Tomographie (SPECT), un procedimiento para la emisión de imágenes por rayos gamma.

En 1973, el ingeniero británico *Hounsfield* presenta la *Tomografía computerizada*, lo que permite poder efectuar el estudio de la extensión de las lesiones con toda precisión, obteniendo imágenes transversales del cuerpo. A las imágenes de superficie proporcionadas por la endoscopia añadimos entonces las imágenes en profundidad.

La técnica de ultrasonidos, que se desarrolla en la década de 1920 a partir del ecómetro (que utiliza ondas sonoras audibles) empieza a incorporarse a las investigaciones médicas durante los años 40. Sin embargo, hasta diez años después no se consigue utilizar los ultrasonidos con éxito, con investigadores como *Howry, Lund, Edler, Hertz y Leksell*. Y será en 1958, cuando el ginecólogo británico *Ian Donald* dará a conocer el método de diagnóstico basado en la obtención de imágenes del feto en el interior del útero materno, gracias a una técnica de ultrasonidos, *la Ecografía*.

En las décadas siguientes, el diagnóstico mediante ultrasonidos alcanza un alto nivel de desarrollo técnico. Así, en 1975 aparece la «*ecografía Doppler*» que medirá directamente la corriente sanguínea en los vasos del cuello. Sin embargo, la ecografía no ha alcanzado en Otorrinolaringología las aplicaciones que en otras ramas de la Medicina, centrándose sólo su interés en la patología cervical.

Se crea un nuevo método diagnóstico, la *Resonancia Magnética Nuclear (Mansfield y Maudsley, 1976)*, que permite una buena definición de las partes blandas y tener imágenes en los tres planos, sin peligros para el paciente. Está basada en el principio cuantificable de resonancia, descrito por primera vez por el químico estadounidense *Lautebur* en 1972. Ha llegado a ser una herramienta imprescindible para el diagnóstico del neurinoma y de otras patologías retrocochleares, y permite también exploraciones funcionales para la medición del riego sanguíneo. Será a partir de 1985, cuando empiecen a funcionar los primeros aparatos de RMN en España.

La *Tomografía de Emisión de Positrones (TEP)* se desarrolla en 1978, como nuevo método de obtención de imágenes que logra la representación tridimensional de los procesos meta-

bólicos. Hoy día de un valor creciente para el diagnóstico de metástasis a distancia y persistencia tumoral.

2.4. Iluminación - Óptica

La Medicina requería de una fuente de iluminación para poder visualizar todas las cavidades internas del cuerpo. Hasta el siglo XVII no se empiezan a mejorar las fuentes de luz artificial con el uso de bujías, después con la luz de gas y acetileno y por último con el quinqué. El siglo pasado fue trascendental, con el descubrimiento de la lámpara incandescente de *Edison*, en 1878, y más modernamente se perfeccionó con la luz halógena o luz fría y con las lámparas de incandescencia de gran potencia, situadas a distancia y refrigeradas, que permitieron la introducción del *Microscopio Óptico*.

Fue en 1936 cuando se construye el primer modelo de microscopio de contraste de fases por *Frits Zernike*, que permite la observación de los organismos incoloros y transparentes vivos (Premio Nobel en 1953). Dos años después, en 1938, los bioquímicos alemanes *Bodo von Borries* y *Ernst Ruska* obtienen en Berlín las primeras imágenes con un *Microscopio Electrónico*, y no es hasta 1968 cuando se empieza a usar por *Hayes y Pease* (foto 7).

El microscopio óptico en otología se desarrolla en los años 20 de forma experimental (*Nylen, Holmgren*). Dos décadas después, se empleará en la cirugía del oído, particularmente en la técnica de fenestración, por *Shambaugh*, que introduce al mismo tiempo el uso de la fresa con irrigación continua en esta cirugía. Pero se populariza en Alemania en 1953 por los estudios de *Wullteins* y *Zollner*, que adaptan a la otología un microscopio de la empresa *Carl Zeiss*, destinado en un principio a usos metalúrgicos y luego a la cirugía del ojo y de los vasos sanguíneos en 1952. Años más tarde, en 1967 y 1970, *Herberhold* utilizará el microscopio quirúrgico de *Zeiss*, para observar y fotografiar principalmente la rinofaringe (foto 8).

La laringología no deja pasar este avance tecnológico que supone el uso del microscopio, y será *Geza Jako* en 1958, el primero que usa con éxito el microscopio operatorio de *Zeiss* en la



Foto 7.- Imagen del primer microscopio electrónico en 1931.

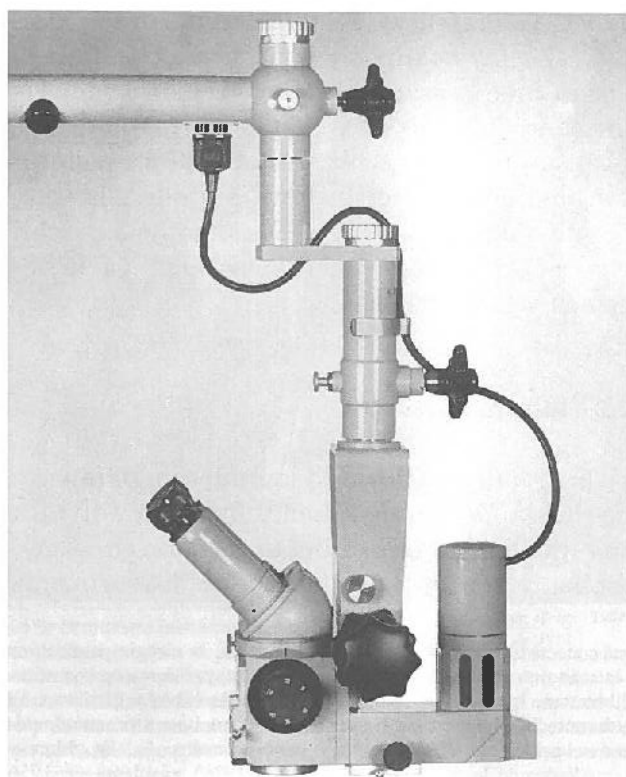


Foto 8.- Microscopio quirúrgico de la empresa Zeiss, en los años 50.

microlaringoscopia y microcirugía. En la década de los 70, J. Prades y su escuela defenderán a ultranza el uso del microscopio quirúrgico en la laringoscopia directa.

El precursor de la *Endoscopia* moderna fue *Philip Bozzini*, que en el siglo XVIII construyó un endoscopio con iluminación interior. Ya entrados en el siglo XIX, *Bonnafont* colocará una fuente luminosa en posición lateral del endoscopio y la introducirá en su instrumento gracias a unos espejos. Este esquema lo tomará el urólogo *Desormeaux*, en 1853, utilizándolo en las exploraciones urológicas, y aún sin uso en esófago y fosas nasales. Todo ello le supuso ser considerado el padre de la endoscopia.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, los trabajos y autores se multiplican. La primera aplicación del *Endoscopio Rígido*, como tal, fue en urología con *Nitze* en 1879 con el empleo por primera vez de un cistoscopio. En 1903, *Hirschmann* fue el primero en explorar el seno maxilar con un endoscopio, que en realidad era un citoscopio de 7 mm de diámetro, que lo introducía en el seno por un orificio de extracción dental.

En la década de los 50 los instrumentos endoscópicos se perfeccionan extraordinariamente mediante la técnica de vidrio flexible, conocida desde 1927. Así en 1957, el médico sudafricano *Basil Hirschowitz* consigue aplicar clínicamente por primera vez la fibra de vidrio adecuada para la endoscopia, con la gran ventaja que estas fibras de vidrio unidas tienen, al ser a la vez flexibles y buenas conductoras de la luz.

Los *Endoscopios Flexibles o Fibroscopios* proceden del Japón, donde fueron ideados por *Ikedo* y contruidos por la casa *Machida* en 1966, teniendo como objetivo la exploración del árbol tráqueo-bronquial. Están basados en las propiedades de las fibras ópticas que permiten por primera vez la iluminación y la visión a través de un instrumento flexible, con una punta dotada de una gran movilidad, siendo así posible con el mismo instrumento variar ampliamente el ángulo de visión, aunque su aplicación quirúrgica es escasa.

Ya en la década de los 60 y 70 se empiezan a aplicar los endoscopios rígidos (como el nasofaringoscopio de *Doménech* y *Llavallo*, en 1973) y flexibles. Las ópticas *Hopkins* y *Lumira* de las casas *Wolf* y *Machida*, provocaron un cambio radical, al dar imágenes de incomparable nitidez y de mayor profundidad con un ángulo visual que variaba de 0° a 120°, según el instrumento empleado. En los años 70, se utilizan sobre todo para la visión de porciones del intestino grueso y no es hasta los años 80 que se abre un nuevo campo para la endoscopia, la *endoscopia quirúrgica*, efectuada en parte con técnicas de láser y en nuestra especialidad, creando la nueva Cirugía Endoscópica Nasosinusal.

Otro factor que ha influido poderosamente en los avances de la endoscopia es la utilización de anestésicos locales y vasoconstrictores. En las primeras décadas de este siglo la cocaína se convirtió en el auxiliar imprescindible de la rinología. Antes de nuestra guerra civil e inmediatamente después de ella, es sustituida por otras sustancias que no producían hábito, hábito que no sólo se establecía en enfermos, sino también en otorrinolaringólogos. La más usada de las sustancias fue la percaína, aunque a veces producía algún choque anafiláctico. Después, a partir de los cincuenta, diferentes escuelas, sobre todo la de *Cottle*, vuelven a la cocaína, de gran utilidad en la anestesia tópica. Más tarde ha sido la tetracaína la más usada entre nosotros. Fue *Brodhage* uno de los primeros que en 1957 utilizó la anestesia general para la endoscopia y la punción del seno maxilar.

Un elemento que ha sido y es un auxiliar imprescindible, es la *adrenalina*. Aislada en 1901,

pronto entró como elemento insustituible en nuestra cirugía. Aún hoy la adrenalina es imprescindible para la mayoría de rinólogos endoscopistas.

2.5. Medios audiovisuales

En un principio se usaron películas de cine, como lo hacía el Dr. *García-Ibáñez*, que ideó un sistema que incorporaba al microscopio operatorio y que se usó para tomar cinematografías de las cirugías de oído y de laringe. Hoy día, al microscopio quirúrgico se adaptan las cámaras de vídeo, de más fácil manejo y conservación que el soporte del cine, y las cámaras fotográficas, que obtienen gran calidad de imágenes.

Con el empleo del endoscopio, ya en 1956, los internistas franceses *Charles Debray* y *E. P. Housset* empiezan a producir las primeras imágenes endoscópicas, fotografiando con un equipo especial (equipado con pequeños flashes) vistas interiores del cuerpo. Actualmente, las imágenes visualizadas por todos los endoscopios se proyectan en la pantalla de un monitor TV, pudiendo ser grabadas y reproducidas mediante cintas de vídeo, lo que permite su archivo y su utilización posterior en la clínica, la docencia y la investigación.

2.6. Informática

En 1956, el físico estadounidense, originario de Rusia, *Vladimir Kosma Zvorykin*, divulga sus ideas sobre el uso del ordenador en la medicina y en los hospitales. Son los primeros pasos hacia una informatización de los hospitales.

Hoy día estamos inmersos en la era de la Informática, pues se aplica a todas las sectores de la sociedad, incluida la ORL. Los ordenadores se han aplicado especialmente en el diagnóstico, desde la Audiometría por Respuestas Eléctricas a la Tomografía Computarizada. Igualmente han permitido un gran avance en la investigación, por la facilidad de manejo de grandes bases de datos y rápidos cálculos estadísticos. Así, la ayuda del ordenador al médico es innegable, al permitir rápidas búsquedas bi-

bliográficas para consultar casos clínicos y avances medico-quirúrgicos, y con el desarrollo de Internet intercambiar información, casos clínicos, e incluso imágenes, con cualquier médico en cualquier parte del mundo.

BIBLIOGRAFÍA

Laín Entralgo. Historia de la Medicina 1986.

Videgaín Salaverria G. «Historia del Láser quirúrgico». Ponencia Oficial de la Sociedad de ORL 1986.

García Ibáñez E, Benito López M. «Implantes Cocleares». Ponencia Oficial de la Sociedad de ORL 1990.

Ciges M, Artieda J, Sanz M, Stingl de Méndez M. Potenciales Evocados 1992.

Ademá JM, Massegur H, Bernal M, Sprekelsen C. «Cirugía Endoscópica Nasosinusal». Ponencia Oficial de la Sociedad de ORL 1994.

Courtat Ph, Peytral C, Elbaz P. Exploraciones funcionales en ORL 1994.

Álvarez Vicent JJ, Sacristán Alonso T. «Cáncer de cuerda vocal». Ponencia Oficial de la Sociedad de ORL 1995.

Schott H. Crónica de la Medicina 1996.

Álvarez Vicent JJ, Sacristán Alonso T. «Cáncer de laringe». Ponencia Oficial de la Sociedad de ORL 1996.

VISIÓN CRONOLÓGICA DE LA OTORRINOLARINGOLOGÍA POR DÉCADAS

J. M. Martínez Salazar

M. M. Lasso de la Vega Zamora

M. Coloma Milano

A. Ruiz Fornells

1. 1930

Comenzamos nuestro estudio en los años treinta, pues el período histórico anterior se analiza en otra parte de esta obra. Esta década está marcada por la guerra civil española. Debido a este conflicto en nuestro país se paraliza toda posibilidad investigadora, y los médicos tienen que ir al frente o a encargarse de los heridos de la guerra. Hay disputas y represalias entre los especialistas que les toca vivir el conflicto en uno u otro bando.

Inicialmente en esta época todavía no se conocen los antibióticos ni los quimioterápicos por lo que las complicaciones infecciosas están a la orden del día. Como dice PERELLÓ es posible morir por arrancarse un pelo del vestíbulo nasal (tromboflebitis del seno cavernoso), o por tener una otorrea (complicación endocraneal) (1). Pronto las cosas cambiarán y estos cuadros patológicos se harán excepcionales.

A mediados de esta década se inicia la batalla contra los agentes infecciosos, constituyendo el gran avance de estos años. De la mano de DO-MAGK en 1935 se descubren las sulfamidas. Se emplean en Otorrinología por primera vez en 1938 en Estados Unidos por LONG y BLISS en una otitis media por estreptococo. En nuestro país, los quimioterápicos se introdujeron pronto, y ya en 1938 HINOJAR presenta al XLIII Congreso Francés una comunicación sobre el empleo de los colorantes azoicos en la especialidad. Como

dato anecdótico, vamos a comentar unas estadísticas de la época sobre complicaciones infecciosas en otología. Desde 1928 a 1933, uno de cada 40 *éxitus* en cifras generales estaba causado por una complicación intracraneal de las otitis medias (solían ser meningitis, trombosis del seno o abscesos cerebrales). Como ya comentaremos posteriormente, en un período similar, de 1949 a 1954, sólo uno entre 400 se debía a una complicación ótica. Gracias a estos medicamentos se consiguen reducir los casos de mastoiditis tras otitis medias del 25% de la época al 5% y la frecuencia de las complicaciones intracraneales del 20% al 0,5% (2).

Pero comienzan a surgir problemas, ya que su uso indiscriminado empieza a provocar resistencias. En ocasiones no pueden eliminar totalmente el germen y quedan mastoiditis larvadas, lo cual empeora el caso, pues enmascara los síntomas y la actuación quirúrgica se retrasa.

Igualmente se avanza en la inmunoterapia. La vacunación contra la difteria disminuye las complicaciones respiratorias en los niños y disminuye el número de traqueotomías que era necesario practicar hasta entonces. Aunque este tratamiento empieza en los años 20, su empleo se hace obligatorio en la siguiente década. En nuestro país destaca LLORENTE, que funda el Instituto Antidiftérico y difunde la sueroterapia.

Toda la cirugía de la especialidad hasta ahora se hace con anestesia local. La anestesia general se empezó a emplear más tarde en nues-

tra especialidad que en otras, pues los aparatos anestésicos entorpecían los movimientos del cirujano y se tardó más tiempo en resolver los peligros de la introducción de sangre en las vías respiratorias inferiores.

1.1. Otología

En este capítulo comentaremos por separado los dos grandes apartados de la otología: la cirugía de las otorreas y la cirugía de la otosclerosis.

Al no tener antibióticos que pudieran erradicar los gérmenes del oído, en esta década el objetivo de la cirugía de las otorreas es curar al paciente, dejando de lado la posible recuperación funcional. Es preferible curar al paciente que intentar recobrar la audición. Se suelen practicar timpanoplastias radicales, que dejan cavidades abiertas bien aireadas, únicas y uniformes. Estas grandes mastoidectomías presentan postoperatorios tormentosos, precisando continuas curas al persistir la supuración por defectos en la epidermización y la falta de antibióticos para cubrir el postoperatorio. Hay que recordar que las mastoidectomías se hacían heroicamente con gubia y martillo, ocasionalmente con alguna lente de aumento, pues aun no se había aplicado el microscopio a la otología. Además, muchas intervenciones eran casi a vida o muerte para tratar las complicaciones intracraneales (mastoiditis, abscesos cerebrales, trombosis del seno lateral, etc.)

A nivel internacional en estos años destaca en la cirugía de las otorreas principalmente LEMPert. Recupera la vía endoaural, que emplea en todo tipo de operaciones de oído y describe la timpanomastoidectomía endoaural subcortical. Igualmente los otólogos estudian las complicaciones de las otitis y describen vías de abordaje para su tratamiento: KOPETZSKY, ALMOUR y EAGLETON en 1931 realizan los primeros intentos quirúrgicos para drenar el absceso del ápex, HAYMANN en 1927 hace una revisión nosográfica de las trombosis sinusales de causa ótica, SYMONDS en 1931 describe la «hidrocefalia ótica».

En cuanto a la cirugía de la otosclerosis, en esta década empieza ya su estudio, que se individualiza de las otitis secas como se venía llamando a este cajón de sastre de sordera sin supuración. Comienza la fiebre por curar mediante cirugía a la otosclerosis, que no finalizará hasta los años sesenta en que estas técnicas adquieren la madurez. Aunque ya desde finales del siglo pasado se ideaban intervenciones para tratar esta enfermedad, no fue hasta esta década en que se practica una nueva técnica quirúrgica con resultados aceptables: la FENESTRACIÓN. Consistía en evitar la transmisión del sonido por la cadena osicular, y enviarlo a través de una fenestración que se practicaba en el canal semicircular horizontal. Los primeros éxitos se deben a SOURDILLE en 1929 en Francia, que usando una compleja técnica de timpanolaberintopexia, en varios tiempos, consigue buenos y reproducibles resultados. Esta técnica es simplificada por LEMPert en 1938 en Norteamérica, y la difunde después por toda América y por Europa. Este autor la practica mediante un abordaje retroauricular y la diseña en un solo tiempo quirúrgico. Igualmente fabrica instrumental específico para la intervención.

1.2. Otoneurología

En esta década aparece la cirugía de los vértigos en la enfermedad de Ménière. PORTMANN en 1927 idea su operación de drenaje del saco endolinfático. Tomando como base la idea de KNAPP que el glaucoma es una mani-



Antecedentes de los modernos audífonos.

festación hipertensiva similar el vértigo de Ménière, PORTMANN describe una operación para disminuir esta hipertensión, que consiste en practicar una punción y drenar el saco endolinfático. Por otra parte, el famoso neurocirujano DANDY propugnaba para el Ménière en 1934 la Neurectomía del VIII par. Asimismo Cawthorne en 1938 realiza la extirpación total o parcial del canal semicircular horizontal para el tratamiento del vértigo de Ménière.

Con respecto a la cirugía del conducto auditivo interno (CAI), en los años treinta se produce una auténtica revolución de la mano de dos grandes figuras de la cirugía de la época que habían establecido su sistemática en los años veinte: CUSHING y DANDY. Inicialmente a principios del siglo XX era una cirugía heroica, que solo se indicaba en casos muy avanzados y complicados (neurinomas con hidrocefalia, etc.), pues presentaban mortalidades intraoperatorias del 80-90%. En los años treinta esto cambia gracias a estos dos cirujanos y la mortalidad se reduce al 20%. Por un lado CUSHING practica la resección de tumores del ángulo de modo intracapsular con mayores tasas de recidivas, y por otro lado DANDY con la exéresis radical de dichos tumores, con mayor porcentaje de parálisis del VII par. Ambos solían usar la vía suboccipital más o menos atípica. A partir de entonces muchos cirujanos se animan a emplear esta cirugía, usando ambos métodos indistintamente, hasta que por fin se impuso la técnica de DANDY.

1.3. Rinología

En las fosas nasales la ocena continúa pre-ocupando al rinólogo; todos los tratamientos son sólo paliativos. En estos años gracias a la anestesia local se van perfeccionando las cirugías de los senos paranasales. Hay dos grandes figuras en esta época: PIETRANTONI y ERMIRO DE LIMA con la etmoido-esfenoidectomía y frontotomía transmaxilar. PIETRANTONI en 1935 determina las relaciones anatómicas entre celdas etmoidales y seno maxilar y ya señala que el etmoides es el más frecuentemente afectado, y al año siguiente ERMIRO sistematiza la técnica y le da el nombre.



Tratamiento de la ocena con lavados nasales.

1.4. Laringología

En esta década se comienzan a aplicar los avances diagnósticos radiológicos a la especialidad. Felix LABORGNE en 1936 fue el primero en emplear la tomografía en la laringe y C. JACKSON en 1936 describe la laringografía durante el curso de una insuflación del árbol bronquial con bismuto.

Dentro del campo de la cirugía laríngea vamos a destacar varios hitos históricos que ocurren antes de los años 30 y que influirán decisivamente en el desarrollo de esta parte de la especialidad en España. El primero en tratar un tumor laríngeo fue BRAUER en 1833 que realiza una laringofisura para destruirlo mediante el cauterio. A BUCK se le atribuye la primera exéresis mediante laringofisura en 1851. Pero estas técnicas no se imponen debido a los malos resultados iniciales, peores incluso que si solo se practica traqueotomía paliativa y no se extirpa, por lo que se abandonan.

Otro procedimiento, más radical, había comenzado a abrirse camino y poco a poco desplazó a la laringofisura, era la Laringuectomía Total. La primera de ellas en el hombre fue realizada por BILLROTH en el año 1873, en un profesor de religión de 36 años, pero el paciente falleció a los pocos días de una complicación. BOTINI en 1875 fue al primero al que le sobrevivió un paciente, cartero de 24 años, tanto en el postoperatorio inmediato como durante un largo período libre de enfermedad. En

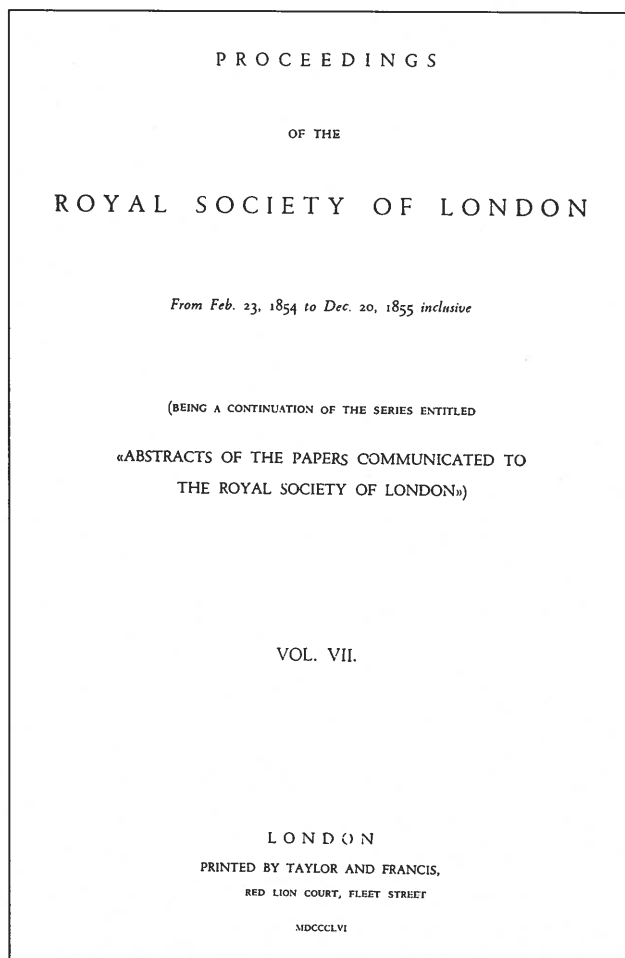
España FEDERICO RUBIO fue el primero en practicar una Laringuectomía en 1878. Es decir, solo cinco años después de la de BILLROTH, y hace la número 17 mundial, según el recuento de MACKENZIE.

La técnica de la Laringuectomía Total es ampliada por VON LANGEBECK (1875) y perfeccionada por GLÜCK (1881). A pesar de ello los resultados eran muy pobres. MORELL-MACKENZIE, publica en 1881 una relación de 19 casos de Laringuectomía Total correspondiente a diversos autores, cuyos resultados fueron: 10 muertes operatorias y siete recidivas en los primeros diez meses, con una mortalidad del 94%. Hay una estadística de la misma época en España De Sota y Lastra que tienen un 93% de mortalidad. Estos resultados, por aquel entonces muy similares a los de la laringofisura, provocó que en el Congreso Internacional de Cirugía de Londres de 1881 se rechazara la práctica de La-

ringuectomía Total y se restableciera la traqueotomía como tratamiento paliativo del cáncer laríngeo. Los resultados obtenidos en aquel entonces eran desastrosos como consecuencia de la hemorragia, sepsis, mediastinitis, shock, bronconeumonía o colapso cardíaco. La reacción en contra era inevitable. KOCH afirmaba que el éxito del cirujano consistía en que no se le muriese el enfermo en la mesa de operaciones. ISAMBERG crudamente decía: «si hasta entonces no había sucumbido el paciente bajo el cuchillito del operador, el hecho se produciría en cualquier momento». Otros más caritativos rechazaban la intervención porque «era necesario sacrificar demasiados enfermos para salvar uno».

Para evitar alguna de las complicaciones postoperatorias, se proponen diversas modificaciones técnicas, entre la que destaca el realizar una traqueotomía un par de semanas antes. En 1936 PORTMAN en Burdeos describe una técnica de Laringuectomía Total en tres tiempos: primero hace traqueotomía y espera de 15 a 30 días, luego crea un faringostoma y al cabo de cuatro meses, practica la plastia de cierre.

A pesar de todos estos esfuerzos y aportaciones técnicas que hemos reseñado, llegamos a los años veinte con porcentajes de curaciones del cáncer del 26%, y eso en las mejores escuelas de Centro Europa: las de LERMOYER y LUC, en París; las de VON EICKEN y KILLIAN en Friburgo; las de MONDY y CHIARV, en Viena, y las de JANSEN y GLÜCK, en Berlín. Es entonces, en 1922, cuando se produce el primer hito importante y fundamental en la evolución histórica del tratamiento quirúrgico del cáncer laríngeo de la mano de un autor español: ANTONIO GARCÍA-TAPIA. Aunque TAPIA ya había practicado Laringuectomías Totales con éxito en España desde 1907, observa que tiene mejores resultados que otros cirujanos, gracias a su habilidad quirúrgica, el cuidado de sus colaboradores (sus hijos Antonio y Rafael, Acosta, Sánchez Rodríguez) y principalmente por las pequeñas modificaciones que había diseñado a la operación de Glück y que prácticamente hacían de ella una nueva técnica. Alcanzando las mismas tal difusión que en la actualidad se conoce como técnica de GLÜCK-TAPIA.





Tumor laríngeo de la época (tomado de Portela).

Las aportaciones fundamentales a dicha cirugía son las siguientes: empleo de la anestesia local para evitar las complicaciones respiratorias de los gases anestésicos (éter o cloroformo), conservación de los músculos prelaríngeos y del pericondrio tiroideo para formar un refuerzo a la sutura de la faringe (corsé de TAPIA), sección de las astas mayores del cartílago tiroideos para unir las en la línea media para crear un neotiroides que reforzase la pared, sutura de la tráquea a piel mediante el llamado punto «en tres», revisión sistemática de las cadenas ganglionares, colocación de una cánula de su invención durante la operación para impedir las aspiraciones y crear el instrumental adecuado para su técnica.

En 1922 lleva al Congreso Internacional de ORL de París un grupo de laringectomizados. Su ponencia, ilustrada con el «coro de hombres sin laringe» presenta una estadística de 107 la-

ringuectomías, con una sola muerte postoperatoria y un porcentaje de curación del 67%. Lógicamente estos resultados tuvieron gran eco en la medicina mundial de la época, pues no era mejorado por ningún otro autor. Años posteriores, en su trabajo presentado al Congreso de la Sociedad Latina de ORL en Madrid, en 1929, ya reunía en su estadística 190 laringuectomías con una mortalidad intraoperatoria del 6%, y eso, naturalmente, antes del empleo de los antibióticos. Este dato es de sumo interés, puesto que cirujanos insignes de la época como HAYECK tenían una mortalidad del 30%.

En esta época en las Laringuectomías Totales se usan dos técnicas principalmente: la de PÉRIER de abajo-arriba en Francia y la de GLÜCK-TAPIA de arriba-abajo en Alemania, España y Estados Unidos.

Al principio, esta cirugía era realizada por los cirujanos generales; el otorrinolaringólogo no estaba preparada, por aquel entonces, para la gran cirugía de la región cervical. Entre los cirujanos generales españoles que lo practican destacan FEDERICO RUBIO, SOTA Y LASTRA, DEL TORO, GÓMEZ PAMO, RIVERA, GUEDEA, BALTAR (Santiago de Compostela), GOYANES (Madrid).

En 1910, esta cirugía pasa en el mundo entero a manos de los laringólogos, que la sistematizan y perfeccionan. En España destacan BOTTEY (Barcelona) y CISNEROS (Madrid). Otros autores que cabe mencionar son BALTASAR, PIZJUÁN (Sevilla), RUEDA, LAZÁRRAGA (Málaga), LLORET (Valencia), COGOLLOS (Valencia), MAS (Murcia), SPREÁFICO (Murcia), MADRAZO (Santander), RIVERA (Madrid), COMPAIRED (Madrid).

Con estos antecedentes llegamos a los años treinta, década donde se produce una nueva revolución en la cirugía del cáncer laríngeo: las Laringuectomías Parciales. A partir de entonces los laringólogos se lanzan a diseñar técnicas quirúrgicas que permitan mantener las funciones propias de la laringe (fonación, respiración y deglución) con los mismos resultados de supervivencia que proporciona la Laringuectomía Total.

El primer avance en este terreno se produce en el año 1932. SAINT CLAIR THOMSON presenta una Comunicación al II Congreso Mundial de ORL que se celebra en Madrid, con varios

cientos de casos de operados de cáncer laríngeo, con un 82% de curaciones definitivas. Naturalmente que se trataban de cánceres de cuerda operados mediante una laringofisura con cordectomía subsiguiente. Es decir, la gran aportación de este autor fue el diagnóstico precoz del cáncer de cuerda vocal y recuperar una técnica injustamente arrinconada durante un cuarto de siglo o más e indicarla a los casos de cánceres incipientes de cuerda vocal.

En cuanto a los intentos de cirugías parciales verticales, la primera Hemilaringuectomía que hay descrita se debe a BILLROTH, en 1875, modificada por GLÜCK en 1912. Esta técnica fue rápidamente abandonada por la gran cantidad de fracasos. En los años treinta HAUTANT la recupera, modificándola y haciéndola en un solo tiempo.

Vamos a comentar brevemente el interés de los laringólogos por la recuperación de la voz en laringuectomizados. Desde el inicio de la laringuectomía total muchos autores habían tratado de recuperar la voz con diferentes prótesis laríngeas artificiales. Entre ellos destacan CZERNY 1870, BILLROTH 1874, GUSSENBAUER 1874, CASSELLI 1879. Entre los españoles nombraremos a BOTEY que en 1902 publica en los archivos latinos de rinología-laringología su técnica reconstructiva, GARCÍA-TAPIA que en 1925 diseña la primera prótesis española y CASADESÚS que en 1927 fabrica una prótesis con resonador.

1.5. Otros

Las amígdalas atraen la atención del especialista como causantes de un foco crónico de infección que produce enfermedades generales y sobre todo la fiebre reumática. Se practican numerosas Amigdalectomías, que se empiezan a hacer con anestesia: cloroformo, cloruro de etilo y mascarilla de Camus. En su técnica se van abandonando las pinzas sacabocados y se intenta la amigdalectomía total con el Sluder, instrumento que todavía persiste hasta nuestros días. Incluso algunos autores aplican radioterapia para eliminar las adenoamigdalitis de repetición. Con los años se verán los efectos secundarios de la radiación (3).

La endoscopia, además de destinarse a la extracción de cuerpos extraños, empieza a adentrarse en el campo del diagnóstico y de las maniobras curativas.

Hasta 1932 el tratamiento médico del cáncer era puramente empírico. Consistía en la administración de sustancias como el ajo, la cicuta, el plomo, el selenio, la eosina, la iverita, el magnesio, las sales de cobre, níquel o de manganeso. También se usan colorantes (azul de metileno, eosina, azul de isamina) En 1932 comienza la era científica de la quimioterapia del cáncer con el estudio de la acción del arsénico sobre los tumores, en forma de arseniato potásico propuesto por FOLKNER en 1932 y los derivados bencénicos, que pronto se abandonan. La Hormonoterapia empieza a actuar en 1938, basado en los estudios de LACASAGNE sobre la acción cancerígena de los estrógenos en la mama de los ratones y es ULRICH en 1938 el primero que trata un cáncer de mama con andrógenos. Igualmente los tratamientos físicos, como la alta frecuencia y la curiterapia, van teniendo más adeptos.

2. 1940

Los años de la postguerra española y la Segunda Guerra Mundial producen un aislamiento y un paro en las actividades científicas. No obstante, la marcha progresiva de la especialidad continúa. Hay dos grandes acontecimientos en esta década en la medicina que influyen en nuestra especialidad: los antibióticos y la anestesia general.

Pero lo que de verdad cambia el panorama de la medicina y concretamente de la ORL en esta década es la aparición de los antibióticos. La penicilina supuso el primer gran avance en la antibioterapia. FLEMMING la descubrió en 1929 por casualidad, al ver que unos hongos habían estropeado una placa donde tenía sembrados estafilococos, se percató que estos hongos habían inhibido el crecimiento de las bacterias. Posteriormente en 1942 FLOREY, CHAIN Y HEALTEY consiguen aislarla y empiezan a producir industrialmente la penicilina. A raíz de este éxito, muchos investigadores se lanzan a descubrir nuevos antibióticos, imitando a FLEM-

MING, mezclan hongos con bacterias y ven si lo inhiben. Los siguientes investigadores en obtener resultados fueron WAKSMAN, SCHATZ Y BUGIE en 1944 que aíslan la estreptomina del hongo *streptomyces griseus* y DUGGAR en 1948 aísla la Aureomicina del *streptomyces aureofaciens*. Otros muchos antibióticos datan de esta década: Cloranfenicol en 1947, Terramicina en 1950, Neomicina en 1949, etc.

En un período de 10 años gran parte de los libros de la época quedan desfasados pues empiezan a ser menos frecuentes las complicaciones infecciosas. Citamos un estudio de la época que demuestra que en el período de 1949 a 1954, con el descubrimiento de los antibióticos sólo uno entre 400 muertes se debía a una complicación ótica y la frecuencia de las complicaciones intracraneales pasa del 20% al 0,5%. En España ÁLVAREZ PÉREZ da su estadística del Servicio del Hospital Militar Central Gómez Ulla de Madrid: en 1941, de 319 otitis medias agudas, 25 mastoiditis precisaron de cirugía. En cambio en 1948 solo tenían 2-3 complicaciones otíticas al año que precisarían intervención quirúrgica (2).

Los antibióticos se introdujeron relativamente tarde en nuestro país, probablemente por la situación de aislamiento en la inmediata postguerra. Hasta 1953 no se dedica una ponencia oficial a quimioterápicos y antibióticos que fue desarrollada por ÁLVAREZ PÉREZ Y ALONSO FERRER y donde hacen una completa puesta al día de la cuestión.

A pesar de todo el nuevo arsenal terapéutico, se continúa con el uso de las sulfamidas. MARAÑES publica dos casos de meningitis otógenas curados con sulfamidas en 1940, y el propio ÁLVAREZ PÉREZ publica en 1942 los resultados de la sulfamidoterapia en meningitis estreptocócicas de origen ótico. BARTUAL, en 1949, hace una completa puesta al día de la quimioterapia en la otitis cuando ya se tenía experiencia de la acción de la penicilina, señalando que ni ésta ni la penicilina mermarán una indicación quirúrgica correctamente sentada. Aún señala que tuvo menos complicaciones postoperatorias con quimioterápicos que las que citan otros autores con penicilina.

La tuberculosis persiste en este período, encontrándose tanto en localización laríngea co-

mo ótica. Aunque desde el descubrimiento de la estreptomina en 1944 empieza a descender su incidencia.

La introducción de la anestesia general es el segundo gran avance de los años cuarenta. Aunque ya en el siglo pasado MACEWER (1878) empieza a usar el tubo endotraqueal al que EIDENMEMGER (1893) añade el manguito, no es hasta bien entrado este siglo que gracias a diversos autores como GRIFFITH y JOHNSON (1942) que con el uso de relajantes musculares y MACINTOSH (1943) con el del laringoscopio curvo se populariza la anestesiología y se convierte de una maniobra en una verdadera especialidad médica.

2.1. Otología

Empiezan a importarse en España algunos audiómetros y con ello se inicia la exploración exacta de la audición. Como es lógico, estos inicios son titubeantes y alguna personalidad de nuestra especialidad, como CASADESÚS llega a decir que el audiómetro sirve más para confundir que para ayudar al diagnóstico. Se empiezan a difundir y sistematizar las audiometrías supraliminales, que aunque ya había habido intentos las décadas anteriores, en estos años empieza a tomar valor esta exploración. El fenómeno de RECRUITMENT aunque descrito por POHLMAN y KRANZ en 1924 y perfeccionado cuatro años después por FOWLER, no es hasta 1948 en que DIX, HALLPIKE y HOOD presentan un estudio en el que ponen de manifiesto el valor del *recruitment* en el diagnóstico diferencial de las hipoacusias de percepción. Otros autores interesados en estudios audiométricos en esta época fueron BEKESY en 1947 y LUSCHER en 1948, que proponen nuevos test que llevan sus nombres.

Igualmente en esta época se investiga en pruebas objetivas de audición, para poder practicarlo en individuos poco colaboradores, simuladores, niños, etc. Entre ellos en esta época destaca el Reflejo Psico-Galvánico, introducido por BORDLEY y HARDY en 1949. Consiste en establecer un reflejo condicionado mandando un sonido y simultáneamente dando una descarga farádica. Asimismo, la Audioelectroence-

falografía (A-EEG), que era menos usada, consistía en someter bruscamente a un paciente a un sonido y ver la alteración en el registro EEG. El estudio de la audiometría infantil da un gran paso con el Peep-show, creado por DIX Y HALLPIKE en 1947, con el método similar a lo que se hace actualmente.

Pero lo que más preocupa al otólogo en esta década es la otitis del lactante. Múltiples autores escriben sobre el tema. Entre ellos destaca FAIREN GUILLEN de Zaragoza. Este autor presenta una estadística siendo el germen más frecuente de las otitis del lactante el neumococo.

En estos años comienza una nueva patología: los barotraumas debido a dos factores: el descubrimiento por COUSTEAU en 1943 de la escafandra autónoma para bucear y el aumento en la frecuencia de los viajes en avión.

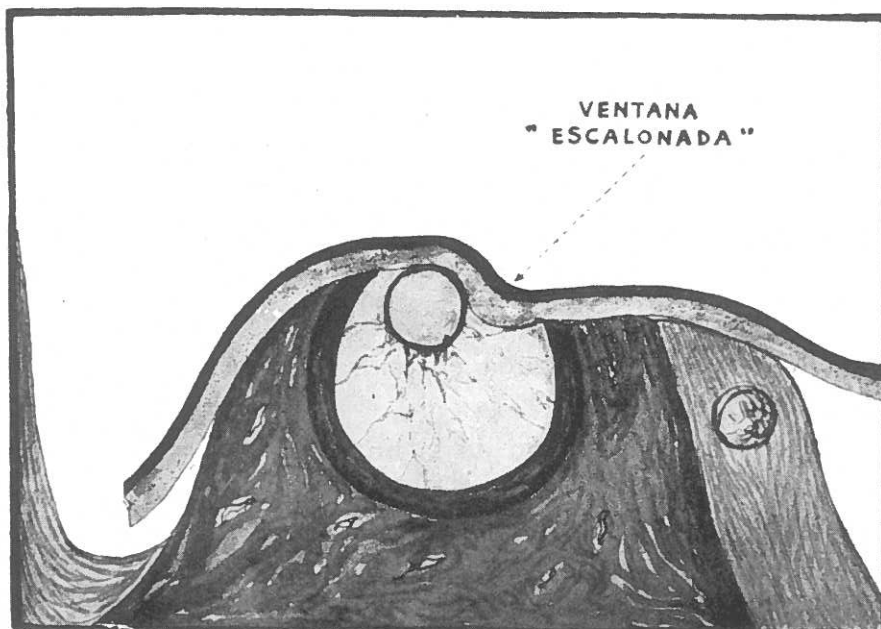
Persiste el desarrollo de la cirugía de las otorreas, aunque está todavía en pañales. Se continúa imponiendo el abordaje endaural. Desde 1941 se realiza esta técnica en la Cátedra de ORL de Sevilla con AZOY y según él es la primera vez que se hace en España en vivo. En una estadística que presenta en el año 1953 llevaba 791 casos intervenidos (4). En los años cuarenta se comienzan a hacer tímidos intentos para conservar o aumentar la audición. En España destacan la fenestración tras el vaciamiento radical que hacían ANTOLÍ-CANDELA y MOZOTA y la

técnica de POPPER, que consistía en una tenotomía estapediana, es decir, cortar el tendón del músculo del estribo para permitir mayor movilidad y recuperar audición.

En cuanto a la cirugía de la otosclerosis, en España la fenestración se empieza a introducir en 1948. ANTOLÍ-CANDELA en 1947 se va a Estados Unidos para perfeccionar la técnica con SHAMBAUHG. Empieza haciendo la técnica de LEMPERT, con modificaciones de SHAMBAUHG, a las que el autor español añade modificaciones propias, entre las que destaca la llamada ventana escalonada en 1951, que permite introducir una pequeña porción del colgajo dentro de la fenestración para evitar que se cierre (5). Otras modificaciones de este otólogo son la limitación de la trepanación ósea a una aticotomía, practicar la intervención con anestesia general, y sustituir el colgajo timpanomeatal por injerto libre de piel. En 1960 ANTOLÍ-CANDELA y colaboradores presentaban una estadística de 1.282 fenestraciones, con ganancias del 90-95% (6). Otro otólogo español que introdujo la fenestración en nuestro país es GARCÍA-IBÁÑEZ.

2.2. Otoneurología

En esta década se da un gran paso en el estudio y tratamiento otoneurológico. Al investigar



Ventana escalonada de la fenestración (Antolí-Candela).

el *recruitment* observaron que aparecía en el vértigo de Ménière y no solía aparecer en los neurinomas del acústico. Era una de las pocas armas con las que contaba el otoneurocirujano, junto con la radiología simple para estudiar un enfermo preoperatoriamente. Hay que recordar que los estudios de imagen con Tomografía Axial Computerizada no aparecen hasta los años setenta. La sección del nervio vestibular a través de la fosa posterior es aceptada desde que DANDY en 1941 publica su estadística de 401 operaciones con una sola muerte. CAWTHORNE en 1943, crea la laberintectomía transmastoides. PASSE en 1949 propugna la extirpación del ganglio estrellado para el tratamiento del vértigo de Ménière. OLIVECRONA es el primero en desarrollar variantes técnicas a la cirugía del CAI y ángulo pontocerebeloso para conservar el nervio facial: realizaba la intervención con anestesia local y estimulaba el nervio intraoperatoriamente, observando las contracciones en la cara.

Se comienza a hablar de la Rehabilitación Vestibular, inaugurada por CAWTHORNE en 1944 mediante sus ejercicios de equilibración, destinados a acelerar la recuperación de sus operados de laberintectomía.

2.3. Rinología

En las fosas nasales se describe la novedad patogenética de la alergia. Este nuevo concepto llena de ilusión al especialista que se ve armado contra las molestas inflamaciones nasales.

La cirugía funcional del tabique nasal, aunque comienza con la Resección submucosa de KILLIAN en 1908, es ulteriormente perfeccionada con la Septoplastia de Cottle en 1948.

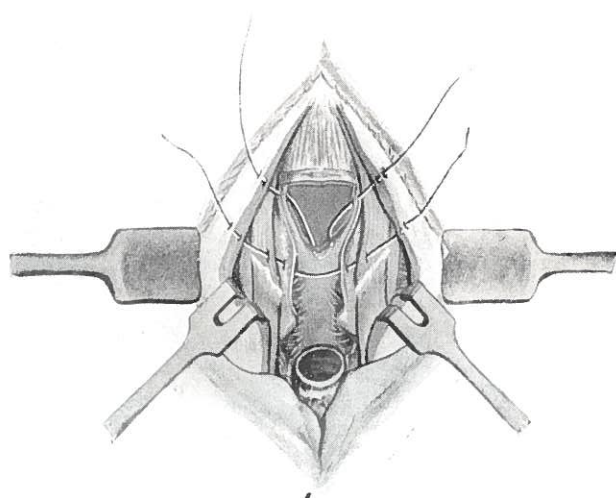
En 1942 se generalizó el método de la Beta-terapia, ya descrita en 1924 por CROWE, que consistía en aplicar un material radiactivo en los rodets tubáricos para tratamiento de patologías relacionadas con hipertrofias adenoideas o disfunciones de la trompa de Eustaquio. Se empleó con motivo de la Segunda Guerra Mundial entre los aviadores que padecían de aerotitis. Hasta pasados muchos años no se empezaron a dar cuenta de las complicaciones de estos métodos, siendo la más famosa por desgracia el cáncer de cavum.

2.4. Laringología

Llega la época antibiótica a la laringología y algunos autores, como PORTMANN comienzan a emplear profilaxis antibiótica en cirugías. También usan estos fármacos a nivel local, con aplicaciones, etc. (2). Pero en general los resultados no son tan espectaculares como en la patología otológica.

En esta década se continúan los intentos de Laringuectomías Parciales y paradójicamente aumenta al principio la mortalidad en la cirugía del cáncer laríngeo, porque los cirujanos pierden el miedo a las complicaciones, lanzándose incluso los más inexpertos a su realización, siendo poco estrictos en las indicaciones. Por fortuna las aguas volvieron lentamente a su cauce normal. En estos años destacan como novedad dos tipos de cirugías: Laringuectomías Totales en campo estrecho y Laringuectomías Horizontales Supraglóticas. A pesar de estos avances se continua realizando la Laringuectomía Total, destacando en nuestro país CASADESÚS e HINOJAR. Este último autor es el primero que practica un colgajo trapecoidal de base superior prolongando las dos incisiones de GLÜCK hacia los ángulos de la mandíbula, que luego se le atribuyó y se le conoce como colgajo de SOERENSEN (7).

La técnica de la laringuectomía continúa en evolución y JACKSON en 1940 presenta la Laringuectomía Total en Campo Estrecho o «Narrow Laryngectomy», que no requiere tanta



Punto de García Hormaeche.

habilidad quirúrgica. Otros exponentes de estas técnicas de campo estrecho son CROWE y BROYLES. En nuestro país esta cirugía tiene su representación en la técnica de GARCÍA HORMAECHE (Bilbao) publicada en el año 1945. Diseña el punto en bolsa de tabaco o «punto de GARCÍA HORMAECHE» (8-9) de un modo genial para cerrar la brecha faríngea. Las secreciones drenaban a las vías digestivas y las curas del postoperatorio se convertían en poco más que las de un enfermo traqueotomizado. Muchos laringólogos en España ensayan esta técnica: VIDEGAÍN, CASTAÑEDA, SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, BARTUAL, ROCA DE VIÑALS, ANTOLÍ-CANDELA, etc. P. DE JUAN hace extensiva la técnica de García Hormaeché a los cánceres previamente irradiados, modificando la técnica con la conservación del cricoides (cuando la localización del tumor lo permite), intervención a la que da el nombre de Decapitación Supracricoidea de la Laringe.

La otra novedad quirúrgica de los años cuarenta es la Laringuectomía Horizontal Supraglótica. Aunque los principios fisiopatológicos se sientan en los años treinta, se extiende su aplicación en esta década. Corresponde a una serie de hechos, hallazgos e investigaciones de diversos autores que demostraron la independencia embriológica, anatómica, funcional y clínica de cada una de las tres porciones de la laringe: supraglótica, glótica y subglótica.

Desde el punto de vista clínico, primero fueron estudiadas por COUTARD y VALAT, y luego demostradas y confirmadas por LEROUX-ROBERT y principalmente BACLESSE, radiólogo de la Fundación Curie en 1938. Efectuaron cortes seriados de laringes obtenidas tras Laringuectomías Totales observando que las lesiones supraglóticas permanecían confinadas a esa región sin sobrepasar el ventrículo. Esto fue recopilado y aplicado quirúrgicamente por Justo M. Alonso en 1939, catedrático de ORL de la Universidad de Montevideo, creando su técnica de Laringuectomía Supraglótica. Al principio, durante esta década, la hacía en dos tiempos: tallaba un colgajo en forma de «cinco» que permitiera revisar las cadenas ganglionares del mismo lado que la lesión local y resecaba el tumor mediante faringotomía vía seno piriforme,

dejando un faringostoma provisional para evitar la entrada de saliva y otras secreciones en las vías respiratorias que cerraba pasados unos 3 meses. El paciente podía respirar, hablar y deglutir con normalidad. Presentó unas estadísticas de 1940 a 1951 de ochenta y ocho enfermos operados con cuarenta y tres supervivencias controladas de más de cinco años y solo dos recidivas laríngeas, lo que corroboraba su teoría.

Justo Alonso tiene una especial habilidad para explicar su técnica y hace giras por todo el mundo difundiendo la. También viene a España y pronto su técnica es asumida por los ORL españoles.

Igualmente en estos años persiste el interés de los laringólogos por la recuperación de la voz en laringuectomizados. BRIANI en 1942 basándose en la observación de SCURI (1928), mediante la calanización de una fístula faringoprecervical, intenta mejorar la función fonatoria, en una paciente al que había practicado una Laringuectomía Total. Le realiza un faringostoma y le coloca una prótesis que comunicaba tráquea con faringe. HOFFMANN-SAGUEZ en 1947 intenta la reconstrucción quirúrgica, conservando pericondrio externo laríngeo para que regenerase el cartílago.

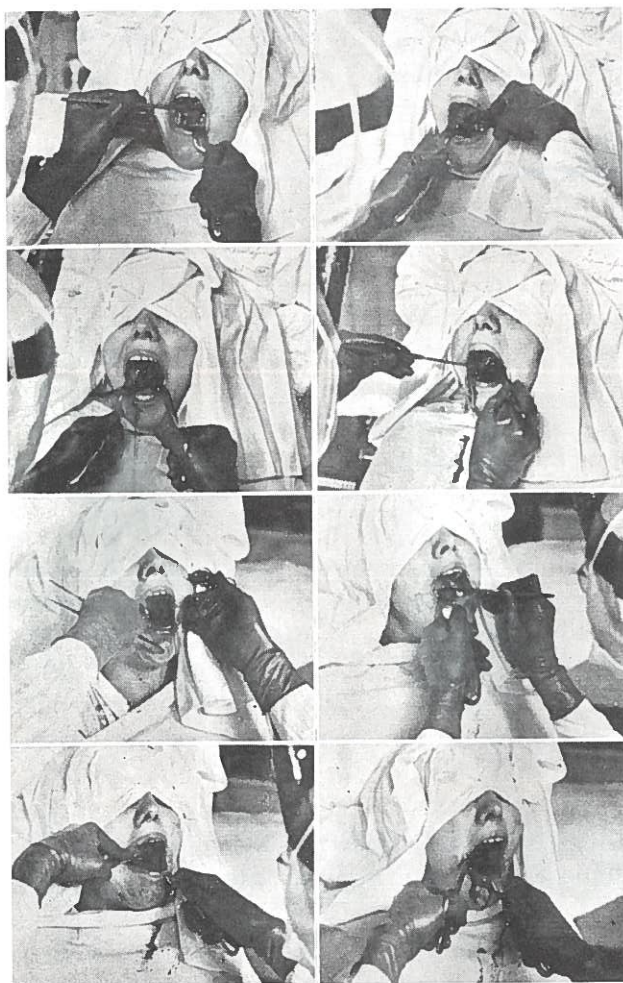
Los autores de principio de siglo se dan cuenta que muchos pacientes con cáncer de laringe aunque el control local de la enfermedad es bueno con la laringuectomía, se mueren por las recidivas regionales. Muchos autores consideraban el hallazgo de metástasis ganglionares como signo de incurabilidad. Inicialmente resecaban las grandes adenopatías al extirpar los tumores primarios, pero como lo hacían de modo incompleto eran ineficaces, lo cual justificaba el pésimo pronóstico. A principios de siglo comienzan los primeros intentos serios de control del cuello con el Vaciamiento Cervical Radical de la mano de CRILE en 1906. Consistía en extirpar la totalidad de los ganglios linfáticos, aponeurosis y tejido celular subcutáneo, y para ello debían de seccionar el músculo esternocleidomastoideo, vena yugular interna y XI par craneal. Pero esta técnica es realizada por muy pocos cirujanos hasta 1940, por su elevada mortalidad, sobre todo debido a las complicaciones infecciosas.

2.5. Otros

El concepto de la infección focal se propaga y la extirpación de las amígdalas es ejecutada con extraordinaria frecuencia. Como dice PERELLÓ es la época de oro del ORL y la amígdala llega a producir verdaderas fortunas. Consecutivamente, esta profusión de amigdalectomías trae como consecuencia las frecuentes hemorragias postoperatorias, a veces mortales, que es la pesadilla del especialista.

La sociología se inmiscuye en el campo de la ORL y se empieza a hablar de las enfermedades profesionales.

Los tumores muy avanzados de cabeza y cuello en esta época no se operaban, tanto por defectos anestésicos, complicaciones infecciosas como por la incapacidad de realizar reconstrucciones de las porciones reseca- das. Aunque se



Amigdalectomía (tomado de Azoy).

habían hecho intentos de reconstrucción, su uso era restringido debido a los fracasos de los mismos, pues la mayoría no se basaban en el conocimiento de la anatomía vascular y hemodinámico de los colgajos (10). Entre los pioneros destacamos a MIKULICZ que en 1884 empezó a usar colgajos cervicales invertidos, TROTTER con colgajos locales para revestimiento interno y VON HACKER y LANE con colgajos de deslizamiento para el externo. De forma paralela se preconizó el uso diferido de injertos libres de piel alrededor de un molde para el revestimiento interno en las faringolaringuectomías totales. Se comenzó a sustituir la porción del esófago cervical extirpado por otras porciones del tubo digestivo (BECK en 1905 y ROPKE en 1912 utilizaron un tubo gástrico moldeado a partir de la curvatura mayor mientras que KIRSCHNER pediculaba un segmento intestinal).

En la década de los cuarenta se inicia la moderna quimioterapia por HUGGINS Y HODGES al introducir en 1941 los estrógenos en el tratamiento del cáncer de la próstata. Desde entonces se empiezan a descubrir diferentes agentes para el tratamiento del cáncer. Los Antimetabolitos en 1940, que se basan en la inhibición competitiva y el antagonismo metabolito-antimetabolito primero fueron usados por BOYLAND en los tumores de mama del ratón, aunque el intento de aplicación clínica humana fue un fracaso. Siguieron la aplicación de fármacos Antifólicos, con FABER en 1948 con la aminopterina que logra remisiones en niños con leucemia linfoblástica. Entre otras sustancias cabe destacar las antipurinas, antipirimidinas, antiácidos aminados, derivados de microorganismos y plantas (como la *Colchicina alcaloide* de la planta *colchicum automales* descubierta por LUDDFORD 1936, el *podofilium* descubierto por KAPLAN en 1942, la *actinomicina* procedente del hongo *streptomyces antibiotes* en 1940). Por último mencionar las sustancias alquilantes, como las mostazas nitrogenadas, descubiertas por GILMAN Y PHILIPS en 1946 que originan lesiones cromosómicas en las células tumorales. Las mostazas son introducidas en España por BAÑUELOS Y AYESTARÁN.

Estos primeros éxitos hace que se piense en el empleo de la quimioterapia en los cánceres sólidos que presenten metástasis locorregionales o a distancia, y así, en este sentido se han

empleado todos los agentes quimioterápicos que fueron apareciendo.

3. 1950

Esta década de los cincuenta representa el cambio más importante en el desarrollo de la ORL. Se conjugan los dos grandes avances de la década anterior con nuevas perspectivas de los ORL. Se inicia la década con la universalización por toda la clase médica del empleo de antibióticos y de la popularización del uso de la anestesia general. En esta época cambia radicalmente la patología ORL y nuestros compañeros de especialidad son capaces de enfrentarse con nuevos y más complejos retos quirúrgicos. Como con los nuevos fármacos se podían curar las infecciones crónicas de oído, las tuberculosis y otras infecciones laríngeas, los otorrinolaringólogos no se contentan con curar la afección, sino que intentan recuperar la función del órgano afectado. Así, la tendencia es recobrar la audición en la patología ótica y preservar la voz en el cáncer laríngeo. Si hasta aquí la especialidad es principalmente médica, a partir de ahora se hace eminentemente quirúrgica.

El avance médico que caracteriza a este período y que permite el desarrollo de la otocirugía es la aplicación del microscopio quirúrgico. Se produce en Alemania en 1953 gracias a los estudios de WULLSTEIN y ZOLLNER, que adaptan a la otología un microscopio de la casa ZEISS destinado a usos metalúrgicos. Aunque ya en 1940 SHAMBAUGH lo emplea por primera vez con la fenestración, no se popularizó hasta esta época.

Las complicaciones intracraneales de las otitis medias se hacen cada vez más excepcionales. La tuberculosis laríngea, casi mortal hacia unos años, deja de ser una enfermedad grave y se cura rápida y fácilmente.

Todos estos avances médicos empiezan a provocar sus propias patologías, es decir, se empiezan a descubrir sus EFECTOS SECUNDARIOS. La estreptomycin y otros medicamentos ototóxicos producen sorderas irreversibles. A finales de los 50 empiezan a surgir las terribles resistencias microbianas. Muchos autores apuntan que es consecuencia del uso alegre e injusti-

ficado de los antibióticos. CIGES en un artículo sobre otorreas del año 59 expone una serie de medidas para evitar las resistencias. Entre ellas destaca el restringir el uso de los antibióticos, hacer antibiogramas previos para poner el tratamiento adecuado, facilitar la penetración del fármaco con otros medicamentos, como las hialuronidasas y la cortisona, así como estimular las defensas orgánicas. Este autor ya destacaba que las resistencias eran más habituales a los anaerobios y que eran más frecuentes las resistencias con la penicilina. En cambio permanecen más sensibles la terramicina y el cloranfenicol (11).

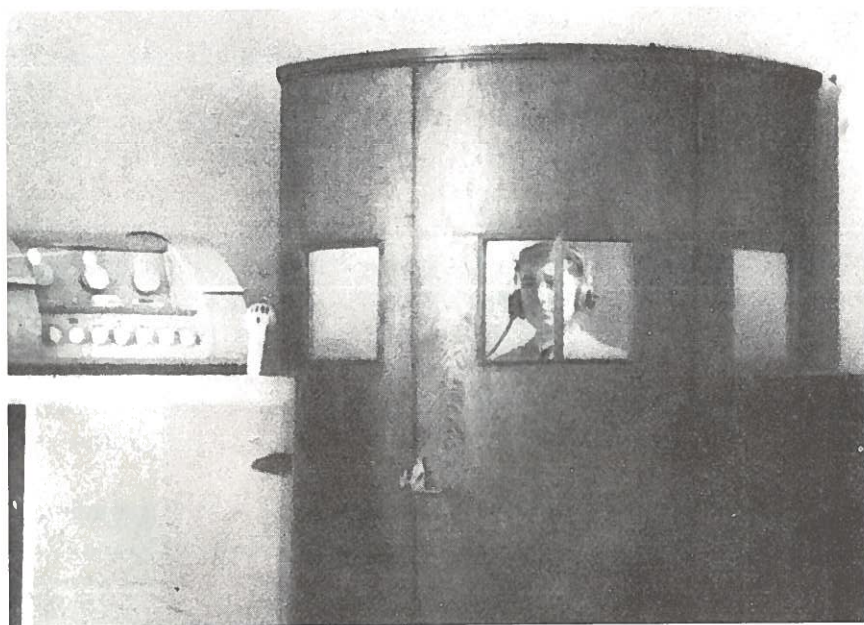
Igualmente al realizarse más intubaciones debido a la popularización de la anestesia general, comienzan a surgir las estenosis laringotraqueales. Estas complicaciones se empiezan a publicar en las revistas científicas. A nivel mundial la primera fue CLAUSEN en 1932 en Inglaterra, y el segundo GOULD en 1935. En España BARTUAL en 1954 presenta tres casos de granulomas laríngeos tras intubación laringotraqueal, que probablemente sea la primera publicación sobre este tema en nuestro país (12).

3.1. Otología

Como ya hemos comentado, la introducción del microscopio en esta década permite un avance decisivo en la cirugía del oído. Durante estos años la cirugía de la otoesclerosis alcanza cotas muy altas, en cambio la timpanoplastia comienza con un curso algo vacilante, pues todavía presentan frecuentes complicaciones postoperatorias (necrosis de los injertos, otorreas, etc).

En cuanto a los estudios audiométricos, en nuestro país se populariza en los cincuenta el empleo de audiómetros en todas las consultas de ORL. Se continúan aplicando nuevas pruebas supraliminales. Por ejemplo en 1959 JERGER y HARFORD describen el SISI. Se sigue avanzando en el estudio con audiometrías objetivas.

Sin embargo la atención al paciente sordo todavía dejaba mucho que desear. Como curiosidad para hacernos una idea del cuidado del niño sordo destacamos el echo de que un autor de la época, TEROL, trabajaba en un centro especial de rehabilitación de sordomudos como



Cabina audométrica.
Años cincuenta.

audiólogo. Dicho centro se llamaba en esta década ESCUELA NACIONAL DE ANORMALES. Luego se sustituyó por otro más humano: Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica.

Desde 1954 se empiezan a emplear los drenajes transtimpánicos para el tratamiento de las otitis medias serosas, con abundante profusión de tubos de varios tamaños y diámetros.

La década de los cincuenta también es clave para la Cirugía de las otorreas. Los nuevos conceptos fisiológicos y quirúrgicos, basados en las experiencias propias y de otros autores nacen en Alemania con WULLSTEIN y ZOLLNER. Se las denominó técnicas reconstructivas o timpanoplastias, y fueron presentados al Congreso Internacional de ORL de Amsterdam en 1953. Con ello se inicia una nueva época, revolucionaria en la cirugía funcional de las otorreas, que es aceptada por todas las escuelas otológicas del mundo. Su objetivo primero es curar la enfermedad, pero a continuación intentaban la recuperación funcional mediante varios métodos: conservar total o parcial el mecanismo de transmisión, controlar la función de la ventanas laberínticas, etc. Estos autores seguían manteniendo el principio de exteriorización, haciendo cavidades abiertas, con los inconvenientes de la vigilancia médica permanente, etc.

En España ya había intentos de realizar cirugía funcional antes que lo sistematizaran

WULLSTEIN y ZOLLNER. En esta década en nuestro país ITURRIAGAGOITIA presenta su técnica que al mismo tiempo que cura la infección crónica del oído medio y mastoides, mejora la audición. Su exposición no es creída y no obtuvo la difusión necesaria. ANTOLÍ-CANDELA y GARCÍA IBÁÑEZ ya en el mismo congreso de 1953 publican técnicas funcionales. Por ejemplo, GARCÍA-IBÁÑEZ practica una fenestración quirúrgica en la rampa vestibular, técnica que más tarde fue sistematizada por WULLSTEIN como tipo V de timpanoplastia. Ambos autores españoles en 1956 presentan la Ponencia oficial de la Sociedad Española de ORL, sobre «Cirugía funcional de las otorreas». Describen las técnicas básicas de WULLSTEIN y ZOLLNER con modificaciones personales, detallando una serie de originales aportaciones: audiometría directa, anestesia, instrumental, cabezales, uso del tímpano artificial y también varias operaciones que denominan «timpanoestapediopexia», «dermolabirinto-pexia», etc.

Pero no todo el problema de la cirugía de las otorreas estaba resuelto. El mayor inconveniente de las técnicas de estos autores alemanes fue que emplearon injertos dérmicos para cerrar las cavidades y perforaciones, por lo que los pacientes continuaban con postoperatorios tortuosos, que precisaban numerosas curas, y con frecuentes recidivas. Durante el resto de la década

numerosos autores diseñan variantes de los injertos para evitar estos problemas, hasta que en 1958 RAMBO propone el uso de fascia autóloga de músculo temporal que es la que más se usa por ser cómoda de obtener mediante una sola incisión y presenta buenos resultados. Entre los autores españoles que emplearon injertos originales cabe destacar a CLAROS con injertos periósticos y dermoperiósticos, VILAR-SANCHO emplea coágulo de fibrina formado *in situ*, Scola con esponja de fibrina preparada comercialmente, ANTOLÍ-CANDELA que usa por primera vez en España una membrana timpánica artificial original de POHLMAN.

Otro de los problemas que daban las primeras timpanoplastias eran que siempre se hacían cavidades abiertas. Para mejorar la funcionalidad, durante estos años se intenta hacer cavidades cerradas. Se inician en el extranjero con JANSEN en 1958, y se introduce en España en 1959 con el concepto de «conservación de la pared posterior del conducto» de RODRÍGUEZ ADRA-DOS. Cabe destacar la aportación que hizo en el Congreso Andaluz de ORL en Córdoba durante el año 1959 OLAIZOLA. Con su técnica de macroantro defiende el criterio de conservación total del conducto auditivo externo óseo (13). Posteriormente realizaría varias modificaciones a esta técnica, como la creación de «cornisas óseas» junto con ANTOLÍ-CANDELA para conseguir una mejor adaptación de los injertos.

Cuando se empezaron a hacer timpanoplastias cerradas se dieron cuenta de la dificultad en acceder a la zona de ventanas en donde en muchas ocasiones se podía quedar colesteatoma residual. El primero que intentó alcanzar esta región fue WULLSTEIN en 1953 con su *túnel*, técnicamente difícil de realizar. Antolí-Candela ante la dificultad de practicarlo en 1954, describió su técnica de la «escotadura» para visualizar el receso timpánico posterior (es la vía timpánica posterior), que con más o menos modificaciones es la que se usa actualmente (13). Aunque no se popularizó a nivel mundial hasta que SHEEHY la adaptó a sus protocolos con el nombre propuesto por JANSEN Y SMYTH en 1962 de timpanotomía posterior.

En cuanto a la cirugía de la otosclerosis, se alcanza en esta década cotas insospechadas. Cada dos o tres años se introduce una técnica

nueva que revoluciona el concepto de esta cirugía. Por tanto es previsible que surgan agrias polémicas entre partidarios de unas técnicas u otras.

La primera novedad es la MOVILIZACIÓN. Esta cirugía es redescubierta por ROSEN en Estados Unidos en el año 1953 y se difunde rápidamente por todo el mundo. Resucitó las antiguas técnicas de movilización del estribo ya empleadas por KESSEL (1876), MIOT (1890) Y BOUCHERON (1888). Lo descubrió casi por casualidad, mientras que comprobaba la fijación del estribo con miras a la selección de pacientes para la fenestración. En una de estas cirugías inadvertidamente movilizó el estribo, por lo que suspendió la intervención. Al hacer el control audiométrico al paciente comprobó que había mejorado en la audición. Solía hacer la técnica con un colgajo timpanomeatal similar al actual, y movilizaba el estribo por presión sobre el cuello en dirección hacia atrás y abajo. Rosen obtenía aceptables resultados, con una mejoría alrededor del 50%. El problema fue que a los 2-3 años los pacientes volvían a perder audición, pues el foco inmovilizaba de nuevo la cadena.

En España esta técnica se comienza a hacer en el año 1954 por diversos autores, entre los que destacan ANTOLÍ-CANDELA, GARCIA IBÁÑEZ, FERNÁNDEZ VILA, NÚÑEZ, MOZOTA, SCOLA Y VASALLO DE MUMBERT. El privilegio de ser el primero que la emplea en España no está claro, pues ese mérito se lo disputan ANTOLÍ-CANDELA y SCOLA (14-15).

A partir del año 1953 otros autores comienzan a hacer variaciones sobre la movilización, usándola sola o asociada a otras técnicas (platinotomías, platinofisuras, etc.). FOWLER fue directamente a la lesión y diseña la crurotomía (16). Consistía en extraer una crura con un pequeño trozo de platina, movilizándolo la crura que quedaba. ANTOLÍ-CANDELA en España empieza a practicar la crurotomía en 1957. ROSEN más adelante ideó la simple fenestración de la platina, mientras que HERMANN practica la fenestración de la platina con su ampliación de bordes y SCHUBERT la resección parcial de la platina en el lado otoescleroso. Otros intentos fueron la estapedioclasis (movilización) con fractura controlada de ANTOLÍ-CANDELA, el tubo de polietileno entre lenticular y platina de ANTOLÍ-

CANDELA Y HOUSE, la estapedioplastia o transposición de la crura posterior de JUERS Y FARRIOR (6). Estos intentos obtuvieron mediocres resultados, y poco a poco fueron abandonados.

Por tanto entre los años 1953 y 1956 a la hora de seleccionar una cirugía para la otoesclerosis, los otólogos tenían el dilema entre una movilización, técnicamente sencilla, pero con posibilidad de reanquilosis o una fenestración, técnicamente compleja, con posibilidades de vértigo o cofosis tras la intervención. Por ejemplo SHAMBAUG recomienda fenestración como técnica de elección. HOUSE Y FOWLER primero practicaban la movilización y si fracasaba, hacían fenestración. ANTOLÍ-CANDELA tenía mejores resultados con la fenestración.

Por fin en 1956 se introduce la técnica definitiva para el tratamiento de la otoesclerosis, con casi un 90% de buenos resultados. Su autor fue SHEA y denominó a la técnica ESTAPEDECTOMÍA. Este autor comenzó empleando injerto de vena para sellar la ventana oval y tubo de polietileno como prótesis entre yunque y ventana oval. A partir de entonces los autores comienzan a emplear diferentes injertos y prótesis, que plasman en numerosos artículos en la segunda mitad de esta década. Sólo vamos a comentar los más relevantes. En 1957 PORTMANN describe su interposición: usando injerto de vena, interpone total o parcialmente el estribo en vez del polietileno. Con una microfresa trepana alrededor de la platina después de haber desarticulado el estribo del yunque, pero sin cortar el tendón. El problema de la interposición es que había que manipular el estribo conservando el tendón, por lo que técnicamente era mucho más difícil y en muchas ocasiones se rompía, y además no obtenía mejores resultados que la técnica de SHEA. SCHUKNECHT en 1958 realiza la platinectomía total, coloca injerto de conjuntivo unido al yunque con un hilo de tantalio.

3.2. Otoneurología

Aunque ya había habido intentos previos (BARANY, KOBRAK en 1923 con la Prueba Mínima, Test de Fitzgerald y Hallpike de 1942, Cupulometría de Van Egmond de 1948), en los



Primeras pruebas electronistagmográficas (tomado de Gavilán).

años 50 se desarrolla el registro electronistagmográfico de las pruebas vestibulares, con ASCHAN, BERGSTEDT Y STAHL. Son MONTANDON Y MONNIER en 1951 los que lo aplican a la clínica diaria. En España destacan BARTUAL, PASTOR, ROQUETTE, MARCO, GAVILÁN y OLAIZOLA. También en esta década se aplican la Electromiografía y la Electro-neurografía, ambas de gran interés en el estudio de las parálisis faciales, y la primera también en las parálisis recurrenciales.

El cirujano de oído empieza también a actuar con más seguridad sobre el oído interno en las laberintectomías. Desde el punto de vista quirúrgico, constituye un gran avance la Monitorización intraoperatoria, no sólo cardiorrespiratoria, sino también neurológica, por ejemplo, del nervio facial que permite operar con menor riesgo de lesionar el nervio.

Se comienzan a descubrir nuevas vías de abordaje del oído interno y del tratamiento del vértigo. La laberintectomía transmastoidea crea-

da por CAWTHORNE en 1943 será suplantada por la laberintectomía transmeatal de SHUCK-NECHT y CAWTHORNE en 1957. CLERC y BATTISSE en 1954 fueron los primeros en usar la VIA TRANSTEMPORAL para acceder al CAI y el ganglio geniculado. El glomus yugular merece la atención del otólogo e intenta abordarlo quirúrgicamente.

A pesar de que los pacientes seguían llegando tardíamente al quirófano, la destreza de los neurocirujanos y el perfeccionamiento de sus equipos quirúrgicos consiguió mantener estadísticas de mortalidad no superiores al 20 por 100. A esta época pertenecen la mayoría de nuestros neurocirujanos, entre los que destacan, por sus contribuciones al tema, los nombres de LEY, OBRADOR, BARCIA GOYANES, TOLOSA, ALBERT, PERAITA, ANASTASIO, BRAVO, BORDES VALLS, SANCHO, etc.

3.3. Rinología

En las fosas nasales, siguiendo las tendencias quirúrgicas que va tomando la especialidad, se trata la pertinaz ocena con la inclusión de acrílico. Para el tratamiento de las rinofaringitis, obstrucciones de trompas, etc., se sigue utilizando el rádium. La terapéutica con aerosoles se emplea con profusión para las afecciones de nariz y senos.

Ya en el año 1951 CALDERÍN aplica su concepto funcional a la intervención de ERMIRO DE LIMA. El objetivo de la intervención debe ser la de ventilación y drenaje, respetando la mucosa si es posible.

Se empiezan a aplicar la anestesia general a la cirugía nasosinusal y fue BRODHAGE uno de los primeros que en 1957 utilizó la anestesia general para la endoscopia y la punción del seno maxilar.

Los médicos se empiezan a preocupar por los roncopatas. Se diseñan dispositivos para evitar los ronquidos, como el de LEPPICH en 1951. BURWELL en el año 1956 relaciona la extrema obesidad asociada a la hipersomnolencia, hipoventilación alveolar y cor pulmonale y ya empieza a hablar del síndrome de Pickwick.

La última adquisición de esta década es la Cirugía de la Base del Cráneo, el abordaje com-

binado cráneo-facial en los tumores del etmoides (MALECKI en 1959).

3.4. Laringología

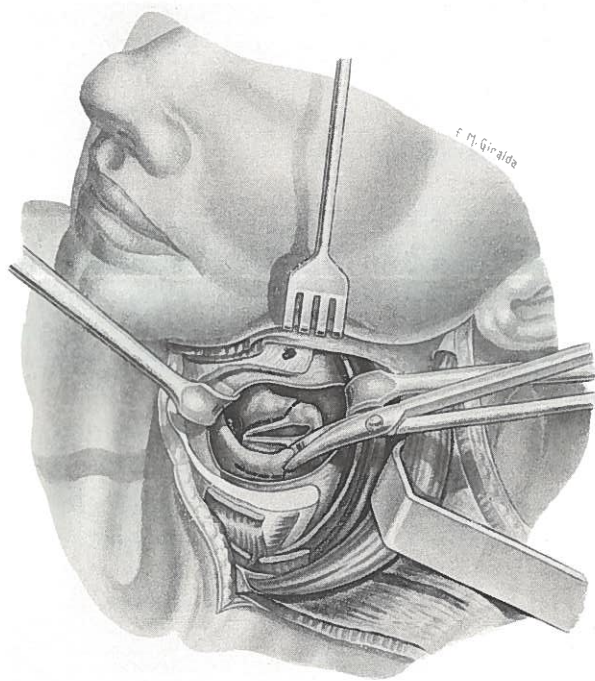
En estos años se combate eficazmente la tan frecuente y terrible tuberculosis laríngea; deja de ser una enfermedad grave y se cura rápida y fácilmente. Aunque, por otro lado, la estreptomycinina y otros ototóxicos producen sorderas irreversibles.

Se termina de implantar a nivel mundial y sobre todo en España la Laringectomía Supraglótica de ALONSO. El propio autor en esta década modificó su técnica y comienza a practicarla en un solo tiempo, haciendo el cierre inmediato de la faringe, rellenando previamente la cavidad laríngea con un molde de material plástico, el cual abandonó en 1956. En 1954 publica un libro sobre cáncer laríngeo que será citado en todos los artículos de la época.

En España los laringocirujanos, procedentes de las escuelas de TAPIA, CASADESÚS, HINOJAR, etc., rápidamente captan sus posibilidades; dos representantes de dos de estas escuelas se convierten en los paladines de la nueva intervención: ANDRÉS SÁNCHEZ RODRÍGUEZ (Madrid) y JOSÉ TORRENS (Barcelona). Pero hay muchos otros compañeros que la practican, entre los que destacan: ACIEGO DE MENDOZA, ÁLVAREZ PÉREZ, BARTUAL, CAPELLA, PULIDO, FERICHOLA DE LA FUENTE, PORTELA, TEROL, NÚÑEZ, CALDERÍN, AGER, MUGUERZA, DEL CAÑIZO, etc.

Las primeras intervenciones realizadas en nuestro país de Laringectomía Horizontal Supraglótica fueron realizadas por ACIEGO DE MENDOZA, aunque no hizo exactamente la misma técnica pues encontró dificultades durante la intervención y la modificó, realizando una cirugía que pudiéramos calificar de faringolaringectomía parcial infrahioidea. Comunicó sus resultados el año 1951 en la reunión de la Sociedad Andaluza celebrada en Granada.

El 28 de abril de 1951 se realiza la primera Laringectomía Horizontal Supraglótica en España, según la técnica de Alonso, por SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, en el Hospital Central Penitenciario de Madrid. Desde entonces igual que



Técnica laringuectomía supraglótica según
Sánchez Rodríguez.

hiciera su maestro TAPIA con la intervención de GLÜCK de laringuectomía Total, se convierte en verdadero paladín de la intervención de Alonso. Acude a numerosos congresos y cursos explicando la técnica a sus compañeros, e introduce pequeños detalles que hace que en sus manos la técnica de ALONSO produzca resultados que superan seguramente a los del propio autor del método. La principal novedad técnica era no hacer traqueotomía y colocar una cánula a través del faringostoma entre las cuerdas vocales durante las primeras 48 horas postoperatorias. Igualmente recomendaba realizarla con anestesia local, pues así el paciente podía emitir sonidos durante la operación y dice en un texto «...por lo tanto, ningún procedimiento de anestesia general podrá encontrar aquí campo de aplicación» (17-18). Solía hacerla en dos tiempos y cuando la hacía en un tiempo siempre hacía traqueotomía. Su escuela sustituye la incisión en «cinco» de ALONSO que daba poco campo por la típica de GLÜCK-SOERENSEN que permite examinar los ganglios (19). Este autor entre 1951 a 1957 opera a 104 enfermos.

El 3 de febrero de 1952 TORRENTS y PULIDO en Barcelona llevan a cabo por vez primera la

técnica de Alonso, en un enfermo portador de un cáncer de cara laríngea de epiglotis, comunicando sus impresiones a la Asociación de ORL de Barcelona en la sesión del 26 de marzo de 1952.

TORRENS Y LÓPEZ DE LA TORRE escriben la ponencia de la VIII reunión anual de la SEORL de 1958, donde hacen una estupenda revisión de los fundamentos embriológicos y anatomo-clínicos de esta cirugía.

Muchos laringocirujanos se entregan a practicar esta laringuectomía, y se aportan multitud de variantes, pues aunque ALONSO estableció una gran base técnica, todavía podía ser perfeccionada. El gran debate en España a finales de los cincuenta era el practicarla en uno o dos tiempos. Aunque la mayoría de estas variaciones carecían de interés, y solo eran adaptaciones al gusto del cirujano, vamos a comentar ciertas peculiaridades de cada autor.

La incisión cutánea clásica de Alonso era en «cinco», lo que daba un campo limitado y dificultaba el realizar una posible Laringuectomía Total si de forma intraoperatoria veían que el tumor desbordaba la supraglotis. Esto hizo que tanto fuera de España (LEROUX - ROBERT, etc.), como dentro (SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, AGER MUGUERZA, BARTUAL, PORTELA, etc.), se adopte el colgajo en «U» o «V» truncada, en «T» (ACIEGO), es decir, un colgajo amplio que permita realizar y resolver los obstáculos que puedan presentarse en el curso de la intervención. Otro problema interesante es el de la traqueotomía; cuando la intervención se realiza en dos tiempos, la traqueotomía no es imprescindible, aunque a veces se presenta en el postoperatorio la necesidad de practicarla por edema de la región glótica, tanto es así que el propio ALONSO recomendaba en el curso de la intervención bajar y seccionar el istmo del tiroides y hasta tallar un trozo de cartílago traqueal sin abrir tráquea lo que facilitaba el canular al enfermo, si el caso lo requería. Por el temor a este edema LEROUX y MASPETIOL recomendaban practicar una traqueotomía previa, y SÁNCHEZ RODRÍGUEZ resuelve mucho mejor este problema con la colocación de una cánula entre las cuerdas a través del faringostoma creado, retirándola a las cuarenta y ocho horas, en que ya ha pasado el peligro de la estenosis aguda por edema. AGER también hace traqueo-

tomía, en cambio TEROL FIGUEROLA Y GARCÍA BLANCO no solían realizarla. La vía de abordaje de la faringotomía también variaba: ALONSO y PORTELA la hacían a través de seno piriforme, AGER, FERICHOLA, DE LA FUENTE y ÁLVAREZ PÉREZ la hacían infrahioidea.

Nos queda por señalar otras técnicas de Laringuectomía Parcial completamente diferentes de lo que hasta ahora hemos señalado, que no tuvieron la aceptación de los laringólogos de la época. Una de ellas la presentó el 31 de mayo de 1960 en la Real Academia de Medicina de Madrid, RAFAEL GARCÍA TAPIA, que extirpa el tumor supraglótico a través de una amplia laringofisura. Es una técnica más sencilla, pero con el riesgo de entrar en medio del tumor y no extirparlo correctamente. El autor presenta similares resultados en decanulación y deglución y en 1962 llevaban 76 casos (20). Ha sido también practicada por PASCUAL DE JUAN y por laringólogos de la escuela catalana. La otra técnica es de MOZOTA, en aquellos casos de localización cordal, inspirado en la técnica de HOFFMAN SAGUE, practica lo que llama laringuectomía reconstructiva de la laringe, es quizás una laringuectomía un poco más amplia que la de este autor, extirpando los dos tercios anteroexternos de las alas tiroideas, y reconstruye la cavidad laríngea sobre una laringe acrílica aprovechando el pericondrio y musculatura conservada. Que nosotros sepamos es el único que tiene experiencia sobre esta técnica de la que se muestra muy satisfecho.

La aportación de ALONSO anima a otros compañeros a practicar otras cirugías funcionales, recuperando técnicas antiguas o creando nuevas. Se crean las llamadas LARINGUECTOMÍAS VERTICALES o HEMILARINGUECTOMÍAS, que como comentamos ya habían sido practicadas hacía 100 años, pero los malos resultados la hacen caer en el olvido. Las modificaciones técnicas pretenden reseca menos estructuras, mayor conservación cartilaginosa y reconstrucción de una neo-cuerda con diferentes tipos de injertos (piel, mucosa, músculo, cartílago, etc.). En esta época, LE JEUNE, PUTNEY, JACKSON, NORRIS y LEROUX-ROBERT, describen la técnica que denominan laringuectomía fronto-lateral, con extirpación de la cuer-

da vocal y de la región subyacente, comisura anterior y resección muy económica del esqueleto cartilaginoso para mantener una buena permeabilidad laríngea. A estos perfeccionamientos les siguieron otros, como el uso de un obturador por GOODYEAR, colgajos de piel intralaríngeos por FIGI, plastias de piel por MEURMAN, mucosa de la hipofaringe por SOM, mucosa de labio, mejilla o de fosa nasal por HERRMAN. En 1956 LEROUX-ROBERT presenta un 80% de éxitos con esta técnica. En 1959, CONLEY, incluye en la sutura de esta mucosa, una porción de aritenoides para facilitar la oposición de la cuerda vocal y logra la decanulación a las cuatro semanas.

Se continúan con los intentos de recuperación vocal, por lo que se inicia la reeducación de la voz por medios naturales para el laringectomizado y la eliminación de las antiestéticas laringes artificiales. El primer Servicio de Ortofona que se funda en España, es en el año 1953, en la cátedra de ORL de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid, con NÚÑEZ PÉREZ (21). CONLEY en 1958 practica una FISTULA TRAQUEOESOFÁGICA para recuperación de la voz sin colocar prótesis, pero tendía a cerrarse.

Se continúa con el problema de las recidivas regionales y en esta década destaca la figura de HAYES MARTÍN con el Vaciamiento Cervical Radical, que ya en numerosos trabajos desde 1930 le da un nuevo impulso, y lo extiende mundialmente desde el año 1951. Publica una revisión de 1.450 casos de vaciamiento cervical. Surgen muchas variantes de diferentes autores, especialmente en las incisiones de piel (HAYES MARTÍN, MACFEE, CONLEY, GUERRIER, etc.) la tendencia cada vez es a extirpar menos estructuras, siempre que se mantuvieran las cifras de supervivencia. Varios autores como PIETRANTONI en 1953, DARGENT en 1945, TAILLENS en 1952 demostraron que una serie de pacientes con cáncer de laringe mejoraban si se hacía vaciamiento bilateral, cosa que no era posible por las complicaciones postoperatorias en el Vaciamiento Radical. Por ello PIETRANTONI intenta conservar la vena yugular interna de un lado en los Vaciamientos Radicales bilaterales y ya SILVESTRE-BEGNIS en 1943 propone separar todo el tejido ganglionar de la yugular inter-

na, conservando la vena. También vieron que era posible conservar el nervio espinal. En España destacan en esta cirugía CASADESÚS, TAPIA, TORRENS, BARTUAL, SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, CAÑIZO, POCH VIÑALS.

Cada vez los cirujanos se meten a operar casos más complicados y gracias a la aportación de CONLEY en esta década se operan cuellos con invasión de las carótidas primitivas. Practica abundantes ligaduras de carótida, con anastomosis, by-pass, etc.

3.5. Otros

La medicina psicosomática intenta adentrarse en la ORL para el tratamiento de los acúfenos, los vértigos, las obstrucciones nasales, las disfonías, etc., pero no obtiene resultados.

La Radiología emplea ya las proyecciones clásicas de oído y senos para diagnóstico de enfermedades en estas localizaciones.

Se continúa con el problema de las reconstrucciones tras exéresis de grandes tumores de cabeza y cuello y a partir de 1950 se definen la vascularización de los distintos tipos de colgajos y los métodos para aumentarla. Ya CONLEY en 1953 emplea el colgajo deltopectoral, aunque su uso se consolidará en la siguiente década.

Persiste el avance en el tratamiento quimioterápico de las neoplasias y es de nuevo FABER quien en 1956 descubre un nuevo antifólico, variante de la aminopterina: el metrotexate. En 1950 KLOPS y BIERMAN emplean la mostaza nitrogenada por vía intraarterial, que daba nacimiento a la quimioterapia regional, que se administrará de dos modos: por perfusión e infusión arterial.

4. 1960

En esta década se continúan los avances de los años cincuenta. La principal novedad en la especialidad es la aplicación de los endoscopios. Se trata de evitar la cirugía abierta a toda costa y surgen medios para diagnóstico precoz de las patologías. Los Endoscopios Rígidos, aunque ya aplicados en la medicina en el siglo pasado (NITZE en 1879 empleó por primera

vez un cistoscopio, y dos años después HIRSCHMANN de Berlín lo aplicó a la endoscopia del seno maxilar) suponen un cambio radical en la década de los sesenta. Las ópticas Hopkins y Lumira de las casas Wolf y Machida dan imágenes de incomparable nitidez y profundidad, con un ángulo visual que varía de 0° a 120°, según el instrumento empleado. Los Endoscopios Flexibles o Fibroscopios proceden del Japón, donde fueron ideados por IKEDA y contruidos por la casa Machida en 1966, teniendo como objetivo la exploración del árbol tráqueo-bronquial. Están formados por fibras ópticas que transmiten la luz a través de un intrumento flexible, por lo que permite explorar zonas escondidas a la exploración normal.

Cada vez se hacen más cirugías con anestesia general, y siguen surgiendo los problemas de estenosis traqueales secundarios a la intubación. En Estados Unidos el período de mayor número de estenosis fue entre los años 1965 y 1968. En España este hecho se produjo un poco mas tarde, en los primeros años de la década de los setenta.

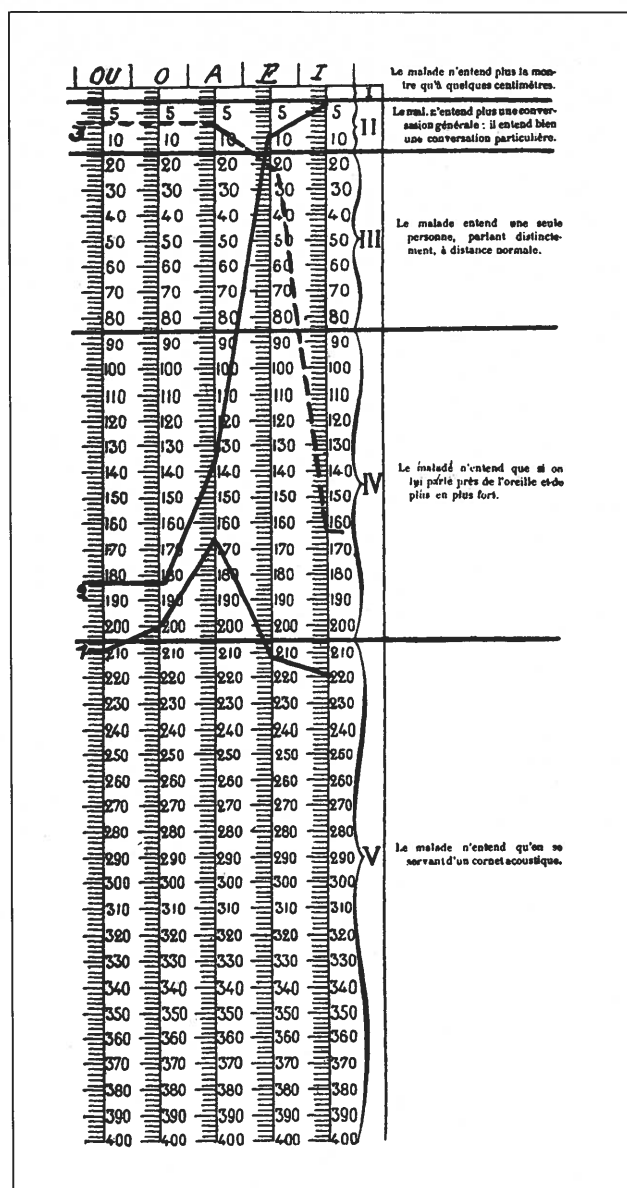
La tuberculosis es casi una enfermedad del pasado. Se publican en las diversas revistas como casos raros en esta época.

4.1. Otolología

En este período se generaliza a nivel mundial todos los avances sobre timpanoplastia y estapedectomía que se había iniciado en la década anterior. La cofocirugía sigue su evolución y llega a su madurez.

La popularización de los nuevos audiómetros provocan dos tendencias, una americana y otra europea. En 1964 se unifican todas las tecnologías en unas normas llamadas ISO. Se perfeccionan las audiometrías supraliminares y se emplean con profusión. Se siguen utilizando las audiometrías objetivas entre ellas destacan la Audiometría cortical (GEISLER, 1960), y la Electrocoqueleografía (PORTAMNN, LE BERT y ARAN, 1967). En España tardarán todavía unos años en aparecer estos aparatos.

Igualmente la industria electroacústica hace unos progresos extraordinarios. Los audífonos



Gráfica audiométrica previa a las normas ISO.

son cada vez más pequeños y más perfectos. Los Implantes cocleares se inician en humanos con HOUSE y URBAN en 1961 y suponen una nueva herramienta para el tratamiento de la sordera.

La sordera profesional cada día preocupa más y se legislan normas al respecto, para protección laboral. En España se dictan, con fecha 30 de mayo de 1961, las normas que organizan el Seguro de Enfermedades Profesionales, incluyendo en la lista a las producidas por el ruido industrial cuando sobrepasan los 85db.

En cuanto a la cirugía de las otorreas siguen los intentos de realizar timpanoplastias cerradas. En 1960 SHEA, TABB y AUSTIN emplean el injerto de vena para cerrar las perforaciones. A partir de esta fecha la miringoplastia se populariza; comienzan a utilizarse todo tipo de injertos. Igualmente se comienzan a realizar reconstrucciones tímpano-osciculares. Al principio usaban homoinjertos osciculares. luego usan materiales plásticos, pero al comparar los resultados se dan cuenta que funcionan peor y procuran usar huesos. Se crean los primeros bancos de huesos, para usarlos como homoinjertos. En 1969 el equipo de ANTOLÍ-CANDELA hace el primer trasplante homólogo de huesecillos, entre dos pacientes vivos: al coincidir en quirófano una timpanoplastia y una mastoidectomía del mismo oído. Igualmente había muchos autores que usaban homoinjertos de cartílago, normalmente cartílago nasal o trago: GARCÍA-IBÁÑEZ, OLAIZOLA, PRADES, SALVA, SCOLA, etc.

Otro intento de crear cavidades cerradas era rellenar la mastoidectomía tras hacer la timpanoplastia abierta, con diversos materiales: injertos musculares (RAMBO en 1958), rellenos de hueso homólogos o autólogos (GUILFORD 1961, RODRIGUEZ ADRADOS 1961 con hueso extraído de cresta ilíaca) o heterólogos con ternera de kiel (WILLIAMS 1954, MERRIFIELD 1963 y en España SCOLA en 1967) o con sustancias acrílicas (OLAIZOLA 1974) como silastic, teflón, proplast, etc. (22).

Se siguen utilizando varias vías de abordaje. El abordaje transcanal es descrito por AUSTIN en 1959, introducido en España por Antolí-Candela en los años sesenta (23).

Otro concepto novedoso que aporta una figura de la otología española con resonancia mundial fue la técnica que GARCÍA IBÁÑEZ denomina «SONOINVERSIÓN», descrita en 1959, y empleada en los años 60. Hasta esta fecha todos los sistemas propuestos en cirugía timpanoplástica trataban de encauzar la onda sonora hacia la ventana oval, quedando la ventana redonda protegida. García Ibáñez ensayó un nuevo sistema en el que, inversamente a los cánones establecidos, dejaba expuesto al exterior el nicho de la ventana redonda, protegiendo la ventana oval. Poco después varios autores publicaron nuevas contribu-

ciones sobre sonoinversión. ANTOLÍ-CANDELA (que menciona el caso de un operado durante un congreso en coincidencia cronológica con la publicación de GARCÍA IBÁÑEZ), CONSUEGRA, CAÑIZO, KOTYZA y HASIMOTO.

La estapedectomía es uno de los grandes éxitos, no sólo de la otología, sino de toda la Medicina. Ahora se cura bien y fácilmente. Se hacen estudios sobre el tratamiento médico de esta enfermedad. Basándose en la similitud histológica con otras enfermedades metabólicas, especialmente la Enfermedad de Paget, SHAMBAUGH en 1964 decide probar el Flurouro Sódico y demuestra experimentalmente que se producía una desaparición de la reabsorción ósea y una calcificación. Pero clínicamente no se obtienen los resultados esperados.

Para hacernos una idea de las estapedectomías que operaban en esa época mencionamos varias estadísticas de autores españoles. PRADES realiza en un año (octubre 1963-noviembre 1964) 950 estapedectomías con diversos materiales (24). SALVA en cuatro años (datos de 1964) 2.351. ANTOLÍ-CANDELA en 1960 tenía 2.011 operaciones sobre estribo y ventana oval, es decir, incluyendo movilizaciones y otras cirugías con 95% buenos resultados (6).

Durante esta década se siguen probando con diferentes materiales. Hasta entonces se solía usar injerto de vena para sellar la ventana oval, como PORTMANN Y SHEA. El principal avance fue en 1961 con GOODHILL que fue el primero en usar pericondrio tragal, que se maneja mejor que la vena, es más cómodo de obtener y es mejor tolerado. Otros materiales usados para tapar ventana oval: fascia de temporal y grasa (SCHUKNECHT), gel-foam (HOUSE Y SHAMBAUGH), córnea (ANTOLÍ-CANDELA) mucosa de senos, de labio, esclerótica (FERNÁNDEZ VILA) (25).

Como cada vez se va afinando más esta cirugía, surge el problema de las platinas obliterativas. En 1963 SHEA para las platinas obliterativas describe la estapedotomía con colocación del pistón de teflón. Este autor lo preconiza en todos los casos, y atribuía al teflón propiedades antiostogénicas, pero fracasó. En cambio otros autores, como SCOLA lo recomienda en casos que no se adapte bien el tubo de polietileno, pues con este tiene muy buenos resultados (26).

En 1959 GARCÍA IBÁÑEZ intentó con la sonoinversión solucionar también el problema de las platinas obliterativas, colocando una prótesis larga desde la rama larga del yunque hasta la ventana redonda, y como contraventana una fenestración en el canal semicircular horizontal, pero no tuvo éxito pues la colocación de la prótesis es difícilísima y la fenestración tendía a ocluirse de nuevo. SALVA diseña la técnica del PROTECTOR: perforación del vestíbulo en la región por donde debe de estar la ventana oval, como SHEA, pero coloca una camisa de acero (el protector) alrededor del hilo de tantalio que transmite el sonido para evitar que se estenose. Tenían protectores especialmente diseñados por ellos y de varios diámetros (27).

4.2. Otoneurología

En cuanto la exploración del vértigo se sigue perfeccionando la electronistagmografía. Se hacen intentos de sistematizar de modo objetivo el reflejo vestíbulo-espinal, entre ellos cabe destacar a CLAUSSEN. Basándose en el método de UNTERBERGER (1938), para el estudio clínico de las vías vestíbulo espinales, en 1969 desarrolla la CRÁNEO-CORPOGRAFÍA, objetivando los movimientos de la cabeza y del tronco (28).

Se continúa con el desarrollo de la cirugía del saco endolinfático, con diferentes modificaciones de los autores. Entre ellos destaca House que en 1962 colocó un tubo de silicona en el saco para mantenerlo continuamente abierto.

Pero la contribución más importante a la cirugía otoneurológica de la segunda mitad de siglo corresponde a WILLIAM HOUSE, que ayudado por un escogido grupo de colaboradores propugna, a partir de 1961, una sistemática semiológica para el diagnóstico precoz y perfecciona, o crea, vías y técnicas nuevas en el campo de la otoneurocirugía. A este hecho influyeron varios factores: los enfermos llegan al cirujano mejor estudiados desde el punto de vista neurológico, otológico, oftalmológico y radiológico. Es decir, el gran acierto de HOUSE fue combinar los avances técnicos de la época, recuperar viejas vías de abordaje, rodearse del equipo humano y técnico apropiado y aplicando su talento crear la moderna otoneurocirugía.

Describió las diferentes vías de abordaje transtemporal, translaberíntica y suboccipital, sistematizándolas y sentado las indicaciones de cada una de ellos no solo en cirugía del neurinoma, sino en neurectomías y cirugía del vértigo. También practicó otras vías, como la transigmoidea para evitar los puntos flacos de la suboccipital y la translaberíntica. En 1968 presentaron 200 casos operados, con solo 5% de mortalidad y 10% de lesiones del nervio facial. El Centro Otológico de Los Ángeles se convirtió en La Meca de la Otoneurocirugía mundial, donde otólogos de otros países acudían a aprender las nuevas técnicas. Pero también otros autores de esta la época destacaron en la nueva otoneurocirugía: FISCH y YASARGIL (1968), PORTMANN y cols. (1968, 1972), STERKERS y BILLET (1966, 1967, 1972), CRABBE (1971, 1972), CHIOSSONE (1969), etc. En nuestro país, donde la microcirugía otológica introducida por GARCÍA IBÁÑEZ y ANTOLÍ-CANDELA, hace un cuarto de siglo, tiene un alto desarrollo técnico, se han dado numerosas contribuciones al respecto. A ellas están ligados los nombres de los citados ANTOLÍ-CANDELA y GARCÍA-IBÁÑEZ, y los de ÁLVAREZ DE CÓZAR, GAVILÁN, GUILLEM KÚSTER, OLAIZOLA, PRADES, SALVÁ, SCOLA, etc.

4.3. Rinología

La gran contribución de la rinología española se produce en esta década, gracias a PRADES que desde el año 1967 fue de los primeros, si no el primero, que supo aunar el microscopio quirúrgico a la cirugía nasosinusal. Fue un gran defensor de ella no sólo en España, sino también en el extranjero. La van aplicando poco a poco a todo tipo de cirugía nasal: septoplastia, meatotomía inferior del seno maxilar, etmoidectomía, trepanación del seno esfenoidal y atresia de la coanas.

Gracias al desarrollo de los endoscopios se consiguen imágenes de las fosas nasales y cavum hasta entonces imposibles de visualizar. Además se diseñan diversos medios para obtener fotografías o películas, como el antroflash diseñado por PERELLÓ en 1965 (29).

Una cirugía que alcanza gran difusión en esta década y pronto es abandonada por sus potenciales complicaciones es diseñada en 1961 por GOLDING WOOD. Es la neurectomía del nervio vidiano que se utilizó en la rinopatía vasomotora.

MESSERKLINGER en esta década se empieza a preocupar por el estudio de la fisiopatología de los senos y poco a poco abre el paso a la nueva cirugía.

En el año 1964 IKEMATSU publica un procedimiento quirúrgico, la palatoplastia, para corregir los ronquidos, con una experiencia de más de 150 pacientes. De hecho estos trabajos japoneses quedaron en el olvido hasta que fueron recuperados por FUJITA más adelante. En 1965, GASTAUT describe por primera vez el síndrome de Pickwick desde el punto de vista de la polisomnografía nocturna y clasifica los síndromes de apneas obstructivas a base de unos patrones respiratorios. Y se propone la traqueotomía para corregir la apnea obstructiva del sueño en 1969 por KHULO.

4.4. Laringología

PERELLÓ en 1962 modificó la teoría mioelástica: y la llamó Teoría Microndulatoria, en la que dice que no es una vibración lo que produce el sonido laríngeo, sino la ondulación de la mucosa o las partes blandas que recubren las cuerdas vocales que se comportan como una bandera agitada por el viento.

KLEINSASSER en 1963 desarrolla la Microcirugía Endolaríngea, gracias a la aplicación por la casa Zeiss de la lente de 400 mm, que le permitió la visión magnificada para cirugía bimanual, muy similar a como hoy la usamos. Otros autores que destacaron en este terreno fueron SUSUKI en 1966 y GEZA JAKO en Boston. En España mencionamos a PRADES en el Hospital de la Cruz Roja de Barcelona. En septiembre de 1968 organiza el primer curso de Microcirugía Laríngea. Esta técnica se extiende por todos los países a finales de los sesenta como rutina en la práctica de nuestra especialidad.

Se continúan haciendo laringectomías totales y parciales, alcanzando la madurez la laringectomía supraglótica. Se intentan nuevas ci-

rugías parciales, que tendrán su culminación en la década de los 70. Entre ellos destaca en España la técnica de Hemilaringuectomía subtotal debida BABE descrita a finales de 1968 y presentada al Congreso Español de ORL celebrado en Sevilla en 1969. Consistía básicamente en una laringuectomía vertical, extirpando la mitad del cartílago tiroides y conservando el cricoides. El propio autor comenta que sus indicaciones son limitadas, aproximadamente un 10% de todas las intervenciones laríngeas.

En esta época LEDEN y MOORE en Norteamérica, generan un equipo de colaboradores que sientan las bases de la FONOCIRUGÍA moderna.

La recuperación de la voz continúa preocupando al especialista. Por ello se inician las técnicas de traqueopexia en el cáncer, la cirugía reconstructiva, las implantaciones de teflón en las parálisis y los métodos foniátricos para las disfonías funcionales. De todas las sustancias usadas se ha impuesto la pasta de teflón empleada por primera vez por ARNOLD en 1962 y después por otros muchos (IEWY 1964, KIRCHNER 1966). En España destaca PERELLÓ en el año 1975. Dentro de la recuperación de la voz (ASAI en 1965) realiza una laringoplastia uniendo tráquea con faringe mediante un tubo de piel subcutáneo. Describió múltiples variantes, con buenos resultados en la fonación, pero con mala deglución (tenían que taparse con el dedo a nivel de la fístula para evitar aspiraciones).

También se pretendió la supresión de la laringe y su sustitución por un nuevo órgano sano, es decir, un trasplante. Aparte de los problemas que plantean los trasplantes de órganos desde un punto de vista biológico nos encontramos con las dificultades de la rica y delicada inervación y vascularización del órgano, por lo cual los intentos llevados a cabo en el perro fracasaron, según las investigaciones (WORK y BOLES en 1965; OGURA y SILVER, separadamente, en 1966, y MOUNIER KUHN en 1968). A pesar de ello KLUYSKENS realizó en 1969 el primer trasplante de laringe en el hombre con muy malos resultados (diseminación masiva del cáncer).

Para obviar los inconvenientes de los vaciamientos cervicales radicales, el cirujano argentino OSWALDO SUÁREZ sistematizó en 1962 la exéresis radical de todas las adenopatías y linfáticos del cuello mediante lo que él llamó

«VACIAMIENTO GANGLIONAR FUNCIONAL DEL CUELLO», que respeta en cambio las estructuras musculares, vasculares y nerviosas. De modo que es oncológicamente tan radical como el vaciamiento radical clásico. Esta técnica ha sido muy difundida y han aportado novedades a la misma BOCCA 1967, GUERRIER 1974. En España se publica por primera vez en el año 1972 por C. GAVILÁN (30). Aunque hay autores que lo emplean desde el año 1967, como SCOLA, VEGA y BACHILLER (31).

4.5. Otros

Las amigdalectomías se suelen hacer con la técnica de SLUDER y según un autor de la época «los adultos con anestesia local y los niños con un simple toque psicológico» (32). Muchos de los lectores de esta ponencia que fueron probablemente amigdalectomizados recuerden con horror este toque psicológico en una lúgubre sala de curas de algún ambulatorio o clínica similar. Tardaban en realizarlo entre dos y tres minutos. En esta época ya se intentaban nuevos anestésicos (tricloroetileno) para evitar el dolor. El autor anteriormente citado había practicado alrededor de 10.000 de estas operaciones y todos los compañeros que ejercieron en esa época recuerdan tardes de operarse entre treinta o cuarenta niños. A pesar de estos métodos, aunque parezca increíble, tenían el mismo número de complicaciones que actualmente: alrededor del 1% de hemorragias.

Cada día hay más operados de laringuectomía total. Para aliviar su situación social se crea, en 1969, la Asociación Española de Laringectomizados y Mutilados de la Voz.

La Criocirugía se empieza a emplear en esta década. Aunque se usa por primera vez en neurocirugía (Cooper en talamolisis 1961), en ORL lo empiezan a usar en 1967 BOUCHE y FRECHE. En España destaca en su uso POCH VIÑALS.

El uso y universalización posterior del colgajo deltopectoral para reconstrucción faringolaríngea por BAKAMJIAN en 1965 permitió la resección de tumores antes tenidos por inoperables, dada la imposibilidad de reconstruir los defectos creados con unas tasas de morbilidad y resultados funcionales aceptables.

A pesar de que en el año 1960 se inicia la poliquimioterapia, es a partir del año 1964, con SIPP, cuando se observa la acción de cada uno de los agentes quimioterápicos según el estado del ciclo celular.

5. 1970

El gran avance de los años 70 fue la introducción de la informática en la ORL. Además, en nuestro país empiezan a aparecer los grandes monstruos hospitalarios, las residencias sanitarias, que con el tiempo se han visto que son poco funcionales. En los hospitales se establecen unas bases de datos de historias y la tendencia a la computarización de todas las actividades hospitalarias. Cada día se da más importancia a los exámenes con aparatos sofisticados, que muchas veces requieren la colaboración de técnicos, y se relega a segundo término el examen clínico.

Dentro de la sofisticación de las nuevas exploraciones, sobresalen las técnicas de imagen. En 1973 HOUNSFIELD presenta la Tomografía Computerizada, lo que permite efectuar el estudio de la extensión de las lesiones con toda precisión. A las imágenes de superficie proporcionadas por la endoscopia añadimos las imágenes en profundidad. La Resonancia Magnética Nuclear describe las bases por MANSFIELD y

MAUDSLEY en 1976, aunque popularizada posteriormente, cada vez se utiliza más como complemento del anterior.

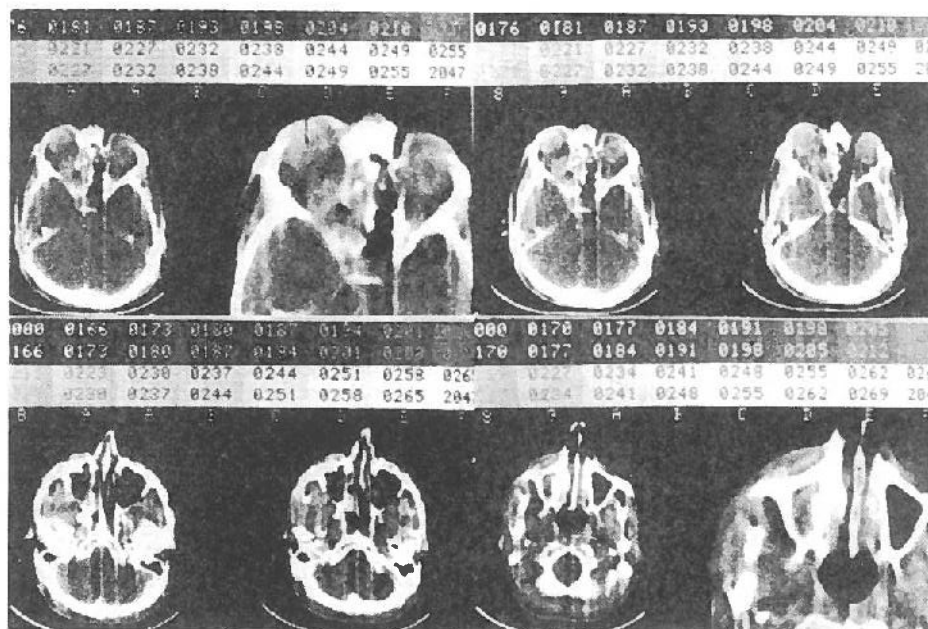
Otra aportación muy interesante de este período es el LÁSER. STRONG y JAKO en 1971 en Boston empiezan a usar el láser de CO₂ en Microcirugía Laríngea y luego lo aplican al resto de nuestra especialidad. Lo usan por primera vez en cavidad oral, en fosas nasales y en faringe. A partir del año 1975 se comercializan varios modelos de láseres y su uso se extiende a nivel mundial.

El otorrinolaringólogo que, por un lado, ve desaparecer la patología infecciosa y, por otro lado, se le reduce su campo de trabajo por la aparición de nuevas especialidades, va mejorando sus técnicas y se adentra en el campo de la cirugía máxilo-facial o cérvico-facial, de la neurocirugía, etc.

Van surgiendo nuevos fármacos que se aplican a nuestra especialidad, como es el caso de la N-acetilcisteína que durante los años 1974 y 1976 se publican multitud de artículos sobre él.

5.1. Otología

En esta década las novedades en el estudio auditivo descansan en la utilización de la TIMPANOMETRÍA y la aplicación de los POTEN-



Primeras imágenes de TAC en el Acta ORL (Avellaneda y Traserra).

CIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL. La timpanometría se empieza a usar en España alrededor del año 1973. Al emplearse cada vez más los antibióticos y menos la timpanocentesis para tratar las infecciones óticas, empiezan a aumentar las otitis adhesivas, como señala en 1975 BERTRÁN.

Los intentos de audiometrías objetivas se remontan a principios de siglo. Al principio tenían grandes dificultades técnicas para la obtención de los registros ya que al ser muy bajo el potencial eléctrico que se debía registrar (100-300 nanovoltios), la relación señal/ruido era bastante pobre, por lo que la señal quedaba enmascarada en su interior. Con el desarrollo de la informática en esta década, los resultados se pueden extrapolar e individualizar. En 1970 SOHMER Y FEINMESSER registran con electrodos en vertex y mastoides una serie de 4-6 ondas con intervalos de miliseg. y JEWETT localiza el origen de estos potenciales en las estructuras del tronco encéfalo. En España la historia de los potenciales evocados auditivos está íntimamente ligada a los trabajos realizados por la Escuela de Sevilla, bajo la dirección MARCO, a quien se debe la introducción, estudio y difusión de estos potenciales entre los otorrinolaringólogos españoles.

Se continúa avanzando con las prótesis auditivas y la tendencia es la utilización de los audífonos estereofónicos y gafas auditivas. Espoleado por los éxitos en este tratamiento cruento de las sorderas de oído medio, se extiende a nivel mundial los IMPLANTES COCLEARES para tratar de solucionar las sorderas del oído interno, y la reconstrucción del oído medio con implantes de sistemas tímpano-osciculares de cadáver u homoinjertos. En España BOSCH y PRADES y el ingeniero COLOMINAS en 1977 intentan colocar un implante coclear con tecnología propia, pero la escasez de medios técnicos y los resultados obtenidos relegan a segundo plano la iniciativa (33).

En cuanto a las tímpanoplastias se hacen en estos años muchas técnicas obliterativas: En España destacan PALVA y PENET, así como SCOLA (músculoplastia funcional auricular), CAPELLA, RODRÍGUEZ ADRADOS, ÁLVAREZ DE COZAR, GUILLEM. PALVA en 1975 llevaba unos 1.500 casos con relleno de colga-

jo musculoperiostico de temporal y no tiene ni una sola recidiva en estos casos (34). Igualmente se inicia una nueva etapa con las prótesis artificiales como las conocemos actualmente, la prótesis total (TORP) y la parcial (PORP). Se perfeccionan los materiales plásticos, primero fue con PROPLAST (SHEA, HOMSY Y JANEKE en 1974), luego el PLASTIPORE (BRACKMANN Y SHEEHY en 1976) (35). Inicialmente obtuvieron buenos resultados, pero vieron que a medio y largo plazo se extruían, por lo que SHEEHY ideó colocar un fragmento de cartílago sobre la prótesis, como se hace actualmente.

La cirugía de la otoesclerosis aporta pocas novedades en este período, pues comprueban que por muchas variaciones que hagan en la técnica, siguen obteniendo resultados similares. La estapedectomía alcanza su madurez completa y se convierte en una técnica de rutina para la mayoría de compañeros. Simplemente comentamos la aplicación del láser en esta intervención. Aunque SATALOFF en 1967 experimentalmente demuestra que se puede usar el laser en la platina del estribo, es PERKINS en 1978 el primero en publicar 11 casos de estapedectomías, con buenos resultados.

5.2. Otoneurología

HOUSE continúa avanzando con la otoneurocirugía. En 1973 presenta una estadística con 625 neurinomas del VIII par craneal operados. En España algunos compañeros empiezan a operar neurinomas por vías diferentes a la transmastoides. Así por ejemplo la vía Trans-temporal es empleada por GAVILÁN (1970), ANTOLÍ-CANDELA (1972) y GARCÍA IBÁÑEZ (1973). GAVILÁN hizo la primera neurectomía vestibular transtemporal el 30 de enero de 1968 en el Hospital La Paz, de Madrid. En los siguientes 15 años practica unos 70 casos con buenos resultados: con ausencia del vértigo tras la cirugía (100%), y casi conservada la audición normal.

En esta vía Transtemporal, para localizar el CAI existen varias referencias quirúrgicas de autores extranjeros (House 1961) (Fisch 1970), pero debemos destacar la aportación de varios

autores españoles. PRADES y BOSCH en 1973 proponen una localización en la zona llamado el triángulo mudo, sin embargo al no basarse en ninguna relación anatómica precisa presenta ciertos riesgos y no tiene aceptación. GARCÍA IBÁÑEZ en cambio utiliza la eminencia arcuata y el nervio petroso superficial mayor como puntos básicos de referencia, de esta forma se evita la necesidad de exponer la línea azul del canal semicircular superior como hacia HOUSE.

Otra importante aportación española a la otoneurocirugía en esta época es la VÍA TRANS-VESTIBULAR. Esta vía, realizada, como su nombre indica, a través del vestíbulo, fue utilizada a principios de siglo como drenaje quirúrgico de las complicaciones laberínticas de las otorreas. ÁLVAREZ DE COZAR y ANTOLÍ-CANDELA en 1970 la actualizaron y perfeccionaron por primera vez como técnica otoneuroquirúrgica actual. Por vía transmeatal realiza un fresado a nivel de la ventana oval dando un rápido acceso al contenido vasculonervioso. Era una vía original y sencilla, aunque con el inconveniente de la estrechez del campo quirúrgico, de tener muy próximo el primer codo del nervio facial, y por supuesto que era una técnica destructiva de la audición (23).

Asimismo se dan los primeros pasos en los abordajes infra-temporal de los tumores del peñasco y base del cráneo. Entre estos autores destacan FISH en 1977, GLASSCOK y SPECTOR.

5.3. Rinología

En los años setenta se comienzan a emplear nuevos tratamientos médicos para controlar las rinitis. Por ello se comienzan a publicar multitud de artículos sobre el empleo del cromoglicato disódico y los aerosoles.

PRADES continúa empleando la Microcirugía Endonasal, a lo que colabora su equipo en el servicio de ORL de la Cruz Roja de Barcelona, BOSCH y TOLOSA. Surgen nuevas aplicaciones quirúrgicas y en mayo de 1975 hicieron extensiva esta cirugía al abordaje de la fosa pterigomaxilar, a la neurectomía del nervio vidiano, la gangliectomía esfenopalatina, la simpatectomía periarterial de la esfenopalatina y la electrocoa-

gulación de la arteria esfenopalatina. En septiembre de 1976 sistematizaron una microcirugía de todas las estructuras que abocan al meato medio. Se inició, pues, una «microcirugía del meato medio». Otros muchos autores españoles publican en estos años artículos sobre cirugía de la fosa pterigomaxilar.

En 1974, seis años antes que la uvulopalatofaringoplastia, QUESADA empieza a operar enfermos con la resección parcial del paladar (RPP) como un nuevo tratamiento para los roncopatas, y lo presentó en el VIII Congreso de la Sociedad Española de Patología Respiratoria junto a FUENTES, PEDRO-BOTET y TURELL en Bilbao en 1975. En el año 1974 SIMMONS introdujo también en la literatura otorrinolaringológica el nuevo síndrome de hipersomnia causado por la obstrucción de las vías respiratorias altas, que se conocería como el síndrome de la apnea del sueño.

5.4. Laringología

La mayor frecuencia del cáncer laríngeo y los mejores resultados obtenidos por la cirugía hacen que cada día haya más sujetos operados, lo que representa un problema social y laboral. Para paliar esta situación en casi todos los servicios se crea la rehabilitación foniatría.

Al surgir los problemas de estenosis traqueales tras intubaciones prolongadas en los años sesenta y setenta se establecen dos corrientes de opinión para mantener los pacientes con respiración asistida: tubo endotraqueal o traqueotomía. En nuestro país, PUIGDOLLERS (1973) y CAVANILLAS (1976) consideran preferible la intubación endotraqueal prolongada, mientras que CAÑIZO (1976), MARCO (1976), GAVILÁN (1973) y GARCÍA IBÁÑEZ (1976) se decantan por la traqueotomía a partir de las 48 horas o como máximo cinco días. POCH en 1976 condiciona la traqueotomía al control general y respiratorio del paciente (36).

En esta década se comienza a aplicar la estroboscópica al estudio de la voz gracias a los trabajos de los suecos HALDDING, KOCH y PETERSON, siendo considerado por BUCH, desde 1972, como indispensable en el examen técnico foniatrico.

Igualmente se populariza en España la Microcirugía Laríngea, que permite verdaderas filigranas en el diagnóstico del cáncer y en el tratamiento quirúrgico de muchas afecciones. PRADES en 1971 dirige la Ponencia oficial de nuestra sociedad sobre este tema y al año siguiente aparecen gran cantidad de artículos en nuestra revista de muchos autores contando su experiencia. En 1972 publican STRONG Y JAKO las ventajas del Láser CO₂ en la Microcirugía Endolaríngea.

Un hecho que destaca en este período es el acuerdo internacional para establecer una nomenclatura y clasificación topográfica de los tumores y la intensa propaganda pública de la Lucha contra el cáncer.

Pero la gran aportación a la laringocirugía de esta época fue la aparición de las LARINGUECTOMÍAS TOTALES RECONSTRUCTIVAS. Aunque tiene su antecedente en FOEDERL de Viena en 1899, que tras practicar una cirugía total, unía un anillo traqueal al hioides y base de lengua. Pero por falta de antibióticos y técnicas anestésicas modernas dejó de hacerlo por las complicaciones mortales que le originó. Pero los que resucitaron estas técnicas en 1970 fueron ARSLAN y SERAFINI. Básicamente era una laringuectomía conservando músculos prelaríngeos y la epiglotis suprahioidea para suturarla al primer anillo traqueal, resecaando el resto de la laringe. Esta técnica causó un gran revuelo en todo el mundo, pues teóricamente los pacientes podían respirar y deglutir por vías naturales, pero pronto se abandonó por las continuas aspiraciones. Las indicaciones eran lesiones de cuerda vocal, que no permitían una resección parcial por extenderse más allá de los límites. En España SCOLA acudió a aprender la técnica con CALEARO en Italia, que realizaba una técnica similar a SERAFINI y publicó las primeras cirugías de este tipo realizadas en España, sin grandes complicaciones (37). También BARTUAL publicó artículos sobre el tema (38).

Los malos resultados en manos de la mayoría de los compañeros provocó gran frustración dentro de los laringocirujanos, pero lo importante era que estaba abierta una nueva vía de actuación para recuperar la voz. A partir de entonces surgen nuevas ideas y técnicas que irán mejorando los resultados. Pocos años después

STAFFIERI describe una variante a la Laringuectomía Reconstructiva: cierra el estoma traqueal con mucosa hipofaríngea y practica en su centro un ojal de sastre, que lo llama «neoglottis fonatoria» para que pueda respirar y evitar las aspiraciones, pero con el inconveniente que para fonar se tienen que tapar la cánula. Tampoco esta última aportó una solución definitiva, aunque los pacientes presentaban muchas menos aspiraciones.

Dentro de las variantes de los autores españoles destacamos la de CAÑIZO, que trata de conservar el cartílago cricoides, hace el ojal de la mucosa hipofaríngea de modo horizontal y pegado al borde anterior, y por último deja un pliegue de la mucosa a modo de «tejadillo» que cubre el ojal. VEGA también hace una modificación que consiste en seccionar las astas mayores del hioides y descender la base de la lengua en lugar de subir tanto la tráquea (39). Pero estas variantes no terminaron de obtener los resultados apetecidos y como dice CAÑIZO en un artículo que cuando una técnica quirúrgica, aparecida como revolucionaria, ha sufrido tantas y tantas modificaciones e inventivas algo marcha mal. Hay problemas que no se solucionan como uno quisiera.

Siguiendo estas tendencias se empiezan a hacer TRAQUEOPLASTIAS, es decir, en las antiguas cirugías totales se las volvía a operar y se elevaba la tráquea al hioides. Aunque fonan y degluten bien, siguen respirando mal.

En cuanto a la cirugía del cáncer de laringe se siguen buscando nuevas cirugías parciales, que resuelvan los vacíos de la especialidad. CASIMIRO DEL CAÑIZO advierte en varios artículos que no hay que forzar las indicaciones ante las exigencias de la sociedad o de los pacientes, pues hay compañeros que apuran mucho las indicaciones de cirugías parciales, cuando lo correcto sería hacer una cirugía total a tiempo. Hay autores que intentan ir más allá, extirpando el cáncer laríngeo no sólo horizontal, sino también de modo vertical y surgen las llamadas LARINGUECTOMÍAS PARCIALES HORIZONTO-VERTICALES (LHV), también conocida como hemilaringuectomía ampliada, o laringuectomía tres cuartos. Básicamente es una síntesis entre la laringuectomía horizontal supraglótica de ALONSO y la hemilaringectomía subtotal tipo

SOM. Ya estas técnicas habían tenido antecedentes, como los trabajos de PRESSMAN en 1954 que intenta hallar una base biológica, como ALONSO, que justifique y avale la hemilaringectomía y sus ampliadas. Los trabajos de OGURA así como MIODONSKI y su escuela de Cracovia definen y difunden la intervención. En España destacan SÁNCHEZ RODRÍGUEZ que realizó por primera vez en 1967 una supraglótica ampliada al aritenoides y sobre todo POCH VIÑALS que presentó su técnica horizontovertical en 1974 y publicó los primeros resultados en 1978. La cirugía consiste básicamente en extirpar el vestíbulo laríngeo con el ala tiroidea del lado afecto, donde incluye sus estructuras adyacentes (ventrículo, cuerda vocal y aritenoides), y reconstruye con mucosa hipofaringe. Lo indica en neoplasias de vestibulo laríngeo con paresia, incluso parálisis del aritenoides homolateral. ÁLVAREZ VICENT comenta en un artículo que ya lo había realizado en el año 1971 y lo publicó en el Acta Iberoamericana y los Anales de París. Fue durante una intervención de una Laringectomía Supraglótica que la amplió a una cuerda (40).

PIQUET, DESAULTY Y DECROIX en 1974 impulsan una nueva cirugía parcial que hace fortuna con el nombre de CRICOHIDOEPILGLOTOPEXIA. Aunque ya RAMÍREZ MOHEDANO Y LÓPEZ VILLAREJO un año antes habían descrito una nueva técnica que la llaman «la cirugía del cáncer de la laringe con abocamiento o sutura del cricoides a la faringe», pero no tuvo tanta difusión como la de los autores extranjeros. Básicamente consiste en la exéresis de ambas alas tiroideas y del aritenoides del lado enfermo, conservando el aritenoides, la epiglotis y el aritenoides contralateral y lo indican en tumores glóticos.

ÁLVAREZ VICENT presenta en 1971 su técnica del VACIADO ENDOLARÍNGEO, que irá modificando con los años para mejorar los resultados (41, 42). La técnica básicamente consiste en despegar el pericondrio interno del cartílago tiroides, hasta llegar por debajo de cuerda vocal y extirpar de modo endotiroideo la laringe. Al principio no reconstruían, pero posteriormente lo hacen con pericondrio externo, así los pacientes fonan mejor y presentan menos estenosis. Aunque han probado muchas

técnicas, incluso con implante de cartílago homólogo. El autor lo indica en tumores de supraglotis o glotis siempre que el cartílago esté libre de tumor.

Otra cirugía parcial de la época es la de CALEARO y TEATINI que en 1978 describen su GLOTECTOMIA HORIZONTAL en cáncer glótico bilateral. Extirpan cartílago tiroides, y ambas cuerdas vocales. En España tienen experiencia RODRIGUEZ ADRADOS, VIDEAIN, ALGABA y BARTUAL.

Se continúan con los intentos de recuperación de la voz. CALCATERRA Y JAFEK en 1971 diseñan otra fístula traqueoesofágica en perros y KOMORN lo aplica al hombre. Otros autores de estos años son MINNIGERODE y SHEED en 1972, KITAMURA y EDWARDS en 1974.

En la década de los setenta se sigue imponiendo en España el vaciamiento funcional de SUÁREZ. En estos años había varias tendencias en el tratamiento oncológico del cuello. Si los ganglios no son palpables en la exploración cervical inicial unos autores de modo sistemático usaban profilácticamente tanto radioterapia (LEROUX-ROBERT) como cirugía (PIETRANTONI, SUÁREZ). En cambio otros actuaban según la exploración intraoperatoria, si no encontraban adenopatías no actuaban y si veían adenopatías las extirpaban y si eran metastásicas aplicaban radioterapia postoperatoria. Cuando la exploración inicial ya palpaba ganglios sospechos, había dos corrientes: cirugía o radioterapia. Pero se prefería en general la cirugía, entre estos autores destacan PIETRANTONI, BOCCA, OGURA, LEDERMAN, ALONSO, HAYES-MARTIN, y en España SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, la escuela de CASADESÚS, BABE, GAVILÁN Y POCH, MARTÍNEZ Y BLANCO. Cabe destacar que en España el primer autor que comunica el empleo del Vaciamiento Radical Modificado, conservando el músculo esternocleidomastoideo fueron C. GAVILÁN Y C. SUÁREZ NIETO en 1972.

5.5. Otros

Dado la complejidad de nuestra especialidad, hay ramas de la misma que se separan del tronco común. Podemos mencionar la cirugía

estética facial, que pasa a mano de los cirujanos plásticos y la endoscopia y extracción de cuerpos extraños esofágicos que en muchos centros son realizados por especialistas en medicina digestiva. En cambio hay algunos servicios de ORL que también hacen cirugía de la tráquea y esófago cervical.

Se continúan con los avances en reconstrucciones de grandes exéresis oncológicas de cabeza y cuello. Se empiezan a comprobar los inconvenientes de los colgajos descritos en la década anterior, como el de BAKAMJIAN y otros diseñados sobre la base de una irrigación por arterias axiales: precisan dos tiempos quirúrgicos cuando se trataba de reconstruir el tracto digestivo, lo que alargan considerablemente la estancia hospitalaria e impiden la utilización eficaz de la radioterapia postoperatoria en numerosos casos. La introducción masiva de los colgajos miocutáneos en isla a finales de los años setenta (ARYAN, 1979) particularmente el del pectoral mayor, junto con la definición de nuevos territorios vasculares, dio un vuelco a la situación al facilitar la reparación de estos defectos en un solo tiempo quirúrgico (44). Sin embargo, estos colgajos tenían la limitación de ser obtenidos en regiones relativamente próximas al defecto a reparar, a la vez que un grosor que en determinadas circunstancias no hacía de ellos la solución más óptima.

BRANEMARK en 1970 empieza a estudiar la osteointegración del titanio. A partir de entonces se aplica en reconstrucciones de todos los tipos, tanto dentales como de sujeción de prótesis externas.

En la lucha contra el cáncer se amplían los medios terapéuticos y, además de una cirugía más evolucionada y más funcional, se utiliza la quimioterapia, los citostáticos, los antimetabólicos y la crioterapia, la embolización, sin dejarse de emplear la radioterapia, la curiterapia y la cobaltoterapia. A partir de los años setenta se establecen las bases de la quimioterapia racional.

6. 1980

Los años ochenta se caracterizan por la aplicación y extensión en España de todos los adelantos tecnológicos que se habían producido en

la década anterior. Se empieza a aplicar el TAC en otorreas crónicas y se extiende el uso de la resonancia magnética. También hay muchos autores que emplean el LÁSER en estos años. Destacan ALGABA VIDEGAIN Y AGUIRREGAVIRIA en Guipúzcoa, CLAROS, AVELLANEDA y TRASERRA en Barcelona, RAFAEL GARCÍA-TAPIA en Navarra, ÁLVAREZ DE COZAR en Madrid en cirugía Otológica, GARCÍA IBÁÑEZ en Barcelona en cirugía del neurinoma, BOSCH en cirugía nasal en Barcelona. Igualmente los otorrinolaringólogos se lanzan a realizar grandes exéresis de tumores de cabeza y cuello y las revistas de la época se llenan de artículos con la experiencia de los diversos autores en el tema.

Asimismo se empieza a emplear la estadística de modo sistemático en nuestra especialidad. Ya no hay artículo que no tenga su análisis estadístico pormenorizado.

6.1. Otología

Hay pocas novedades en audimetrías liminares y supraliminares. Simplemente señalar que las técnicas supraliminares poco a poco caen en desuso, pues no son del todo precisas comparadas con las nuevas técnicas de imagen. Se continúan los avances en medición de la audición y KEMP en 1978 describe por primera vez las otoemisiones acústicas y en los años siguientes diseñan un sistema para registrarlas en la práctica clínica diaria. De este modo el diagnóstico de hipoacusias neonatales se simplifica, pues es una técnica mucho más rápida que los potenciales evocados de tronco.

Pocas novedades hay en la cirugía de las otorreas y en la cirugía de las estapedectomías en estos años. Se tienen pocas variaciones en cuanto a resultados con los diferentes intentos de modificar las técnicas. Se puede decir que ambas cirugías han llegado a su madurez.

6.2. Otoneurología

Se populariza la otoneurocirugía a nivel mundial y ya se puede hacer en centros de casi todos los países desarrollados. Esto origina un problema, que es la dispersión de los pacientes

y la dificultad de obtener experiencia por parte de los cirujanos, teniendo en cuenta sobre todo lo poco frecuente de la patología. Hay un estudio en Estados Unidos que expone que es mayor el número de otoneurocirujanos registrados que pueden hacer la cirugía del neurinoma, que neurinomas surgen por año (45).

En 1985 EMILIO GARCÍA IBÁÑEZ hace el primer implante coclear en nuestro país, con la colaboración de MANUEL BENITO y TORRES DE GASSO. Era de la serie 3-M, obteniendo los primeros resultados positivos. El mismo autor hace por primera vez en España en 1989 un implante multicanal tipo nucleus.

6.3. Rinología

Gracias a las bases fisiopatológicas estudiadas principalmente por MESSERKLINGER veinte años antes, en esta década se empieza a realizar una técnica revolucionaria en la cirugía nasal: la CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE SENOS. Entre los cirujanos que más destacan mencionamos a STAMMBERGER, WIGAND y LEVINE. En España comienzan a hacerse este tipo de cirugía a finales de los ochenta de la mano de varios autores: ADEMA, MASSEGUR, BERNAL, SPREKELSEN, ORTEGA, etc.

Se continúa con el desarrollo del estudio y tratamiento del ronquido y la apnea del sueño. QUESADA comenta una curiosa anécdota en la Ponencia oficial de nuestra sociedad del año 1998, que la policía detiene en 1983 a una señora por matar a su marido porque sus ronquidos no le dejaban dormir. Se hacen intentos para el tratamiento médico de esta enfermedad y SULLIVAN en 1981 describe la CPAP (*continuous positive airway pressure*), que ha tenido una gran aceptación. En España difunde esta técnica LEÓN desde el año 1988, aunque ya iniciada por PEDRO-BOTET y SAGALÉS en Valle de Hebrón. También MORERA y ABAD presentan sus experiencias.

En el año 1981 FUJITA, en base a los trabajos de IKEMATSU, describe la uvulopalatofaringoplastia (UPPP), método para corregir la apnea del sueño como alternativa a la traqueotomía. Como siempre el hecho de haber sido publicado en una revista norteamericana hace que se di-

funda por todo el mundo. En España continua con su Resección parcial de paladar QUESADA, y PERELLÓ lee su tesis doctoral sobre la cirugía del velo del paladar en la roncopatía crónica y el OSAS. Otros intentos quirúrgicos de tratamiento de este síndrome se basan en los estudios de POWELL y RILEY en 1983 sobre estudios cefalométricos y las técnicas quirúrgicas sobre los adelantamientos mentonianos y mandibulares y las suspensiones del hueso hioides. Últimamente se aplica el LÁSER de CO₂ a esta cirugía, con diversas variedades, incluso de modo ambulatorio con anestesia local (LAUP o Lasser Assisted Uvulo-Palatoplasty). Entre los autores destaca CARENFELT, KAMAMI, FARRINGTON y en nuestro país A. DEL CAÑIZO ÁLVAREZ.

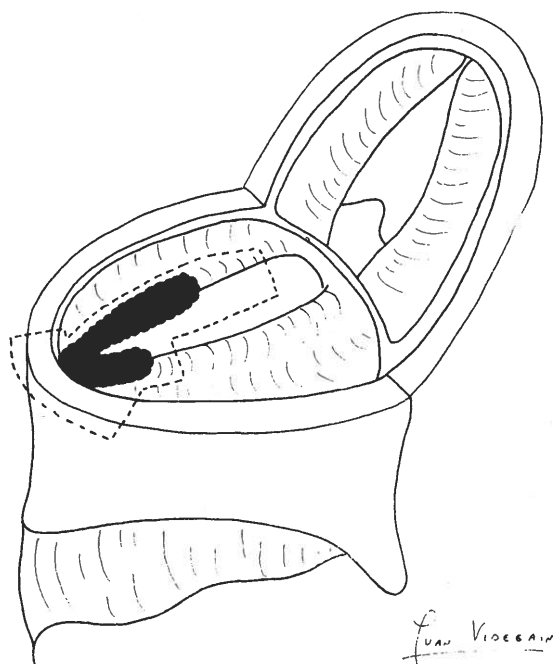
6.4. Laringología

Se continúan los intentos de cirugías parciales en esta década. Retomando una idea de BOUCHE de 1965, que emplea la epiglotis para reconstruir la luz laríngea, como alternativa de la hemilaringuectomía tipo HAUTANT, TUCKER en los años ochenta introduce una variante técnica, consistente en el descenso del pie de la epiglotis y sutura al resto de la laringe conservada, restringiendo las indicaciones a tumores glóticos (46, 47). Otra importante novedad de esta década es la Laringuectomía Near Total de PEARSON-DESANTO (48). La técnica consiste básicamente en conservar una fina tira de cricoides, un aritenoides y parte de una cuerda vocal con su nervio recurrente. La indicación son tumores que respetan al menos espacio interaritenoso, subglotis, un aritenoides y parte de la cuerda vocal y no ser tributario de otras técnicas parciales. La ventaja que tiene esta técnica es que aunque precisa traqueostoma permanente, permite el uso de la voz sin prótesis. Asimismo hay un cierre esfinteriano durante la deglución que evita la aspiración. Esta técnica es introducida años más tarde en España principalmente por J. GAVILÁN, que comienza a practicarla en 1991 (49).

Siguiendo esta línea de cirugías parciales, en España VIDEGAIN y AGUIREGABIRIA en

1981 que describen una Corpectomía horizontal ampliada y Laringuectomía fronto-lateral horizontal modificada, con la particularidad que las realizan abordando la laringe a nivel horizontal (en lugar de vertical), justo entre las cuerdas vocales y las bandas (50).

La preocupación del laringólogo por la recuperación de la voz en laringuectomizados y empleo de fistuloplastias fonatorias se hace patente en estos años y es rara la revista de la especialidad, en la cual no aparezca algún artículo dedicado a este tema. Destacamos a algunos autores como HERRMANN que en 1983 describe su glotoplastia, colocando una prótesis de tráquea a hipofaringe. CRASL en 1985 reconstruye una neoglottis fonatoria con injerto yeyunal, creando un shunt traqueohipofaríngeo. En 1979 BLOOM y SINGER hacen una nueva y sencilla técnica mediante punción traqueal y colocación de una prótesis traqueoesofágica para producir una voz de calidad ritmo y potencia superior a la voz esofágica. Desde entonces solo ha habido pequeñas modificaciones en la técnica y en el tipo de prótesis, como PANJE, HERRMAN, TRAISSAC, NIJDAM (51).



Corpectomía horizontal ampliada según Videgain.

La aportación española a este tema viene de la mano de ALGABA. En 1981 presenta una técnica personal, modificada de AMATSU de fistuloplastia fonatoria, con buenos resultados fonatorios y deglutorios. Con los años va haciendo muchas modificaciones para mejorarla. Otra aportación de este autor en 1987 es la invención de la única prótesis fonatoria desarrollada en nuestro país.

En estos años se plantean la decanulación en pacientes con parálisis de los dilatadores glóticos mediante diversas técnicas quirúrgicas. Entre las técnicas descritas por españoles cabe destacar a POCH VIÑALS con la sección del músculo cricoaritenoides lateral de sus inserciones cricoideas y aritenoides asociado a una cordopexia según AUBRY; R. LÓPEZ con la cordopexia por tirotomía, GIL CARCEDO Y ESCAPA con la aritenoidectomía subtotal, con conservación de la apófisis vocal y su sutura a la lámina tiroidea (53); BARCELÓ con la aritenoidectomía con resección submucosa de la cuerda vocal y CAÑIZO SUÁREZ y la aritenoidopexia (54).

6.5. Otros

Se populariza en nuestro país el uso de colgajos y reconstrucciones de grandes cirugías oncológicas de cabeza y cuello. Destacan SUÁREZ NIETO (1981), SACRISTÁN (1982), ROQUETE GAONA (1983) Y A. ÁLVAREZ (1983). Como los colgajos miocutáneos tenían sus limitaciones se empiezan a emplear los colgajos libres, que habían sido ideados con bastante anterioridad, con mejores resultados cosméticos y funcionales. Para ello se precisó que los requerimientos técnicos que exigían fueran asumidos por los hospitales. Su despegue relativamente tardío ha tenido que ver con la escasez de colgajos disponibles hasta esas fechas y la limitación en longitud y grosor de los pedículos vasculares de los mismos, así como el entusiasmo que inicialmente despertaron los colgajos miocutáneos.

Igualmente se extiende el uso de los implantes para las reconstrucciones faciales. En España destaca CLAROS, que los emplea desde 1989.

7. ESTADO ACTUAL. EL FUTURO

Según se deduce de lo expuesto, la Otorrinolaringología es una especialidad médico-quirúrgica, que tuvo su origen en las exploraciones de las cavidades propias de la especialidad. Es una especialidad de límites imprecisos, que varían según la personalidad del especialista, según las características del Centro en que trabaja, según las épocas, y también según los países. En los grandes centros nacionales se impone cada vez más una subespecialización, para cubrir la demanda creciente de los pacientes y la imposibilidad de conocer al detalle todas las novedades de la especialidad. Ya hay muchos centros en que cada especialista se dedica a una parcela de la especialidad.

Su concepto ha ido evolucionando, pero su nombre ha permanecido y en ocasiones no resulta apropiado. No es fácil sin embargo encontrar un nombre nuevo, que sea por completo satisfactorio. En Estados Unidos la mayoría de las revistas, y también los libros últimamente publicados, se titulan «Otolaryngology-Head & Neck Surgery». Este es el nombre oficial de la especialidad según la I.F.O.S. (International Fe-

deration of Oto-Rhino-Laryngological Societies). La Sociedad Española cambió su nombre hace bastantes años por el de «Sociedad Española de Otorrinolaringología y de Patología Cérvico-Facial», esta denominación es hoy día la más usada y la más aproximada, aunque no exacta. Probablemente en un futuro la especialidad se descomponga en subespecialidades, pero partiendo siempre de la base de una formación general.

Los medios diagnósticos son cada día más sofisticados, y a la vez más sencillos de emplear, pues todo está computerizado y los datos son más fáciles de interpretar. Entre ellos podemos mencionar los potenciales evocados auditivos, las otoemisiones acústicas, la videonistagmografía, la posturografía dinámica, etc. Igualmente el diagnóstico por imagen está alcanzando cotas insospechadas, cada día fabrican nuevos aparatos más rápidos, potentes y con mejor definición. El T.A.C. y la Resonancia Magnética son pruebas casi de rutina en las peticiones de la mayoría de los hospitales españoles. La última novedad es la Tomografía por Emisión de Positrones, que permite detectar recidivas y metástasis de tumores con una



Ejemplo de videoconferencia con telerradiología.

alta fiabilidad que no se logra actualmente con otros medios.

Con la llegada de la telemedicina, todavía en pañales, se podrá en un futuro y mediante videoconferencia consultar casos clínicos a distancia y poder revisar de un modo rápido bases de datos de imágenes almacenadas en el ordenador.

La cirugía de oído medio se realiza en todos los centros del país. La otoneurocirugía cada vez se opera en más hospitales, pues hay compañeros que se dedican específicamente a este tipo de cirugía. Además las monitarizaciones intraoperatorios son cada vez más fiables, permitiendo mejores resultados funcionales.

En cuanto a la cirugía nasal el uso de la Cirugía Endoscópica de Senos se realiza de modo rutinario en la mayoría de los hospitales del país. Además cada vez se presta más atención al problema del síndrome de apnea obstructiva del sueño, no sólo en nuestra especialidad, sino incluso en la prensa no médica. QUESADA en la Ponencia sobre este tema de 1998 comenta una anécdota publicada en un periódico en la que se entabló un juicio entre vecinos que intentaron condenar a un roncador a aislar e insonorizar su habitación.

En la laringe empieza a tener peso en nuestra especialidad la fonocirugía. En España destacan en el estudio y tratamiento de la voz en dos centros: el Hospital de Alcalá de Henares de Madrid con COBETA y colaboradores (NIETO, ECHARRI, GUERRERO, LORENZO) y la Clínica Universitaria de Navarra con RAFAEL GARCIA-TAPIA y colaboradores (CERVERA, ESPINOSA, FERNÁNDEZ, GAMBOA, HUARTE, VEGA).

Los colgajos libres han cambiado totalmente la reconstrucción de los defectos en el área cervico-facial, aumentando en proporción geométrica de año en año su realización respecto a épocas anteriores.

La lucha contra el cáncer de cabeza y cuello no ha terminado. Cada vez se insiste más en la prevención y el diagnóstico precoz. Esperamos que en el futuro la quimioterapia y la inmunoterapia sirvan de complemento o sustituyan por su efectividad a las hermanas mayores, la cirugía y la radioterapia. Probablemente dentro de unos años se consiga curar el cáncer con unas simples pastillas.

Agradecimientos: A Mar, Jesús y Cristina, por no prestarles la atención que se merecen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perelló J. Historia de la otorrinolaringología en España. Anales otorrinolaringológicos ibero-americanos, 1979; vol. VI, 404-480.
2. Alonso Ferrer E. Los antibióticos en otorrinolaringología. Acta otorrinolaringológica española 1953; vol. II: 135-223.
3. Fernández Soto E. Tratamiento radioterápico del tejido linfóide faríngeo infectado después de la adenoamigdalectomía.
4. Azoy A. Once años de cirugía endaural. Acta otorrinolaringológica española 1953; vol. III: 9-50.
5. Antolí-Candela F. Técnica para la trepanación laberíntica en la fenestración. Acta otorrinolaringológica española 1953; vol. III: 113-118.
6. Antolí-Candela CF. Trece años de audiocirugía. Acta otorrinolaringológica española 1960; vol. 4 (137-152).
7. Sánchez Rodríguez, Aciego de Mendoza, Calderín, Beltrán M, Núñez. En «Sesión necrológica en memoria de los doctores Adolfo Hinojar y Pérez Mateos». Acta otorrinolaringológica española 1956; vol. III: 7-24.
8. Gómez Estancona N, Videgán G, Blanco A. Don Daniel García-Hormaeche y su técnica de laringectomía simplificada un gran avance hace 50 años. No citada su publicación.
9. García-Hormaeche D. Algo más sobre la cirugía en el cáncer de la laringe. Archivos del hospital. Santo Hospital Civil del Generalísimo Franco. Basurto-Bilbao, año III; número 5; diciembre 1947.
10. Suárez Nieto C, Llorente Pendas L. Introducción a los colgajos libres. En: Suárez Nieto C. «Colgajos libres en las reconstrucciones de cabeza y cuello». Ponencia oficial de la XXXIII Reunión Anual de la SEORL. Ed. Garsi 1997; pág. 5-9.
11. Ciges M. Resistencias microbianas a quimioterápicos y antibióticos en las otorreas. Acta otorrinolaringológica española 1959; vol. X: 166-181.
12. Bartual. Granulomas laríngeos tras intubación anestésica. Acta Otorrinolaringológica Española 1954; vol. III: 295-304.
13. Salva J, Oliveras. Timpanoplastia abierta o cerrada. Acta Otorrinolaringológica Española 1971; vol. 2: 1-12.
14. Antolí-Candela F-F, Olaizola F, Guillén Baixauli F. Estapedioclasis. Acta Otorrinolaringológica Española 1958; vol. IX: 157-172.
15. Scola. Estado actual de la cirugía de la sordera por movilización del estribo. Acta Otorrinolaringológica Española 1956; vol. III: 97-106.
16. Mozota Sagardía JR. De la cirugía clásica de oído a la actual cofocirugía en «Boletín Informativo-Real Academia Nacional de Medicina» 1968; 85; 449-471.
17. Sánchez-Rodríguez, De la Puente. La técnica quirúrgica en la laringectomía horizontal supraglótica en nuestro servicio. Acta Otorrinolaringológica Española 1956; vol. II: 157-160.
18. Sánchez Mozota Sagardía JR. Algunos problemas de los tratamientos quirúrgicos actuales del cáncer de laringe. Acta Otorrinolaringológica Española 1959; vol. X: 37-511.
19. Puente JA. Dificultades y sugerencias en torno a la laringectomía horizontal supraglótica. Acta Otorrinolaringológica Española 1959; vol. X: 79-82.
20. Gutiérrez Zabala. Resultado a los tres años de la laringectomía supraglótica por el procedimiento de Tapia.

- Acta Otorrinolaringológica Española 1962; vol. XIII: 2 (40-45).
21. Prado R. La importancia de la ortofonía en la clínica otorrinolaringológica. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1968; vol. III; pág. 51-58.
 22. Olaizola F. Nuestra filosofía actual sobre las tímpanoplastias. En *Actas de la XXII Reunión Anual de la SEORL (1ª parte)*. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1981; vol. 32: 298-304.
 23. Antolí-Candela, Alcover, Álvarez de Cozar, Juderías. Audiocirugía de las otorreas y sus secuelas. Ponencia oficial de la SEORL 1972. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1972; vol. 5: 1-702.
 24. Prades Pla J. Platina de pericondrio en la cirugía del estribo. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1965; vol. IV; pág. 71-86.
 25. Iranzo Lloret J. El mucoperiostio de la caja timpánica como elemento de interposición en la cirugía del estribo. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1964; vol. XV: VI (25-32).
 26. Scola E, Fernández Vega M. Nuestra posición actual ante las técnicas de interposición en la cirugía de la sordera. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1964; vol. XV: III (91-94).
 27. Salva J. Nuestra técnica del protector en las platinas obliterantes. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1967; vol. I; pág. 71-80.
 28. Claussen C, Estelrich P. Desarrollo de la cráneo-corpografía a partir de la prueba de Unterberger. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1975; vol. 1, 139-146.
 29. Montserrat-Viladiu JM. Historia. En «Cirugía endoscópica nasosinusal». Ponencia Oficial de la XXXI Reunión Anual de la SEORL. Ed. Garsi 1994: pág. 14-17.
 30. Gavilán C, Blanco Galdín A, Suárez Nieto C. El vaciamiento funcional-radical cervicoganglionar. Anatomía quirúrgica. Técnica y resultados. *Acta ORL Iberoamericana* 1972; XXIII, 5: 703-817.
 31. Scola B, Fernández Vega M, Scola E. Vaciamiento ganglionar cervical. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1980; vol. 31: 611-626.
 32. Vilar-Sancho R. Amigdalectomía y anestesia general. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1966; vol. I; pág. 112-114.
 33. Bosch J. Ensayos de un nuevo modelo de implante coclear. En «Actas de la XXII Reunión Anual de la SEORL (1ª parte)». *Acta Otorrinolaringológica Española* 1981; vol. 32: 298-304.
 34. Muñoz Borge F, Marco J. Muculoplastias en la cirugía de las otitis medias crónicas. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1975-2; vol. 4, 117-123.
 35. Olaizola F, Rodríguez Núñez JA, Alaminos D, Andrade T, Mendoza I. Resultados de la cirugía a la demanda del colesteatoma. Técnica personal, en 54 pacientes. En «Actas de la XXV Reunión Anual de la SEORL (1ª parte) oído». *Acta Otorrinolaringológica Española* 1983; vol. 34: 627-633.
 36. Maños M. Consideraciones clínicas sobre unos casos de estenosis laríngeas subglóticas postintubación prolongada. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1977; vol. 3; pág. 29-38.
 37. Scola E, Fernández Vega M, Bachiller C. La nueva técnica de la laringectomía con reconstrucción de las vías aereodigestivas. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1971; vol. 6: 59-62.
 38. Bartual Vicens R, Bartual Pastor J, Otero Gómez Quintero M. Sobre laringuectomía total reconstructiva. Técnica de Serafini. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1973; vol. 2, 1-16.
 39. Fernández Vega M, Scola B. Variante a la técnica de Staffieri. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1980; vol. 31: 485-494.
 40. Álvarez Vicent JJ. En «Actas de la XXIII Reunión Anual de la SEORL (1ª parte) faringe-laringe-cuello». *Acta Otorrinolaringológica Española* 1981; vol. 32: 625-760.
 41. Álvarez Vicent JJ, Bronchalo Butragueño F. Revisión de 50 casos de laringuectomía funcional por la técnica del vaciado endolaríngeo. En «Actas de la XXIV Reunión Anual de la SEORL (3ª parte) laringe». *Acta Otorrinolaringológica Española* 1983; vol. 34: 8-15.
 42. Álvarez Vicent, JJ. Técnica personal del vaciado endolaríngeo. *Acta ORL Iberoamericana* 1972; vol. XXIII-4; 583-600.
 43. Sánchez J, Toranzo FG, Ramos MA. Estudio del pronóstico y evolución clínico-terapéutica de los pacientes portadores de adenopatías cervicales concomitantes a neoplasias ORL. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1980; vol. 31: 627-638.
 44. Paz y Miño RW, Sacristán T, Cordero HP. Tratamiento de los faringostomas. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1986; vol. 37, 1 (1-4).
 45. Thomsen J, Tos M. Management of acoustic neuromas. *Ann Oto-Laryng (Paris)* 1993, 110, 179-191.
 46. Belinchón A, Cuadrado F, Pérez E. Laringuectomía parcial con epiglotoplastia: aportación técnica. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1987; vol. 38, 2: 71-73.
 47. Tucker H, Wood B, Levine H, et al. Glottic reconstruction after near-total laryngectomy. *Laryngoscope* 1979; 89: 609-17.
 48. Pearson BW, Woods RD, Hartman de. Extended hemilaryngectomy for t3 glottic carcinoma with preservation of speech and swallowing. *Laryngoscope* 1980; 90: 1950-1961.
 49. Prim Espada MP, Rabanal Retolaza I, De Diego Sastre JI, Gavilán Bouzas J. Laringuectomía «casi total»: resultados funcionales. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1996; vol. 47, 2 (135-137).
 50. Videgáin, Aguirregabiria. En «Actas de la XXIII Reunión Anual de la SEORL (1ª parte) faringe-laringe-cuello». *Acta Otorrinolaringológica Española* 1981; vol. 32: 625-760.
 51. Algaba J, Zulueta A, Camacho JJ. Fistuloplastia fonatoria. Técnica de la punción traqueal. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1986; vol. 37, 2 (83-87).
 52. Algaba. Fistuloplastia fonatoria en laringuectomizados. En «Actas de la XXIV Reunión Anual de la SEORL (3ª parte) laringe». *Acta Otorrinolaringológica Española* 1983; vol. 34: 3-8.
 53. Gil-Carcedo LM, Escapa J. Aritenoidectomía subtotal. Técnica personal. En «Actas de la XXIII Reunión Anual de la SEORL (1ª parte) faringe-laringe-cuello». *Acta Otorrinolaringológica Española* 1981; vol. 32: 663-666.
 54. Riva García y Cañizo Suárez. A propósito de un caso de síndrome de Gerhardt. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1985; vol. 36, 5 (329-332).

HISTORIA Y DESARROLLO DE LA OTOLOGÍA

M. Portell Soriano

A. Ruiz Fornells

P. Avilés Mañoso

C. de Juan Ivars

INTRODUCCIÓN

Ya en la Edad Media en Francia existía la figura del «medicator aurium» que se encargaba de tratar las afecciones del oído. En 1683 se publicó en París el primer libro sobre el oído: «Traité de l'Organe de l'Ouïe», escrito por Duverney (1648-1730) (1).

LESCHEVIN en 1763 presenta en la Academia Real de Cirugía de Francia «la teoría de las enfermedades del oído y sobre los medios que la Cirugía puede emplear para su curación». En ella describe las afecciones del oído y concluye con un apéndice dedicado a las trompetillas acústicas, que habían sido introducidas por KIRCHER en 1648 como instrumento para que oyeran los hipoacúsicos (2).

Al principio la laringología y la otología eran dos especialidades diferentes, los auristas que se dedicaban al oído y los laringistas que se dedicaban a la nariz y garganta. A finales del siglo XIX se unen debido a razones anatómicas, exploratorias, patológicas, terapéuticas y económicas.

Inicialmente es exclusivamente médica, pero se hace gradualmente médico-quirúrgica al crear la otología sus propias técnicas y los laringistas técnicas correspondientes a la cirugía general. Se puede considerar la fecha simbólica de 1867 como la del nacimiento de la otorrinolaringología, año en que se publica la primera revista de la nueva especialidad en Viena.

FEDERICO RUBIO Y GALÍ (1827-1902), andaluz, se forma en los vestigios del Real Colegio

de Cirugía de Cádiz. Fue político, escritor y un extraordinario cirujano, se exilia al extranjero por su ideología liberal y allí conecta con la medicina europea, aprendiendo las principales técnicas quirúrgicas en boga, que practica y difunde en España. Realiza en 1878 la primera laringectomía total. Para Laín es el médico español más importante del siglo XIX. Gran amigo del ministro de la gobernación, consigue en 1880 la creación del Instituto de Terapéutica Operatoria en el Hospital de «La Princesa» de Madrid e introduce la práctica de las especialidades. En dicho centro fue RAFAEL ARIZA Y ESPEJO (1826-1887) el que crea la de Otorrinolaringología en 1881 y crea en 1876 la «revista de laringoscopia y otoscopia».

En España el primero en emplear el nombre de Otorrinolaringología fue BOTEY en 1888 que lo importa del extranjero y lo traduce al castellano (4).

Otro hito importante en nuestra especialidad son los años 50, gracias al avance de las tecnologías (medios ópticos de visión, empleo de antibióticos y nuevas técnicas anestésicas) se pasa de una especialidad principalmente médica a una quirúrgica y de ser radical en estas cirugías a buscar la funcionalidad (oír en patología ótica y preservar la voz en el cáncer laríngeo).

La otología es la primera materia que logra profesionales autónomos, llamados auristas, a finales del siglo pasado.

La Otología, como tal, nace en París de la mano de ITARD (1774-1838), director del Instituto de sordomudos de París, fundado por

l'Epée. Este inventó una sonda para el cateterismo que lleva su nombre (5) y describió y construyó el primer audiómetro así como otros ingeniosos aparatos. Se interesó mucho por la sordera y estudió el problema de la comunicación oral (6). De hecho, acogió en su casa al famoso «niño salvaje» que apareció en los bosques de Aveyron en 1799, aunque el niño nunca llegó a dominar el lenguaje.

ITARD publica en 1821 su «traité des maladies de l'oreille et de l'audition», según POLITZER era una obra que hacía presentir una nueva era en la otología (7).

Un discípulo suyo, BENNET, fue el primero en utilizar los diapasones (8).

MÉNIÈRE le continúa en el puesto de médico de sordomudos de París, éste es conocido por dar nombre a su famosa enfermedad aunque lo que en realidad describió fue una hemorragia laberíntica por leucemia en una nota en la Academia Imperial de Medicina el 8 de enero de 1861.

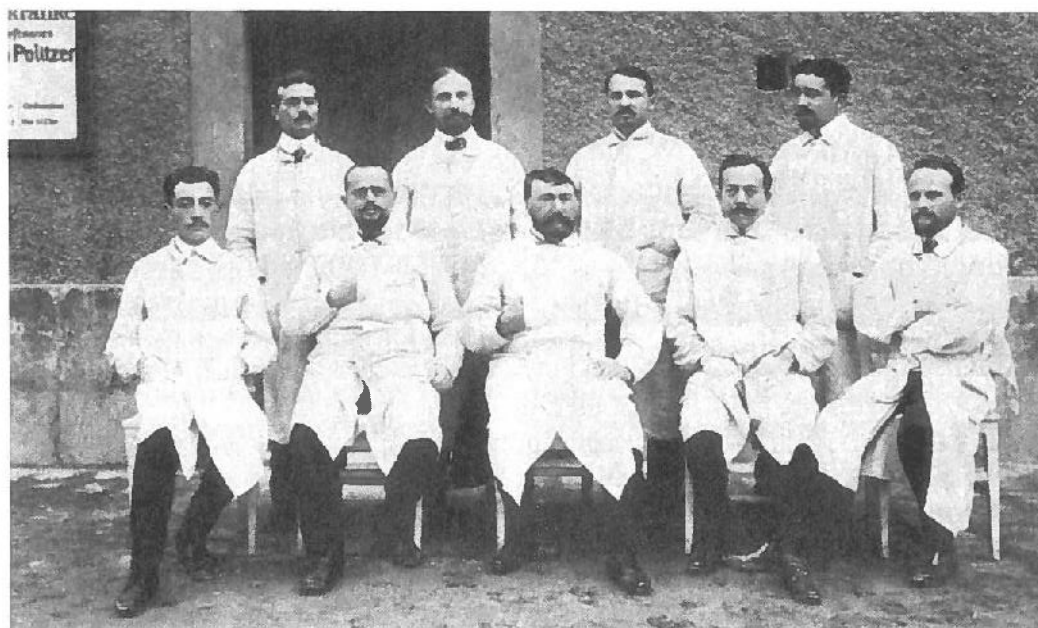
En Londres desarrolla su actividad el tercer hombre de este período, TOYNBEE (1815-1866), que aplica un riguroso método anatómico-patológico de las enfermedades del oído correspondiéndolas con los hallazgos de las autopsias. Realizó 1.659 disecciones de oído, de las cuales 510 correspondieron a oídos sanos. Como anécdota comentaremos que murió de

forma instantánea tras insuflarse en la caja del tímpano una mezcla de ácido cianhídrico y cloroformo que usó para tratarse unos acúfenos que padecía.

Contemporáneo de TOYNBEE fue WILLIAM WILDE de Dublín, cuyo nombre ha llegado a nosotros a través de su famosa incisión y de sus estudios de anatomía de la caja. Era padre del famoso literato Óscar Wilde, que heredó la inclinación libertina de su padre, curiosamente Óscar Wilde murió de una complicación cerebral por otorrea.

A principios de siglo la Escuela de Viena, con POLITZER (1835-1920) a la cabeza, se convirtió en el centro de la especialidad. Fue el primer catedrático de Otología en Viena, junto con GRUBER (1827-1900). El «Lehrbuch der Ohrenheilkunde» fue publicado por POLITZER en 1878 y se tradujo a varios idiomas, fue utilizado por BEKESY durante varios años como libro de consulta, el cual fue premio Nobel de Medicina en 1961 por su trabajo sobre el oído y la audición. También publicó «Geschichte der Ohrenheilkunde», que estudia la evolución de la patología ótica y se publicó justo antes de la Primera Guerra Mundial por lo que no se tradujo a tantas lenguas (9).

La asistencia a la clínica universitaria de Viena de jóvenes médicos americanos hizo que la Escuela de Politzer alcanzara proyección uni-



A. Politzer en el centro rodeado por sus alumnos (1905).



Catedráticos de medicina de Viena (1853).

versal. Un discípulo importante fue BARANY (1876-1936), que consiguió el premio Nobel de Medicina en 1914 por sus trabajos en laberintología.

A mediados de siglo comenzó a emplearse el microscopio con lo que se desarrolló mucho la otología y la cirugía funcional del oído, la cirugía del nervio facial y la cirugía de los vértigos.

ETIOPATOGENIA Y DISTINTOS CUADROS CLÍNICOS

A continuación vamos a estudiar la etiopatogenia de algunas patologías del oído a lo largo de la historia así como algunos cuadros clínicos:

- **HIPOACUSIAS HEREDITARIAS:** Distintos autores han sido influyentes en esta patología como GREGG que evidenció la influencia de la rubéola en la sordomudez, GOODHILL que asoció defectos auditivos a la eritroblastosis fetal, ALPERT (1827) que asoció sorderas a patologías renales, BATSAKIS que asoció bocio e hipoacusia...

- **OMC COLESTEATOMATOSA:** Existen varias teorías defendidas por diferentes autores:

- Tumoral: fue descrita por KORNER en 1830 y defendida posteriormente por CRUVEILHIER, KUSTER, WIRCHOW, LE-ROUX-ROBERT.

- Metaplásica: WENDT (1863) apoyado por POLITZER, UFENORDE, GUGGENHEIM decía que las inflamaciones crónicas provocaban metaplasia tisular que transformaban el epitelio cilíndrico en malpighiano.

- Migratoria: la de la actualidad (10).

- **TIMPANOESCLEROSIS:** Este término fue introducido por TROELTSCH en 1881.

- **OTITIS MEDIA SEROSA:** POLITZER (1884) fue el primero que la descubrió y realizó su tratamiento quirúrgico mediante un drenaje con un fino tubo de goma.

- **NEURONITIS VESTIBULAR:** Fue descrita por primera vez por DIX-HALLPIKE en 1949.

- **HISTIOCITOSIS X:** Fue descrita por FRASER en 1935. En 1940 LICHSTENSTEIN y JAFFE individualizaron las lesiones óseas y OTANI Y EHRLICH investigaron sobre el granuloma solitario de los huesos.

- **HIPOACUSIAS PROFESIONALES:** A finales del siglo XIX comienza la preocupación de las sorderas por los ruidos.

FOSBROKE (1830) hizo hincapié en la hipoacusia de los herreros. En 1857 DUCHESNE y posteriormente WEVER, KAYSER y BARR estudiaron las hipoacusias de los empleados del ferrocarril y MALJUTIN la de los trabajadores de los telares. En 1906 se produjo un hecho trascendental en el estudio de la sordera profesional. HABERMANN tuvo la oportunidad de rea-

Nr. 4.

Jahrgang I.

februar 1909.

Recht auf Stille

Der Antirüpel.

Antirowdh.

Monatsblätter zum Kampf gegen Lärm, Roheit und Unkultur
im deutschen Wirtschafts-, handels- und Verkehrsleben.

Organ des deutschen Lärmschutzverbandes („Antilärmverein“).

Revista de la
Asociación
Alemana contra
el ruido (nº 4 de
febrero de 1909).

lizar la necropsia a varios obreros con hipoacusia y vio (en cinco de ellos con estudios previos de audición) que había lesiones atroficas sobre todo en la espira basal de la cóclea. Surgieron numerosas publicaciones y estudios sobre el tema a medida que la mecanización de la industria iba en aumento. También es importante la rehabilitación de los sordos, en España con PULIDO a la cabeza y CIGES en el estudio del trauma acústico experimental en cobayas.

• OTITIS EXTERNA MALIGNA: RAYNAUD en 1881 ya vio la gravedad de la otitis en el diabético, MELTZER Y KELEMEN en el 1959 describieron un caso de osteomielitis del temporal en un anciano diabético pero no señalaban que el origen fuera el oído externo, realmente fue CHANDLER en el 1968 el que dio el nombre a la enfermedad, sistematizó su diagnóstico y tratamiento y en el 1977 publicó 72 casos.

EXPLORACIÓN OTOLÓGICA

La primera exploración del oído que se conoce con un instrumento tubular introducido en el CAE fue en la India, como lo refiere DIEPGEN (11).

WILDE de Dublín y TOYNBEE de Londres, ambos nacidos en 1815, diseñaron cada uno su propio otoscopio con forma de embudo iluminado con la luz solar, como antes ya lo había descrito GRUBER.

VON TRÖLTSCH (1829-1890), oftalmólogo, aplicó el espejo de Rüete a la exploración del oído, mediante luz artificial reflejada y usando posteriormente el espejo frontal de los laringólogos.

LUCAE (1835-1911) practicó las dos especialidades, otología y laringología y fue siempre fiel a al espejo sujeto por los dientes para la iluminación. Cuenta LERMOYEZ (1858-1929) que resultaba muy extraño cuando Lucae quería hablar verle sacar el espejo de la boca y sujetarlo con la mano como si fuera una pipa.

EXPLORACIÓN FUNCIONAL AUDITIVA

El diapasón fue concebido por el músico inglés John Stor en 1711, siendo un misterio la introducción de su uso en la clínica (12). WEBER (1795-1878) descubrió la autofonía-prueba de Weber y RINNE (1819-1868) la conducción aérea y ósea, pero su aplicación clínica como la usamos hoy en día para distinguir la hipoacusia de percepción y transmisión no se establece hasta POLITZER y LUCAE (1870). En 1878 HARTMANN ideó su acúmetro. SCHWABACH en 1885 la duración de la percepción ósea y METZ en 1946 fue el primero que describió los cambios impedanciométricos debidos a la contracción del músculo estapedial, es decir, el reflejo estapedial.

La exploración de la audición experimenta un gigantesco avance con la construcción del

primer audiómetro clínico (BUNCH, MINTON Y WILSON, 1921). Al año siguiente la casa norteamericana Western Electric produce el primer audiómetro de serie y FOWLER Y WEGEL trazan los primeros audiogramas en 1922. El primer audiómetro lo trajo a España HINOJAR desde Estados Unidos y era de la Western Electric.

El Peep-show es creado por DIX Y HALLPIKE en 1947 y es similar al que se hace actualmente.

JERGER en 1960 tipificó las curvas de su audiometría automática Békésy. Empiezan a importarse en España algunos audiómetros y con ello se inicia la exploración exacta de la audición. Como es lógico, estos inicios son titubeantes y alguna personalidad ORL llega a decir que el audiómetro sirve más para confundir que para ayudar al diagnóstico (CASADESÚS). En los años 50 adquiere un gran auge la exploración funcional auditiva, con las pruebas audiométricas supra-liminales y vocales, y como audiometrías objetivas la prueba del reflejo psicogalvánico y la audio-electro-encefalografía.

El fenómeno de RECRUITMENT fue descrito por POHLMAN Y KRANZ en 1924 y cuatro años después FOWLER describió el método ideal para investigar ese fenómeno como signo de lesión coclear. En 1935 REGER propuso otro sistema para medirlo y en 1948 DIX, HALLPIKE Y HOOD presentan un estudio en el que ponen

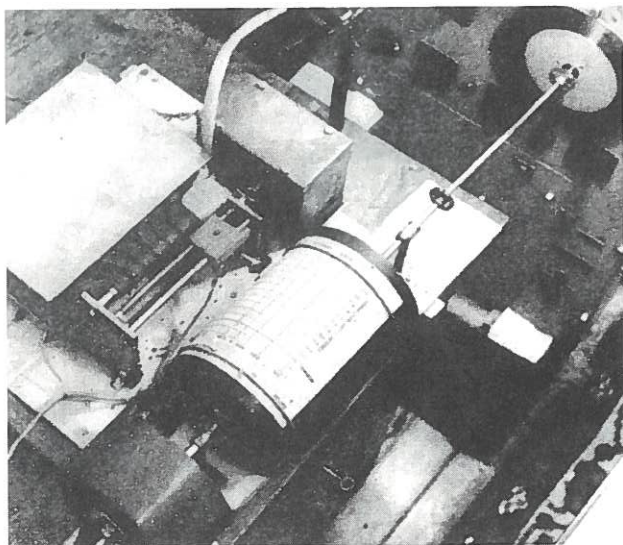
de manifiesto el valor del recruitment en el diagnóstico diferencial de las hipoacusias de percepción, viendo que aparecían en el Ménière y no en los neurinomas (con esto echaban por tierra la teoría de LORENTE DE NO sobre recruitment, que creía que la base era la saturación de las fibras nerviosas). En 1957 CARHART describió el «Tone Decay Test», para diferenciar lesiones cocleares o retrococleares.

En 1875 RICHARD CATON halló unas fluctuaciones en la actividad cerebral que describió como «corrientes débiles». La amplitud de dichas oscilaciones eléctricas era tan baja (del orden de los microvoltios), que demuestra la importancia del hecho en sí, debido a que fue realizado medio siglo antes de que la electrónica se usara en investigación biológica. El hallazgo de CATON pasó prácticamente desapercibido para sus contemporáneos, que no supieron asignarle la importancia que le correspondía (13).

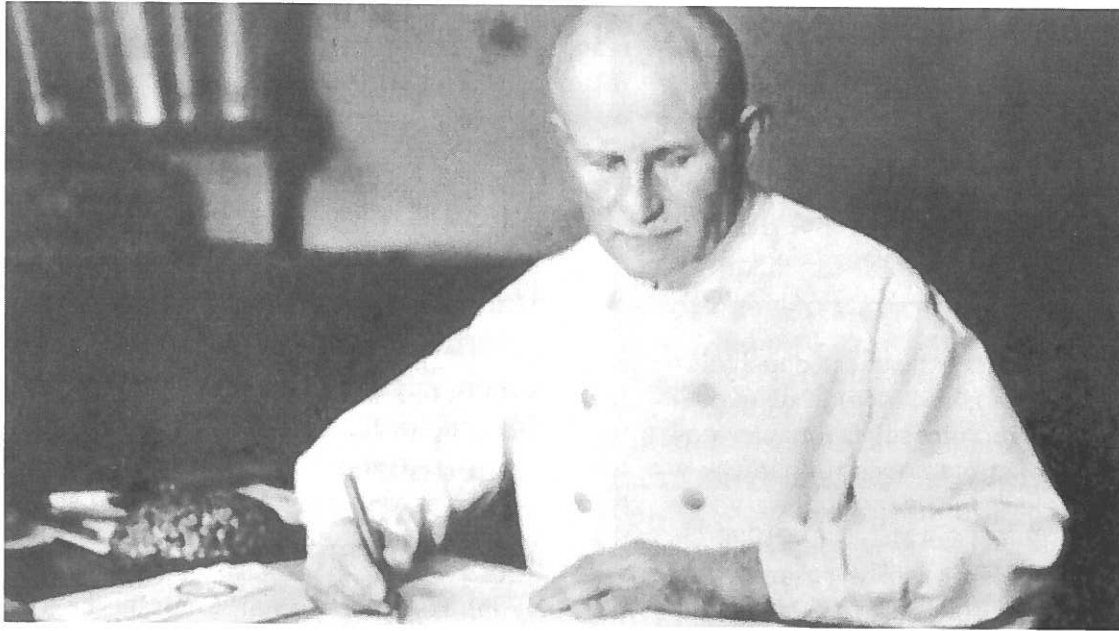
Paralelamente diversos autores hallan y describen el mismo hecho, atribuyéndoselo, hasta que a finales del siglo XIX varios laboratorios de Polonia y Rusia confirman y dan la paternidad del descubrimiento a CATON.

HANS BERGER logró realizar los primeros registros de la actividad bioeléctrica del cerebro humano en Jena, en 1924, publicando todo su trabajo hasta 1929, creyendo en efecto haber encontrado el EEG del hombre. Esta fue realmente la primera demostración de la existencia de los potenciales en el hombre. A finales de 1929, él mismo, observa que el registro del electroencefalograma varía ante ruidos intensos, apareciendo así el comienzo de los potenciales evocados auditivos (13).

Desde el punto de vista histórico, es importante en el año 1930 Princeton donde los fisiólogos WEBER y BRAY colocaron electrodos con amplificación en la cóclea del gato y oyeron los sonidos emitidos al oído del animal, pudiendo identificar no sólo las palabras, sino también la voz del locutor. Este hallazgo fue llamado «efecto de Weber y Bray», en honor de estos investigadores, y también potencial microfónico (PM) o microfónico coclear. ADRIÁN (1931) fue quien consideró que lo registrado por WEBER y BRAY no eran fenómenos eléctricos del nervio auditivo, sino una acción microfónica a nivel



Audiómetro de Békésy.



H. Berger
(1873-1941).

del oído interno, esta opinión fue admitida más tarde por SAUL y DAVIS (1932) y HALLPIKE y SMITH (1934).

Cinco años más tarde, FROM, NVLEN y ZOTTERMAN (1935) obtienen el primer registro humano del potencial microfónico, iniciándose así la electrococcleografía (ECOG).

Más tarde, LEMPert y colabs. (1947) intentaron de nuevo registrar el PM colocando un electrodo sobre la membrana de la ventana redonda durante intervenciones quirúrgicas de otosclerosis, de acúfenos o de enfermedad de Ménière, pero la amplitud de las respuestas era tan débil que los resultados eran inciertos.

GEISSLER, FRISHKOP y ROSEMBLITH (1958) demostraron que era imposible registrar en el sujeto despierto respuestas a estímulos acústicos. Estos mismos autores, más tarde, utilizaron las computadoras para la valoración de los registros y su aplicación a la clínica. Valoraron estas respuestas como de origen cortical, denominándolos potenciales evocados auditivos (13).

Hacia finales de los años cincuenta, se reanudan los trabajos de forma intensiva por RUBEN y colabs. en el Hospital Hopkins de Baltimore. Aprovechando intervenciones quirúrgicas en el oído, colocaban un electrodo en la ventana redonda y en él registraban el potencial

microfónico con claridad y por primera vez un nuevo potencial nervioso: el potencial de acción del nervio auditivo (PA) (RUBEN y colabs., 1960). El mismo RUBÉN y su equipo (1962) utilizan estas respuestas en el diagnóstico de las hipoacusias infantiles y de la enfermedad de Ménière (RUBÉN y WALKER, 1963). También fueron utilizadas por RONIS en los pacientes con otosclerosis en 1966.

El paso decisivo para utilizar, sobre todo el PA en la clínica fue el uso en medicina de los computadores electrónicos para observar las respuestas a nivel del vértex. Con esta técnica se logró amplificar las respuestas, por lo que no era necesario colocar el electrodo activo lo más cerca posible del órgano de Cortí.

BICKFORD, JACOBSON y CODY (1964) establecieron diferencias entre las latencias de corta y de mayor latencia y las de origen coclear, que podían ser registradas a nivel del vértex en el individuo despierto.

Y ya en 1965, CONV y BICIFORD, después de diversas experiencias utilizando estímulos de distinta intensidad, duración y frecuencia, publican los resultados en sujetos despiertos.

El uso de los potenciales evocados auditivos corticales con fines diagnósticos lleva al estudio y desarrollo de otra técnica como la electrococcleografía, con un desarrollo paralelo al

de los potenciales corticales, y más adelante con los potenciales de las estructuras del tronco cerebral.

Así, YOSHIF y colabs. (1967) registran el PA global del nervio auditivo, primero a partir del conducto auditivo externo y más tarde del promontorio. YOSHIE y OHASHI (1969) y SROMER y FEINMESSER (1967) lo hacen del lóbulo de la oreja. Y SPRENG y KEIDEL (1967), a nivel de la mastoides o del vértex.

PORTMANN y ARAN (Burdeos) consiguieron utilizar esta técnica como método de exploración clínica. Al principio seleccionaban enfermos con grandes perforaciones timpánicas y les colocaban un electrodo directamente en la ventana redonda (PORTMANN, LEMBERT y ARAN, 1967) y después de varios ensayos, decidieron colocar el electrodo activo a través del tímpano intacto en el promontorio (PORTMANN, ARAN y LFMBFRT, 4.968). Esta técnica, ya descrita por YOSHIF, es la de elección en la actualidad para el registro de las respuestas electrocoqueográficas (ARAN, PELERIN, LENOIR, PORTMANN y DARROUZET, 1971; EGGERMONT y ODENTHAL, 1974; RUIZ CARMONA y MARCO, 1975; GIBSON, 1978).

KIANG y colabs. (1965), SROMER y FEINMESSER (1967), IEWETT (1970), describieron potenciales de latencia corta.

Asimismo, JEWETT (1971) y WILLISTON lo describieron como método de audiometría objetiva.

La edad del paciente influye en la forma de los potenciales del tronco cerebral (PTC), por lo que se han podido utilizar para estudiar la maduración auditiva central y periférica (SALAMY y MCKEAN, 1976).

JEWETT y ROMANO (1972), HFCOX y GALAMBOS (1974) y STARR (1977) realizaron estudios sobre el grado de prematuridad y patología sufrida en recién nacidos, así como las alteraciones en las diversas patologías del sistema nervioso, desórdenes tumorales a lo largo de la vía auditiva (GREIGNER y colabs., 1978) y diagnóstico de patologías como el neurinoma del acústico o la esclerosis múltiple.

En España la historia de los potenciales evocados auditivos va íntimamente ligada a los trabajos realizados por la Escuela de Sevilla, bajo la dirección del profesor MARCO (MARCO,

1970, 1972, 1973), a quien se debe la introducción, estudio y difusión de estos PEA en la otorrinolaringología española (13).

TRATAMIENTO MÉDICO

El descubrimiento de los Antibióticos supuso un giro en la evolución de los procesos óticos. Las sulfamidas se usaron en Otolología por primera vez en 1938 en Estados Unidos por LONG Y BLISS para tratar una otitis por estreptococo. Redujeron la incidencia de mastoiditis tras las otitis medias del 25% al 5%, no obstante, a veces surgieron problemas ya que no siempre fueron efectivas enmascarando el cuadro.

ÁLVAREZ PÉREZ aporta su estadística del Servicio del Hospital Militar Central: de 319 otitis medias agudas precisaron cirugía 25 mastoiditis en 1941 y en 1948 solo 2-3 al año (14).

Otro autor comenta que el principal paso hacia delante de las sulfamidas fue el tratamiento de la erisipela y sobre todo el de las complicaciones intracraneales de la otitis media, especialmente la meningitis por meningococo (15).

MARTÍNEZ RUMBO comenta que desde antiguo se buscaban sustancias difusoras de los antibióticos locales para vencer la impermeabilidad tisular y favorecer la penetración de los fármacos. Esto se consigue con la asociación de las hialuronidasas a la aplicación local de antibióticos en las otorreas. En esta línea de investigación han existido dos españoles notables DURAN REYNALS que trabajó en el Instituto Pasteur de París donde descubrió los «factores de difusión» de modo teórico y GUERRA con sus trabajos experimentales sobre la hialuronidasa (16).

Otro español notable fue MOZOTA que realizó una revisión bibliográfica de la bacteriología en los pacientes intervenidos de otitis media crónica, describió su experiencia personal en la cirugía radical ático-mastoidea y en el uso de antibióticos locales previos a la fenestración laberíntica para evitar el riesgo de laberintitis y permitir la recuperación auditiva, consiguiendo mejorar el resultado de las fenestraciones. Es el primer artículo en la revista sobre profilaxis antibiótica (17).

Betaterapia

En 1924, CROWE describió su método original de tratamiento de los rodets tubáricos con un material radiactivo, el radón. En 1942 se generalizó el método y fue muy empleado durante la Segunda Guerra Mundial entre los aviadores. Se empleó como fuente de irradiación sondas con 50 mg. de radio filtrado con material Monel. POCH VIÑALS en 1967 resume en su tratado de otología la experiencia recogida hasta entonces.

TRATAMIENTO PROTÉSICO

Se hablará en otro capítulo de forma extensa tanto de las prótesis convencionales como de las implantables.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS OTORREAS

Clasificación evolutiva de la cirugía de las otorreas

Según la ponencia del año 1972 del Dr. Antolí-Candela podemos distinguir varios periodos:

- *Período primitivo*: Se reduce casi exclusivamente al clásico vaciamiento petromastoideo, podemos destacar en esta época a POLITZER, ALEXANDER, BONDY, HEATH, BOTEY. Éstos tenían deficiencias en la iluminación (lámpara de gas, espejo frontal), en la anestesia (cloroformo, ombredanne), en el instrumental (gubia y martillo), pero a pesar de todo intentaron defender las estructuras del oído. El objetivo era realizar grandes cavidades y la máxima preocupación era no lesionar el facial y tratar de lograr una epitelización de la cavidad por segunda intención. Era la trepanación.

- *Período moderno*: HOLGREEM, SOURDILLE, LEMPERT introducen dos conceptos: el acceso endoaural y los brillantes resultados funcionales de la fenestración del conducto semicircular horizontal. Sin embargo, fue SHAMBAUGH quien sistematizó la fenestración.

- *Período contemporáneo* (1953-1958): WULLSTEIN Y ZOLLNER.... Representa la evolución

definitiva introduciendo el concepto funcional: primero curar la enfermedad y después obtener un espacio aéreo, conservar total o parcialmente el mecanismo de transmisión y controlar la función de las ventanas laberínticas (túnel de Wullstein, escotadura de Antolí-Candela).

- *Época actual* (hasta 1972): Se continúa realizando la escotadura de Antolí-Candela, se limita la sistematización a los tipos I y II de Wullstein y se conserva el tipo V en casos excepcionales.

Vías de abordaje de la cirugía mastoidea

Existen varias vías según la patología:

- La vía retroauricular de WILDE, si no existe afectación de la caja o está afectada la caja y tiene una complicación extrapetrosa.

- La vía endaural de LEMPERT (1929), que utiliza en casos de patología de caja y colesteatoma atical y en petrositis de la punta. Esta técnica (descrita en el s. XVIII por KESSEL Y HOFMAN) la aceptan únicamente HERMANN y EICKEN. Desde 1941 se realiza esta técnica en la cátedra de ORL de Sevilla de AZOY y según él es la primera vez que se hace en España.

- La vía retroauricular con plastia conchal española de CASADESÚS para estenosis del meato.

- BOTEY en una comunicación a la sociedad barcelonesa de ORL en 1912 propuso un abordaje mixto que combinaba una incisión retroauricular con una plastia semejante a la de Korner.

- El abordaje transcanal: descrito por AUSTIN en 1959 e introducido en España por ANTOLÍ-CANDELA.

Evolución histórica de la cirugía del oído

Siglo XVIII

En 1640 BANZER fue el primero al que se le ocurrió cerrar las perforaciones timpánicas, recomendando utilizar vejiga de cerdo situada sobre un tubo de marfil.

En 1736 PETIT realizó la primera intervención transmastoidea con éxito y en 1776 JAS-

SER, cirujano militar, operó con buen resultado la mastoides de un soldado.

La última intervención sobre la mastoides del siglo fue realizada en 1791 al BARÓN VON BERGER, médico del rey de Dinamarca, que consiguió que un cirujano le operase la mastoides para curar su sordera y sus acúfenos. Murió a los doce días y la operación cayó en desuso durante los cien años siguientes.

Siglo XIX

Miringoplastias

Ha habido múltiples e ingeniosos métodos para intentar cerrar las perforaciones simples del oído: Por ejemplo en 1841 YEARSLEY aplicaba bolitas de algodón húmedo en la perforación, TOYNBEE (1853) fabricó una membrana timpánica artificial. Otros autores emplearon nitrato de plata, papel de fumar, córnea de ratón, cutícula de cáscara de huevo...

BERTHOLD en 1878 describió dos casos en los cuales cerró la membrana timpánica con injerto de piel, denominándolo miringoplastia. Fue el que bautizó con este nombre a la intervención. UNTEMBERGER fue el que preconizó el uso de la fascia muscular para la reconstrucción.

WILDE contribuyó extraordinariamente al progreso de la cirugía, en 1853 publicó «Practical Observation in aural surgery and the nature and treatment of diseases of the ear», donde recomienda la incisión que lleva su nombre. Inventó la forma angulada en los instrumentos quirúrgicos para el oído.

Timpanoplastia

La primera mastoidectomía en EE.UU. la practicó TURNBULL en 1862 y en Inglaterra HINTON en 1866 que diagnosticó los pólipos de oído y demostró que los tumores «molluscos» (colestatomas) pueden, al erosionar el hueso, ocasionar la muerte. En 1873 SCHWARTZE describió las indicaciones y técnicas de la operación de mastoides, que al final del siglo XIX se aceptó por todos como una medida

para salvar la vida: «Pocos procedimientos son iguales o sobrepasan en eficacia la moderna operación de mastoides». En 1877 WOLFF, habiendo encontrado muchas mastoides con difícil localización del antro, por eburnización del hueso o prociencia del seno lateral e incluso del techo meníngeo, intentó resolver el problema atacando con gubia el borde posterosuperior del meato auditivo óseo, en plena espina de Henle, para llegar al aditus y retrocediendo al antro, que ya localizado permitía la apertura total.

Otros autores que contribuyeron al avance de las timpanoplastias fueron KESSEL, HOFFMAN, SIEBENMANN, TROLTSCH.

En 1889 KUSTER aconsejó extirpar la pared ósea posterior del conducto para conseguir acceso a todas las áreas. BERGMANN la llamó operación radical de mastoides, que englobaba la extirpación de las paredes posterior y superior del CAE.

En 1890 ZAUFAL describió un proceder quirúrgico semejante al de KUSTER. En 1891 STACKE añadió la plastia de las partes blandas del meato, por esta circunstancia la operación es atribuida a ZAUFAL y STACKE.

KORNER (1899), en pleno período del vaciamiento radical, opina que en ciertos casos el tímpano y los huesecillos pueden conservarse para preservar la audición y en 1885 KESSEL describe el abordaje endoaural. En 1895 MALHERBE publica una tesis sobre Las supuraciones del oído medio e introduce el término de «vaciamiento petromastoideo», que prefiere al de trepanación, ya que éste debe reservarse a los casos donde se use el trépano.

En España ARIZA fue el iniciador de la especialidad y en 1888 publica el tomo III de sus «Escritos Médicos», dedicado a *Enfermedades del oído*.

BOTEY fue uno de los fundadores de la ORL en España, autor de uno de los primeros tratados de la especialidad con descripciones anatómicas perfectas y muchas aportaciones personales: la lámpara otolaringoscópica de gas para iluminación refleja con espejo frontal; los espejillos intratimpánicos, planos y cóncavos, con los que diagnosticaba la patología de la cadena osicular, las lesiones osteíticas y el colestatoma del ático y de los recesos faciales; improvisa

un tímpano artificial «económico» para las miringoplastias; practica osculotomías con instrumentos ideados por él; diseña bisturís y gubias para la trepanación mastoidea y escoplos craneotómicos con el fin de resolver las complicaciones endocraneales.

Siglo XX

Miringoplastias

A lo largo del siglo múltiples materiales se han utilizado para intentar cerrar las perforaciones timpánicas (18).

OYNT (1919) y LYNN (1944) cauterizaban la perforación. En 1944 SCHULHOF y VALDEZ vuelven a mencionar la miringoplastia con injerto de piel y en 1952 WULLSTEIN y ZOLLNER publican un método para cerrar las perforaciones del tímpano con un injerto dérmico. También HOUSE (1953) recomienda un injerto total de piel retroauricular.

POHLMAN (1951) fabrica su membrana timpánica artificial, utilizada en España por ANTOLÍ-CANDELA.

Se usan otros materiales como: membrana amniótica, fascia lata, membrana de la mejilla, córnea, peritoneo, duramadre, pericardio, arteria del cordón umbilical...

La aponeurosis del músculo temporal es introducida por RAMBO y HEERMAN (1958) y STORSS (1961). Es considerada, por la mayoría de los otólogos, como el material de injerto ideal y el más utilizado en la actualidad. El pericondrio de cartílago tragal, propuesto por GOODHILL, es el material alternativo más empleado. Ambos materiales tienen unas características tisulares próximas a las de la capa conjuntiva de la membrana timpánica estando especialmente indicados por su escaso poder antigénico y por su capacidad para inducir la epitelización.

CLAROS y BOCCA (1959) defienden los injertos periósticos y dermo-periósticos y en 1960 SHEA, TABB y AUSTIN el injerto de vena. A partir de esta fecha la miringoplastia se populariza, comienzan a utilizarse injertos dobles de tejido conectivo y vena o fascia y piel, estos procedimientos son seguidos por PLESTER,

WRIGHT, KLEY, ANTOLÍ-CANDELA, GARCÍA IBÁÑEZ, LLINAS.

RINGEMBERG (1962) defendió el tejido adiposo con resultados dudosos, y HOLMGREN el cartílago con pericondrio.

PERKINS, en 1975, describe la técnica de la fascia de temporal autóloga formolada y moldeada para el cierre de las perforaciones timpánicas. Este tipo de fascia puede ser conservada en un banco de fascias y posteriormente ser utilizada como injerto homólogo en determinadas ocasiones. Esta técnica fue seguida por HICKS. En nuestro país MALLEA y cols. (1980) la han empleado sistemáticamente en el tratamiento de las perforaciones timpánicas.

Timpanoplastias

Durante el siglo XX las técnicas quirúrgicas se van haciendo más conservadoras.

En 1906 REATH y BRYANT describen una técnica conservadora que extirpa parcialmente la pared posterior y conserva el puente con el fin de respetar los huesecillos y la membrana timpánica.

En 1910 BONDY describe su radical mastoidea modificada para casos de colesteatoma atical, con perforación limitada a la pars flácida, con huesecillos y pars tensa intacta; extirpando la pared superior, posterior y el puente y respetando, al mismo tiempo, el mecanismo timpanoosicular. A pesar de unas indicaciones tan claras no fue aceptada y hasta 1929 no aparece la primera descripción en los tratados de otoci-rugía.

En 1915 SOURDILLE publica una tesis donde analizó toda una serie de operaciones conservadoras en el tratamiento de las otorreas y realizó disecciones cuyos dibujos son semejantes a las avanzadas técnicas actuales. A la operación conservadora la llama «Aticotomía transmastoidea».

En 1939 NEUMANN perfecciona las operaciones de mastoides, es uno de los maestros. Se distingue por los abordajes para drenar las laberintitis supuradas.

En 1948 JUERS confirma uno de los principios básicos en la técnica de la timpanoplastia: la protección sonora de la ventana redonda.

Posteriormente describe una técnica que denomina «miringostapediopexia» antes que, en 1953, WULLSTEIN describiera su tipo III, el «efecto columela».

En esta época en España hubo dos médicos importantes ARIÑO que en 1908 fue jefe del Servicio de ORL de la Beneficencia de Zaragoza, en el que desarrolló una gran labor, dominando la otocirugía destructiva y séptica de la época. Presentó a España en numerosos Congresos internacionales y fue presidente de la Sociedad Española de ORL durante uno de los períodos más fecundos de la misma y BERTRAN CASTILLO, discípulo de la primera promoción de CAJAL, que en 1909 fue profesor-ayudante de la Cátedra de ORL de la Facultad de Madrid y en 1924 profesor jefe del Servicio de O.R.L. del Instituto Rubio, donde funda una escuela otológica.

ANTOLÍ-CANDELA fue uno de los introductores de la gran cirugía otorrinolaringológica en España. Doctorado en 1905, amplió estudios de la especialidad con las figuras más prestigiosas de Europa en aquella época, como POLITZER, VON EICKEN, ALEXANDER, BARANY, GLÜCK y otros. Fue autor de interesantes publicaciones científicas, asistió presentando comunicaciones, a Congresos nacionales e internacionales, alcanzando un gran dominio en la cirugía radical del oído séptico. Fue el fundador de una de las escuelas valencianas de la especialidad, continuada por alguno de sus discípulos, que la han difundido por todo el mundo.

Otro personaje importante de la época fue HINOJAR que en 1907 fue nombrado jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Provincial de Madrid. Fue catedrático auxiliar de Terapéutica de la Facultad de Medicina y presidente de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y uno de los introductores de la otocirugía en España con proyección internacional.

Desde 1948-53 ANTOLÍ-CANDELA aplica al vaciamiento radical todos los progresos quirúrgicos conseguidos con la fenestración tipo Lempert-Shambaugh: perfecta iluminación con fotóforo, fresa y elementos de ampliación (gafas, lupa y microscopio), irrigación, aspiración continua, asepsia pre, per y postoperatoria... Lo realiza combinado con la fenestración del conduc-

to semicircular horizontal en un solo tiempo quirúrgico y posteriormente en dos, aplicando injertos cutáneos; también utiliza un procedimiento original para obturar la trompa cuando la indicación lo justifica.

En la misma época GARCÍA IBÁÑEZ emplea los mismos artificios de la fenestración en el vaciamiento radical. Combina ambos en dos tiempos quirúrgicos distintos, utilizando injertos cutáneos y describe y realiza la radical conservadora y semiconservadora en la microcirugía de las otorreas. ITURRIAGAGOITIA publica varios trabajos sobre lo que denomina «Radical ampliada con audición», y también fenestraciones y estapedectomías combinadas con el vaciamiento radical utilizando injertos cutáneos.

En 1950 DAVIES y WALSH opinan que en una fenestración del semicircular por otoesclerosis con éxito postoperatorio podría recuperarse toda la audición debido a la pérdida del mecanismo de impedancia de la cadena osicular y ventana oval. Serían los dos principios básicos de la futura timpanoplastia: protección sonora de la ventana redonda y transformación de la presión del sonido a través de la ventana oval. MORITZ, en el mismo año, con el fin de proteger la ventana redonda y preparar la cavidad para una fenestración del conducto semicircular horizontal usa colgajos pediculados.

En 1951 ZOLLNER aplicó, por primera vez, la reconstrucción quirúrgica del oído medio en los procesos supurados crónicos y en 1952 WULLSTEIN creó el término «timpanoplastia» como definición de todas las técnicas que tienden a curar las otorreas, conservando a la vez un mecanismo transmisor del sonido. Fue el que en realidad impulsó la cirugía funcional de las otorreas, utiliza injertos libres de piel y clasifica las operaciones en cuatro tipos distintos, que adquieren una amplia difusión. WULLSTEIN y ZOLLNER presentan sus nuevas técnicas quirúrgicas en el Congreso internacional de ORL celebrado en Amsterdam en 1953. Con ello se inicia una nueva época, revolucionaria, en la cirugía funcional de las otorreas, que es aceptada por todas las escuelas otológicas del mundo.

ANTOLÍ-CANDELA (Francisco y Fernando), en el mismo Congreso, presentan un trabajo titulado «Técnicas quirúrgicas para el tratamiento

de las sorderas por otorrea y otosclerosis», donde describen todos los ensayos funcionales realizados hasta dicho año y GARCÍA IBÁÑEZ presenta en la citada Reunión un trabajo titulado «Microcirugía funcional de las otorreas», donde expone las técnicas quirúrgicas realizadas para conseguir distintos objetivos funcionales.

En 1950 ANTOLÍ-CANDELA presentó una comunicación sobre la técnica endoaural y un procedimiento plástico en el vaciamiento petromastoideo y en 1954 publicó varios trabajos, entre ellos «Audiología y cirugía audiológica en las otorreas», «Audiología y cirugía audiológica». Denomina Audiocirugía a todas las técnicas de timpanoplastia y de fenestración e idea una «escotadura» en las timpanoplastias.

GARCÍA IBÁÑEZ y ANTOLÍ-CANDELA presentan en 1956 la ponencia oficial de la Sociedad Española de ORL sobre «Cirugía funcional de las otorreas». Describen las técnicas básicas de ZOLLNER y WULLSTEIN con modificaciones personales, entre las que destacan la aplicación que las fistulas colesteatomatosas del conducto semicircular externo pudieran tener como nuevas ventanas. Establecen los tiempos básicos de la cirugía séptica del oído: uno curativo, suprimiendo la supuración y funcional el otro para recuperar la audición. Detallan una serie de originales aportaciones: audiometría directa, anestesia, instrumental, cabezales, uso del tímpano artificial y también varias operaciones que denominan «tímpanoestapediopexia», «dermo-labirinto-pexia», etc., basadas todas ellas en el uso de injertos cutáneos y aprovechando restos timpánicos para construir una caja y un nuevo sistema de transmisión del sonido siguiendo las directrices de WULLSTEIN y ZOLLNER.

En 1956 FERNÁNDEZ VILA y OREJUDO publican un trabajo sobre «miringoplastias totales», donde se ocupan de la radiología de las otorreas y detallan diversas técnicas contribuyendo al progreso de la especialidad. Ese mismo año NAVARRO MORENO publica una monografía sobre *Clínica de las otorreas*, donde estudia todos los aspectos de las mismas, incluyendo las épocas pre y postantibiótica.

En 1958 ANTOLÍ-CANDELA (Fernando), durante una sesión quirúrgica dentro del curso anual que para formación de postgraduados se

celebraba en el Instituto Nacional de Medicina del Trabajo, forzado por las circunstancias anatómicas adversas que el caso presentaba (nervio facial sin Falopio que obliteraba el nicho de la ventana oval con platina móvil) se le ocurrió pensar que podría invertir el sentido de propagación de la onda sonora, haciéndola entrar por la ventana redonda y actuando la oval como compensadora. Consiguió la persistencia de las dos ventanas permeables con diferente fase de actuación, así como la inversión en la función de la ventana redonda, que actuaría de receptora sonora. En 1959 publicó la técnica de «Inversión funcional de las ventanas», con otras variantes, como la «Miringoplastia Promontorial con inversión de ventanas».

El mismo año GARCÍA IBÁÑEZ describe una técnica similar, que había estudiado ampliamente en animales en los años anteriores, que denominaba «sonoinversión», cuyos objetivos eran semejantes. Posteriormente amplía las indicaciones y detalles técnicos, aplicándolos a la fenestración cerrada por otosclerosis, diseñando varias prótesis que, sujetas a la rama larga del yunque, actúan sobre la ventana redonda.

Las timpanoplastias cerradas se inician en el extranjero con JANSEN en 1958 y en 1959 RODRÍGUEZ ADRADOS introduce en España el concepto de conservación de la pared posterior del conducto presentando varias técnicas sobre el relleno de la cavidad mastoidea y el uso de la cadena osicular. También estudia la incidencia transorbitaria en la radiografía del oído. Este mismo año OLAIZOLA conserva también la pared posterior del conducto sin utilizar rellenos de la cavidad mastoidea. Esta técnica la denomina «Macroantro». Presenta la primera comunicación sobre esta técnica en el congreso andaluz de ORL en Córdoba en 1961. Posteriormente realizaría varias modificaciones a esta técnica. Con Antolí-Candela practica y publica la creación de «cornisas óseas» para conseguir una mejor adaptación de los injertos. Posteriormente OLAIZOLA en el 82 comenta que cada vez hace menos el macroantro, buscando la cirugía a demanda (21).

Cuando se empezaron a hacer timpanoplastias cerradas se dieron cuenta de la dificultad para acceder a la zona de las ventanas y que allí muchas veces se podía quedar colesteatoma. El

primero que intentó alcanzar esta región fue WULLSTEIN en 1953 con su *túnel*, pero ante la dificultad de realizarlo ANTOLÍ-CANDELA en 1954, describió su técnica de la «escotadura» para visualizar el receso timpánico posterior que con más o menos modificaciones es la que se usa actualmente.

También en 1959 CAÑIZO SUÁREZ expone en una serie de trabajos sobre timpanoplastias, sus resultados con el empleo de injertos venosos y de periostio y CLAROS-DOMÉNECH trabaja con injertos periósticos y dermoperiósticos en la timpanoplastia; posteriormente estudia la enfermedad del injerto y las causas que influyen en la buena adaptación del mismo o en su rechazo. También en este año ANTOLÍ-CANDELA publica un trabajo sobre «Los enzimas en audiocirugía».

A partir de este año la aportación mundial de los otólogos en la cirugía de las otorreas es ingente destacándose, además de los autores ya citados, los doctores AZOY, AMBEL, BABE, BARAJAS, BARTUAL, BERTRÁN, CAPELLA, GAVILÁN, MARCO, POCH-VIÑALS, PRADES, SALVÁ, SCOLA, etc.

TÉCNICAS OBLITERATIVAS

Antes de 1948 la cirugía mastoidea se regía por el principio de la exteriorización de la enfermedad a través del CAE, era la época de las mastoidectomías radicales. Los primeros que buscaron un resultado funcional a las mastoidectomías fueron, como ya hemos comentado, ITURRIAGAGOITIA, WULLSTEIN, ZOLLNER.

Los primeros intentos fueron conservar la pared membranosa del CAE, pero la posterior retracción de la piel mantenía abiertos los espacios mastoideos.

Las cavidades excesivamente grandes se intentaron reducir con distintos materiales. PASOW y KISH en 1928 fueron los primeros que usaron músculo para obliterar la cavidad de timpanoplastia con buenos resultados, aunque luego fueron olvidados por las recidivas y las complicaciones que aparecieron.

Otros autores usaron rellenos como SLAUGHTER, RAMBO, GUILFORD y RODRÍGUEZ ADRADOS en 1961 (hueso extraído de cresta

ilíaca), THORBURN, WILLIAMS y MERRIFIELD (hueso de ternera), OLAIZOLA (sustancias acrílicas), GARCÍA IBÁÑEZ (menisco de rodilla).

También BOUCHE en 1947 usó colgajo pediculado de músculo temporal para proteger los injertos del nervio facial y en 1957 RAMBO usaba el mismo injerto para proteger la fenestración secundaria y para rellenar las cavidades radicales. En 1961 THORNBURN usaba este colgajo muscular como lecho nutricio para un injerto de piel y GUILDFORD usaba colgajo del músculo temporal de pedículo superior.

En España usaban colgajos PALVA Y PENET, así como SCOLA (musculoplastia funcional auricular), CAPELLA, RODRÍGUEZ ADRADOS, ÁLVAREZ DE COZAR, GUILLEM... Aunque es PALVA el más importante ya que en 1975 tenía 1500 casos con relleno de colgajo musculoperióstico de temporal y sin una sola recidiva en estos casos.

RECONSTRUCCIÓN OSICULAR

En 1957 OLAIZOLA Y OLARIETA comenzaron ensayos quirúrgicos con homoinjertos osiculares, y en 1960 expusieron sus conclusiones. Posteriormente usaron materiales plásticos, pero al comparar los resultados se dieron cuenta de que iban peor y en 1963 crearon un banco de huesos para usarlos como homoinjertos. En 1969 hicieron el primer trasplante homólogo de huesecillos entre dos vivos al coincidir en quirófano una timpanoplastia y una mastoidectomía de oído derecho.

En 1964, CHALAT efectúa un trasplante timpánico con material obtenido de un cadáver, pero sus experiencias fueron un fracaso.

A partir de 1966, MARQUET ha practicado de forma sistemática el trasplante timpánico obtenido de cadáver.

Otros autores usan homoinjertos de cartílago, fundamentalmente cartílago nasal o tragal, como GARCÍA-IBÁÑEZ, OLAIZOLA, PRADES, SALVA, SCOLA...

En los años 70 se inicia una nueva etapa con el uso de las prótesis artificiales TORP Y PORP:

Primero se usó el proplast: SHEA, HOMSY Y JANEKE lo usaron en los años 74 y 75.

El plastipore fue usado por BRACKMANN Y SHEEHY en 1976. Describen el plastipore como una esponja de polietileno de alto peso molecular y gran porosidad, bien tolerada por el oído medio y por sus poros crece tejido conectivo. En 1976 SHEA aporta los primeros resultados que fueron buenos. Pero a medio y largo plazo se extruían. SHEEHY ideó poner cartílago y logró menos extrusiones.

OTITIS MEDIA SEROSA Y DRENAJES TRANSTIMPÁNICOS

Desde 1954, fecha de la primera publicación de AMSTRONG, hasta hoy se usan con profusión tubos de diferentes formas y diámetros para garantizar la correcta ventilación del oído medio. Por ejemplo en Estados Unidos son operados un millón de niños al año.

La última tendencia es realizar la miringotomía con láser CO₂.

HISTORIA DE LA OTOESCLEROSIS

TOYNBEE fue el primero que relacionó algunas sorderas con la anquilosis del estribo en la ventana oval, y vio la posibilidad de tratar quirúrgicamente a los sordos, restableciendo el mecanismo normal de transmisión del sonido.

En 1908 BRISS-MORET propuso el tratamiento con flúor para la otoesclerosis. También BERNSTEIN en el 66 encuentra un aumento en la incidencia de otoesclerosis en zonas con bajo contenido de flúor en el agua potable. Otros autores (RICH, ENSICK, REUTTER, KUHLENCORD) proponen un tratamiento con fluoruro sódico, encontrando un aumento del número de osteoblastos y un ensanchamiento del borde osteoide con la correspondiente elevación de la fosfatasa alcalina logrando así una progresiva mineralización del hueso. SHAMBAUGH en el 73 demostró que aumentaba la concentración de fluoruro sódico en el foco otoesclerótico y producía una desaparición de la reabsorción ósea y una calcificación.

Hacen estudios con largas series de pacientes y comprueban una leve e inconstante tendencia del foco otoesclerótico a recalcificarse y

detener su evolución. Hoy en día es poco utilizado (18).

La cirugía de la hipoacusia otoesclerosa da sus primeros pasos:

KESSEL (1876) efectúa la primera movilización del estribo, y poco después la primera estapedectomía y la primera timpanoplastia, fijando el tímpano al estribo. Esta cirugía fue condenada poco después en las Ponencias Oficiales de los Congresos Internacionales de Roma (MOURE, 1894) y de París (SIEBEMANN 1904), siendo condenada también por BOTTEY. Había nacido prematuramente, en una época inadecuada.

Hasta los años 30 a la otoesclerosis se la incluía en el conjunto de las «otitis secas», que era un cajón de sastre de hipoacusias sin supuración. En esta época se comienza el estudio serio de la misma.

Hubo intentos muy variopintos para tratar quirúrgicamente la otoesclerosis: PENSE describió la extirpación del estribo; PASOW, la apertura de la pared interna de la caja; BARANY, la apertura del conducto semicircular externo y HOLMGREN la del conducto semicircular superior.

Comienza la fenestración, pero los progresos son lentos. Los primeros éxitos duraderos se deben a SOURDILLE (1929) en Francia, siendo simplificada por LEMPert (1938) en Norteamérica, difundándose después por América y por Europa, si bien de un modo limitado. Ya habían hecho intentos BARANY (1914), JENKINS (1913) y HOLMGREN (1917).

LEMPert nació en Rusia, su padre emigró a Estados Unidos y fue allí donde desarrolló su actividad, muriendo el 14-12-1968 en Nueva York. Desarrolló la técnica de fenestración en un tiempo en 1937-38, derivada de la timpanolabirintopexia de SOURDILLE, también inventó instrumental para ello y en 1929 hizo modificaciones del abordaje endaural de THIES y HEERMANN.

De los autores que mayor impulso dan a la fenestración, con alguna modificación respecto a la original (variación en la incisión, irrigación continua, uso de microscopio) es SHAMBAUGH. Este autor era muy restrictivo en las indicaciones, en cambio LEMPert operaba siempre que la ventana oval lo permitiera, cualquiera que fuera la vía aérea.

SOURDILLE también era más proclive a las amplias indicaciones y criticaba las restricciones de los americanos porque usaban otra técnica distinta a la suya: usaba abordaje retroauricular, usaba gubia, conservaba yunque y lo hacía en 2-3 operaciones, es decir de forma distinta a los americanos y criticaba la obsesión estadística americana, con los audiogramas pre y postoperatorios.

Acerca de la fenestración existen múltiples teorías: Teoría de Jenkins de desalteración o normalización de los líquidos laberínticos, teoría de Holmgren de la descompresión perilinfática, teoría de la ventana de compensación de Barany, teoría de la movilización de la perilinfa de Sourdille, teoría de Popper hidrodinámica de la transmisión sonora... (23).

En España la fenestración se empieza a introducir en 1948.

ANTOLÍ-CANDELA en 1947 se va a Estados Unidos con SHAMBAUGH para aprender la técnica. Empieza haciendo la técnica de LEMPERT, con modificaciones de SHAMBAUGH: ático-antrotomía extirpando el puente, la cabeza del martillo y el yunque, ventana en la posición de Shambaugh con aspiración e irrigación continua y empleo de colgajo tímpanomeatal. Describe modificaciones propias a la técnica quirúrgica: modificación a la ventana tipo Shambaugh, llamada ventana escalonada, para permitir introducir un poco el colgajo dentro de la fenestración y que no se cerrara (1951) (Dres. A. Candela). Describió otra modificación: limitó la trepanación osea a una aticotomía y el colgajo tímpano-meatal se sustituyó por injerto libre de piel. A veces la hicieron en dos tiempos. En 1960 llevaban 1282 casos operados con ganancias del 90-95% (24).

Se cuenta una anécdota ocurrida en el año 1949, fecha de fundación de la Sociedad Española de ORL, los doctores Antolí-Candela y García Ibáñez intervenían con mucho entusiasmo la fenestración, hasta tal punto que el Prof. Hinojar, Presidente de la Sociedad, les dijo: «Fenestradores, que os defenestran».

La cirugía del estribo es redescubierta por ROSEN (1953) y se difunde rápidamente por todo el mundo: estuvo en el «Mount Sinai Hospital» y resucitó las antiguas técnicas de movilización del estribo ya empleadas por KESSEL

(1876), MIOT (1899) Y BOUCHERON (1888) con importante casuística (126 casos en 1888) y un 30% de buenos resultados a largo plazo.

ROSEN obtiene mejoría en aproximadamente el 50% de los casos. Comprobando la fijación del estribo con miras a la selección de pacientes para la fenestración se dio cuenta que había mejoría en la audición cuando inadvertidamente se había movilizado el estribo. La técnica se hacía con anestesia, espéculo y gafas binoculares. Se realizaba una incisión en el CAE desde las tres hasta las nueve, a 5-7 mm del anulus y un colgajo. Esta vía la usaba tanto para movilización como para el tratamiento del vértigo de Ménière. Una vez aquí movilizaba el estribo por presión sobre el cuello en dirección hacia atrás y abajo.

En España la usaron y publicaron ANTOLÍ-CANDELA, GARCÍA IBÁÑEZ, FERNÁNDEZ VILA, NUÑEZ, MOZOTA, SCOLA Y VASALLO DE MUMBERT. ESTEBAN SCOLA refiere que introdujo la movilización de Rosen en España en el 1955 (25).

ANTOLÍ-CANDELA empezó en 1954. Según una cita suya, la primera vez que se comentó en España la técnica de la movilización del estribo fue en una comunicación presentada en la Reunión anual de la SEORL en junio de 1955 titulada: «comentarios sobre 417 fenestraciones y la pequeña cirugía de las sorderas de transmisión» por el Servicio de Audiología del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo (grupo de Antolí-Candela) (26). Por el contrario, ESTEBAN SCOLA refiere que él fue el primero en hacerla en España (27).

FOWLER hace crurotomía: directamente en la lesión moviliza la platina tras seccionar una crura estapediana y extirpa la platina junto con un trozo de crura (28). Es decir, ROSEN hacía una movilización indirecta y FOWLER una directa sobre la platina. A continuación algunos autores asociaban movilizaciones con platinotomías, platinofisuras, etc.

ROSEN más adelante ideó la simple fenestración de la platina.

HERMANN la fenestración de la platina con su ampliación de bordes.

SCHUBERT la resección parcial de la platina en el lado otoescleroso.

ANTOLÍ-CANDELA la estapedioclasia (movilización) con fractura controlada.

ANTOLÍ-CANDELA Y HOUSE usaron un tubo de polietileno entre la lenticular y la platina.

JUERS Y FARRIOR la estapedioplastia o transposición de la crura posterior.

Se utilizaron injertos óseos de banco o plástico, después se empezaron a usar diferentes prótesis. Estos intentos con resultados malos, y poco a poco fueron abandonados.

Por tanto en esta época el dilema era entre movilización, que muchas veces en 2-3 años se reanquilosaba y era necesaria nueva cirugía o una fenestración. La comparación clínica mostraba que tenía mejores resultados la fenestración (Antolí-Candela) e incluso muchos pacientes la preferían, pues así no se operaban dos veces.

ESTEBAN SCOLA en 1957 hacía la movilización del estribo como estaba aceptado de forma universal y si fracasaba hacía la fenestración (30).

Entre los años 50 y 55 los autores se debaten entre fenestración o movilización o ambas: por ejemplo SHAMBAUG recomienda fenestración como técnica de elección. HOUSE Y FOWLER primero movilización y si fracasa, hacer fenestración.

SHEA introdujo la estapedectomía (1956) como la conocemos hoy, empleando injerto de vena y polietileno. A continuación PORTMANN (1957) usando injerto de vena, interpone total o parcialmente el estribo en vez de polietileno. Con una microfresa trepana alrededor de la platina después de haber desarticulado el estribo del yunque, pero sin cortar el tendón. El problema es que había que manipular el estribo conservando el tendón, por lo que técnicamente era mucho más difícil y en muchas ocasiones se rompía al manipularlo, y además no obtenía mejores resultados que la técnica de Shea.

SCHUKNECHT (1958) realizaba platinectomía total, colocaba injerto de conjuntivo asegurando el contacto con el yunque con un hilo de tantalio.

GOODHILL fue el primero en usar pericondrio tragal, que se maneja mejor que la vena, es más cómodo de obtener y mejor tolerado.

ZOLLNER recomendaba en 1960 injerto de hueso (mastoides), dándole forma con la fresa sobre injerto de vena.

SHEA en 1963 defiende la estapedotomía y colocación del pistón de teflón. Este lo preconiza en todos los casos, en cambio otros autores,

como SCOLA, la recomienda en los casos en los que no se adapta bien el tubo de polietileno, pues con éste tiene muy buenos resultados (1).

SHEA en 1962, para platinas obliterativas, ideó una pequeña platinotomía con pistón de teflón, al cual le atribuía propiedades antiosteogénicas, pero fracasó pues esta propiedad del teflón no era cierta ya que se volvía a obliterar.

CAUSSE hizo una variante de Shea, colocando injerto de vena para cerrar la platinotomía además del pistón de teflón. Lo llamó pistón-interposición, pero también se cerraba.

Se han utilizado distintos materiales para tapar la ventana oval: vena (PORTMANN Y SHEA), fascia de temporal y grasa (SCHUKNECHT), gel-foam (HOUSE Y SHAMBAUGH), pericondrio (GOODHILL, ESTEBAN SCOLA), córnea (ANTOLÍ-CANDELA) mucosa de senos, de labio, esclerótica (FERNÁNDEZ VILA) (1).

GARCÍA IBÁÑEZ intentó con la sonoinversión solucionar esto: la describió para las timpanoplastias, pero también la aplicó para las otoesclerosis obliterativas: con una prótesis larga desde la rama larga del yunque hasta la ventana redonda y como contraventana una fenestración en el conducto semicircular horizontal cerrada con un injerto de vena, de esta forma hace un by-pass de la ventana oval y evita el traumatismo quirúrgico en esa zona con la fresa, etc. El problema es que colocar la prótesis es difícilísimo y que la fenestración puede volverse a cerrar.

SALVA diseña la «técnica del protector»: Hace una perforación en el vestíbulo en la región por donde debe estar la ventana oval, como Shea, pero coloca una camisa de acero (el protector) para evitar que se estenose, especialmente diseñado por ellos y de varios diámetros y en su interior colocan el hilo de tantalio (31).

ANTOLÍ-CANDELA en 1960 tenía 2.011 operaciones sobre estribo y ventana oval (incluyendo movilización, etc.) con un 95% de buenos resultados (32).

ESTAPEDOTOMÍA CON LÁSER

SATALOFF en 1967 experimentalmente demuestra que se puede usar el láser en la platina del estribo, pero es PERKINS en 1978 el primero en publicar 11 casos de otoesclerosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asherson N. *Traité de l'organe de l'ouïe by du varney*. Journ. laryng., sup. 2. London, 1979.
2. Cortezo, Collantes: *Disertación llana, espejo del corazón y aventura de la mente, acerca de algunos particulares del ayer, el hoy y el mañana de la ciencia y el arte otorrinolaringológicos*. El Siglo Médico XC 1932; 4111: 313-346.
3. Laín Entralgo P. *Un hombre ante sí mismo*. Prólogo al libro: Rubio y Galí F: *Mis maestros y mi educación*. Madrid: Ediciones Giner; 1977.
4. Botey R. *Tratado de oto-rino-laringología*. 2ª ed. Barcelona: Editorial Salvat; 1914.
5. Corone A. *Contribution à l'histoire de la sonde d'Itard*. Hist. Med. 1960; 10: 41-42.
6. Castex A. Jean Itard. Notes sur sa vie et son oeuvre. Bull. d'Otorhino-laryng. 1919; 18: 239-253.
7. Politzer A. Joseph Toynbee: *Esquisse historique-biographique*. Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 8 de abril de 1905; 14: 385-394.
8. García Ballester I. Factores sociomédicos en el proceso de constitución de las especialidades médicas: el caso de la otología. *Medicina e Historia*. Madrid: Edit. de la Univ. Complutense; 1980.
9. Politzer A. *Geschichte der ohrenheilkunde*, vol. I, Georg olms verlagsbuchhandlung, Hildesheim; 1967.
10. Diepgen P. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Edit. Labor; 1932.
11. Guerrier Y, Mounier-Kuhn P. *Histoire des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge*. Paris: Les editions Roger Dacosta; 1980.
12. Mencheta Benet E. Historia de la audiometría por respuesta eléctrica. En: Barajas Prat. Ponencia oficial de potenciales evocados. Madrid: Edit. Garsi; 1983.
13. Álvarez Pérez. Quimioterapia en otorrinolaringología. Acta ORL Esp. 1953; 5: 133.
14. Martínez Rumbo A. Sobre un nuevo método de tratamiento de las otitis medias mediante una combinación de hialunoridasas con los diversos antibióticos. Acta ORL Esp. 1953; vol. III: 119-125.
15. Mozota Sagardía JR. Los antibióticos como tratamiento coadyuvante y preparatorio en las fenestraciones de los enfermos con vaciamiento de oído. Acta ORL Esp 1953; vol. III: 147-154.
16. Antolí-Candela. Audiocirugía de las otorreas. Ponencia oficial de la SEORL. Madrid: Edit. Garsi; 1972.
17. Azoy A. Once años de cirugía endaural. Acta ORL Esp 1953; vol. III: 9-50.
18. Olaizola F, Rodríguez Núñez JR, Alaminos D. Resultados de la cirugía a la demanda del colesteatoma. Técnica personal en 54 pacientes. Acta ORL Esp 84-87: 627-633.
19. Mozota Sagardía JR. ¿A qué causas es debida la recuperación auditiva en los fenestrados? Acta ORL Esp 1953; vol. IV: 67-74.
20. Antolí-Candela Cebrián F. Trece años de audiocirugía. Acta ORL Esp 1960; vol. 4: 137-152.
21. Scola Basaguren E. Nuestra sistemática actual de la sordera otoesclerosa. Acta ORL Esp 1962; vol. XIII: 2: 80-83.
22. Antolí-Candela FF, Olaizola F, Olarrieta M. Audiocirugía de la otosclerosis. Técnicas experimentales. Acta ORL Esp 1959; vol. X: 154-165.
23. Scola E. Estado actual de la cirugía de la sordera por movilización del estribo. Acta ORL Esp 1956; vol. III: 97-106.
24. Mozota Sagardía JR. De la cirugía clásica del oído a la actual cofocirugía. En: Boletín informativo de la Real Academia nacional de medicina 1968; 85: 449-47. Biblioteca Nacional.
25. Scola E. Cirugía de la sordera con movilización del estribo. Sistemática. Acta ORL Esp 1957; vol. VIII: 130-152.
26. Salva J. Nuestra técnica del profesor en las platinas obliterantes. Acta ORL Esp 1967; vol. I: 71-80.
27. Antolí-Candela F, Olaizola F. Audiocirugía de la otoesclerosis. Clasificación y sistematización técnica. Acta ORL Esp 1960; vol. 4: 129-136.

APORTACIONES DEL ACTA ORL ESPAÑOLA A LA OTOLOGÍA

A. Ruiz-Fornells Noreña

M. Portell Soriano

C. de Juan Ivars

P. Avilés Mañoso

La aportación que hace el ACTA ORL en el campo de la otología, durante sus cincuenta años, se puede exponer en distintas secciones. En lo que se refiere a las ciencias básicas, en el ámbito de la anatomía e histología, fue fundamental el desarrollo de los métodos de visión, como el microscopio, en la década de los 50. La introducción del microscopio electrónico desarrolló la otología (ENJTROM y cols. precisaron los esterocilios y kinocilios). LORENTE DE NO ordenaba la topografía de las neuronas auditivas en los núcleos rombencefálicos y la vía acústica. La localización cortical auditiva la estudió TANTURRI.

Estudios Anatómicos, que aparecen publicados en el Acta, son los que realiza, en 1963, SÁNCHEZ FERNÁNDEZ que utiliza animales y feto a término para estudio de la evolución de las especies. Estudia los ligamentos en el mamífero y en el hombre (1). P. GIL LOYZAGA del departamento de ciencias morfológicas y, J. POCH BROTO, catedrático de ORL de la Facultad de Medicina de Madrid, presentan varias publicaciones sobre ciencias básicas especialmente del oído en 2ª década de los 80. GIRON S BONELLS durante la cirugía del colesteatoma encuentra un tamaño aumentado de la fisura tímpanoescamosa. Aceptando la teoría invasiva del crecimiento hacia el interior, apoyada por el sistema de dirección por contacto, propone que la fisura tímpanoescamosa, cuando se encuentra aumentada, juega un papel importante en el

desarrollo del colesteatoma del ático (3). J MARCO y HONRUBIA publican varios trabajos sobre vías vestibulares, auditivas, etc., a principios de los 90 (4).

En cuanto a temas de Genética, REYES PUGNAIRE (es de los primeros estudios genéticos que aparecen en el Acta), efectúa un estudio cariotípico de 139 enfermos portadores de una hipoacusia o malformación ótica, de posible carácter hereditario, con el fin de investigar directamente las alteraciones del cariotipo en estos enfermos. Las técnicas citogenéticas solo aportarán datos sobre el número y forma de los cromosomas pero, dice el autor, que «posiblemente a muy corto plazo podamos estar en condiciones de estudiar su estructura genética, a cuyo nivel estamos convencidos que radica el problema». Los enfermos los divide en cuatro grupos: a) sordomudez; b) hipoacusia heredo-degenerativa; c) otosclerosis y c) otras malformaciones, solas o asociadas. Los hallazgos eran poco esperanzadores, puesto que solamente en unos pocos casos puede discriminar una clara alteración genética (5). BARTUAL, en 1966, dirige la ponencia sobre CROMOSOMOPATÍAS EN OTOLOGÍA.

En lo que se refiere a Fisiología del oído, BÉKÉSY obtiene el Premio Nobel en 1961 por estudios sobre la audición. El potencial positivo endococlear es descubierto por BÉKÉSY en 1952, y el potencial de sumación es aislado por DAVIS en 1950. La transmisión acústica del

oído medio es descrita por BÉKÉSY, WEBER y LAWRENCE. En las publicaciones del Acta, REDONDO PIZARRO hace experimentos para comprobar la movilidad de la ventana redonda y concluye que el desplazamiento de las ventanas son semejantes a frecuencias e intensidades conversacionales (6). GARCÍA IBÁÑEZ aplicó el concepto, mencionado por Castillo, de sonoinversión a la práctica clínica en 1959, es decir, cuando había alguna dificultad técnica que impidiera una reconstrucción timpanosicular sobre la ventana oval, colocaba la fascia sobre la ventana redonda y transmitía el sonido, con buenos resultados. ALARCOS usa novocaína en las degeneraciones de la cóclea, y también le sirve de prueba funcional para obtener información acerca de las posibilidades quirúrgicas de un oído. Va a realizar un ensayo clínico. Parece ser que aumenta la audición al inyectarla intravenosa. Dice que ésta sustancia también la emplea POCH-VIÑALS, y WULLSTEIN emplea simpaticolíticos, logrando mejorías en la audición. Las propiedades de la novocaína es que es adrenérgica, anticolinérgica y antihistamínica (8). CÉSAR GAVILÁN Y JULIO SAN JUAN estudian cómo disminuir la resistencia de la piel para hacer estudio de microfónicos cocleares. Van a utilizar el «mistol», que es un detergente derivado del alcohol láurico. Son los primeros en España en estudiar los microfónicos cocleares y microvibraciones con procedimiento original (9). GARCÍA IBÁÑEZ estudia la audición de modo binaural y su integración a nivel central y supone la existencia de un nivel de integración de los impulsos de los dos oídos y su interferencia probablemente producida en el tronco encefálico (10). MURCIA GARCÍA publica un método nuevo ideado por el neurólogo BARCIA SALORIO denominado *palencefalografía* que mide los cambios de presión endocraneal, las vibraciones que se producen y el efecto de los vasodilatadores (11).

En la aportación que hace el Acta a la Clínica Otorrinolaringológica, URRUTIKOECHEA y ALGABA presentan un caso curioso de una paciente con parálisis facial periférica, vértigo e hipocusia tras extracción de tapón de cera (la extracción fue traumática). La revisaron al mes y presentaba una desarticulación incudoestapedial, hundimiento del estribo en ventana oval, y es-

quirilas óseas en el canal de falopio (13). JIMÉNEZ QUESADA presenta un Hemoangioma del hueso temporal, primer caso descrito en España y segundo, de hueso temporal, en la literatura internacional. CALDERÍN, en 1949, hace estudios experimentales con cámaras de presión sobre los barotraumas (otobaropatías). SÁENZ DE LA CALZADA publica, en 1951, un tratado sobre sorderas de origen bucal y Síndrome de Costen. IRANZO LLORET de la cátedra de BARTUAL, en Valencia, en la búsqueda de la etiopatogenia de la otoesclerosis, hace un estudio sobre las proteínas plasmáticas, sin conclusiones evidentes (solo encuentra un aumento de proteínas totales, albúmina y alfa-2-globulina) (16). En lo que se refiere al Glomus yugular, la primera descripción es de VON HALENR, en 1748, que lo considera como una glándula carotídea. F. DE CASTRO, en 1928, demuestra que el corpúsculo carotídeo se comporta como un quimiorreceptor frente variaciones CO_2 y pH. El primero que lo denominó así fue Guild en 1941. En el Acta, de las primeras publicaciones sobre su tratamiento, no quirúrgico en este caso, por su gran tamaño, fue de OLAIZOLA (17). En 1945, ROSSENWASSER publica un trabajo sobre el tumor del cuerpo carotídeo. MULIGAN, en 1950, propone la denominación de QUEMO-DECTOMA. También sobre Glomus, en 1973, hay varios artículos sobre el tema. Los autores presentan 10 tumores glómicos de procedencia ótica, cervical, miembros superiores y lecho ungueal. Exponen los estudios con microscopio óptico y electrónico, comparando sus hallazgos con los encontrados en la literatura. Se cita a LÓPEZ RODRÍGUEZ (1967) quien describe conglomerados ganglionares en distintos puntos del nervio glossofaríngeo y de sus ramas, en fetos humanos, en la vecindad de anastomosis arteriovenosas, y los considera como células ganglionares parasimpáticas y, funcionalmente, como paraganglios. Concluyen señalando que la célula tumoral glómica es muy similar a las células adrenérgicas de la médula suprarrenal, el glomus funciona como un tangerreceptor y probablemente también como un quimiorreceptor y una glándula incretora (18). AGER, en 1962, presenta un caso raro de epiteloma en una cavidad mastoidea en un paciente operado de un vaciamiento petromastoideo por colesteatoma (19).

A finales del siglo pasado, comienza la preocupación de la sordera por ruidos y, en 1906, HABERMANN tiene la oportunidad de realizar necropsias a varios obreros con hipoacusia, y observará lesiones atróficas en la espira basal de la cóclea. A este respecto, MOZOTA, en 1963, realiza un estudio en trabajadores expuestos a ruido después de una intervención de oído, y distingue si ésta operación interrumpe los mecanismos defensores del oído o no, como la sección del tendón del estribo etc., siendo el grupo de las operaciones no fisiológicas, los más sensibles a traumas sonoros (20). Es RELANZON, en 1987, el que presenta un trabajo muy completo acerca de los traumas acústicos.

En los trabajos sobre presbiacusia, MANUEL MAÑOS hace un primer estudio sobre este tema, en el que observa que disminuye mucho la inteligibilidad respecto a la audiometría tonal, presenta 200 pacientes. Dice que el primero que comprobó en audiometría un descenso de frecuencias agudas en ancianos fue BUNCH en 1931. Los autores que encuentran trastornos de la inteligibilidad son GAETH (1948), PESTALOTTA (1955), GOETZINGER (1961) (21). ROMÁN ROJO, en 1976, estudia la audición en 100 sujetos sin patología previa de oído, divididos por décadas a partir de los cincuenta años, comentándose los caracteres más importantes de la presbiacusia. Se obtiene la cifra global de deterioro auditivo individual, según el criterio A.M.A. y, mediante un riguroso método estadístico, consigue el valor medio del deterioro correspondiente a cada década, los perfiles audiométricos medios correspondientes y una representación gráfica de la evolución de la presbiacusia. Los datos obtenidos se consideran de importancia clínica y, sobre todo, de base objetiva para todo tipo de peritajes (22).

A raíz del descubrimiento de la Penicilina y, a partir de ahí, el resto de los antibióticos, comienzan a utilizarse éstos de manera indiscriminada y, a finales de los años cincuenta, empiezan a surgir las resistencias microbianas. OTERO, en 1975, realiza un estudio bacteriológico en las otorreas de 100 pacientes con supuración crónica de oído. Los resultados de gérmenes más frecuentes son, la *pseudomona aeruginosa* y el *proteus mirabilis*, siendo éstos, junto al bacilo piocianico, los más resistentes a trata-

mientos antibióticos. Concluye señalando la necesidad de practicar estudio bacteriológico y el correspondiente antibiograma, antes de cualquier intento de tratamiento antibiótico en otorreas (23).

POLITZER, en 1884, fue el primero en describir la otitis media serosa. JAKES-IVES COUSTEAU, en 1943, inventa la escafandra autónoma, para bucear, y es cuando comienzan los problemas de la trompa de Eustaquio por el submarinismo. Es en los años cuarenta, también por los frecuentes viajes en avión, que se presenta una nueva patología ótica: la baropatía. FERRANDO, a éste respecto, estudia 25 casos de otitis media secretora, en las que determina niveles de factor reumático en suero y en la secreción procedente del oído. Los datos obtenidos sugieren la existencia de un proceso autoinmune en esta patología (25). ROMERO VIDAL y SPREKELSEN estudian 170 oídos de niños sin patología rinofaríngea ni perforaciones de tímpano y, observan indirectamente la función tubárica mediante timpanometría. Correlacionan los resultados con datos antropométricos, como el ángulo del clivus (AC) y el ángulo de la base (AB), obtenidos radiológicamente. Con el análisis de contingencia, se observa una relación significativa entre los AC y AB inferiores a 110° y las timpanometrías patológicas (26). ESCALANTE, en Pozoblanco (Córdoba), escribe que el déficit de IgG₂ es una entidad de reciente descubrimiento, y se asocia a infecciones del área ORL y tracto respiratorio inferior. En este trabajo, presentan la correlación con las otitis media de repetición en la infancia. Se caracteriza por un déficit de IgG₂, con unos valores séricos normales de IgG total. En el déficit de esta subclase, hay una disminución de la respuesta a los antígenos polisacáridos. Discute la problemática del tratamiento (27).

En lo que se refiere a la ototoxicidad, MARCO CLEMENTE describe, en los años cincuenta, las lesiones con la estreptomycin, en la parte periférica del laberinto. En los años 90, se publican artículos de interés con citostáticos. DOMÉNECH publica que no conoce el valor pronóstico de los acúfenos en casos de ototoxicidad. Estudia 59 pacientes tratados con cisplatino, que se han demostrado propiedades cocleotóxicas. Evalúa el porcentaje que presenta acúfenos y las

características de la hipoacusia (28). FRADE hace un estudio de la ototoxicidad en 18 pacientes, realizando test audiométricos entre cada uno de los ciclos, y al finalizarlos. La ototoxicidad alcanza al 50% de los pacientes evaluados (29).

SAN JUAN SALAS, de Torrelavega (Cantabria), hace la primera referencia al SIDA (con paciente español) (31). La primera revisión, de 150 pacientes, la realizan ALARCOS TAMAYO y BLASCO REDONDO de Valladolid (32). Empezan a aparecer artículos sobre localizaciones y patologías raras en pacientes con HIV, como una hipoacusia brusca bilateral de origen luetico, etc. (33).

En la aportación del Acta a la Exploración en Otología, PAREDERO DEL BOSQUE; y otros autores utilizan para la audiometría verbal, el listado de palabras de TATO (Argentina) y AZOY (34). JAIME MARCO CLEMENTE, en el Servicio del Dr. BARTUAL en Valencia, estudia la conducción ósea absoluta (35). POCH VIÑALS dirige una Ponencia, en 1957, sobre exploración audiológica, muy extensa y pormenorizada (36). R. G. TAPIA realiza un interesante estudio sobre hipoacusias por estreptomycin (descubierta en 1944) (37). TEROL y SAN JUAN describen una prueba audiológica para evitar errores de la audiometría tonal. Pretenden explorar fibra a fibra la zona de proyección del lenguaje (la llama audiometría horizontal). Describen la técnica y la intentan justificar (38).

Para el estudio de los niños y su función auditiva, TEROL expone que la audiometría tonal y verbal no están indicadas en menores de siete años. Describe procedimientos audiométricos infantiles. Entre los 2-4 años: la audiometría objetiva se realiza por la investigación del reflejo psicogalvánico (39), éste descrito por primera vez por BORDLEY y HARDY, en 1949. TEROL y SANJUAN describen una nueva prueba audiológica: la *audioreflejometría en sueño*, haciendo referencia a una publicación escandinava, ésta consiste en un test que se practica lanzando un sonido al niño dormido valorando el umbral del despertar, el reflejo auri-parpebral, y reflejos musculares (40). ANGOLOTI DE CARDENAS, en 1963, estudia la audición en niños sordos. Utiliza el Peep-show con resultados desconcertantes. Los métodos de BARR los utiliza solo el

Dr. SAN JUAN. Habla de dos pruebas de TEROL: el test de audioreflejometría en sueño (en hipoacusia de recién nacidos) y el test «por sorpresa» de TEROL. Comenta que las pruebas audiocolectivas de Azoy son excelentes (41). TORRES GASSO emplea la *audioelectroencefalografía*; es decir, estudia la audición de niños a través de estímulos acústicos y ve las variaciones en el registro del EEG. Dice que tiene ventajas sobre la prueba psicogalvánica (42). CIGES dirige una ponencia, en 1968, sobre rehabilitación del niño cófítico o hipoacúsico grave. Describe la Audiometría por el Juego, con varios métodos, como el de PERELLÓ, en 1965, en que a cada juego (coche, moto, camión, etc.), le asigna un sonido (250, 512, etc.) y lo condiciona. LANCHA DE LARA cree que en aquellos casos en los cuales la utilización de otras técnicas o procedimientos audiométricos no nos han permitido obtener resultados orientativos de la audición del paciente, recurrimos a la exploración AEEG o exploración audiométrica objetiva refleja. Con su empleo, conseguimos alcanzar datos que nos proporcionan la posibilidad de captar la existencia de restos auditivos, o descubrir una anomalía que nos dirija hacia la posible etiología de la hipofunción. Describe la forma de realización de esta prueba (43). REDONDO PIZARRO estudia la *Logoaudiometría directa progresiva*. Los primeros trabajos a este respecto fueron de FOWLER y FLETCHER en 1926, en la búsqueda de niños hipoacúsicos desconocidos. Ninguno de los métodos hallados propone la medida de la audición directa, tal como la recibe el niño en su medio, en su aula y dirigida la palabra por el profesor. Es un método original, y se realiza en el propio aula del niño. Del resultado y comparación estadística de 5.000 niños examinados, se vio que éste método era útil para niños hipoacúsicos desconocidos, de un 4 al 5%, rápido y fácil de realizar (44).

RAMÓN RAMOS CALVO, en 1958, siguiendo a YUTAKA ONCHI, emplea un método que practica una audiometría con diapasones, comparándolo con la agudeza auditiva del examinador, y después aplicando sumas algebraicas. Dice obtener resultados similares al audiómetro. Recordar que en ésta época todavía los audiómetros eran muy caros y no estaban a la mano de todos los médicos (45).

JAIME MARCO, CIGES y HONRUBIA, en la selección de casos de otosclerosis, para movilización del estribo, se basarán, desde el punto de vista funcional, en las siguientes pruebas: trazado de umbrales tonales por vía aérea y ósea, exploración de «Gelle», exploración de la c.o.a (conducción ósea absoluta) y su comparación con la c.o.r. (relativa) (46). C. DEL CAÑIZO ALVARES dirá que la prueba de «Gelle cruzado», descrita por el profesor del CAÑIZO SUÁREZ, sirve de forma muy eficaz para poder hacer el diagnóstico diferencial entre una sordera de transmisión unilateral (sobre todo otoesclerosis) y una neurosensorial. Solo necesita un audiómetro corriente y una pera de POLITZER (47).

Fueron WEBER y BRAY, en 1930, quienes describieron, en el gato, los potenciales microfónicos cocleares, ofreciendo la particularidad de su tonotropismo, el estudio de las patologías endococleares. En 1935, FORMM y colaboradores consiguieron registros de potenciales cocleares. CÉSAR GAVILÁN y JULIO SANJUAN: presentan el primer trabajo en España sobre el fenómeno microfónico de la cóclea (48).

Acerca del ensordecimiento, TRASERRA publica que siempre se debe ensordecir el oído contralateral al explorado. Al examinar la conducción ósea, ensordecirá el oído mejor, que lo identifica gracias a la prueba de WEBER. Describe los tres métodos de ensordecimiento (49). MUÑOZ BORGE habla del ensordecimiento, que dice debe ser practicado siempre vía aérea, y sus intensidades comienzan a ser eficaces a partir de los 70 dB; alcanzando en la mayoría de los casos, una intensidad óptima a los 90 dB. Por encima de estas cifras repercuten sobre el oído examinado. El ruido blanco, en general, es más eficaz que el ruido diente de sierra, obteniendo con él los mejores resultados en los casos de hipoacusia aplicados. El método de JERGER, modificado del de RAINVILLE (1954), más fácil de aplicar en la clínica, parece un método monoaural con el que se evita la repercusión contralateral del oído ensordecido sobre el examinado. CABRERA y LAMPARTER hacen una experiencia con la modificación de JERGER, y lo llaman nivel de agudeza neurosensorial (SAL). Tratan con dicho método de determinar la verdadera vía ósea, es decir, la reserva coclear del sujeto. Miden la capacidad de ser en-

mascarada por un ruido aplicado por vía ósea en el centro de la frente aunque, no será sustitutiva de la prueba convencional de exploración de la vía ósea (50).

En lo que se refiere a la impedanciometría, se empieza a utilizar en los años 70. ALAMINOS y OLAIZOLA presentan un amplio trabajo sobre la aplicación de la impedanciometría como método diagnóstico de la patología otológica a tímpano cerrado. Se describen los distintos trazados según las diferentes patologías de oído medio (51). ANDA y R. GÓMEZ-ULLATE siguen haciendo pruebas y estudios con impedanciometría. Es de las primeras referencias al test de inflation-deflation. Basados en estudios de BLUESTONE en 1972 y HOLMQUIST en 1974 (52). J. POCH BROTO y H. VALLES publican en el Acta de 1983, que la gammagrafía tubárica se utiliza en el pronóstico de las timpanoplastias. La técnica es original de los autores para el estudio de la permeabilidad tubárica prequirúrgica. BLANCO y RODRÍGUEZ DE LA FUENTE estudian las características del reflejo estapedial invertido ipsilateral en 19 pacientes (53).

La técnica de los Potenciales Evocados Auditivos de Tronco es descrita por JEWET en 1970. MOZOTA ORTIZ publica sobre BERA y ecografía (54). BARAJAS J. y F. OLAIZOLA también publican, en 1978, sobre BERA (55). J. J. LÓPEZ MOYA, GALVÁN PARRADO y M. JODRA, estudian las respuestas evocadas de tronco cerebral en neonatos, hacen una importante contribución a la valoración auditiva de los neonatos (56).

En las técnicas de imagen, al final de los años 50, se creó el «Polytome», tomógrafo que permitía cortes de 1 mm, lo que supuso un gran avance. LILJEQUIST aplicó por primera vez la tomografía y la cisternografía gaseosa. En 1963, BAKER y GASS idearon la cisternografía con contraste (pantopaque). La tomografía computarizada se presenta por HOUNSFIELD en 1973. GUIRADO publica, por primera vez en el Acta, el TAC ALTA RESOLUCIÓN CON NEUMOMATOLOGRAFÍA (ventriculografía), y poco a poco, en los años 80, se empieza a utilizar para el diagnóstico de patología de oído medio.

RODRÍGUEZ GÓMEZ y POCH BROTO presentan la primera referencia, en 1987, a las otoemisiones, en el Acta. Se refieren a su relación con la producción del acúfeno. El estudio de la

otoemisión espontánea acústica (SOAE) permite en muchos casos objetivar los acúfenos referidos por los pacientes con patología coclear intrínseca. Las SOAE se describen en sujetos de la población sana. En la población compuesta por 20 personas sanas y 48 aquejados de tinnitus, se encontró un 33,3% y un 52,08% respectivamente de SOAE positivas. Las bandas de frecuencias de las SOAE se situaron alrededor de los 1-1,5, los 3,5-4 y los 6 KHz. Los autores discuten las relaciones entre estos hallazgos y la audiometría tonal (58). FIGUEROLA trabaja en Toulouse (Francia) y hace referencia a otoemisiones acústicas, en el Acta (59). J. MARCO ALGARRA y cols. publican varios trabajos sobre OEA, sistema eferente, etc., a principio de los años 90 (60). También R. GARCÍA-TAPIA en Pamplona (61).

La aportación del Acta al Tratamiento Médico en Otología, estudia el tratamiento de las otorreas. BARTUAL hace una buena revisión de su experiencia en el tratamiento con antibióticos, en otología, a expensas de los casos de otitis y sus complicaciones, en el período 1943-48, y compara con la actitud terapéutica en el período 1948-53 (63). MARTÍNEZ RUMBO emplea la asociación de hialuronidasas y la aplicación local de antibióticos en las otorreas, para resolver el problema de la penetración del antibiótico. Hace mención al español DURÁN REYNALS, que descubrió los factores de difusión, y a GUERRA con sus trabajos experimentales sobre la hialuronidasa (64). MOZOTA hace una revisión bibliográfica de la bacteriología en los pacientes intervenidos de otitis media crónica. Expone su experiencia personal en cirugía de radical ático-mastoidea y en el uso de antibióticos locales previo a la fenestración laberíntica, para evitar el riesgo de laberintitis y permitir la recuperación auditiva. Las fenestraciones mejoran desde que se inició el uso de antibióticos. Es de los primeros artículos sobre profilaxis antibiótica (65). CIGES es la primera vez que llama la atención, en el Acta, sobre *RESISTENCIAS MICROBIANAS* en las otorreas. El lo atribuye al uso alegre e injustificado de los antibióticos. Dice que la resistencia se produce por una mutación espontánea secundaria a la administración del antibiótico (66). BARTUAL tratará las meningitis otógenas muy evolucionadas me-

dante *inervación*. Según los autores y, basados en estudios de LABORIT, el tratamiento de las formas terminales de meningitis debe basarse en el bloqueo del sistema nervioso vegetativo (67). BAIXAULI, en Valencia, con el Dr. BARTUAL, usa los otocones (especie de conos con medicación incluida que se coloca en el CAE) para el tratamiento medicamentoso tópico de las otorreas (68). CASTRILLO obtiene buenos resultados en el campo de la otorrinolaringología con la asociación trimetoprim-sulfametoxazol, incluso en los casos de cronicidad (69). MONTES NORIEGA, por primera vez en la revista, usa las tetraciclinas (70).

En los trastornos de la función tubárica, ANTOLÍ-CANDELA utiliza la quimiotripsina local, en diversos procesos otológicos (450 casos), describe los éxitos en los procesos tubáricos y en otitis adhesivas. Se basa en estudios del otólogo GUTIÉRREZ ROBLES (71). VILAR SANCHO utiliza la betaterapia para el tratamiento de la hipertrofia adenoidea en otitis del lactante, ya que tienen el cavum muy pequeño y difícil de extirpar con cirugía (72). FERRANDO hace un tratamiento de la hipertrofia de rodete tubárico, en buceadores, con radiumterapia (73). SÁNCHEZ GARCÍA, con objeto de poder solucionar el problema de la otitis media aguda y sobre todo pediátrica, efectúa un estudio con un derivado de la pirazolina (TANDERIL). Llega a la conclusión de que el producto es valioso (74). MURUETA-GOYENA, en 1985, describe un aparato novedoso para tratar la disfunción tubárica, que envía presiones mayores que la simple pera de POLITZER (75).

Hay intentos de estudiar distintos tratamientos médicos en la patología coclear. AGUADO y OLAIZOLA realizan la descripción del tratamiento de los acúfenos mediante una combinación de actuaciones, en el sueño, relajación, gangliopléjicos, vasodilatadores etc. y contraindican la utilización de vitamina B, que a juicio del autor es excitante (76). BARAJAS dispone de un fármaco que puede aliviar los problemas que plantean los hipoacúsicos de percepción a ellos mismos y al especialista (77). OLARIETA utilizó la nicergolina en el tratamiento de 100 enfermos con patología cocleovestibular no quirúrgica (78). MOZOTA ORTIZ recoge los resultados con una terapéutica con gangliósidos en pacientes

con sorderas neurosensoriales. Reconoce que no sabe el mecanismo de acción (79). B. y E. SCOLA presentan un método para el tratamiento de los acúfenos ya estudiado en la escuela de Burdeos y París. Los pacientes tratados tenían un acúfeno como síntoma dominante. El tratamiento consistía en *electroestimulación transcutánea*. Los resultados han sido positivos en aproximadamente la tercera parte de los pacientes. Se describe las características de esta estimulación, así como los resultados, en función de los diferentes parámetros evaluados (80).

ALAMINOS propugna el tratamiento del colesteatoma con vitamina A, dice que reduce el tamaño y las recidivas. J. L. LACOSTA y J. C. INFANTE, en Logroño, observan que en algunos casos la administración de calcitonina mejora las alteraciones metabólicas de la otosclerosis. Ante el descubrimiento de nuevos medicamentos, BAUTISTA CALERO, en 1988, realiza un seguimiento en 169 oídos afectados de otitis serosa, a cuyo tratamiento habitual se ha añadido un derivado de la bromexina: amebroxol (84). POVEDANO RODRÍGUEZ utiliza por primera vez, en 1995, el tratamiento tópico con ciprofloxacino, para otorreas crónicas (85).

En la aportación que hace el Acta al Tratamiento Quirúrgico en Otología, se habla de tratamientos preoperatorios, como SACRISTAN, que emplea el reptilase (hemocoagulasa) como preventivo de las hemorragias en la cirugía. Quizá es la primera publicación al respecto en el Acta (86). LÓPEZ DE URALDE da mucha importancia al tratamiento postoperatorio, dice que toda apertura del espacio laberíntico se traduce en una laberintitis, incluso con un acto quirúrgico perfecto. El tratamiento que realiza es un antibiótico, antes de la cirugía, y lo prolonga durante diez días; un corticoide durante unos días, para vencer el edema reaccional y vasodilatadores en casos especiales (87). En toda otosclerosis maligna siempre trata postoperatoriamente con vasodilatadores y vitaminas (88).

En lo que se refiere a la cirugía de la sordera, en los años cuarenta comienza el intento de cirugía funcional. La primera técnica difundida es la de la fenestración, con SOURDILLE (1929) y LEMPERT (1938). Es a partir de 1946 cuando es utilizada por SHAMBAUGH. MOZOTA dirá que para conservar o aumentar la audición



M. Sourdille (1885-1961).

había varios métodos: fenestración tras el vaciamiento (que lo seguía ANTOLÍ-CANDELA y MOZOTA) y la técnica de POPPER (tenotomía estapediana) que consistía en cortar el tendón



J. Lempert (1890-1968).

del músculo del estribo para que se mueva éste (89). MOZOTA publica, en 1953, la clasificación de SHAMBAUGH de los audiogramas de pacientes con otosclerosis, su indicación quirúrgica según las características audiométricas y la reserva coclear (90). ANTOLÍ-CANDELA, en 1948, fue con SHAMBAUGH a Chicago para aprender la fenestración en voga (91). Comenta todas las modificaciones que fue haciendo: modificaron la morfología de la ventana (la hacían de modo escalonado), sustituyeron el colgajo timpanomeatal por injertos libres, eliminan la trepanación aticomastoidea y hacen una reducida aticotomía sin abrir el antro, obteniendo el mínimo campo quirúrgico, conservan el marco timpanal y con el fin de lograr un control fisiológico del estribo y la ventana redonda, practican una escotadura en dirección postero-inferior, extirpan la capa epidérmica del 1/3 superior del tímpano y pequeño resto del colgajo timpanomeatal, con lo que el injerto libre se nutre con mayor rapidez para evitar cubrirla totalmente con los injertos que usaban en épocas



F. Antolí-Candela Cebrián

anteriores. ANTOLÍ-CANDELA, en Valencia, habla de fenestración, dirá que en ésta técnica existen variaciones, como la de los americanos HOLMGREN y SOURDILLE que respetan el yunque, LEMPert quita la cabeza del martillo y yunque, extirpa el endostio y cubre el semicircular membranoso con el colgajo timpanomeatal. ANTOLÍ-CANDELA hace la técnica de LEMPert, con las modificaciones de SHAMBAUGH y una modificación personal en la trepanación laberíntica. Con resultados de 50% curaciones clínicas (ganancia > 45db), 46% ganancia entre 15-35 db, 15% fracasos. Algunos en la época eran detractores de la fenestración, pero ANTOLÍ-CANDELA y GARCÍA IBÁÑEZ estaban totalmente a favor. ANTOLÍ-CANDELA (Francisco y Fernando): dicen que fresar con fresas de oro o plomo no es esencial para mantener abierta la fístula, opinión que comparten con GARCÍA IBÁÑEZ y LEMPert, lo importante es colocar bien el colgajo. Describe modificaciones propias de la técnica quirúrgica: modificación a la ventana tipo SHAMBAUGH, llamada *ventana escalonada*, para permitir introducirse un poco el colgajo dentro de la fenestración y que no se cerrara. La primera intervención escalonada propia fue en 1951 (92). JIMÉNEZ QUESADA en el Acta dice que Antolí-Candela, García Ibáñez y Alonso Ferrer fueron los primeros que practicaron la cirugía de la sordera en España. En 1956, ANTOLÍ-CANDELA publica que practican la fenestración por sordera otosclerosa desde 1948. Hace una exposición de la técnica quirúrgica en vaciamientos radicales con 600 intervenciones desde 1947 a 1954, describe la timpanoestapediopexia y colocación de prótesis (94).

Se va introduciendo la técnica de movilización de ROSEN (1952) en España y SCOLA presenta 25 casos de movilización según técnica de ROSEN, en 1956 (95). ESTEBAN SCOLA, en 1957, repasa la aceptación universal de la movilización del estribo como primera técnica quirúrgica y si fracasa, hacer fenestración (96). Comienza la discusión entre la fenestración y la movilización. Hay una discusión sobre quién realizó primero la movilización del estribo en España. En 1962, ESTEBAN SCOLA publica que, según él, fue el primero que presentó comunicaciones sobre la movilización de ROSEN



S. Rosen (1897).

en España con resultados positivos en 1955 (97). MOZOTA presenta 18 casos operados: 15 con recuperación de 30 dB frente a la audición preoperatoria, uno con 15dB y otros dos sin recuperación. Describe su técnica e insiste en la indicación: si la pérdida es mayor de 50 db recomienda directamente fenestración, pues probablemente el foco es muy grande y no se pueda movilizar sin romper el estribo (98). MOZOTA defiende que no son incompatibles la fenestración y la movilización, a pesar de la disputa de la época. A veces hace fenestración si fracasa la movilización. ANTOLÍ-CANDELA y SANJUAN JUARISTI diseñan un prototipo para control audiométrico durante el acto quirúrgico (estapedioclástia-fenestración) que consiste en un espéculo auditivo de plástico a conectar con un aparato creado por SANJUAN para valorar la efectividad de la movilización y si es necesario movilizar más (100).

Se describen instrumentos diseñados por GARCÍA IBÁÑEZ y su cabezal, retractor y aspirador. ANTOLÍ-CANDELA hace una modifica-

ción del cabezal de SHAMBAUGH (101). BARTUAL, en 1954, estuvo tres meses con SHAMBAUGH para aprender fenestraciones (102). BARAJAS, GARCÍA-ANSORENA y F. RODRÍGUEZ ADRADOS realizan una variante de la fenestración, que llaman fenestración conservadora, aticotomía simple por vía endaural, respetando el antro, y a continuación la fenestración, conservando el puente óseo y la cadena osicular en su totalidad (lo modifican de AUBRY y WULLSTEIN (103). CASIMIRO DEL CAÑIZO encuentra diferencias entre la recuperación, tras fenestración, en la audiometría tonal y la verbal. Paradójicamente, oían en conversación más de lo que aparecía en la audiometría. Lo atribuye a la nueva mecánica hidrococlear que se genera (104). ANTOLÍ-CANDELA, en el 59, no hacía platenectomía, siempre respetaba la platina y mezclaba movilizaciones con fenestraciones (con su variante). Expone qué hacer ante situaciones anormales, como ausencia de yunque, o que al movilizar rompen el estribo, etc. Usan polietileno desde yunque hasta platina, si están rotas las cruras. Dice textual: *mientras se conserve la platina nuestra acción será siempre revisable si no se consiguiera un buen resultado, y este hecho supervaloriza a todas las técnicas que la respetan. Pero las que logren una permeabilidad vestibular son de difícil o imposible reparación y tendrán que someterse a un juicio comparativo con la fenestración* (105).

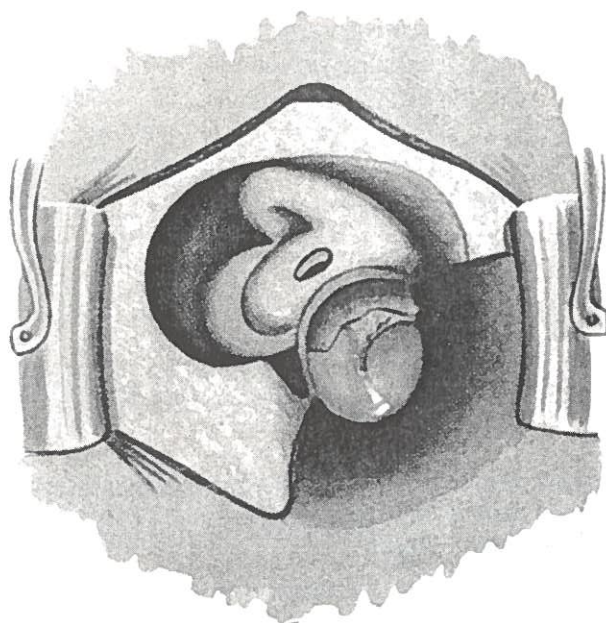
SHEA introdujo, en 1956, la *estapedectomía*, con injerto de vena y tubo de polietileno. Otros autores, como GOODHILL, emplean el pericondrio tragal. ANTOLÍ-CANDELA, en el 60, comienza a admitir las *estapedectomía* de SHEA, pero con limitaciones (106). Hace cuatro grupos: Grupo 1: foco único- estapedioclasis con fractura controlada (técnica de ANTOLÍ-CANDELA), Grupo 2: más invadida-crurotomía y transposición, Grupo 3: más invadida, crurotomía y transposición (poner tubo de polietileno o injertos óseos) sobre platina, Grupo 4: inasequibles, fenestración o injerto de vena con polietileno o injerto óseo (*estapedectomía* de SHEA o de PORTMANN). Todavía no abandona la fenestración. SCOLA presenta una nueva técnica en la cirugía del estribo. La llama *Platinectomía submucosa con transmisión osicular conservada*: primero hacen un colgajo de base pos-



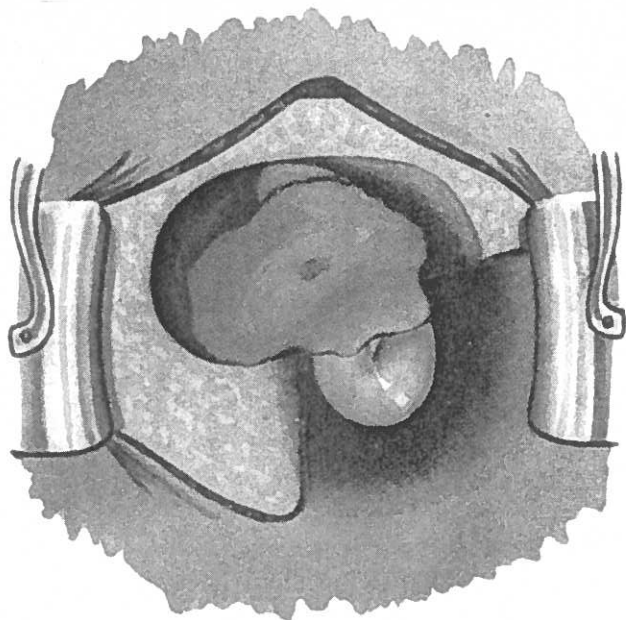
J. J. Shea (1924).

terior con la mucosa que se encuentra encima de la platina, para a continuación hacer una platinotomía y movilización del estribo. La fenestra permite el paso de la onda sonora, y la mucosa crea una membrana móvil. Según el autor tiene muy buenos resultados, y así se evita el trauma de las platinectomías y la alteración de la integridad de la cadena que ocurre con interposición de vena y prótesis (SHEA) o de fragmentos óseos (PORTMANN) (107). Al año siguiente presenta un nuevo trabajo siguiendo la técnica de SCHUKNECHT, con pequeña variación (sustituye el acero o tantaló por el polietileno, que ya lo conoce de otras cirugías), buscan nuevas técnicas porque las anteriores no están exentas de fracasos. Los resultados con esta técnica a corto plazo son mejores que con vena, utilizan un tubo de polietileno y grasa del lóbulo de la oreja en la cirugía del estribo. También usa la técnica de GOOGHILL (interponer cartílago tragal) (108). SCOLA, en el 63, introduce una variante a la técnica de Goodhill, deja una pequeña porción de cartílago con

el pericondrio tragal y luxa el yunque colocándolo sobre él, evita poner un cuerpo extraño (el polietileno) en el oído (109). SCOLA hace investigación sobre el empleo del reptilase en cirugía del estribo y es útil por facilitar la visión, evita la entrada de sangre en vestíbulo y previene la reanquilosis (110). IRANZO LLORET hace una técnica similar a la platinectomía submucosa de Scola, usando un colgajo de mucoperiostio de base posterior, pero luego usa polietileno (111). SACRISTÁN presenta una nueva técnica quirúrgica de la sordera, y consiste en fenestrar entre ventana oval y redonda, correspondiendo a la ampolla del canal semicircular posterior. Obtiene una ganancia espectacular. Tienen variaciones, como levantar el yunque y fracturar la crura para colocar el colgajo timpanomeatal directamente sobre el orificio (112). CASIMIRO DEL CAÑIZO, en 1965, usa la interposición de PORTMANN (113). Es decir, interposición del estribo y cuando no es posible, tubo de polietileno. Describe, en otro artículo, un método propio para solucionar la necrosis de la rama larga del yunque, en pacientes previamente intervenidos de estapedectomía. Consiste en interponer un tubo de polietileno, uno de cuyos extremos se talla en orejuela y se dobla en vertical con relación al cuerpo del tubo, siendo lo suficientemente larga para que el resto del yunque



Fenestración de Antolí-Candela.



Injerto sobre fenestración.

descanse sobre ella. Refieren haber intervenido con este método a cuatro enfermos y en todos ellos se han obtenido excelentes resultados (114). ANTOLÍ-CANDELA hizo modificaciones a la interposición de PORTMAN (115).

MOZOTA considera que, en la cirugía del estribo, es de interés para los resultados saber si se ha conservado aquel o si se ha empleado una prótesis, y qué clase de prótesis se usó, a los efectos de recuperación, acomodación y protección del oído interno, pues el *factor masa* se halla modificado y, por tanto, la impedancia del oído medio, sobre todo para las frecuencias de sonido altas. Es aconsejable, cuando no se pueda conservar el estribo y su músculo funcional, usar prótesis del menor peso posible, compensando la acción desplazadora de cono en vez de cilindro del estribo normal (116).

SALVA realiza una crítica a la técnica del pistón, descrita por SHEA, con el fin de resolver el escollo que presenta la extracción de platinas obliterantes. Refiere que dicha técnica no es mejor que las practicadas habitualmente (fresado amplio de la ventana oval y colocación del injerto), y que su realización es mucho más laboriosa y traumatizante, por el manoseo de la región, siendo totalmente impracticable en los casos en los que la platina del estribo se ha movilizado, o bien es inmadura, y si la ventana

oval es muy pequeña. Utilizan como injerto pericondrio tragal (GOODHILL), previa platinectomía total y para la reconstrucción de la cadena osicular prefieren el polietileno a las demás prótesis descritas aunque a veces les resulta imprescindible la de SCHUCNECK (tantalio o acero (117). PRADES tiene un método propio, emplea las prótesis metálicas de forma sistemática, pero desde octubre del 1963, adaptándose a la tendencia actual, introducen una modificación en lo que hace referencia al injerto, abandonando la vena y empleando pericondrio tragal al cual le dan la forma y dimensiones similares a la platina que extraen y después la unen a la prótesis, de forma que prótesis e injerto constituyen una sola unidad antes de ser colocado en el oído. El trabajo se refiere a las estapedectomías practicadas entre octubre de 1963 y noviembre de 1964, practicando: 750 con prótesis metálica y platina de pericondrio, 50 con prótesis metálica y platina de esponja de gelatina, 150 platinotomías mínimas con pistón (118). PORTELA trata de analizar los resultados funcionales obtenidos en las técnicas de estapedectomías totales, utilizando como elemento de interposición la gelatina reabsorbible en forma laminar y prensada, que les ha proporcionado unos resultados excelentes, similares y superiores a veces a cuando se han inclinado por el uso de pericondrio tragal, con las ventajas de acortar con ello la intervención, al poder prescindir de la pequeña intervención previa para la obtención de este último (119). GARCÍA IBÁÑEZ y ESTEBAN SCOLA dicen «somos los primeros que hemos empleado pericondrio en el campo de la cirugía estapedial en Europa; más tarde Prades y Salva, etc., utilizaron este material con buenos resultados» (120).

BABE publica que las pacientes intervenidas de otoesclerosis en días previos a la menstruación, la audición desciende, porque hay retención de sodio, por lo que se debe operar después de la menstruación (121). BABE, desde el 1958 a 1961, realiza una estapedectomía, abriendo la ventana oval y colocando sobre ella un injerto de piel, sin interponer prótesis obtiene resultados de 26 pacientes con un 80% de éxito. En ningún momento comenta nada de la estapedectomía de SHEA (que ya existía en esa época) (122).



L. García-Ibáñez.

PORTMANN tiene en consideración las platinectomías realizadas en España por ANTOLÍCANDELA. Nos recuerda su técnica de interposición descrita en 1957. Hace un recuerdo de la anatomía de esta articulación, para poder operar con seguridad en la cirugía del estribo (123). FERNÁNDEZ VILA va a utilizar pericondrio con grasa para el cierre de la ventana oval pero no tiene una amplia experiencia. Considera al pericondrio solo como escaso, no cerrando completamente, por lo que lo va a utilizar asociado a grasa, con buenos resultados (12). MOZOTA escribe que existe una perfecta tolerancia de los tubos de polietileno en oído medio, pueden emplearse en otoesclerosis y en cirugía funcional de las otorreas, siendo un buen medio transmisor (125).

GARCÍA-IBÁÑEZ, en 1963, llevaba 1.639 cirugías de la otoesclerosis en 16 años, de ellas 362 estapedectomías, inicialmente usaba vena y en las 177 últimas utiliza pericondrio tragal según GOODHILL. Como prótesis usaba polietileno como SHEA y no el modelo especial de GOODHILL. El injerto pericondral les da un

éxito del 90% con anulación del GAP en el 95,5% (126). SALVA, en 1964, hace una buena revisión en 635 estapedectomías de las situaciones en las que hay dificultad al extraer la platina (móvil, otoesclerosis obliterante, etc.) (127). CASIMIRO DEL CAÑIZO usaba, en 1964, interposición de vena en las estapedectomías (presenta 168 casos) (128). ABELLÓ revisa 100 estapedectomías según técnica de SHEA con injerto de vena y tubo de polietileno y concluye que no va a tener influencia el fresado, injurias en el laberinto, el injerto ni la vena, aún así debemos seguir siendo cuidadosos en la técnica quirúrgica. CAÑIZO llevaba 48 enfermos operados de estapedectomía en 1962, y aconseja como material ideal la vena, en los resultados audiológicos. Es mejor que el pericondrio (129).

SHUKNECHT, en 1958, utiliza como comunicación con el yunque el hilo de tantalio. PRADES habla del tantalio en el Acta, dice que es útil en la unión con el yunque, y se realiza al cuerpo y no a la apófisis lenticular. Tiene múltiples ventajas (130). SALVA diseña la técnica del *protector*: perforación del vestíbulo en la región por donde debe de estar la ventana oval, como SHEA, pero coloca una camisa de acero (el protector) para evitar que se estenose, especialmente diseñados por ellos y de varios diámetros, y en su interior colocan el hilo de tantalio (131). PRADES publica que en la estapedectomía, el injerto, en su sentido estricto, lo hemos sustituido por un elemento oclusivo o neoplatina. Los elementos empleados como neoplatinas, cronológicamente, han sido: pericondrio tragal, esponja de gelatina, película de teflón y película de gelatina, ha abandonado el pericondrio con el fin de ahorrar la intervención accesoria de su toma y confección. Entre los distintos materiales, son preferibles los permanentes a los reabsorbibles. Aún no disponemos de un material inerte reabsorbible que se adapte perfectamente a esta cirugía. La película de teflón, entre los inertes, es el material más idóneo y universal como elemento oclusivo. Hasta la fecha no tienen noticias de comunicaciones o publicaciones que se hayan empleado estos materiales. En distintos artículos han hecho referencia a que habían indicado el empleo de nuevos materiales: la película de teflón (diciembre 1964) y de la película de gelatina (enero 1966) (132).

ESTEBAN SCOLA Y FERNÁNDEZ VEGA han probado la prótesis de platino de EHMKE tanto en la cirugía de la otosclerosis como en la cirugía de las secuelas postotíticas, y convencidos de la nobleza del material, estudian el problema de la dificultad técnica y terminan por aplicar diseños propios; éstos han sido usados largamente, siendo su colocación sumamente sencilla y los resultados altamente satisfactorios. El Dr. SCOLA a partir de la prótesis de platino de EHMKE (Brasil) ha ideado dos nuevos diseños de prótesis de platino para la cirugía de la sordera, una de ellas conecta la rama descendente del yunque con la cabeza del estribo, en desconexiones por secuelas postotíticas. Otra, en forma de gancho acintada, que conecta el yunque con el pericondrio que cubre la ventana oval tras estapedectomía (133). BARCELÓ dice que con la finalidad de evitar ciertos inconvenientes de las prótesis de estapedectomía, idean la creación de una nueva prótesis, de fácil manejo y sencilla realización, con la cual estamos trabajando actualmente, y parece ser que nos da buenos resultados. La prótesis es metálica, de acero inoxidable de 0,1 milímetros de sección, al estilo de la prótesis de HOUSE, con un gancho en la parte superior que se apoyará sobre el yunque, y en vez de llevar una patilla en su parte inferior lleva dos pequeñas anillas que a modo de pinza sujetarán el injerto, y luego al colocarlo sobre ventana oval, se abre el injerto para recubrirla (134).

ESTEBAN SCOLA sigue ideando diferentes prótesis, no utiliza materiales ajenos al individuo por riesgo de reacción en el laberinto. Utiliza el pericondrio tragal por su sencilla obtención, se adapta de forma excelente al nicho de la ventana oval y su preparación la transforma en una membrana de espesor mínimo que no influye en su impedancia (135).

En lo que se refiere a la Cirugía de las Otorreas, sabemos que el nombre de mastoidectomía radical se debe a BERGMANN en 1889. BONDY, en 1910, describe la radical modificada, pero no tendrá aceptación hasta casi 20 años después. En los años cuarenta persiste su desarrollo, se continúa imponiendo el abordaje endoaural que desde 1941 se realiza en Sevilla con AZOY. En 1953, AZOY presenta su experiencia de once años en técnicas de apertura de CAE como vía de abordaje al oído medio y mastoides (descrita en

el s. XVIII por KESSEL y HOFMAN). Hace mención al trabajo de LEMPert (1942) sobre vía de abordaje enadural. Describe la técnica operatoria en los 791 casos intervenidos con imágenes de incisiones y técnica (137). GARCÍA IBÁÑEZ usaba, en los años cuarenta el vaciamiento antro- atical, por vía endaural, para otitis media crónica, según técnica de RAMADIER y variaciones personales aplicando técnicas de LEMPert y SHAMBAUGH, incluye una modificación a su técnica endaural y evita que se estenose la cavidad. Recuerda que tiene un separador trivalvo diseñado por él. ANTOLÍ-CANDELA, en 1946, comienzan a usar vaciamiento petro-mastoideo por vía endaural. Comentan las variaciones que han ido haciendo a su propia técnica. En los años 40, tres autores impulsan la cirugía funcional de las otorreas (138). ITURRIAGAGOITIA con las estapedectomías con radical ampliada, GARCÍA IBÁÑEZ con operaciones semiconservadoras y ANTOLÍ-CANDELA con la aplicación de injertos libres para epitelizar cavidades.

El término de *timpanoplastia* es utilizado primero por WULLSTEIN en 1953 y va a reemplazar a la clásica mastoidectomía radical. Con WULLSTEIN y ZÖLLNER hay un cambio radi-



H. Wullstein (1906).



F. Zöllner (1901).

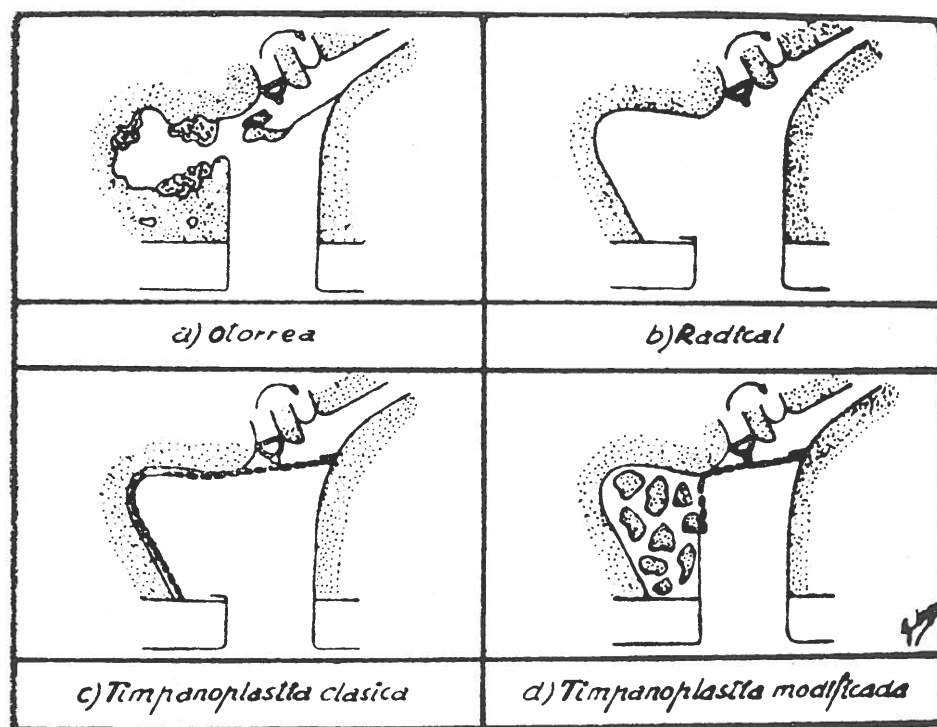
cal en las timpanoplastias, todos los otorrinolaringólogos se lanzan por esa vía para la cirugía de las otorreas, más funcional y menos radical. Pero se encontraron dos problemas: que comenzaban a supurar: cavidades muy amplias y el segundo, la utilización de injertos de piel de diferentes orígenes (retroauricular, brazo, pierna, etc.) constituía mal tejido y daba problemas. Por lo que empezó a buscarse otro tipo de injertos. Se intenta con periostio tibial, y rellenos con grasa, hueso, músculo, etc. La tendencia a mediados de los 60 era usar fascia temporal para el tiempo funcional y rellenar las cavidades con injerto pediculado de músculo temporal (139). La eliminación de la cavidad ático-mastoidea después de las intervenciones radicales ha sido el sueño de muchos otólogos, que ven en esta maniobra la solución al problema de las complicaciones postoperatorias en la cirugía radical; así tenemos que señalar la serie de sustancias de relleno que se han empleado para la eliminación de dichas cavidades, tales como hueso, grasa, etc. CAÑIZO en las timpanoplastias quita mucha mucosa y utiliza injerto de vena en zonas de hueso descubierto (WULLSTEIN usaba amnios fresco, pero para ellos era

difícil de conseguir), evita las adherencias del colgajo (140). VILAR-SANCHO usa un nuevo procedimiento de relleno de la cavidad de timpanoplastia, emplea una solución de fibrinógeno con mertiolato, a la que luego le añade fibrina, y se adapta perfectamente a la cavidad (141).

En 1958, JANSEN publica la timpanomastoidectomía con conservación del CAE. ANTOLÍ-CANDELA, en 1954, describió la técnica de la «escotadura» para visualizar el receso timpánico posterior, en la técnica de timpanoplastia cerrada. RODRÍGUEZ ADRADOS, en 1960, prueba la timpanoplastia, esta técnica la realiza hace solo un año por lo que tiene poca experiencia, la novedad es que conserva el CAE y reseca sistemáticamente la cadena. El relleno es con esquirlas osea de la cresta ilíaca. Pone injerto óseo aticomastoideo (142). RODRÍGUEZ ADRADOS estuvo con WULLSTEIN en 1956 y con ZÖLLNER en 1957. Pone inconvenientes a las timpanoplastias y pretende mejorar el postoperatorio largo y pesado, por los problemas de los injertos cutáneos: secreciones serosas, dermatitis y a veces eran foco de recidiva del colesteatoma. Propone dos cosas: perfeccionar al máximo la técnica de los injertos (como UN-



F. Rodríguez Adrados (1967-1976).



Timpanoplastia por
Dr. Rodríguez Adrados.

TERBERGER, que colocaba el injerto cutáneo no directamente sobre el hueso, sino que interpone un soporte de fascia), o reducir su empleo (ellos prefieren este camino). Otro factor es que creen que se obtienen mejores resultados si mantiene el CAE. Tratarán de hacer aislamiento completo de la cavidad mastoidea de la cavidad timpánica y rellenarla con pasta de sulfatiazol-penicilina o con gelfoam. (143). En 1961, RODRÍGUEZ ADRADOS, en Salamanca, con SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, emplean la técnica de timpanoplastia conservando el CAE, extirpar la cadena y rellenar con injerto óseo. Además van a modificar el injerto de piel por el de fascia lata, presentando dos casos en el cierre del tímpano. Solo tienen conocimiento de que lo utilice UNTERBERGER pero con piel más fascia (144). En el 64, los mismos autores sustituyen el injerto óseo de cresta ilíaca, pues era molesto para los pacientes, por colgajos musculares. Usan fascia temporal para las perforaciones. Y hacen todo en un tiempo (otros autores lo hacían en dos tiempos) (145). CASIMIRO DEL CAÑIZO presenta una estadística de 1956-60 con 300 casos operados de timpanoplastias, los resultados funcionales son muy buenos, únicamente tiene resultados socialmente malos en el

21,7% de los casos. Dirá que es importante la revisión operatoria del campo antes de cerrar, con aumentos de 25 y 40 para evitar reintervenciones. No ha necesitado ninguna reintervención (146). ANTOLÍ-CANDELA cree que son los primeros en usar un injerto de CAE para cerrar la trompa. LEMPET, en 1949, había echo algo similar, pero no igual. Dicen que consiguen mejores epitelizaciones que sin colgajo (147). PARADERO DEL BOSQUE hace descripción de una técnica personal para recubrir las cavidades radicales con injerto de temporal (148).

FERNÁNDEZ VILA Y OREJUDO, en 1959, crean una técnica para dar audición a los antiguos pacientes operados de cirugía radical. Lo llaman *dermo-periostio-laberintopexia*: levantan un colgajo dermo-perióstico de la cavidad y debajo de él introducen un injerto dérmico con la reconstrucción ósea que sea precisa (149). OLAIZOLA y ANTOLÍ-CANDELA exponen la técnica de las *cornisas* óseas en audiocirugía. La emplean en timpanoplastias, para evitar la retracción del neotímpano y tener mejores resultados funcionales. Fresa en pared anterior, inferior y posterior una pequeña cornisa, para apoyar sobre ella el injerto (150).

ANTOLÍ-CANDELA habla de la *inversión funcional* de las ventanas laberínticas. En un curso celebrado en Madrid, en 1959, mientras estaba operando una timpanoplastia, vieron el nervio facial dehiscente y que ocultaba la ventana oval, lo que hizo fue poner el injerto sobre promontorio y dejar libre la ventana redonda para transmitir el sonido, a los nueve meses, la revisión obtenía un buen resultado. Creyó que lo había inventado durante el curso, al poco tiempo leyó un artículo publicado de GARCÍA IBÁÑEZ sobre la sonoinversión, que era lo mismo. Por lo que ANTOLÍ-CANDELA dice que el descubrimiento fue simultáneo (152). CAÑIZO opera 26 timpanoplastias, hasta 1961, con la técnica de la sonoinversión de GARCÍA IBÁÑEZ (1959). Tiene resultados en la audición más rápidos que con otras timpanoplastias (153).

REDONDO PIZARRO crea un nuevo método audioquirúrgico, en 1950, lo denomina *dermofenestropexia*: consiste en colocar un injerto libre que tape una de las dos ventanas dejando libre la otra, y suprime la caja timpánica. El autor le da el nombre de timpanoplastias VI y VII. El aconseja hacer la dermofenestropexia en lugar de hacer la fenestración en los casos IV y V de WULSTEIN. En cambio, respeta las timpanoplastias clásicas en los I, II, III. Así dice que al evitar la fenestración, no se abre el laberinto, con las consiguientes complicaciones (laberintitis, vértigo postoperatorio, etc.) ni que se vuelva a cerrar la fenestración. La fenestración se hace en un segundo tiempo, mientras que la suya se hace a la vez. Obtiene tan buenos o mejores resultados que con fenestración, curas más sencillas y más fácil revisar la cavidad. El injerto procede de la cara anterior del muslo, deja la trompa al aire porque no quiere una cavidad (154).

El desarrollo de las técnicas de timpanoplastia, conduce a grandes cambios, En la reconstrucción osicular, se emplean distintos tipos de prótesis de plástico en el oído medio. ANTOLÍ-CANDELA, ante timpanoesclerosis, dirá que los resultados con cirugía son excelentes. Extirpar la timpanoesclerosis, extraer el yunque y coloca una especie de porp (polietileno) sobre el estribo (155). OLARIETA recomienda cirugía en la timpanoesclerosis, pues los resultados de la cirugía son satisfactorios. Encuentran células eosinófilas, en la histología, lo que les hace sospe-

char en un origen alérgico (156). GUILLÉN KUSTER Y ANTOLÍ-CANDELA, en 1965, proponen la timpanoplastia en dos tiempos: un tiempo curativo y un tiempo funcional. Intentan hacer una síntesis de los problemas que puede plantear la cadena osicular, y proponen distintas soluciones para su reparación en función del defecto osicular existente. Prefieren realizar la osculoplastia con los restos de la cadena osicular (157).

ESTEBAN SCOLA, en las timpanoplastias, rellena la cavidad atico-mastoidea, con músculo temporal o hueso esponjoso de ternera y con el uso de fascia y piel del conducto en el neotímpano. Con este procedimiento se puede hacer una cirugía tanto curativa como funcional del proceso (159). Al año siguiente otro artículo con el mismo tema. Presenta las técnicas empleadas en «musculoplastia y osteoplastia funcional auricular». En estas técnicas existen, en su opinión, dos factores fundamentales para el éxito de la cirugía funcional, que son: relleno de la cavidad ático-mastoidea con músculo temporal pediculado o con hueso y utilización de la menor cantidad posible de piel del conducto para efectuar el tiempo funcional en el oído medio (160). SALVA utiliza una pasta acrílica para la reconstrucción de la pared externa del ático, evitará la necrosis del injerto y las adherencias de éste con la cadena osicular (161).

OLAIZOLA presenta una nueva técnica: *el macroantro a demanda*. En esa época, 1962, se tendía a rellenar las cavidades para intentar la restauración funcional. El intenta crear dos cavidades en lugar de una, no las rellena y mantiene el CAE. El macroantro creado es semejante a una mastoides exageradamente grande y permite conservar su fisiología. Igualmente el conservar el CAE favorece la epitelización y la restauración. La posibilidad de injertos reducidos y la abolición de grandes cavidades otorga postoperatorios más cortos. Comenta también que hace una incisión endoaural modificada o de OLAIZOLA (162). En 1971, presenta otro artículo para los casos en que no puede conservar la pared posterior del CAE, lo reconstruye con cartilago septal homólogo (163).

CAPELLA hace una revisión de las técnicas de timpanoplastia. Sobre todo la timpanoplastia tipo III de WULLSTEIN, que es la técnica em-

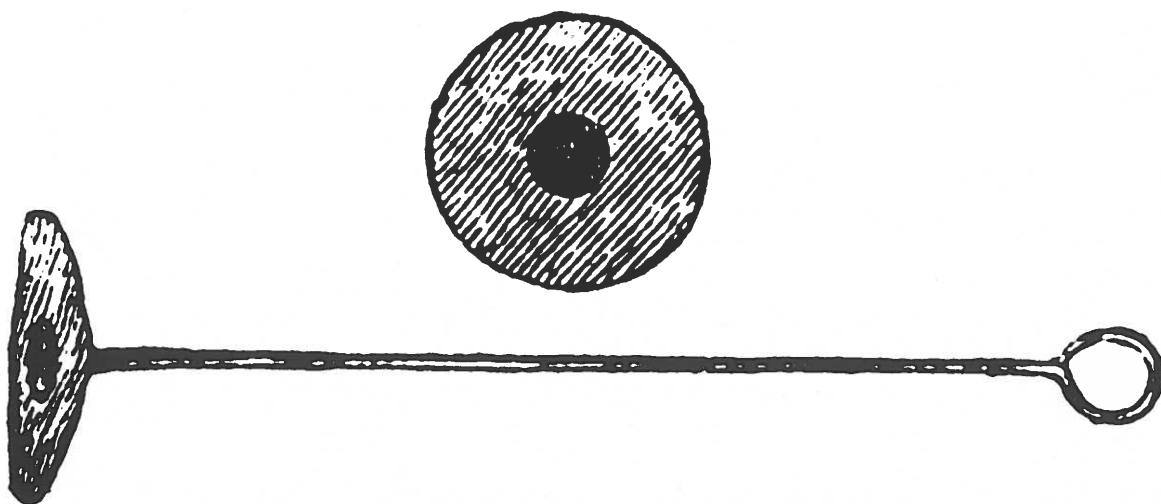
pleada para el tratamiento de la otitis media supurada. En el 36% de los casos sigue supurando, y los resultados audiométricos son buenos. Usa como injerto la piel de la zona mastoidea (como WULLSTEIN), a veces durante la operación introducen aire mediante sonda de ITARD para comprobar la permeabilidad, incluso dejan un tubo de polietileno a través de la trompa que les sale por la nariz (como ZÖLLNER). En ocasiones, para evitar adherencias con la pared medial de la caja dejan mucosa de labio o hilos de seda (164).

ESTEBAN SCOLA presenta una técnica de relleno de cavidades ático-antromastoidea que denomina *Musculoplastia funcional auricular*: se basa en trabajos de FISCH, RAMBO y GILFORD. Tras despegar el pabellón, prepara un colgajo de músculo temporal pediculado (165).

ANTOLÍ-CANDELA hace una revisión de su trayectoria en las timpanoplastias desde 1947 hasta 1967. Con su equipo hicieron más de 5.500 intervenciones. En 1967 el equipo lo formaban OLAIZOLA, OLARIETA, FERNANDO ANTOLÍ-CANDELA, JUDERÍAS, DE LA HOZ, ÁLVAREZ, GUILLEM BAIXAULI y GUILLEM KUSTER. Describe tres etapas: en el período 1947-53 siguen las técnicas de SHAMBAUGH y aplican la fenestración con mejores o peores resultados en las timpanoplastias, entre 1953-58 siguen a WULLSTEIN y ZÖLLNER y entre 1958-67 observan que los injertos cutáneos daban

muchos problemas de otorrea postoperatoria, perforaciones, recidivas de colesteatoma, no obtienen buenas ganancias auditivas, etc. Las modificaciones que hicieron tendían a reducir las cavidades operatorias, procurar mantener la pared posterior del CAE, y la cavidad que se forma respetarla como una gran celda antral, no utilizar rellenos. La vía de acceso podía ser endoaural o retroauricular, practican la escotadura preconizada por ANTOLÍ-CANDELA desde 1954, es una escotadura en la región inter-ático-timpánica (zona del receso facial), que conserva la cadena y aumentar el campo visual. Conservan lo más posible los huesecillos e intentan reconstruirlos con elementos plásticos, óseos o metálicos. Abandonan la timpanoplastia tipo IV de WULLSTEIN y siempre tratan de reconstruir. Tienen un banco de huesos. Los injertos que utilizan son sobre todo fascia de músculo temporal (34% de los operados debían ser reintervenidos por problemas del injerto cutáneo).

En lo que se refiere a las miringoplastias, TOYNBEE, en 1853, describió la «membrana timpánica artificial. Desde entonces son muchos los sistemas que se han ido describiendo para cerrar la perforación timpánica. Desde la utilización de piel por WULLSTEIN y ZÖLLNER, se intentan buscar nuevos injertos, el trasplante de piel de otras partes del cuerpo, se sustituye por piel meatal, SHEA utiliza vena, y por fin HEERMANN emplea la fascia del temporal.



Membrana artificial timpánica de Toynbee.

CLAROS Y DOMENECH obtienen malos resultados con los injertos cutáneos. En 1956 comienzan a usar periostio tibial, y a veces usaban injerto dermo-perióstico también de la tibia: piel para el neotímpano, y periostio para tapizar las cavidades óseas trepanadas. Concluyen que los injertos cutáneos en general, han dado un impulso a la audiocirugía, pero no son los más adecuados, siendo mejor el periostio (167). La escuela catalana (DOMÉNECH, PULIDO, PINART) en los años 50-60, utilizan mucho injertos periósticos y dermoperiósticos para cubrir la superficie cruenta de las radicales y para la cirugía funcional, en sustitución de los exclusivamente dérmicos o epidérmicos. Los obtienen de la superficie tibial. CASIMIRO DEL CAÑIZO usa injertos de periostio en timpanoplastias. Al principio usaba de la tibia (periostio de la cara anterointerna), pero por cuestión estética en mujeres, etc, lo tomaban de mastoides y con iguales resultados. Su experiencia de 100 casos. Logra un nuevo tímpano muy semejante al normal, delgado y que facilita la transmisión de sonido (168). GUTIÉRREZ ZAVALA Y R. GÓMEZ-ULLATE después de leer los trabajos de C. B. CORNISH publicados en *The Lancet*, en mayo de 1965 y julio de 1966, sobre la utilización de injertos homólogos y heterólogos liofilizados en cirugía audiológica y, bajo la iniciativa del Dr. CASTRO FARÍÑAS, que les proporciona el material preparado para cirugía cardíaca, deciden sustituir los clásicos injertos de piel, vena, fascia temporal y otros, por válvulas aórticas heterólogas esterilizadas y conservadas. Presentan un estudio sobre 21 enfermos (169). BARCELÓ publica una curiosa técnica de miringoplastia en 1969. Realiza un reavivamiento de los bordes de la perforación, y con un punto en «U» cierra la perforación en forma de rail (170). En 1972, escribe que aunque la propuso no la utilizaba por laboriosa, en cambio expone otro cierre suturando con grapas (grapa de acero laminado, con los extremos doblados en ángulo recto y terminados en bisel). Se retira la grapa en el ambulatorio (171). En 1973, presenta otra técnica propia de miringoplastia sin injerto, utilizando como elemento de plastia el propio tímpano: mediante el deslizamiento del colgajo dermoperióstico, la perforación se convierte en una «herida quirúrgica lineal», aproximando

los bordes mediante una sutura metálica («grapa») (172). ALGAB y SPREKELSEN en Valencia, con R. BARTUAL, presentan la colocación de un pegamento acrílico sobre el injerto, de forma que quede mantenido sin necesidad de colocar ningún otro material en el CAE. Resacan el pericondrio tragal y lo colocan entre la capa epitelial y la capa fibrosa, ponen una o dos gotas de pegamento acrílico (Histoacryl) que cubre todo el injerto y el tímpano. Esta capa se cae sola al mes y medio (173). SLAVUTSKY, en Barcelona, realiza un trabajo sobre homoinjertos timpánicos moldeados y conservados. Entiende por homoinjerto el obtenido entero de cadáver, y el homoinjerto moldeado es el obtenido a partir de serosa placentaria, pericondrio y peritoneo. Sus principales ventajas son la posibilidad de modificar sus dimensiones, espesor, etc. La técnica operatoria es original del Dr. PRADES (174). SALVA realiza un trabajo sobre detalles técnicos de la miringoplastia. Analizan los homoinjertos de tímpano. Expone su sistemática habitual en los distintos tipos de perforaciones timpánica y analiza las causas posibles de los fracasos (175). PRADES trabaja sobre la utilización de fibrocartilago homólogo (menisco) como injerto timpánico y en las prótesis osiculares combinadas de tubo de polietileno y fibrocartilago, las cuales constituyen un complemento para el logro de una reconstrucción timpano-oscicular. Describen sus ventajas, indicaciones, materiales de elección, tipos de homovehículos, técnica de colocación, evolución y resultados funcionales. Comentan que, en 1973, empiezan a moldear peritoneo y en 1974 empiezan con fibrocartilago de oídos (176).

SALVA publica un interesante artículo, en 1967, sobre timpanoplastias con soluciones a las diferentes situaciones como ausencia de huesecillos, etc. (177). LÓPEZ RICO, en una comunicación de 1968, insiste en algunos puntos de la reconstrucción de la cadena osicular, contempla las distintas posibilidades desde las más sencillas a las más complejas. Desecha las transposiciones osiculares, salvo en casos excepcionales como en las timpanosclerosis con fijación de la articulación incudo-maleolar. Prefiere las prótesis metálicas a las óseas o de plástico. Desecha las timpanoplastias tipo IV, siendo siempre preferible crear una cavidad timpánica

mediante una prótesis que fabrica, con tubo de polietileno, con forma de palmera (178).

PRADES publica que las timpanoplastias han evolucionado en tres épocas: exéresis radical, exéresis más cirugía funcional (con Wullstein) y exéresis más cirugía estática más cirugía funcional. Propone primero curar, después conseguir un CAE normal y una caja con forma y dimensiones normales y, por último, dar audición. Rellena la cavidad con colgajo musculoa-poneurótico, conserva la pared posterior del CAE, y utiliza en caja un «sandwich de teflón» para mantener la cavidad aérea (179).

POCH VIÑALS Y Poch BROTO tienen una técnica personal en grandes colesteatomas. Realizan una timpanoplastia radical, reseca la pared posterior del CAE, utilizan un gran injerto de músculo temporal para rellenar la cavidad y separa del muro del facial por un injerto de vena, sirviendo de barrera de progresión al epitelio, de caja o de conducto. Utilizan Polietileno como injerto columenar. Para la meatoplastia, adoptan una incisión ampliada de HEERMANN, con resección de una porción de la raíz del hélix, y una zona semilunar del cartílago de la concha, contorneando el meato auditivo externo (180).

VILAR SANCHO, en 1969, es de los primeros que realizan un estudio de paracentesis radiales en otitis seromucosas. Dejan poca cicatriz, evita la retracción de la incisión circular y la aspiración de moco no es necesaria (181).

BOSCH, en la cirugía estática, considera que hay que cumplir tres premisas fundamentales: conservación del CAE, reconstrucción ósea del conducto con hueso cortical de mastoides y anulación de la comunicación áticotimpanal con hueso para evitar la posterior evaginación del músculo de la caja (183). FERNÁNDEZ-VILA plantea nuevas técnicas como la antro-ático exclusión: evita grandes cavidades, conservar la arquitectura estática del oído, abordar el oído por vía transmeatal, transcortical o por ambas, conservar el conducto óseo y membranoso y drenan estas cavidades mediante tubos de drenaje que se conectan a frascos de aspiración continua. Tres son las técnicas: el ático-drenaje endaural transmeatal, el antro-ático drenaje transcortical y la antro-ático exclusión (184). RODRÍGUEZ ADRADOS, en Valladolid,

plantea una técnica de aspiración-ventilación en las timpanoplastias cerradas para ventilar la cavidad: colocan un tubo desde oído medio que pasa por mastoides y sale por piel que conexas a un aspirador, no sólo realiza una aspiración completa de los exudados, sino que además hace circular a través de ella una corriente aérea que la ventila (185). SALVA sigue en lo posible la conducta quirúrgica del macroantro y técnicas cerradas, excepto en circunstancias especiales del oído que hace una técnica abierta (186). MURCIA comenta que su experiencia quirúrgica va aumentando y se siente cada día más inclinados a preservar íntegramente la pared ósea del CAE, tratando de conseguir que la membrana del tímpano nueva y la profundidad del oído medio sean lo más parecido posible al oído sano. Utiliza una fresa de diamante para la apertura del receso facial, de 2 mm (187). ÁLVAREZ VICENT presenta una nueva técnica de reconstrucción o cierre de la cavidad operatoria en las timpanoplastias con injerto *pediculado* de aponeurosis de temporal. Describe la técnica y se expone los resultados en 30 enfermos (188). PRADES Y BOSCH hacen un resumen de la evolución en la cirugía de las timpanoplastias: en la reconstrucción de la pared posterior del CAE, lo que más utilizan son cartílago septal nasal (homólogo), cartílago tragal (autólogo), fibrocartílago meniscal (homólogo), siendo éste el que más usan; en la reconstrucción de la membrana timpánica, en 1954 empiezan a usar piel total retroauricular, como WULLSTEIN, en 1961 con vena de antebrazo, en 1964 fascia temporal, en 1965 pericondrio tragal, en 1966 homoinjertos tímpano-osiculares de cadáver (difundido en España por ANTOLÍ-CANDELA). Como era difícil de obtener por problemas legales, se inclinaron a experimentar en 1968 con otros materiales homólogos: fascia de músculo abdominal, pericondrio sobrante de otras intervenciones, serosa placentaria y en 1973 con serosa peritoneal (189). OLAIZOLA Y ALAMINOS presentan una técnica quirúrgica que permite reconstruir la pared posterior del conducto en los casos en que se ha eliminado, ya sea en parte o en su totalidad. Emplean una sustancia llamada *proplast*, que es una mezcla de fibras de carbón y teflón, de perfecta tolerancia. Describen la técnica y los

resultados obtenidos (190). LÓPEZ-VILLAREJO Habla de extrusiones de torp y porp. Este autor realiza una nueva técnica que consiste en colocar tres ca-pas de cartílago en escalera entre la prótesis y el tímpano disminuyendo la extrusión (191). GARCÍA-IBÁÑEZ idea una nueva prótesis de doble utilización como torp y como porp, cortándola con un bisturí al tamaño deseado (192). RAMÍREZ CAMACHO y GARCÍA ARRANZ utilizan el injerto compuesto de pericondrio y cartílago tragal que posibilita la reconstrucción del sistema tímpano-osicular, sobre todo en pacientes que presentaban una lateralización del injerto timpánico tras una operación previa. En este estudio exponen un segundo tiempo funcional realizado en oídos previamente operados por colesteatoma, con una ganancia auditiva estadísticamente significativa. (Variante de la técnica GLASSCOK (193). GARCÍA FERNÁNDEZ y POCH BROTO hacen una defensa del trasplante tímpano-osicular de cadáver, sobre todo con columelización sobre estribo del paciente (194).

OLAIZOLA, en 1987, presenta resultados de la mastoidectomía a demanda. Estudia 1.405 casos operados durante 10 años (1974-1984), encuentra que las causas de fallos son el colesteatoma «pocket» y el colesteatoma residual. Con intención de reducir estos factores, en los últimos cinco años ha utilizado la técnica DAA (Demanda, Antroexclusión, Ático-eliminación), con resultados optimistas con solo 2,4% de fallos. Esta técnica (DAA) está diseñada para eliminar los fallos mediante un procedimiento abierto con exclusión del antro, aunque con la posibilidad de mantener la vigilancia sobre la aparición del colesteatoma recurrente en la cavidad (195).

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Fernandez J. Contribución al estudio morfofuncional de los sistemas transmisores del sonido. Acta ORL Española 1963; vol XIV: 4(63-86).
2. Girons Bonells F. Importancia de la morfología de la sutura timpanoescamosa anterior en la génesis del colesteatoma atical. Acta Otorrinolaringológica Española 1987; vol 38, 3 (153-156).
3. Marco J, Lee W, Hofmann L. Estudio neuroanatómico del sistema eferente vestibular: distribución de los somas en el troncoencefalo. Estudio cualitativo. Acta ORL Española 1991; vol 42, 1:(37-44).
4. De Reyes Pugnaire S, Montero E. Alteraciones cromosómicas en otopatías morfofuncionales. Acta ORL Española 1966; vol I; pag 50-84.
5. Redondo Pizarro F. La amplitud de movimiento en la membrana de la ventana redonda. Acta Otorrinolaringológica Española 1960; vol 3(75-77).
6. Alarcos Llorach A. Novocaína intravenosa en audiología. Acta ORL Española 1962; vol XIII: 2(2-22).
7. Gavilán C, Sanjuán J. Técnica para disminuir la resistencia eléctrica de la piel humana. Acta Otorrinolaringológica Española 1962; vol XIII: 2(37-39).
8. García-Ibáñez Ferrandiz JL, Mosciaro O. A propósito de las pulsaciones binaurales. Acta Otorrinolaringológica Española 1964; vol XV: VI(17-24).
9. Murcia García F. Nuevos medios en la investigación de los acúfenos. Acta Otorrinolaringológica Española 1964; vol XV: VI(49-52).
10. Urrutikoechea y Algaba. Acta 42, supl I (47-49) 1991.
11. Iranzo Lloret J, Cervera Molto A. Las proteínas plasmáticas de la otosclerosis. Acta Otorrinolaringológica Española 1959; vol X 147-151.
12. Olaizola F, Trujillo M, Espitia G. Glomus yugularis. Particularidades neurológicas. Consideraciones generales. Acta Otorrinolaringológica Española 1966; vol II; pag 47-58.
13. Bartual Vicens R, Bartual Pastor J, Forteza Bover J. Tumores del glomus yugulare timpanicum. Aspectos ultraestructurales microscópicos y clínicos. Acta Otorrinolaringológica Española 1973; vol. 3,95-130.
14. Ager Muguerza E, Planas García de Dios E. Malignización rápida en un colesteatoma de mastoides. Acta Otorrinolaringológica Española 1962; vol XIII: 3(1-10).
15. Mozota Sagardia J. Traumatismos acústicos en productores operados de cirugía funcional del oído. Acta Otorrinolaringológica Española 1963; vol XIV: 2(17-39).
16. Maños M. Perfiles audiométricos en sujetos de más de sesenta años. Acta Otorrinolaringológica Española 1968; vol II; 91-99.
17. Roman Rojo L, Infante Sánchez JC. Valores de la involución auditiva en sujetos mayores de cincuenta años. Acta Otorrinolaringológica Española 1976; vol. 3, 67-79.
18. Otero Gómez Quintero M, De la Rosa Fraile M, Matute, Pardo R. Interés clínico del est. bacteriol. de las supuraciones crónicas de oído. Acta Otorrinolaringológica Española 1975; vol 2, 91-102.
19. Ferrando M, Basterra J, Fernández Julián E. Factor reumático en la otitis media secretoria. Acta Otorrinolaringológica Española 1988; vol 39, 3 (143-144).
20. Romero Vidal S, Sprekelsen C, Campos Aranda M. Disfunción tubárica, ángulo del clivus y ángulo de la base: una posible relación antropométrica. Acta Otorrinolaringológica Española 1988; vol 39, 4 (247-249).
21. Escalante JJ, Obando Santaella I, Fernández E. Déficit de Ig g2. Su correlación clínica con las otitis medias de repetición en la infancia. Acta Otorrinolaringológica Española 1990; vol 41, 6: (379-381).
22. Domenech J, Carulla M, Traserra J. Los acúfenos en el diagnóstico y pronóstico de la ototoxicidad. Acta Otorrinolaringológica Española 1990; vol 41, 1:(7-9).
23. Frade C, Gómez JL, Pescador C. Estudio clínico de la ototoxicidad del cisplatino. Acta Otorrinolaringológica Española 1990; vol 41, 1:(11-14).
24. San Juan Salas. Acta 1991, supl I (212-215).

25. Alarcos Tamayo E, Blasco Redondo R, Alarcos LLo-rach A. Manifestaciones ORL en pacientes VIH. A propósito de 156 casos. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1992; vol 43, 5:(317-320).
26. Dreier A, Martínez V, Jiménez ML. Hipoacusia súbita bilateral de origen luético en una paciente HIV positiva. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1993; vol 44: 4(315-317).
27. Paredero del Bosque J. Audiogramas de la palabra hablada, con variaciones de intensidad. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1953; vol I: 137-150.
28. Marco Clemente J. Valoración de la conducción ósea absoluta. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1951; vol I I: 725-776.
29. Poch-Viñals R. La exploración funcional auditiva. Su estado actual. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1957; vol VIII:9-277.
30. G Tapia R. Las hipoacusias estreptomicinicas. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1957; vol VIII: 97-129.
31. Terol y SanJuan. Algunos avances sobre la prueba de discriminación de frecuencia y su interés clínico. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1957; volVIII: 219-226.
32. Terol Figuerola J. La sordera en los niños. Su medida. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1953; vol I: 197-210.
33. Terol Figuerola J. «Una prueba audiológica para el recién nacido. Test de audioreflejometría en sueño». *Acta Otorrinolaringológica Española* 1958; vol IX: 35-38.
34. Angoloti de Cardenas I. Consideraciones sobre audiometría infantil. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1963; vol XIV: 5(83-88).
35. Torres Gasso J, Mari-batllo J, Perelló J. La audioelectroencefalografía. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1958; vol ix: 89-107.
36. Lancha de Lara J. Consideraciones sobre la exploración a.e.e.g. en el niño. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1968; vol VI: 103-106.
37. Redondo Pizarro F. Logoaudiometría directa colectiva. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1970; vol 6: 47-56.
38. Ramos Calvo R. Audiometría tonal liminar con diapasones. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1958; vol ix: 157-173.
39. Marco J, Ciges Juan, Honrubia V. La selección de los casos para movilización en función de c.o.r. y c.o.a. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1959; vol X: 28-33.
40. Del Cañizo Álvarez C, Martín Martín C. La prueba de «gelle cruzado». *Acta Otorrinolaringológica Española* 1985; vol 36, 4 (289-292).
41. Gavilán Alonso C, Sanjuán J. Acerca de las corrientes microfónicas cocleares. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1961; vol XII: 157-161.
42. Traserra J. Eficacia de los diversos tipos de ensordecimiento en conducción ósea. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1962; vol XIII: 1(75-79).
43. Cabrera Lamparter M. «Nuestra experiencia con el test de sal». *Acta Otorrinolaringológica Española* 1968; vol II: 24-31.
44. Alaminos D, Olaizola F, Barajas J. Impedanciometría. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1976; vol. 6, 29-44.
45. Anda Fenández JM, Gómez-Ullate R, Márquez G, Tapia MC. Estudio de la función tubárica en oídos con membrana timpánica perforada o con drenajes trans-timpánicos (test de inflation-deflation). *Acta Otorrinolaringológica Española* 1981; vol 32: 81-86.
46. Blanco F, Rodríguez de la Fuente M, Álvarez Vicent JJ. El reflejo invertido ipsilateral: ¿es un artefacto? *Acta Otorrinolaringológica Española* 1990; vol 41, 3: (163-164).
47. Mozota JR, Medina JL. Nuestra sistemática en audiometría objetiva: e.r.a. (respuesta rápida en vértice; respuesta lenta en vértice) y cocleografía. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1978; vol. 2: 89-110.
48. Barajas J, Olaizola F. Audometría del tronco cerebral en niños. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1978; vol. 4: 381-392.
49. López Moya JJ, Galván Parrado A, Álvarez Vicent JJ. Estudio de los potenciales evocados auditivos en una población normooyente. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1984; vol 35: 371-380.
50. Rodríguez Gómez FL, Poch Broto J, Cavalieri Merlo I. Estudio sobre la otoemisión espontánea. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1987; vol 38, 3 (157-160).
51. Figuerola E, Esteve-Fraysse MJ, Vincent M. Otoemisiones acústicas. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1991; vol 42, 3: (211-215).
52. Morant Ventura A, Marco Algarra J, Caballero Mallea J. Influencia de la estimulación acústica contralateral sobre las otoemisiones acústicas: modulación de la respuesta por el sistema eferente olivococlear. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1992; vol 43, 5: (307-310).
53. Pérez N, Fernández S, Espinosa JM, Alcalde J, García-Tapia R. Otoemisiones acústicas de productos de distorsión. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1993; vol 44: 4(265-272).
54. Bartual. Espectro actual de las afecciones inflamatorias en otorrinolaringología. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1953; vol III: 77-98.
55. Martínez Rumbo A. Sobre un nuevo método de tratamientos de las otitis medias mediante una combinación de hialuronidasas con los diversos antibióticos. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1953; vol III: 119-125.
56. Mozota Sagardia JR. Los antibióticos como tratamiento coadyuvante y preoperatorio en las fenestraciones de los enfermos con vaciamiento de oído. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1953; vol III: 147-154.
57. Ciges M. Resistencias microbianas a quimioterápicos y antibióticos en las otorreas. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1959; vol X: 166-181.
58. Bartual, Vento, Iranzo. La inervación, tratamiento de las meningitis. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1954; vol III: 251-268.
59. Baixauli A. Los otocones en el tratamiento de la otitis. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1959; vol X: 183-190.
60. Castrillo J. Ensayo de la asociación trimetroprima-sulfametoxazol en otorrinolaringología. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1971; vol6: 51-58.
61. Montes Noriega. Experiencias clínicas con 6-metilen-5-oxitetraciclina en los procesos inflamatorios rinosinusotológicos. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1972; vol 3: 91-100.
62. Antolí-Candela F. Las enzimas en audiocirugía. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1959; vol X: 55-61.
63. Vilar Sancho A. Nuevos conceptos terapéuticos en la otitis del lactante. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1963; vol XVI: 5(126-129).

64. Ferrando JM. La radiumterapia de los rodetes tubáricos en los buceadores. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1964; vol XV: VI (12-16).
65. Sánchez García J. Estudio anatomoclínico y terapéutico de la otitis media aguda. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1968; vol III: 71-82.
66. Scola E, Murueta-Goyena F, Scola B. Tratamiento de la disfunción tubárica con el isopresor timpanico (nt-3). *Acta Otorrinolaringológica Española* 1985; vol 36, 3 (165-167).
67. Aguado A, Olaizola F, Antolí-Candela F. Estado actual de la acufenoterapia por neuroplejia. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1959; vol x: 65-69.
68. Barajas JM. La nialamida en ORL: resultado y conclusiones. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1969; vol 6: 91-94.
69. Olarieta M, Ramírez Camacho RA, Antolí-Candela F. Aplicación de nicergolina en patología de oído interno. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1979; vol 30: 57-64.
70. Mozota Ortiz JR. Estudio clínico controlado de la eficacia de los gangliosidos en las sorderas perceptivas sensoriales. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1985; vol 36, 5 (307-310).
71. Scola E, Scola B, Murueta-Goyena F. Tratamiento de los acúfenos mediante electroestimulación. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1987; vol 38, 4 (205-208).
72. Bautista Calero del Castillo J, Pérez Martínez F, Piqueras Pérez F. Incorporación de un estimulante de la síntesis y secreción del surfactante pulmo-(ambroxol) en el tratamiento médico de la otitis serosa. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1988; vol 39, 1 (61-64).
73. Povedano Rodríguez V, Seco Piñeiro ML. Eficacia del ciprofloxacino tópico en el tratamiento de la otorrea crónica. *Acta ORL Esp* 46, 1 (15-18) 1995.
74. Sacristán Alonso T, Gómez López F. Valor hemostático de la hemocoagulasa (reptilase) en otorrinolaringología. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1962; vol XIII: 1 (57-66).
75. López de Uralde F. Estapedectomía: cómo trato el postoperatorio. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1970; vol 1: 73-78.
76. López de Uralde F. Estapediectomía: Cómo trato el postoperatorio. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1970; vol 4: 35-38.
77. Mozota Sagardía JR. Recuperación de audición en hipocúsicos que precisan radical-ático-mastoidea. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1953; vol I: 169-186.
78. Mozota R. Indicaciones operatorias de la otosclerosis. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1953; vol III: 126-138.
79. Antolí-Candela F, Olaizola F, Guillén Baixauli F. Fenestración modificada por sordera otosclerótica. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1958; vol IX: 13-27.
80. Antolí-Candela F. Técnica para la trepanación laberíntica en la fenestración. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1953; vol III: 113-118.
81. Antolí-Candela F, Guillén Bauxauli. Sobre audiología en las otorreas. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1956; vol I: 57-76.
82. Scola E. Algunas consideraciones sobre la técnica de Rosen. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1956; vol II: 233-238.
83. Scola E. Cirugía de la sordera con moviliación del estribo. Sistemática. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1957; vol VIII: 130-152.
84. Scola Basaguren E. Nuestra sistemática actual de la sordera otosclerosa. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1962; vol XIII: 2 (80-83).
85. Mozota. ¿Qué podemos esperar de la movilización del estribo? *Acta Otorrinolaringológica Española* 1956; vol III: 87-92.
86. Antolí-Candela, San Juan. Audiocirugía. Nuevos procedimientos y aparatos de exploración. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1956; vol III: 111-122.
87. Antolí-Candela F, García Ibáñez L. Cirugía funcional de las otorrea. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1957; vol vii: 13-59.
88. Bartual R. Nuestra experiencia en la fenestración. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1957; vol VIII: 1-12.
89. Barajas García-Ansorena JM, Rodríguez Adrados F. Contribución al estudio de la fisiología del oído fenestrador. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1958; vol IX: 7-12.
90. Del Cañizo C, Rayo Gómez J, Elvira L. Nuestros resultados en la timpanoplastia. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1958; vol IX: 45-57.
91. Antolí-Candela F, Olaizola F, Olarieta M. Audiocirugía de la otosclerosis. Técnicas experimentales. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1959; vol X: 154-165.
92. Antolí-Candela F, Olaizola F. Audiocirugía de la otosclerosis. Clasificación y sistematización técnica. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1960; vol 4 (129-136).
93. Scola Basaguren E. Platinectomía submucosa con transmisión oscilar conservada (nueva técnica de la cirugía de la sordera). *Acta Otorrinolaringológica Española* 1961; vol XII: 184-89.
94. Scola Basaguren E, Vega Diego M. Interposición con grasa. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1962; vol XIII: 3 (105-109).
95. Scola E. Cirugía de la sordera por interposición con pericondrio. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1963; vol XIV: 4 (87-95).
96. Scola E. El veneno de «bothrops jararaca» en audiocirugía. Nuestra experiencia. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1960; vol 3 (79-86).
97. Iranzo Lloret J. El mucoperiostio de la caja timpánica como elemento de interposición en la cirugía del estribo. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1964; vol XV: VI (25-32).
98. Sacristán Alonso T. Fenestración en el seno de Huguier. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1961; vol XII: 176-178.
99. Del Cañizo C, Casañas JA, Branco J. Nuevo método de elección y estadística actual en la interposición estapedio-vestibular. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1965; vol I: 61-67.
100. Del Cañizo C, Casañas JA, Medina F. Reconstrucción de la rama larga del yunque e interposición en enfermos reoperados. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1965; vol I: 68-70.
101. Antolí-Candela F. Modificaciones técnicas al método de interposición. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1961; vol XII: 203-208. Tendón y conservación de la articulación incudoestapedial.
102. Mozota Sagardía JR. La masa de las prótesis estapedianas como factor de impedancia acústica. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1965; vol III: 30-36.

103. Salva J. Nuestra opinión sobre algunos problemas en la platinectomía del estribo. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1965; vol III: 71-88.
104. Prades J. Platina de pericondrio en la cirugía del estribo. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1965; vol IV: 71-86.
105. Portela de Villasante J. Estapedectomías con injerto de gelatina. Resultados. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1966; vol II: 59-68.
106. Scola E, Castet M. Orientación de la cirugía de la sordera. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1966; vol III: 59-64.
107. Babe Delgado J. Elección del momento quirúrgico de las enfermas otesclerosas. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1961; vol XII: 109-113.
108. Babe Delgado J. Resultados a distancia de la estapedectomía. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1961; vol XII: 114-119.
109. Portmann M. Consideraciones anatómicas sobre la articulación estapedovestibular. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1962; vol XIII: 1 (108-117).
110. Fernández Vila. Cierre en la estapediectomía con un injerto mixto de grasa pericondrio. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1962; vol XIII: 2 (30-32).
111. Mozota Sagardia JR. Las prótesis de polietileno en cirugía funcional del oído. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1962; vol XIII: 2 (53-56).
112. García-Ibáñez J, Beltrán de Scals, García Ibáñez-Ferrandiz JL. Estapedectomía con injerto pericondral: resultados. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1963; vol XIV: 5 (102-106).
113. Salva J. Técnicas para la extracción de la platina del estribo. Resultados de 635 intervenciones. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1964; vol XV: IV (47-68).
114. Del Cañizo C, De la puerta JM, Branco J, García Linares C. Nuestros resultados en la interposición de vena estapedio-vestibular. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1964; vol XV: V (101-103).
115. Del Cañizo Suárez C, De La Vega del Teso A, López Falagan F, Casañas Quintero JA. La interposición de vena en la otesclerosis. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1962; vol XIII: 3 (23-28).
116. Prades Plá J. Platinotomía reducida. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1964; vol XV: VI (58-63).
117. Salva J. Nuestra técnica del protector en las platinas obliterantes. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1967; vol I: 71-80.
118. Prades J. Platina de pericondrio en la cirugía del estribo. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1965; vol IV: 71-86.
119. Scola E, Fernández Vega M, Romero Moroni R. Nueva técnica de la prótesis de platino en la cirugía de la sordera. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1968; vol III: 115-127.
120. Barcelo Gomila F. Nueva prótesis en la estapediectomía. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1968; vol V: 1-7.
121. Scola E, Romero Moroni F. Importancia de la prótesis en la cirugía de la sordera. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1970; vol 2: 101-106.
122. Azoy A. Once años de cirugía endoaural. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1953; vol III: 9-50.
123. Antolí-Candela F, García Ibáñez L. Cirugía funcional de las otorrea. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1957; vol vii: 13-59.
124. Scola E, Bachiller C. Cirugía de las otorreas y sus secuelas. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1964; vol XV: III (83-88).
125. Del Cañizo Suárez C, De la Puerta JM, Martín Hernández JE, De la Vega del Teso A, García C. Empleo del injerto venoso en las timpanoplastias. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1962; vol XIII: 3 (19-22).
126. Vilar-Sancho. Nuevo procedimiento de relleno de la cavidad operatoria tras la radical sin curas posteriores. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1951; vol I: 865-871.
127. Rodríguez Adrados F. Timpanoplastia con conservación del conducto auditivo, resección sistemática de la cadena osicular e injerto oseo áticomastoideo. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1960; vol 2 (87-99).
128. Rodríguez Adrados F. Modificación a la técnica de la timpanoplastia, la conservación del conducto auditivo externo con injerto óseo en mastoides. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1959; vol x: 99-131.
129. Rodríguez Adrados F. Nuevas aportaciones a la timpanoplastia con conservación del conducto e injerto óseo. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1961; vol XII: 161-175.
130. Rodríguez Adrados F. Timpanoplastia con conservación del conducto y relleno con colgajo muscular. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1964; vol XV: III (54-68).
131. Del Cañizo Suárez C, Elvira Pison L, Barca Blanco R, Consuegra R, Martín JE, López Casares F. Concepto de las timpanoplastias basado en 325 casos. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1960; vol 4 (117-119).
132. Antolí-Candela F. Plastia para obturar la trompa en las mastoidotimpanectomías. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1952; vol III: 103-124.
133. Paradero del Bosque J. Consideraciones sobre la técnica de la timpanoplastia. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1959; vol X: 193-200.
134. Fernández Vila V, Orejudo G. Autocrítica sobre problemas en miringoplastia. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1958; vol IX: 39-44.
135. Olaizola Gorbea F. Las cornisas oseas en audiocirugía. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1959; vol X: 131-147.
136. Antolí-Candela F. Inversión funcional de las ventanas laberínticas. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1960; vol 3 (17-22).
137. Del Cañizo Suárez C, Elvira L, Barca Blanco R, López Casares F, Puerta Ruiz J, Consuegra R. Nuestros resultados en la sonoinversión (técnica del Dr. García Ibáñez). *Acta Otorrinolaringológica Española* 1961; vol XII: 146-149.
138. Redondo Pizarro F. Técnica quirúrgica en las dermo-fenestro-pexias. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1960; vol 4 (83-90).
139. Antolí-Candela F, Olarieta M, Antolí-Candela F. Timpanoesclerosis. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1962; vol XIII: 3 (11-18).
140. Olarieta y Antolí-Candela. La timpanoesclerosis en audiocirugía. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1962; vol XIII: 1 (5-9).
141. Guillén Küster F, Antolí-Candela. Conducta a seguir con la cadena osicular en la audiocirugía de las otorreas y sus secuelas. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1966; vol I: 1-4.

142. Scola E, Hernández P, Bachiller. El problema quirúrgico de las cavidades radicales en actividad. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1966; vol II: 110-116.
143. Scola Basaguren E. Osteoplastia y musculoplastia funcional auricular. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1967; vol III: 93-100.
144. Salva Ruyra J. Reconstrucción de la pared externa del ático en las timpanoplastias. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1962; vol XIII: 1 (15-23).
145. Olaizola Gorbea F, Trujillo Peco M. Conservación de las estructuras del conducto en las timpanoplastias. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1962; vol XIII: 2 (60-70).
146. Olaizola F, Alaminos D. Reconstrucción del macroantro con cartilago septal. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1971; vol 6: 83-92.
147. Capella G. Experiencia en timpanoplastia. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1962; vol XIII: 3 (29-34).
148. Scola E. Musculoplastia funcional auricular. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1963; vol XIV: 5 (118-120).
149. Claros-Domenech A. Los injertos periósticos y dermoperiósticos en timpanoplastia. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1962; vol XIII: 3 (35-40).
150. Del Cañizo C, Casañas JA, Moro A, Suárez F. Injerto del periostio en las timpanoplastias. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1963; vol XIV: 5 (100-101).
151. Gutiérrez Zavala A, Gómez-Ullate Alvear R. Injertos heterólogos de válvula aórtica en cirugía otológica. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1968; vol III: 35-38.
152. Barcelo Gomila F. Avance sobre un nuevo procedimiento de cierre de las perforaciones timpánicas. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1969; vol 6: 95-100.
153. Acta 72-168 Barcelo Gomila F. «Las suturas en microcirugía otológica». *Acta Otorrinolaringológica Española* 1972; vol 4: 9-12.
154. Barceló Gomila F. Técnica personal de miringoplastia. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1973; vol 6, 61-72.
155. Algaba J, Sprekelsen C. Aportación al tratamiento quirúrgico de las otorreas de perforación central. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1972; vol 4: 1-8.
156. Slavutsky V. Homoinjertos timpánicos moldeados y conservados. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1975-2; vol. 5: 89-92.
157. Salva J, Oliveras J. Miringoplastias. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1975-2; vol. 6: 97-122.
158. Prades J, Bosch J, Ries Centeno D. Fibrocartilago-menisco-moldeado, como homovehículo timpánico (homoinjerto). *Acta Otorrinolaringológica Española* 1976; vol. 2: 71-82.
159. Salva J. Reconstrucción de la cadena osicular. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1967; vol I: 83-92.
160. López Rico A. La reconstrucción de la cadena osicular. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1968; vol V: 41-45.
161. Prades J. La cirugía estática de las supuraciones crónicas del oído medio. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1969; vol 1: 96-105.
162. Poch Viñals, Poch Broto. Vaciamiento timpanomastoideo. Técnica personal. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1969; vol 2: 43-48.
163. Vilar Sancho. Consideraciones sobre la paracentesis radial. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1969; vol 2: 86-88.
164. Bosch Torrent J. Conservación de la pared ósea del conducto y abordaje del receso timpánico posterior en la cirugía de las supuraciones crónicas del oído medio. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1969; vol 4: 10-12.
165. Fernández Vila. Nuevas técnicas audioquirúrgicas: la antro-ático exclusión. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1970; vol 4: 15-24.
166. Rodríguez Adrados F, Roman Rojo L. Nuestra técnica de aspiración-ventilación en las timpanoplastias. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1972; vol 4: 135-156.
167. Salva J, Oliveras J. Timpanoplastia abierta o cerrada no mencionado. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1971; vol 2: 1-12.
168. Murcia García F. Timpanoplastia. Apertura posterior del receso facial. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1970; vol 4: 52-56.
169. Álvarez Vicent, Bronchalo Butragueño, Castrillo Ormaechea. Utilización del injerto pediculado de apóner. de temporal en las timpanoplastias. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1976; vol 5: 127-136.
170. Prades J, Bosch. Los materiales autólogos y homólogos en la reconstr. timpano osicular. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1976; vol 4: 1-10.
171. Olaizola F, Alaminos D. Reconstrucción de la mastoide y del conducto con sustancias semisintéticas. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1978; vols 5-6: 467-474.
172. López Villarejo P. El problema de las expulsiones de los torp. Metodica para *Acta Otorrinolaringológica Española* 1985; vol 36, 2 (73-76).
173. García-Ibáñez E. Una nueva prótesis combinada (por-torp) para la reconstrucción del oído medio. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1985; vol 36: 2 (99-100).
174. Ramírez Camacho R, García Arranz G. Segundo tiempo funcional para injertos lateralizados. Técnica personal. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1987; vol 38: 5 (275-277).
175. García Fernández E, Poch Broto J, Ayudarte Tapia F. Trasplantes tímpano-osiculares. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1987; vol 38: 6 (345-348).
176. Olaizola F, Alaminos D, Rodríguez JA. Tratamiento quirúrgico de las otorreas. Timpanoplastias. Técnica a demanda (DAA); resultados después de 5 años. *Acta Otorrinolaringológica Española* 1987; vol 38: 3 (145-147).

HISTORIA Y DESARROLLO DE LA RINOLOGÍA

P. Avilés Mañoso

C. Juan Ivars

J. Ramos Fernández

M. Portell Soriano

1. INTRODUCCIÓN

Podemos considerar a RUNGE Y DESCHAMPS a finales del siglo XVIII como los precursores de la rinología. Runge en 1795, presentó su tesis: «Sobre las principales enfermedades de los senos frontal y maxilar», y Deschamps su «Tratado sobre las enfermedades de las fosas nasales y sus senos».

La rinología se constituiría como especialidad en el siglo XIX con CZERMAK y DUPLAY (1859 y 1865) que introdujeron el uso del rinoscopio en la exploración nasal (1).

Dentro de las tres ramas principales de nuestra especialidad la rinología fue la peor definida. El avance en la fisiología nasal quedó detenido por la falta de métodos objetivos que permitieran estudiar las funciones nasales. Y, por tanto, sin una fisiología nasal bien desarrollada la rinología no podía prosperar. La importancia de la función respiratoria nasal queda reflejada en estas palabras de GALENO: «...las partes del pulmón nunca se enfrían aunque el aire que nos rodee esté muy frío y las partículas de polvillo, cenizas y otras semejantes, que muchas veces están en el aire no penetran más allá de la arteria (tráquea)». (Recogidas por MAYER en 1968) (2).

En España es RICARDO BOTEY quien da un gran empuje a la especialidad. En 1889 presenta en el Congreso Internacional de Medicina de París, el trabajo «La structure des polypes muqueux des fosses nasales». En 1894 organiza en Barcelona el primer curso de la especialidad.

En Madrid CISNEROS, crea una escuela para la enseñanza de las técnicas de la especialidad (3).

En cuanto a la fisiología nasal citaremos a KAYSER que en 1895 observó la presencia de un cambio cíclico, congestión y descongestión de los tejidos cavernosos de los cornetes, dándole el nombre de «ciclo nasal». LILLIE (1923) relacionó la obstrucción nasal alternante con el ciclo nasal, observaciones que fueron confirmadas por, HEETDERKS (1927).

WARD, en 1854 describió por primera vez un papiloma nasal; siendo RINGERTZ en 1938, quien dio entidad propia al papiloma invertido.

Las dos primeras observaciones de melanomas en fosa nasal parecen corresponder a LUCKE en 1869 y a VIENNOIS en 1872. Entre los autores españoles señalamos las publicaciones de POCH VIÑALS, en 1959, y AZOY y TRASERRA en 1967.

BERGER en 1924 describe el estesioblastoma, pero no es hasta 1964 cuando ASH y cols. clasifican anatomopatológicamente los tumores malignos del seno frontal. RUBIN en 1972 clasifica dichos tumores de fosas nasales y senos paranasales en tres categorías: Tumores de la infra, meso y supraestructura.

A finales del siglo pasado y comienzos del presente se describen una serie de procesos patológicos que se manifiestan en las fosas nasales. Así la enfermedad de Rendu-Osler fue descrita en 1896 por RENDU y referida por OSLER en 1901, y por WEBER en 1907. En 1896 MC-

BRIDE describió un caso de rápida destrucción de la nariz. WOODS, en 1921 emplea por primera vez el término de granuloma maligno; pero fue STEWART en 1933 quien sistematizó esta patología. La granulomatosis de Wegener fue descrita primero por KLINGE en 1933, aunque fue WEGENER en 1934 quien la sistematiza y la incluye en las colagenosis.

En 1909, COOKE describe por primera vez un ataque de asma desencadenado por aspirina. Después VAN LEEUWEN (1924), PEARSON (1963), SAMTER y BEERS (1967) describen el síndrome de asma bronquial, sinusitis con o sin pólipos nasales e intolerancia a la aspirina, denominado actualmente «Tríada ASA».

En 1585 PARÉE, describe el ocaena considerando una ulceración y englobando todos los procesos que cursan con fetidez. A finales del siglo pasado eran frecuentes los casos de ocaena, y ante el fracaso de los tratamientos médicos se empezaron a utilizar las infiltraciones submucosas de parafina para estrechar la fosa nasal. Estas infiltraciones no resolvían el problema y fueron creándose nuevos métodos como la intervención de EYRIES en la década de los 50, que consistía en la interposición por vía gingival en las zonas despegables de la mucosa nasal de sustancias acrílicas.

En los años 40 hay una amplia experiencia en el uso de las sulfamidas, pero sin obtener resultados tan espectaculares en patología nasosinusal como en el oído. Algunos autores como PORTMANN, las utilizan como profilaxis antibiótica en las cirugías. También se usan a nivel local, con aplicaciones, etc.

Para el tratamiento de las rinofaringitis y obstrucciones de trompa se utilizó en esa época el rádium. Otra terapéutica muy utilizada fue la aerosolterapia.

Así con el advenimiento de los antibióticos y los progresos técnicos, se propició el desarrollo de la cirugía funcional y posteriormente de la microcirugía nasal.

2. EXPLORACIÓN

En 1717 DIONIS describió el espéculo nasal que atribuye a CHAULIAC. Pero fue mucho después cuando DUPLAY en 1865 introdujo el uso

del rinoscopio en la exploración nasal surgiendo la rinoscopia anterior. Utilizó un espéculo bivalvo que mediante un tornillo permitía su abertura a voluntad. VACHER inventó el espéculo nasal bivalvo partido, dejando entre las valvas una zona libre que facilitaba la exploración y las maniobras quirúrgicas.

Con anterioridad en 1859, CZERMACK aplicando el método del profesor de canto MANUEL GARCÍA para explorar la laringe, observó que al girar el espejo hacia arriba aparecía la rinofaringe. Surge así la rinoscopia posterior.

Los primeros endoscopios con iluminación se construyen en el siglo XVIII y siglo XIX por BOZZINI, SEGALAS, BONNAFONT y DESORMEAUX, urólogo considerado el padre de la endoscopia, pero no tuvieron una gran acogida.

En el campo de la ORL HIRSCHAMNN (1903) fue el primero que con endoscopia exploró el seno maxilar, la rinofaringe y las fosas nasales. Utilizó un cistoscopio que introducía en el seno por el orificio que dejaba una extracción dentaria. En 1930 SLOBODNIK fue de los primeros en hacer endoscopias del seno maxilar por vía meatal (fig. 1).

A partir de los años 50, viendo las aplicaciones de la fotografía en el oído, se empieza a desarrollar la fotografía en rinología. En 1965 TIMM hace fotos del seno maxilar a través de punción por fosa canina. En el mismo año PERELLÓ GILBERGA publica su antroflash para fotografiar la laringe que fue utilizado por distintos autores para fotografiar la rinofaringe.

Al mismo tiempo que se va desarrollando la endoscopia, el microscopio quirúrgico se convierte en una gran ayuda para la exploración y la cirugía. GABRIEL y HERBERHOLD en 1967 y 1970 respectivamente, utilizan el microscopio quirúrgico Zeiss para observar y fotografiar especialmente la rinofaringe. En España destacamos a J. PRADES que fue de los primeros, si no el primero, en utilizar el microscopio quirúrgico en la cirugía nasosinusal, defendiendo su técnica no sólo en España, sino también en el extranjero. PRADES y su escuela utilizan el microscopio desde principios de los años setenta, presentando una Ponencia en la Sociedad Española en su reunión de 1975 (PRADES, BOSCH, TOLOSA y cols.).

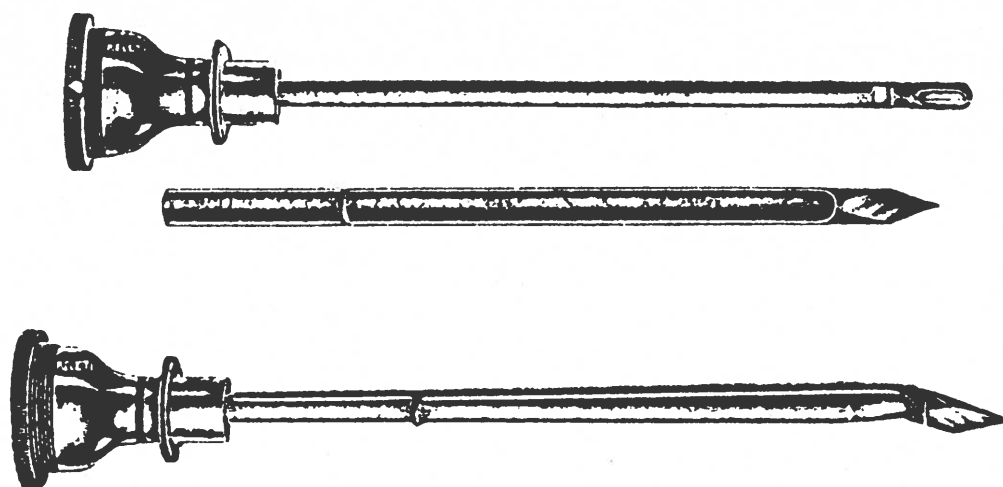


Fig. 1.- Primer antroscopio con punta de cánula de Von Tovölgyi (1911).

Continuando con la endoscopia citamos a DOMÉNECH y LLAVALLOL que en 1973 utilizan un instrumento Storz de endoscopia rígida y le llama nasofaringolaringoscopia, pues observan que al girar el instrumento en la rinofaringe les permite realizar una laringoscopia.

Otra aportación es la de HELLMICHH y HERBERHOLD que puncionan el seno por la fosa canina y por ella introducen un instrumento quirúrgico. Con un endoscopio a través del meato inferior, previamente realizan la punción diameática, controlan los movimientos del instrumento.

En 1978 TERRIER publica un libro que estudia fundamentalmente la exploración endoscópica con escasa referencia a la cirugía, aunque vislumbra sus grandes posibilidades.

En cuanto al estudio de la función nasal, los avances de la técnica han permitido el desarrollo de una técnica exploratoria objetiva: la rinomanometría (COTTLE, MASING, 1965). Los antiguos rotámetros que median flujo y los manómetros de agua han sido sustituidos por aparatos mucho más sensibles y exactos que constituyen la actual rinomanometría informatizada. En España destacan en este campo las aportaciones de MONTSERRAT y FABRA (4).

Para el estudio de la olfacción se utilizó en un principio el olfatómetro de ELSBERG (1936). FORTUNATO y NICCOLINI en 1949, acoplaron seis olfatómetros de Elsberg creando una batería que permitió el estudio con diversas sustancias

sucesivamente. GUERRIER, AZEMAR y UZIEL en 1972 y McLEOD en 1972 conciben aparatos automatizados más complejos que valoran más parámetros. En 1982 ADEMA y MONTSERRAT publicaron un método de olfato-rinomanometría, basado en el control rinomanométrico de los reflejos olfato-respiratorios producidos por estímulos olorosos (5).

3. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

3.1. Septoplastias

La preocupación por la función del septum nasal y las anomalías a que dan lugar sus deformidades ya se manifiestan en la segunda mitad del siglo XIX. En esta época RUPRECHT y ADAMS publicaron intervenciones quirúrgicas consistentes en fracturar el tabique desviado en varias partes y permitir que curase en la línea media, pero este procedimiento se acompañó de indeseables perforaciones septales. Debemos señalar los trabajos de ROE, INGALS y BOENNINGHAUS, quienes aportaron conceptos importantes en esta época (6).

En 1884, KRIEG demuestra que se puede realizar una resección parcial del cartílago septal que obstaculizaba el paso del aire, haciendo una incisión vertical al lado de la desviación y dejando íntegra la mucosa del lado contrario.

Sin embargo, KILLIAN, en 1904, tiene el mérito de difundir una técnica de resección sub-

mucosa del septum, que fue la primera que tuvo en cuenta que el tabique sostiene a la nariz externa y desempeña importantes funciones fisiológicas. Con Killian por tanto, comienza la cirugía funcional del septum nasal. Realizó una incisión paralela al borde caudal del tabique con despegamiento del mucopericondrio y mucoperiostio, con resección total del cartílago septal, vómer y partes de la lámina perpendicular del etmoides, conservando una tira de cartílago en el borde superoanterior y anteroinferior, para evitar la caída del dorso y de la punta nasal (fig. 2).

En el Congreso de Moscú, nuestro compatriota BOTEY expone su técnica, que es similar a la de Killian con una sola variante, por lo que esta intervención también se denomina operación de Killian-Botey. Entre los múltiples instrumentos diseñados por Botey destacamos su cuchillete para la sección del cartílago nasal (7).

En 1905, FREER desarrolló la misma técnica quirúrgica que Killian, sin embargo resecaba el

extremo caudal del tabique por no considerarlo esencial para sostener la punta de la nariz.

En este mismo año, BALLANGUER realiza la resección submucosa del tabique, que debería llamarse resección subpericóndrica y subperióstica del tabique.

YANKAUER, en el 1906, modifica el Killian. La diferencia radica en que una vez terminado el tiempo operatorio volvía sobre la incisión y despegaba entre la espina y la apertura piriforme hacia el suelo de la cavidad; a partir de este túnel inferior separaba más fácilmente la zona engrosada y desviada del pie.

Poco a poco fueron cambiando las técnicas de septoplastia con el paso del tiempo.

En 1927, HUET reseca el borde caudal del cartílago desviado y después lo reintroduce, utilizándolo como injerto columelar.

En 1929, METZEMBAUN, que para muchos autores es el iniciador de la cirugía funcional, preconiza una operación que se denominaría posteriormente, la «técnica de la puerta oscilante» para las dislocaciones del borde caudal del cartílago cuadrangular. Esta técnica ha sido modificada en 1944, conociéndose con el nombre de «Swinging Door» de CONVERSE o reposición del tabique de SELTZER, preconizado también por SENECHAL, GUILLEN, MONTSERRAT, entre otros. La técnica corrige la deformidad del *septum* eliminando un obstáculo al paso del aire por medio de unas maniobras que tienden a dejar la anatomía nasal en condiciones anatomofisiológicas normales.

Por esta época, DANGOULOFF describe la técnica que venía utilizando el profesor WOYACTHEK, que tenía cuatro variantes: 1. Movilización 2. Fijación vertical 3. Resecciones circulares 4. Resecciones parciales.

En 1936-1937, PER propone un Killian resecando el borde caudal desviado y reintroduciéndolo dentro de la columela suturándolo a la misma, para prevenir la retracción y hundimiento de la punta.

SALINGER hace una resección de la parte más desviada del septum cartilaginoso de forma triangular, con el vértice en el borde anterosuperior al dorso. Según dice el autor, esta técnica permite acortar la nariz. Si la resección es muy grande, introduce una tira de cartílago retrocolumelar.



Fig. 2.— G. Killian (1860-1921).

MALINIAC en 1940, preconiza la «Crosch Hatching operation». Es un emparrillado de tabique que consiste en una serie de condrotomías que se cruzan entre ellas a nivel de las partes más desviadas del *septum*.

Posteriormente GALLOWAY en 1946, THOMAS, ELSBACH y ZORZOLI al igual que PER reimplantan fragmentos del *septum* que fijan en la columela.

NEVEU no despega ningún mucopericondrio. Para movilizar el *septum* comienza por la incisión transfixiante, hace otra incisión vertical posterior y otra inferior a nivel del pie, respetando en todas pericondrio de un lado. Separa los dos cartílagos triangulares del *septum* a nivel de la unión septolateral, con lo que moviliza todo el *septum* anterior.

Siguiendo con el avance de la cirugía funcional del *septum*, tenemos que señalar a COTTLE que en 1948 perfecciona la septoplastia, en base a sus conceptos anatómicos y fisiológicos, evitando resecciones inútiles, con conservación y reconstrucción de las estructuras. Para ello realiza una incisión hemitransfixiante, despegamiento del plano mágico para exponer la espina nasal, creando varios túneles (inferiores, superoanteriores y posterosuperiores), realizando posteriormente una condrotomía inferior y otra posterior para movilizar el *septum*, resección de la parte desviada y reconstrucción.

En España destacan como introductores de la técnica de Cottle, MONTSERRAT, IGLESIAS CENDON y CAMPMAJO entre otros.

En cuanto a las maniobras de despegar los mucopericondrios, los procedimientos pueden ser varios: Desde ningún despegamiento como NEVEU, a uno sólo, como CONVERSE, que lo hace del lado cóncavo, o COTTLE, en el lado más convexo, y BECKER, que lo hace bilateralmente.

BROWN, COTTLE y SENECHAL cuando, después de una gran resección, el dorso y la punta caen, reintroducen unos fragmentos de *septum* en el propio dorso nasal para evitar hundimientos.

GUILLÉN desplaza un fragmento de la lámina perpendicular de etmoides o del tabique posterior no deformado hacia delante, con lo que reconstruye el *septum* anterior y evita la caída del dorso.

FOMON, en las desviaciones altas a nivel de la válvula, que, como sabemos, pueden dar gran

insuficiencia funcional, separa ambos mucopericondrios con unos túneles altos a nivel de la unión septolateral, corta esta unión y saca una lámina anteroposterior de *septum* deformado. La modela y la reintroduce nuevamente, suturando por medio de uno o dos puntos intranasales ambos mucopericondrios, el *septum* desplazado y los cartílagos laterales, con lo que reconstruye la unión septolateral. Pero tiene el inconveniente que pueden crearse sinequias de la mucosa a nivel de la válvula de gran importancia funcional si el despegamiento del mucopericondrio, tanto en el *septum* como en los cartílagos superiores, no ha sido cuidadoso. Esta misma técnica la realiza, a partir de una incisión transfixiante, descubriendo el dorso por encima de la unión septolateral. Por esta vía es más fácil y permite trabajar los cartílagos laterales con más facilidad. Si se debe resecar parte de ellos, como sucede en la técnica de Conserve («Swinging door»), este proceder del Fomon tiene el inconveniente de poder traumatizar la porción libre del borde interno del cartílago superior que constituye el labio externo de la válvula.

PLANAS hace una resección submucosa bien amplia, no reconstruyendo el *septum*, sólo el dorso y la columela con un injerto de cresta ilíaca moldeado, colocando la rama larga en el dorso y la corta en la columela.

Posteriormente en los años 60, se amplía el concepto de las septoplastias de Cottle al de «septorinoplastias», con el objetivo de aunar la corrección funcional y externa estética, al considerar las fosas nasales y la pirámide nasal una unidad anátomo-funcional.

Por último, recordar que se considera a JOSEPH (1904) el padre de la rinoplastia. RETHI en 1934 describió para la rinoplastia una incisión columelar transversal alta que no fue fácilmente aceptada. Sin embargo, en los últimos años un determinado número de cirujanos han manifestado su interés por el abordaje externo, que utilizan con frecuencia (8).

3.2. Cirugía nasosinusal

La cirugía nasosinusal nace en el siglo XVII con MOLINETTI, anatómico de Padua, que propuso en 1664 la apertura de los senos paranasales por su

cara inferior. Tuvieron que pasar casi dos siglos hasta que a finales del siglo XIX con los avances de los métodos e instrumentales de exploración ZUCKERKANDL (Viena) y MOURET (Montpellier) estudiaron la anatomía descriptiva y topográfica de las fosas nasales y senos paranasales, creando así las bases para el desarrollo de la cirugía.

En cirugía nasosinusal se han evidenciado dos claras tendencias que corresponden a su vía de abordaje y a las que nos referiremos por separado (9):

Las vías de abordaje externo

Las técnicas quirúrgicas de tratamiento de las sinusitis crónicas maxilares se deben a CALDWELL (1893) en New York y a LUC (1897) en París, que realizan un abordaje externo del seno maxilar. Caldwell publica en dicho año un ensayo sobre el tratamiento quirúrgico de los senos paranasales que todavía en la actualidad se practica en forma parecida a como él la describió, posteriormente Luc describe la misma técnica difundiéndola a nivel mundial (fig. 3).



Fig. 3.— H. Luc.

En los años 30 y gracias a la aparición de la anestesia local dichas intervenciones van siendo cada vez más frecuentes, destacando PIETRANTONI (1935) y ERMIRO DE LIMA (1936) con la etmoido-esfenoidectomía y frontotomía transmaxilar. Pietrantonio determina las relaciones anatómicas entre etmoides y maxilar, y ya señala que el etmoides es el seno más frecuentemente afectado. Al año siguiente Ermiro de Lima sistematiza la técnica y le da el nombre. La técnica básicamente se realiza mediante incisión del surco gingivolabial para poner al descubierto la cara anterior del maxilar superior, trepanación del seno maxilar por su cara anterior, despegamiento y extracción de la mucosa de dicho seno, vaciamiento del etmoides, apertura del seno esfenoidal, y apertura del piso frontal, contraabertura de la pared antronal a través del meato inferior y plastia de charnela inferior para que la mucosa nasal del meato inferior se extienda sobre el piso del seno, con el objeto de mantener una comunicación permanente.

OGSTON (1884) y LUC (1894) fueron los primeros en utilizar el abordaje externo en la cirugía del seno frontal y SCHONSORN (1894) es el primero en utilizar un colgajo osteoplástico. En 1898 REIDEL describe su técnica obliterativa. A partir de aquí se han descrito otras variantes de estas técnicas por KILLIAN en 1904 (conserva el reborde orbitario extirpando las paredes anterior e inferior del seno con amplio drenaje a la nariz); MARTIN (1905) discípulo de Laurens, habla del abordaje de los senos frontales por vía externa, haciendo un drenaje por vía septal, SIEBENMANN sigue esta técnica pero variando las incisiones.

LINCH en 1920 describe su técnica de etmoidectomía y resección del seno frontal. El abordaje por vía externa del laberinto etmoidal fue perfeccionado posteriormente en Francia por MOURE.

A mediados del siglo XX se redescubren las técnicas de osteoplastia frontal, debiéndose en primer lugar a BERGARA y TATO en nuestro país, a MACBETH en Inglaterra y a GOODALE y MONTGOMERY en Estados Unidos.

La cirugía de los senos esfenoidales ha quedado aparejada hasta hoy con los nombres de HAJEK, STENGER, RHESE, MOSHER, BALLENGER, HIRSCH y SEGURA.

En nuestro país, en el año 1951 destaca el profesor A. MARTÍN CALDERÍN que aplica un concepto funcional a la intervención de Ermiro de Lima, según este autor el fundamento de la intervención debe ser la ventilación y el drenaje del seno respetando la mucosa sana, excepto que existan lesiones irreversibles. La intervención se caracteriza por respetar la mucosa sinusal maxilar, extirpar las celdas etmoidales y hacer drenaje por meato medio e inferior. Eso tiene fundamento en su concepto etiopatogénico de las sinusopatías, que resume en que la constitución local de los senos depende de una serie de factores generales ignorados, de los que deriva la actividad funcional de la mucosa pituitaria.

Vías de abordaje endonasal

A finales del siglo XIX y coincidiendo con las vías de abordaje externo es donde tienen su origen las técnicas de abordaje endonasal, que dan lugar posteriormente a la cirugía endoscópica actual.

Son HARTMANN, LICHWITZ, SIEBENMANN, MICKULICZ, CLAQUÉ, SCÄEFFER y KILLIAN quienes preconizan el abordaje a través del meato medio e inferior de los senos paranasales, que son sistematizadas a principios del siglo XX por HALLE e INGALS. Pero dichas técnicas no tienen el éxito deseado, quedando prácticamente abandonadas en favor de las técnicas abiertas.

Es a principios de los años 50 cuando se comienza a utilizar el microscopio de oído en las intervenciones sinusales, concretamente HEERMANN en 1958, describe la técnica de microcirugía y abordaje endonasal. En España PRADES, comienza a utilizar el microscopio en 1968 aplicando la microcirugía endonasal a la cirugía del tabique, cornetes y posteriormente en cirugía del vidiano, junto a el destacan BOSCH y TOLOSA.

La introducción en la exploración clínica de los endoscopios de fibra óptica y de potentes fuentes de luz en la década de los 60, permite realizar estudios más precisos de la anatomía y la patología nasosinusal. Los iniciadores de la técnica endoscópica fueron MESSERKLINGER, el cual realizó un estudio sobre la fisiopatología

de los senos paranasales, TERRIER, DRAF y WIGAND, que abren paso de este modo a una nueva cirugía, la cirugía endoscópica (fig. 4).

Varios autores a finales de los años 80 comienzan a hacer cirugía endoscópica, destacando dos técnicas bien definidas, la de WIGAND en 1990 que trata radicalmente las lesiones y la de STAMMBERGER en 1991 cuya técnica es más conservadora. Los pasos a seguir, descritos por este último autor son: Infundibulotomía, etmoidectomía anterior, etmoidectomía posterior, esfenoidectomía, meatotomía media y apertura del receso frontal (10).

Este tipo de cirugía ha sufrido múltiples modificaciones desde entonces hasta nuestros días destacando actualmente en este campo otros autores por sus aportaciones personales, como son: FRIEDRICH (1986), KENNEDY (1986, 1987, 1988, 1992), RICE y SCHAEFER (1988), y en nuestro país el profesor SPREKELSEN, ADEMÁ, BERNAL-SPREKELSEN y MASSEGUR (1991), los cuales han importado y difundido las técnicas de cirugía endoscópica nasosinusal.

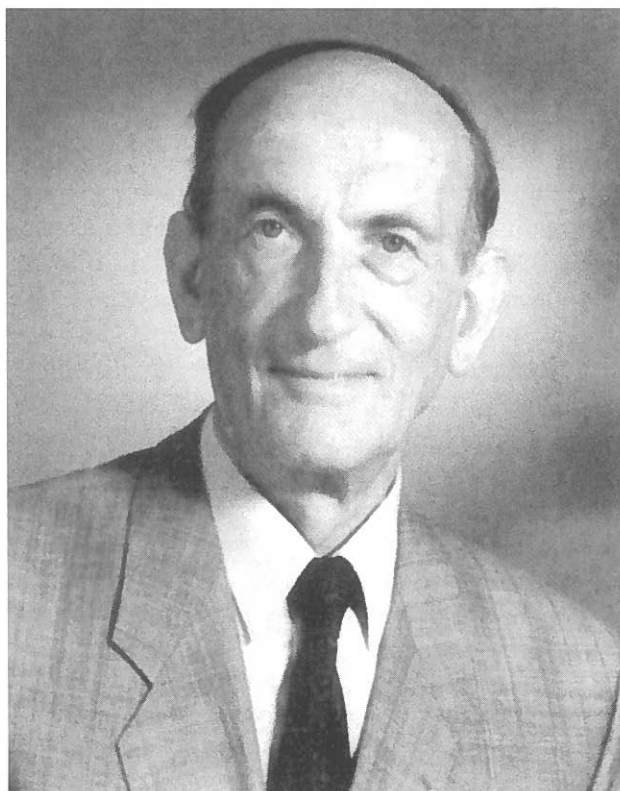


Fig. 4.— G. Terrier, Profesor Honorario de la Universidad de Lausanne.

Actualmente las indicaciones de la cirugía endonasal son múltiples y variadas: variaciones anatómicas, sinusitis, poliposis, tumores benignos, mucocelos, cuerpos extraños, barotraumatismos, atresia de coanas, epístaxis, cirugía de vías lacrimales y otras. Las tendencias en estos últimos quince años van encaminadas en este sentido, de tal modo que en el 95% de los casos, estas técnicas han sustituido a las clásicas de abordaje externo tipo Caldwell-Luc y Ermiro de Lima y a las etmoidectomías externas, con mejores resultados, menor traumatismo quirúrgico e incluso menor riesgo.

3.3. Tratamiento quirúrgico del S.A.O.S

Aunque la primera descripción de la apnea del sueño como síndrome fue en 1973 por GUILLEMINAULT y cols., ya IKEMATSU publicó en 1964 un procedimiento quirúrgico para corregir los ronquidos cuyos resultados tuvieron gran éxito. La primera intervención la realizó en 1952 que consistió en una «palatetectomía», siendo exitosa en el 81,6 por ciento de los casos.

En 1969, KHULO y cols. propusieron la «traqueostomía» para corregir la apnea obstructiva del sueño demostrando su eficacia en el tratamiento de los pacientes con SAOS.

En España, QUESADA y PERELLÓ en 1977, describieron su técnica de «resección parcial del paladar» para resolver el problema del ronquido, con un resultado en publicaciones posteriores del 100 por cien de éxitos, siendo de un 50 por cien en las apneas del sueño (11).

Posteriormente FUJITA en 1981, modificando el procedimiento de Ikematsu, describió la «uvulopalatofaringoplastia» (UPF), como alternativa a la traqueostomía, extirpando el tejido redundante faríngeo, el paladar blando y los pilares amigdalinos; los resultados obtenidos son muy interesantes, indicando que este procedimiento reduce significativamente la apnea del sueño en aquellos pacientes en que la obstrucción de la vía aérea es primariamente orofaríngea.

SIMMONS y cols. en 1983, propusieron la «palatofaringoplastia» que es muy similar al procedimiento de Fujita.

Desde entonces han surgido múltiples modificaciones a dicho procedimiento quirúrgico

como la de FAIRBANKS (1985) que trata de aumentar las dimensiones laterales de la orofaringe y evitar la estenosis nasofaríngea; KOOPMANN (1988) que realiza un punto de tracción a nivel de la parte cefálica del pilar posterior; MORAN (1987) que utiliza el electrocauterio para seccionar con lo que consigue además una buena hemostasia, extirpando también el palatogloso y el palatofaríngeo de ambos lados; la de PIQUÉ (1989) llamada «Z» uvulofaringoplastia y la de MINET (1992) que utiliza una técnica más sencilla y menos cruenta; O'LEARY (1991) y otros.

En la escuela parisina destacan CHOUARD (1986), PLERARD, CHABOLLE y MEYER que realizan lo que llaman «faringotomía» que consiste en la sección de todo el velo en su parte media y paramedia y escisión de los dos pilares conservando la mucosa del pilar posterior.

CRESTINU en 1991 propone como alternativa a la cirugía realizada hasta entonces la «resección intrapalatina», y TUCKER describe en 1993 su técnica denominada «faringoplastia transpalatina de avance de Tucker Woodson».

La utilización del láser CO₂ para el tratamiento de los casos no complicados de SAOS y roncopatas simples la inicia KAMANI en 1990 que realiza vaporizaciones repetidas del velo y los pilares. Posteriormente SÉQUERT en 1992 describe una técnica de uvulopalatofaringoplastia progresiva en varias sesiones con dos incisiones transfixiantes a ambos lados de la úvula vaporizándola luego. BLASSIN (1993) modifica esta última técnica haciendo incisiones radiales desde el borde libre al límite del paladar duro (12). En España A. del CAÑIZO ÁLVAREZ comienza a utilizar el láser CO₂ en 1997 para este tipo de cirugía.

Actualmente la cirugía ortognática es considerada como un tratamiento eficaz del SAOS; varias son las técnicas empleadas y conocidas como: 1) El «avance mandibular» cuya técnica más empleada es ella de DAL-PONT (1961) que es una modificación de la técnica inicial descrita por OBWEGESER; 2) «Avance geni»; 3) «avance geni con miotomía y suspensión hioidea» descrita en 1984 por RILEY y POWELL; 4) «Avance bimaxilar» publicado por WAITE en 1989, de cuya técnica RILEY (1990) presentó una modificación para los pacientes con normo-

oclusión. Actualmente se considera que es el tratamiento quirúrgico que con más fiabilidad aumenta el calibre de la vía aérea orofaríngea.

Otros tratamientos quirúrgicos que se realizan para tratar esta patología son: la «traqueotomía» con un 100% de éxitos que, como hemos referido anteriormente, fue indicada como tratamiento del SAOS por primera vez por KUHLO en 1969; como alternativa a la traqueotomía, HASAN y cols. en 1989 proponen la «minitraqueotomía»; la «glosectomía de la línea media con láser CO₂» fue utilizada para resolver el colapso hipofaríngeo, su precursor fue AFZELIOS en 1980 que realizó por vía endobucal una resección del triángulo medial de la parte posterior de la lengua móvil y de la parte adyacente de la base lingual; por último señalar la «gastroplastia» como una posibilidad más de tratamiento en estos enfermos (13).

En 1986, HANDLER y cols. exponen que la mayoría de las adenoamigdalectomías que realizan en niños son debidas a apneas obstructivas, a la vez que POTSIC y cols. refieren que la hiperplasia adenoamigdalare es la causa más frecuente de SAOS en la infancia.

3.4. Cirugía de base de cráneo

Con las nuevas tecnologías de imagen y la monitorización intraoperatorias se consigue extirpar lesiones que invaden estructuras de la base del cráneo cuyo origen asienta en las fosas nasales, senos paranasales y rinofaringe.

Las técnicas quirúrgicas para el abordaje de los tumores malignos del etmoides se pueden clasificar hoy en día en dos grupos:

1. Las «vías transfaciales», estudiadas por DOYLE (1968), SCHRAMM y MYERS (1979), CALCATERRA (1980), HARRISON (1982), SAMII y DRAF (1989), MERTZ (1983), LAWSON (1991) y GIL-CARCEDO (1992).
2. Las «vías con apertura craneofacial» o vías combinadas, descritas por primera vez por DANDY en 1941 para los tumores orbitarios. SMITH en 1954 describe por primera vez un abordaje craneofacial para la extirpación de un tumor etmoidal.

MALECKI en 1959 describe una vía de abordaje transcraneal y transfacial específicamente diseñada para la extirpación de la lámina cribosa del etmoides.

Posteriormente, múltiples han sido los autores que destacan en este campo aportando sus conocimientos y adecuando este tipo de técnicas a cada caso, entre ellos destacan: KETCHAN (1963), TESSIER (1967), DEROME (1972), SHAH (1977), BEBEAR, PORTMANN y RIEMAN (1979), JACKSON (1984), SEKHAR (1988, 1989, 1990 y 1993), SAMII (1989) y otros.

En 1820 se practica la primera «maxilectomía». Desde entonces numerosas técnicas se han ideado para el abordaje transfacial de la rinofaringe, seno esfenoidal, retropterigoides, espacio retromaxilar, suelo de la órbita, etc, para evitar producir grandes deformidades.

En la Ponencia de Cirugía de Base de Cráneo presentada en el Congreso Nacional del año 1993 cuyos ponentes fueron POCH BROTO, TRASERRA, GARCÍA-IBÁÑEZ, CLAROS y AVELLANEDA, se destaca la técnica de acceso transfacial al área retromaxilar ideada por el español HERNÁNDEZ ALTEMIR en 1983 (14).

El abordaje a la fosa pterigomaxilar fue iniciada por CARNOCHAN en 1858, para la neurectomía del v2 en las neuralgias del trigémino. La fosa pterigo-palatina es abordada por vía transmaxilar desde SEIFFERT (1928), para ligar la arteria maxilar interna en las epístaxis incoercibles. Posteriormente se ha efectuado por esta vía la sección del nervio vidiano, como tratamiento de las rinitis vasomotoras y de las poliposis naso-sinusales, técnica después abandonada. Otros autores que destacan en la realización de estas vías de abordaje son MONTGOMERY, GOLDING-WOOD, y en España MONTSERRAT, POCH y PRADES.

La patología de la fosa infratemporal, puede ser tratada por medio de abordajes transmaxilares; pero también por abordajes transmandibulares e incluso transpetrosos.

En 1910, HIRSCH, en Viena, propuso la apertura del seno esfenoidal, por vía endoseptal, para abordar los tumores hipofisarios. SPIESS, en 1913, llegaba al seno esfenoidal a

través de una resección submucosa de tabique. SEGURA perfeccionó esta técnica, reglándola, creando instrumentos adecuados, como su espátula y su separador, e introduciéndola en la práctica corriente. Entre los neurocirujanos, CUSHING le dio gran difusión, utilizando la vía sublabial. Con la introducción del microscopio operatorio, algunos cirujanos como HARDY, la preconizan como única vía de acceso a la silla turca.

3.5. Otros tratamientos quirúrgicos

La primera intervención quirúrgica para corregir la atresia coanal congénita en un recién nacido se atribuye a EMMERT en 1851, que realizó una perforación a través de las fosas nasales. Desde entonces, numerosos métodos se han descrito para realizar una técnica quirúrgica más segura bajo el control de la visión.

En los casos de atresia coanal bilateral, la vía endonasal o transnasal, redescrita por BEINFELD en 1954, es la más efectiva en el recién nacido. En los casos de atresia coanal unilateral existen dos tendencias quirúrgicas diferentes: La vía de abordaje transnasal con microscopio y la vía transpalatina descrita por Blair en 1931. Otra alternativa es la utilización del láser CO₂ por vía transnasal, publicada por primera vez en 1976 por HEALY, defendida de nuevo en 1992 por ROELLY en las reestenosis fibrosas, evitando así la vía transpalatina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ciges M, et al. Bosquejo histórico. En: Ciges M, et al. La infección en ORL. Madrid: Editorial Garsi; 1981. p. 7-20.
2. Meyerhoff WL. Fisiología de la nariz y de los senos paranasales. En: Paparella MM y Shumrich DA. Rinología. 2ª ed. Madrid: Editorial médica panamericana; 1991. p. 1-21.
3. Tolosa A. Introducción a la rinología. En: Bosch, Prades, Tolosa. Historia de la microcirugía endonasal. Madrid: Editorial Garsi; 1974.
4. Fabra JM. Rinomanometría informatizada. En: Ademá JM, Massegur H, Bernal M, Sprekelsen C. Cirugía endoscópica nasosinusal. Ponencia oficial de la XXXI reunión de la SEORL. Madrid: Editorial Garsi; 1994. p. 111-115.
5. Fabra JM, De Haro JM. Olfatometría. En: Ademá JM, Massegur H, Bernal M, Sprekelsen C. Cirugía endoscópica nasosinusal. Ponencia oficial de la XXXI reunión anual de la SEORL. Madrid: Editorial Garsi; 1994. p. 119-121.
6. Walter CD. El tabique nasal. En: Paparella MM, Shumrich DA. Rinología. 2ª ed. Madrid: Editorial médica panamericana; 1991. p. 211-236.
7. Montserrat JM. Técnicas de septoplastia. En: Rinoplastia funcional y sus bases anatómicas. Ponencia oficial del VII Congreso Nacional de la SEORL. Madrid: Editorial Garsi; 1969. p. 237-286.
8. Aiach G. Vía de abordaje externo transcolumelar. En: Aiach. Atlas de rinoplastia y de la vía de abordaje externo. Barcelona: Ediciones Masson; 1994. p. 13-20.
9. Sprekelsen C. Introducción. En: Ademá JM, Massegur H, Bernal M, Sprekelsen C. Cirugía endoscópica nasosinusal. Ponencia oficial de la XXXI reunión anual de la SEORL. Madrid: Editorial Garsi; 1974. p. 11-12.
10. Massegur H, Ademá JM. Procedimientos quirúrgicos. En: Ademá JM, Massegur H, Bernal M, Sprekelsen C. Cirugía endoscópica nasosinusal. Ponencia oficial de la XXXI reunión anual de la SEORL. Madrid: Editorial Garsi; 1994. p. 139-149.
11. Quesada P, et al. Síndrome de apnea obstructiva del sueño. En: Libro del año. Otorrinolaringología 1992. Madrid: SANED; 1993. p. 67-88.
12. Algaba J, Camacho JJ, Zulueta A, Abrego M, Castillo I. Recuerdo histórico del ronquido y de la apnea del sueño. En: Algaba J, Camacho JJ, Navarro JJ. VIII Reunión Anual de la Sociedad Vasca de Otorrinolaringología. El ronquido y la apnea del sueño. Barcelona: Ediciones JR Prous; 1994. p. 5-13.
13. Camacho JJ, et al. Otros tratamientos quirúrgicos. En: Algaba J, Camacho JJ, Navarro JJ. VIII Reunión Anual de la Sociedad Vasca de Otorrinolaringología. El ronquido y la apnea del sueño. Barcelona: Ediciones JR Prous; 1994. p. 151-157.
14. Traserra J. Rinotomía paralateronasal o vía transfacial. En: Poch Broto J, Traserra J, García-Ibáñez E, Clarós P, Avellaneda R. Cirugía de la base del cráneo. Ponencia oficial del XV Congreso nacional de la SEORL 1993. Madrid: Editorial Garsi; 1993. p. 127-134.

APORTACIONES DEL ACTA ORL ESPAÑOLA A LA RINOLOGÍA

C. de Juan Ivars
P. Avilés Mañoso
J. M. Martínez Salazar
J. Ramos Fernández

1. APORTACIÓN A LAS CIENCIAS BÁSICAS

En la revisión de los trabajos publicados en la revista de nuestra sociedad podemos destacar dos artículos que hacen referencia a la anatomía del área nasosinusal. Los publicados por:

– AZOY en 1953 en el que presenta su contribución al estudio embriológico del seno frontal (1).

– RODRÍGUEZ ADRADOS Y GARCÍA GARCÍA en 1966 que empleando contrastes hidrosolubles introducidos a través del seno maxilar constatan la penetración del mismo en el etmoides y en el seno frontal. Para ellos, estas permeaciones corresponden a los conductos etmoido-maxilar y fronto-etmoido-maxilar descritos en el año 1928 por nuestro compatriota VILAR FIOL, que según sus observaciones se encuentran en un 64 y 20% de los casos respectivamente. Sin embargo, Pulido refiere que no es tal conducto sino un canal, que corresponde al canal de la unciforme que en estos casos está casi cerrado por la proximidad de la bulla a la apófisis unciforme (2).

En las aportaciones al estudio histológico de fosas nasales y senos paranasales nos encontramos entre otras con las publicaciones de:

– CALDERÍN quién en 1950, nos habla de la unidad nasosinusal, también propugnada por AZOY en España. Modifica un método de LANDGRAFF para obtener muestras de mucosa

nasal para el estudio de los cilios. Colabora con CALVO ALFAGEME (histopatólogo del Instituto Cajal) (3).

– GALLEGO en los años 50, siguiendo estudios de Cajal estudia la zona olfatoria presentando varios artículos sobre la fisiología y electrofisiología de la olfacción. Estos trabajos los realiza en la Facultad de Medicina de Madrid (4).

Dentro del campo de la fisiología destacamos:

– AGUSTÍN DEL CAÑIZO en 1957 aporta una teoría personal sobre la función de los senos paranasales y celdas mastoideas (5): Atribuye una función de amortiguadores de presión a los senos paranasales, que actuarían como tales en caso de cambios de la misma.

– JAIME MARCO fue el encargado de realizar la ponencia de 1961 sobre la «fisiopatología de la olfacción». Introduce el concepto de olfacción hematógena central en 1951, siendo el primero en introducir esta técnica de investigación a nivel mundial: inyectaban sustancias odoríferas de modo intravenoso y provocaban sensaciones olfatorias en individuos normales, y se comprobaba que estimulaba el primer par craneal. Esto lo comparaba con individuos con patología nasosinusal. Otros autores de esta época lo rechazan, y proponen que, en realidad, no se perciben olores por vía hematógena, sino que las sustancias van por vía retrógrada desde sangre-pulmón-aire espirado-nariz (6).

– LÓPEZ DE LA TORRE en 1961 publica un estudio de la fisiología de la olfacción realizado en el gato en el que registra la actividad del bulbo y alocórtex bajo un influjo olfativo y hormonal (7).

– REDONDO PIZARRO en 1964 separa la cantidad de humedad que recibe el aire en su paso por la nariz y la faringe, concluye que la carga de vapor mayor se realiza en las fosas nasales (8).

– CAPELLA en 1971 llega a la conclusión de que la impermeabilidad del ostium no parece ser un factor decisivo en las sinusitis crónicas. Y que el hecho de que el número de casos con impermeabilidad no sobrepase del 50%, parece indicar que es necesario un tiempo más o menos largo para su implantación (9).

– NIETO CORTIJO y MARCO en Sevilla realizan un estudio en 1973, sobre la hiposmia de origen desconocido que se produce tras practicar una laringuectomía total. Se hace una revisión de la fisiología del olfato a lo largo de la historia, citando a R. BARTUAL (1957) y J. MARCO (1960). Estudian 21 casos de laringuotomizados y ocho enfermos de control con otras patologías mediante olfatometría y un estudio histológico de la mucosa nasal. Como resultados obtienen que se produce una atrofia de la mucosa nasal progresiva y como consecuencia la hiposmia (10).

2. APORTACIÓN A LA CLÍNICA

En las aportaciones a la clínica mencionaremos aquellas publicaciones que presentan casos clínicos expuestos por primera vez en nuestra revista; las que hacen referencia a datos históricos y las ponencias relacionadas con las fosas nasales y senos paranasales. Comprenderán que es imposible citar todos los trabajos publicados.

– VASSALLO DE MUMBERT (11) en 1951 presenta una monografía de tumores de cavum.

– RODRÍGUEZ ADRADOS publica en 1959 el primer caso de colesteatoma congénito de seno frontal en la literatura española (40 casos publicados en la bibliografía internacional) (12).

– BERMEJO CORREA coordina la Ponencia de 1959 sobre «tumores de fosas nasales y senos paranasales».

– MARAÑES en 1960 coordina la Ponencia sobre «Tumores malignos de fosas nasales y senos paranasales». Lo más novedoso que presenta es el tratamiento coadyuvante de estos tumores con radioterapia y quimioterapia. También las reparaciones postoperatorias y las prótesis. En cuanto a las vías de abordaje comenta que son tres: intranasal, bucal y facial. La más cómoda es la rinotomía lateral simple y ampliada. En 1958 surge la incisión oval de Huet. En 1946 Morrison empleo por primera vez el Cobalto 60 intracavitario para tumores de seno maxilar, nasofaringe y oído. En los artículos que acompañan a esta Ponencia hay varios autores que escriben sobre su experiencia en tumores de esta localización (13). Entre ellos mencionamos: García-Tapia, Videgáin, Antolí-Candela, Jiménez Quesada, Capella, Calderín, Bertrán.

– POCH-VIÑALS en 1961, reúne siete casos de osteomas «ETMOIDOSINUSALES», siendo el grupo más numeroso publicado a nivel nacional. Proponen una clasificación en fibromas osificantes, osteomas e hiperostosis. Opina que se deben operar los osteomas cercanos al ductus nasofrontal (14).

– MANZANETE (1963). El autor ha acuñado el nombre de bacteriotrofismo publicado en congresos anteriores. Los comensales bacterianos de la mucosa respiratoria se implantan en campos perfectamente delimitados. En este estudio han tipado las cepas en sus implantaciones biotróficas, es decir, según sea su localización en meato medio, inferior etc. (15).

– J. MARCO (1963). Es la primera vez que el autor diagnostica un caso de granuloma maligno, y es el tercer caso publicado en España. Piensa que las manifestaciones clínicas son desconocidas por un gran número de especialistas (16).

– SÁNCHEZ RODRÍGUEZ en 1963 expone un caso clínico de rara presentación, de granuloma maligno de línea media. Hasta entonces se han publicado unos 200 casos en la literatura mundial. El tratamiento es paliativo (17).

– TOMÁS TAMARGO presenta el primer caso publicado en España sobre sarcoidosis nasal, en 1963 (18).

– GARCÍA-TAPIA en 1965, realiza la Ponencia sobre traumatismos del seno frontal, también denominados «traumatismos frontobasales», realizando una exposición muy detallada de los mismos y de sus complicaciones (19).

– VERGES-LLARDENT en 1965 publican por primera vez en España un caso de simpatoma nasoparanasal, cuya frecuencia es excepcional (20).

– CALDERÍN y su equipo (Sacristan, La Rosa, Redondo Pizarro, Sancho Álvarez, Angoloti, Maraños) publican varios trabajos sobre la rinitis alérgica en los años 63 al 67. Hablan siempre de una constitución especial de cada paciente a sufrirla (21).

– IGLESIAS Y MONTSERRAT en 1967 presentan una comunicación cuyo objetivo es el estudio comparativo entre la permeabilidad ostial y los distintos tipos de sinusitis crónica encontradas en 78 senos estudiados. Aunque se reconoce que la estadística es escasa y que es necesario seguir la evolución de los enfermos durante más tiempo para poder hablar de resultados definitivos, no es menos cierto que los datos que ella suministra ponen de relieve que, al menos en su casuística, el papel del ostium no es decisivo ni para el diagnóstico ni para el pronóstico operatorio de las sinusitis crónicas (22).

– PORTELA DE VILLASANTE (1968) opera los quistes de retención y según su experiencia mejoran de la cefalea. Se expone en este trabajo el papel que desempeñan en la generación de las algias cráneo-faciales los quistes del seno maxilar y su tratamiento (23).

– SÁNCHEZ GARCÍA en 1968 presenta un trabajo sobre los mixomas aparecidos en la región nasoparanasal. Comenta que estos tumores son rarísimos y que no encontraron ningún caso en la literatura de mixomas por inclusión dentro del tumor de una pieza dentaria. El histopatólogo es el único que puede realizar un diagnóstico cierto. La evolución de estas neoplasias suele ser muy lenta y las recidivas *in situ* a veces frecuentes y repetidas, a pesar de una extirpación completa. Las metástasis regionales y a distancia son excepcionales. La única terapéutica efectiva es la quirúrgica mediante exéresis amplia y efectuada a cielo abierto (24).

– AZOY, TRASERRA y AVELLANEDA coordinan la Ponencia del año 1970 denominada «Cáncer de rinofaringe» (25).

– OTERO en 1971 presenta el primer caso publicado en España de sarcoma de Ewing de localización en el maxilar superior y el sexto en el mundo. Estudian y tratan a un niño de dos

años afecto de sarcoma de Ewing del macizo maxilar superior. Dos razones les mueven a esta publicación; primera, lo excepcional que es el tumor maligno en estas edades, y segunda y fundamental, su naturaleza histopatológica, ya que es un tumor propio de los huesos largos, y excepcionalmente lo encontramos en un hueso del cráneo o cara (26).

– VAL BERNAL (1974-75) presenta quizá el primer caso en nuestra revista de escleroma en una mujer española de localización exclusivamente nasal, muy rara en España. Se comenta la etiología (klebsiella rhinoscleromatis), sus estadios clínicos en la nariz y su extensión a otras localizaciones, la causa de muerte, la anatomía patológica, el diagnóstico diferencial y el tratamiento. Se describe el caso clínico en una mujer limpiadora en coches de viajeros en la Renfe. El autor hace una revisión bibliográfica (27).

– ALCOHOLADO LOZANO (1977) presenta un caso raro de neurinoma de fosa nasal. En 1954, J. F. MARTÍN, J. FEROLDI y F. CABANNE afirman que el número de casos conocidos por aquella fecha no pasaba de 15. Por otro lado, IWAMURA y cols., en 1972, revisan la literatura y encuentran siete casos en la cavidad nasal, cinco casos en el seno maxilar y, comprendiendo fosas nasales y etmoides, 33 casos (28).

– MARÍN en 1979 presenta en el acta el 2º caso de hemangiopericitoma en España. STOUT y MURRAY (1942) introdujeron el nombre de hemangiopericitoma. En España sólo existe publicado el caso presentado por PEREZ CARRETERO y cols. en 1976 (29).

– PÉREZ CARRETERO, POCH VIÑALS y cols. en 1981 publican el primer caso de adenoma pleomorfo del septum nasal en el Acta ORL.

– OLIVER, TOLOSA y cols. en 1981 presentan el primer caso publicado en España de un glioma intranasal.

– J. C. INFANTE SÁNCHEZ y cols. en 1983 publican el primer caso de origen español, no de otras regiones (India, México, trópicos, etc.) de rinosporidiosis nasal.

3. APORTACIONES A LA EXPLORACIÓN

En la revisión del acta hemos encontrado escasas publicaciones en lo que se refiere a la ex-

ploración de las fosas nasales y senos paranasales. Comentamos los siguientes trabajos:

– JIMÉNEZ CERVANTES propone en 1956 llamar «signo de Sánchez Rodríguez» al signo que al presionar un mucocelo frontal que sobresalga, se reduce sin que aparezca o aumente el pus por el meato medio contralateral; con esto asegura que hay una perforación de la pared posterior del seno frontal. Este autor revisa la literatura mundial y no lo encuentra descrito y propone llamarlo así pues Sánchez Rodríguez publicó un caso en 1932, comentándolo (30).

– CAPELLA en 1961 es quizá el primer autor que habló de olfatometría en el acta ORL (31).

– MONTSERRAT en 1975 presenta un trabajo en nuestra revista sobre un método de exploración de las resistencias nasales. Describe la rinomanometría y la rinodebitomanometría. Los autores concluyen que tanto por la coincidencia de los resultados hallados con otros autores como por las diferencias existentes entre sujetos sanos y sujetos patológicos, la R.D.M. es una exploración válida en la clínica y merece un puesto destacado en el diagnóstico y valoración de las insuficiencias respiratorias nasales (32).

– SÁNCHEZ VEGAZO y cols. en 1982 exponen su técnica personal modificada de Flottes para estudiar el seno maxilar mediante punción-lavado. Esta técnica se denomina ventilometría y ventilografía del seno maxilar. Realizan medición de presiones intrasinasales y efectúan la introducción de contraste para visualizar cómo es evacuado mediante control radiológico.

4. APORTACIONES AL TRATAMIENTO MÉDICO

Las publicaciones referentes al tratamiento médico las vamos a agrupar dependiendo de los distintos procesos patológicos a tratar. Así en el tratamiento de las sinusitis destacamos:

– ACIEGO DE MENDOZA (33) en 1949 describió el uso de los antibióticos para los lavados de los senos en el tratamiento de las sinusitis maxilares; empleó sulfamidas, junto con penicilina o estreptomina.

– GUIRADO publica en 1959 el empleo de los ultrasonidos para el tratamiento de las sinusitis maxilares (34).

– SÁNCHEZ GARCÍA en 1971 usan los aerosoles como tratamiento de elección en sinusitis, rinofaringitis, laringitis, traqueobronquitis o tubotimpanitis (35).

– BERTRÁN (36) en 1993 usa antibióticos parenterales (penicilina, sulfamida etc), coadyuvantes (vitaminas B,C), onda corta y vasoconstrictores y antihistamínicos, durante 3-4 semanas si no hay mejoría con las punciones u otros métodos quirúrgicos.

En el tratamiento de los pólipos nasales :

– JIMÉNEZ CERVANTES (1977): Ruskin en 1950 publica un trabajo sobre el tratamiento de los pólipos nasales con inyecciones intrasinasales de penicilina-procaína. Este autor lo prueba y obtiene muy malos resultados (37).

En el tratamiento de las epístaxis:

– REDONDO PIZARRO en 1966 comenta que dentro del grupo de las epístaxis esenciales se puede segregar un grupo especial en los que los valores de la urea estando dentro de los límites normales, son altos. Se ha observado que este tipo de individuos parecen tener un umbral bajo de tolerancia a la urea, aún para cifras que se consideran normales y que con tratamiento adecuado, como si fuese un hiperuricémico, remiten las epístaxis. Es posible que esta urea no sea más que un índice señalador de otra patología, como una función hepática defectuosa (38).

– LÓPEZ IBOR y cols. en 1984 presentan una amplia serie de 64 casos de epístaxis incoercibles tratados mediante embolización arterial (39).

En el tratamiento de las rinitis alérgicas:

– CALDERÍN en 1961 trata las rinitis alérgicas y el oca con hormonas masculinas (metilandrosteron). No obtiene buenos resultados (40).

– VARA Y ARNAO en 1974 realiza un estudio sobre el tratamiento, mediante infiltraciones de esteroides intratubinales, en 19 pacientes con rinitis alérgica. Se describen las características de las rinitis, la fisiopatología y su clasificación. Se presentan las características clínicas de los pacientes (claro predominio de rinitis bacteriana y polínica), la dosis de esteroides, la

exploración postratamiento y los resultados (excelentes o buenos en 14 casos). Concluyen señalando que dicho tratamiento es de utilidad en ciertas rinitis con intenso edema nasal crónico rebeldes a la medicación habitual, y en cualquier caso de rinitis con degeneración polipoidea de cornetes. Mencionan a GARCÍA IBÁÑEZ y TEATINI, quienes, con esta técnica obtienen resultados favorables en el 55% de los casos tratados por períodos superiores a 8 meses (41).

– CAMPMAJO en 1976 presenta la primera referencia al uso del cromoglicato disódico en el tratamiento de las rinitis alérgica (42).

En el tratamiento del angiofibroma juvenil:

– ÁLVAREZ PÉREZ en 1960 publica un artículo sobre el tratamiento con radio de un fibroma nasofaríngeo con muy buen resultado (43).

– PORTELA (1962) en Cádiz presenta un caso de angiofibroma. El tratamiento será quirúrgico. Dice que existe una relación entre la hipofisis y las gonadas, y para corregir el déficit gonadal, se pautó tratamiento con testosterona (44).

– ASIS ALONSO y cols. en 1970 presentan la vía paralateronasal como la vía de elección en el tratamiento quirúrgico de los angiofibromas porque da mayor visibilidad. Son partidarios, siempre que lo permita la edad del enfermo y previo estudio hormonal por un internista, de administrar testosterona como tratamiento en los angiofibromas reproducidos de pequeño tamaño (45).

– RAMA en 1984 presenta una aportación a la patogenia del fibroma nasofaríngeo juvenil. Su hipótesis personal se basa en la histología y en pruebas funcionales. Recomiendan tratamiento con testosterona en las recidivas o en la enfermedad residual; y estrógenos siempre en el preoperatorio durante 21 días (46).

Otras aportaciones al tratamiento médico son:

– VASSALLO DE MUMBERT (1949) (47) introdujo en España la aplicación intratubárica de rádium para el tratamiento de la patología de la trompa, dada a conocer por Proctor (1946) y Crowe (1948).

– SÁNCHEZ FERNÁNDEZ en 1965 presenta un trabajo sobre la utilidad de la vitamina A en la mucosa nasal (48).

– FERNÁNDEZ-VEGA en 1966, presenta una recopilación de 55 carcinomas de cavum diagnosticados en su Centro, con muy malos resultados mediante el tratamiento con radioterapia (49).

– F. ESCOLA Y MONTSERRAT-VILADIU en 1977 presentan su técnica de 30 ejercicios nasales para mejorar la respiración nasal clasificados en tres grupos de precalentamiento, flexibilización cartilaginosa y ejercicios pasivos y activos (50).

– BARCELÓ GOMINA (1981) aplica la ionoforesis en el tratamiento de las neuralgias del ganglio esfenopalatino. Esta técnica consiste en la aplicación de distintos fármacos llevados por corriente eléctrica al estado de iones más o menos difusibles (51).

5. APORTACIONES AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

En las aportaciones del acta ORL al tratamiento quirúrgico comenzamos por:

– BARTUAL en 1954 comunica la utilización de resinas acrílicas en las mutilaciones por ocena en nariz y cara, según técnica de Eyries. Presenta fotografías de reparaciones nasales por afectación del dorso y reposición de resinas acrílicas, las cuales son bien toleradas (52).

– POCH en 1954 propugna la vía transpalatina en el tratamiento de la atresia de coanas. Las ventajas de esta vía de abordaje serían: intervención bajo control de visión directa; menor número de recidivas; el respeto del colgajo mucoso que cubre la superficie cruenta. Presentan una casuística de 4 intervenciones con una recidiva. Fijan la edad mínima para la cirugía a los 4 años. Realizan una descripción mediante dibujos y radiologías de la técnica (53).

Entre los trabajos publicados en el campo del tratamiento quirúrgico, los más numerosos hacen referencia a la Cirugía nasosinusal, pudiendo observar la evolución en el tiempo de las técnicas quirúrgicas, desde las más radicales a las actuales más funcionales que constituyen las técnicas de cirugía endoscópica nasosinusal. Así mencionaremos a modo de ejemplo:

– CALDERÍN modifica el Cadwell-Luck y, en lugar de contraventana inferior, recomienda meatotomía media, pues es más fisiológico, en 1953. CALDERÍN y REDONDO PIZARRO describen por primera vez en 1957 la técnica de punción etmoidal, abordando etmoides por meato medio. Ambas con instrumental propio (54).

– REDONDO PIZARRO en 1959 expone algunos de los conceptos etiopatogénicos de las sinusopatías fundamento de la cirugía sinusal. Describe su variante quirúrgica que consiste en una variante de la etmoidectomía transmaxilar de CALDERÍN (que es a su vez, una variante de la técnica de ERMIRO DE LIMA). Redondo Pizarro, discípulo de Calderín, no realiza la meatotomía inferior, es decir, no realiza la contraventana, pues cree que por ella no se eliminan las secreciones, porque los cilios se mueven hacia el ostium del seno y, por el contrario, la contraventana permite el paso de las secreciones de la nariz al seno (55).

– ABELLÓ en 1961 explica en la técnica de Caldwell-Luc como dejar una charnela anterior para el cierre del orificio óseo y como realizar una contraabertura nasal. Para el autor se mejoran los resultados funcionales de esta técnica (56).

– DE LA PUERTA en 1962 hace una revisión de la cirugía vía externa del seno frontal. Emplea la técnica de UFFENORDE, modificada por TATO, obteniendo resultados definitivos (57).

– GOROSTIZA y LÓPEZ VIGURI en 1965 introducen una variante, sustituyendo la gasa de borde que se dejaban en el seno maxilar 24-48 horas, por la introducción de un tubo de polietileno colocado en el meato inferior, a través del cual realizan lavados, aspiraciones y pueden introducir antibióticos, corticoides y mucolíticos (58).

– ALARCOS en 1969 presenta dos casos de osteomas sinusales, el primero exclusivamente de localización etmoidal y el segundo, de gran extensión que ocupa ambos senos frontales. En ambos casos la exteriorización fue orbitaria. Resaltan la utilidad de la sutura de la polea del oblicuo mayor al periostio del ángulo superointerno de la órbita en los casos que por cirugía o evolución del osteoma haya afectado a la órbita y la gran trascendencia estética de las técnicas osteoplásticas del profesor Rodríguez Adrados (59).

– PRADES en 1970 publica su experiencia en el uso sistemático del microscopio en la cirugía nasal desde el año 1967, con buenos resultados y con la creación de instrumental necesario y adaptado, consiguiendo de esta cirugía poco accesible por el campo estrecho y profundo, una mayor precisión con el empleo del microscopio (60).

– BOSCH, PRADES y TOLOSA, en 1974 presentan y coordinan la Ponencia de dicho año, titulada «Historia de la Microcirugía Endonasal», que contiene un interesante recuerdo histórico sobre el desarrollo de la rinología.

– MARTÍNEZ VIDAL en 1975 presenta un trabajo sobre 23 enfermos tratados de poliposis nasosinusal a lo largo de cuatro años durante los que se realizaron 37 operaciones etmoidales. Se comenta brevemente la etiopatogenia de las sinusitis poliposas recidivantes y las exploraciones que los autores practican en estos casos. Así mismo se describe la técnica de etmoidectomía externa tal y como los autores la realizan, discutiendo las indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de las mismas (61).

– MAÑOS presenta en 1978 la Ponencia sobre «Cirugía de los senos paranasales».

– CASTRILLO RIOL y LÓPEZ MARTÍNEZ en 1979 describen un caso de mucocoele de seno maxilar operado, que fue seguido de ceguera unilaterial, descubierta a las dos horas de practicada la intervención, que fue catalogada como un síndrome de «robo de la oftálmica». No habiendo hallado en la búsqueda bibliográfica ningún caso descrito, pensaron que tenía verdadero interés su publicación (62).

– KADIRI, AGUIRRE VILACORO, VILLAR en 1982 presentan su técnica personal para el abordaje microquirúrgico endonasal del saco y conducto lagrimales.

– COROMINA ISERN en 1988 presentan una serie de 17 pacientes con papiloma invertido diagnosticados en su hospital entre 1977-1985. En dos de los mismos coexistía un carcinoma de células escamosas. El tratamiento quirúrgico consistió en un abordaje de las celdas etmoidales y el seno esfenoidal por vía intranasal en 10 pacientes y por rinotomía lateral en siete pacientes. En 13 pacientes se asoció la revisión del seno maxilar mediante técnica de Caldwell-Luc. La radioterapia se efectuó en tres casos (63).

– BERNAL SPREKELSEN, SPREKELSEN GASSO (1991). Se trata de la primera referencia a la técnica de cirugía endoscópica de senos paranasales. El autor presenta aspectos perioperatorios, anestésicos y de la propia técnica quirúrgica de las intervenciones endoscópicas (64).

– BERNAL SPREKELSEN, SPREKELSEN GASSO en 1991 presentan una alternativa a la técnica de cirugía endoscópica nasosinusal con óptica rígida. Exponen su técnica que denominan microcirugía combinada endonasal usando el microscopio quirúrgico y una óptica rígida de 25º o 30º como complemento para ver aquello que queda fuera del eje visual microscópico (65).

– POCH BROTO, TRASERRA, GARCÍA-IBÁÑEZ, CLAROS y AVELLANEDA elaboran en 1993 la Ponencia sobre «Cirugía de la base del cráneo». Realizan un repaso histórico interesante sobre la resección cráneo-facial, la cirugía del esfenoides y de la hipófisis y de la cirugía de cavum. Asimismo exponen de forma detallada las técnicas quirúrgicas más importantes existentes hasta entonces.

– ADEMA, MASSEGUR, BERNAL y SPREKELSEN en 1994 coordinan la Ponencia «Cirugía endoscópica nasosinusal», con la colaboración de otros autores entre los que destacan Montserrat y Fabra. Realizando una exposición clara y precisa de las bases de la cirugía endoscópica nasosinusal y sus aportaciones personales.

Otras publicaciones más recientes sobre cirugía endoscópica sinusal son:

- MATA, PINILLA y cols. en 1993-94.
- ADEMA y MASSEGUR en 1995.
- LLORENTE y SUAREZ en 1995.

De los artículos que contribuyen a la cirugía del septum y de la pirámide nasal citaremos entre otros:

– MONTSERRAT en 1964 presenta un estudio por separado de los resultados funcionales y estéticos de las rinoplastias (66). En 1967 presenta la técnica de push-down que había aprendido dos años antes, con sus resultados (67).

– PULIDO en 1968 hace la primera referencia del uso de sylastic en la nariz. Expone que recientemente han conocido un compuesto sintético, especie de caucho de siliconas, que se puede tallar a voluntad y que al parecer ha rea-

lizado con éxito las pruebas exigibles para utilizarlo como implante nasal con las debidas garantías. Nos referimos al material utilizado en América y conocido con la denominación comercial de Sylastic. Presenta un caso de traumatismo nasal con hundimiento y desviación de la nariz y arrancamiento de la raíz de la columela o subtabique cuya reconstrucción fue completada con sylastic modelado a la medida del defecto residual (68).

– MONTSERRAT VILADIU en 1969 dirige la Ponencia «Rinoplastia funcional y sus bases anatomo-físicas» donde expone la evolución histórica de las técnicas de septoplastia y rinoplastia (69).

– RODRÍGUEZ GÓMEZ en 1974 revisa las razones anatomoquirúrgicas y estéticas del por qué de una rinoplastia. Describe el tratamiento quirúrgico de la patología de la punta y dorso nasal. Detalla la técnica de Joseph, con los diferentes tipos de deformidades de la punta y la manera que tiene el autor de resolverlas (70).

– FERNÁNDEZ VIÑAS en 1976 publica su técnica personal de septoplastia. Realiza una revisión histórica citando a RICARDO BOTEY, quien describe una técnica semejante a la de KILLIAN; a GUILLÉN y MONTSERRAT como introductores de la técnica de «swinging door» o dislocación del borde caudal del tabique. Describe la técnica de septoplastia con sus modificaciones que emplea en casos de subluxaciones del cartílago: condrotomía horizontal del cartílago septal, con extirpación de deformidades y reposición del cartílago (71).

– GALINDO en 1992 publica el uso del botón septal en las perforaciones septales (72).

En algunas ocasiones las epístaxis precisan un tratamiento quirúrgico para su resolución como se recoge en estos trabajos:

– SUÁREZ GONZÁLEZ y SUÁREZ NIETO publican en 1971 la resección submucosa del tabique nasal como tratamiento de elección en epístaxis recidivantes. Según estos autores solo existía una referencia en la literatura mundial a este tratamiento y era de Dufourmentel en 1934 y también de Bruch en 1935 (73).

– CARRETERO (1974) presenta un estudio sobre 600 epístaxis en tres años; a 16 enfermos con epístaxis graves se realizó una ligadura de

la arteria maxilar interna como tratamiento. Se describe la vascularización de las fosas nasales, el diagnóstico de localización de la hemorragia y la técnica quirúrgica seguida (ligadura de la arteria maxilar vía Caldwell-Luc). Los autores concluyen exponiendo sus buenos resultados y consideran la ligadura de la arteria maxilar un tratamiento ideal en las epístaxis graves y recidivantes de zonas hemorrágicas provenientes de este pedículo arterial (74).

– ZORITA, BOSCH y cols. en 1982 presentan su técnica personal de abordaje endonasal mediante microcirugía de la arteria esfenopalatina en 17 casos de epístaxis grave. El abordaje es similar al de una neurectomía del vidiano, realizan un colgajo de mucosa, y llegan a la arteria que cauterizan o colocan un clip.

Durante ciertos años tuvo mucho auge la cirugía del nervio vidiano, hoy abandonada. De esos años señalamos las siguientes publicaciones:

– PRADES en 1976 presenta una nueva técnica quirúrgica para el abordaje endonasal de la fosa pterigomaxilar, bajo microscopio óptico, a través de la fosa nasal. Se señalan las indicaciones, se describe detalladamente la técnica quirúrgica. Se citan los inconvenientes y ventajas en base a la experiencia de los autores en 32 casos de neurectomía del vidiano (75).

– TOLOSA en 1977 describe una nueva técnica por vía endonasal microscópica (PRADES) para la neurotomía del nervio vidiano (76).

– POCH VIÑALS Y BROTO en 1977 publican la criocirugía endonasal del nervio vidiano. Presentan su experiencia en el tratamiento mediante la congelación del agujero esfenopalatino en 23 casos (77).

– OLIVERAS, DICENTA en 1977 presentan su experiencia en la neurotomía del nervio vidiano que ofrece unas amplias posibilidades de éxito en las rinitis vasomotoras y alérgicas rebeldes a todo tratamiento habitual, por lo que la consideran plenamente indicada en estos casos. Se trata de una buena solución en las algias por neuralgias esfenopalatinas y poliposis nasal recidivante (78).

– SOLABRE y BLAY en 1980 presentan su experiencia sobre la neurectomía del vidiano (79).

– KADIRI y cols. en 1981 revisan 815 abordajes para neurectomía del nervio vidiano realizados en cinco años para tratar rinitis vasomotoras y poliposis nasales recidivantes mediante la técnica de Prades. Refiere que tiene poca aceptación esta técnica por considerarse técnicamente difícil, pero ellos con el abordaje endonasal de Prades no lo encuentran difícil (80).

– CABALLERO en 1982 presenta un caso de ceguera consecutiva a neurectomía endonasal del nervio vidiano. Se hace una revisión bibliográfica y se discuten las posibles etiologías (81).

En cuanto al síndrome de apnea del sueño destacamos:

– QUESADA y PERELLÓ en 1979 publican en el acta ORL la primera cita sobre el síndrome de hipersomnia y respiración periódica (así denominado por ellos) y su tratamiento quirúrgico, la resección parcial del paladar. Esta técnica quirúrgica la iniciaron en 1974.

– LÓPEZ CASTANEIR en 1991 publica un trabajo sobre la uvulopalatofaringoplastia (82).

– DEL CAÑIZO ÁLVAREZ en 1997 usa el láser CO₂ en la uvulopalatofaringoplastia (83).

– QUESADA, PERELLÓ y LLORENTE son los encargados de realizar la Ponencia de la SEORL en 1998, denominada «Diagnóstico y Tratamiento de la Apnea del Sueño». En ella PERELLÓ, GALLETTI y ENCARNACIÓN exponen una exhaustiva y completa revisión histórica del OSAS desde el siglo XVIII.

Para finalizar señalamos dos artículos sobre el tratamiento de los angiofibromas juveniles:

– POCH VIÑALS presenta una estadística en 1958 de ocho casos de angiofibromas sangrantes juveniles en los que se explica minuciosamente la técnica utilizada, y se hacen consideraciones sobre las indicaciones, clínica y resultados obtenidos (84).

– BARTUAL PASTOR en 1969 revisa el problema de los fibromas nasofaríngeos. Refiere que la administración prolongada de estrógenos en la cobaya macho no conduce a cambios significativos en la mucosa nasofaríngea. Revisan seis casos, confirmados histológicamente considerando imprescindible la arteriografía selectiva de las carótidas externas e internas para el diagnóstico diferencial. El autor trata los fibro-

mas pequeños y poco sangrantes con CO 60 a dosis tumorales. En los tumores de mayor tamaño considera necesario el tratamiento con radioterapia o cobaltoterapia a dosis inflamatorias antes de la intervención. Para este autor la vía de abordaje de elección es la transpalatina de Wilson (85).

BIBLIOGRAFÍA

1. Azoy A. Contribución al estudio embriológico del seno frontal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1953; 1: 9-50.
2. Rodríguez Adrados F, García García B. Visualización del conducto fronto-etmoido-maxilar de VILAR FIOL con radiopacos hidrosolubles. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1966; 4: 84-86.
3. Calderín AM. Génesis de las sinusopatías. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1951; 3: 817-820.
4. Gallego DA. Electrofisiología de la olfacción. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1957; 7: 41-76.
5. Cañizo del A. Función de los senos paranasales y células mastoideas. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1957; 8: 265-270.
6. Teatini G, Pincini G. Consideraciones sobre el mecanismo de la olfacción hematógena. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1961; 12: 38-41.
7. López de la Torre M, Casares Cordoba L. Alteraciones producidas en la actividad bioeléctrica del aloctex por la acción hormonal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1961; 12: 172-190.
8. Redondo Pizarro F, Arcocha Muguerza A. Higroscopia del aire de la respiración en el trayecto rino-faríngeo. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1964; 15: 4 (42-46).
9. Capella G. La permeabilidad del ostium en relación con la anatomía patológica macroscópica de la sinusitis maxilar. *Acta otorrinolaringol Esp* 1971; 6: 43-50.
10. Nieto Cortijo JM. Estudio histofuncional en pacientes laringectomizados. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1973; 3: 33-38.
11. Vasallo de Mumbert. Estado actual de la fisiopatología de la trompa de Eustaquio. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1951; 2: 239-270.
12. Rodríguez Adrados F. Colesteatoma gigante del seno frontal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1959; 10: 19-21.
13. Maraños F. Tratamiento de los tumores malignos de las fosas nasales y senos paranasales. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1960; 1: 3-127.
14. Poch-Viñals R. Osteomas etmoidosinusales. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1961; 12: 17-59.
15. Manzanete JR. Bacteriotrofismo y antibiograma. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1963; 14: 2 (7-16).
16. Marco J, López de la Torre M, Montero E, Morera H. Granuloma maligno nasosinusal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1963; 14: 3 (7-39).
17. Sánchez Rodríguez A, Rodríguez Adrados F. Granuloma maligno mediofacial. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1963; 14: 6 (39-51).
18. Tamargo T. Sarcoidosis nasal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1963; 14: 6 (52-60).
19. García Tapia R. Traumatismos frontonasales. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1965; 5: 1-49.
20. March A, Verges-Llardent R. Un nuevo caso de simpatoma nasoparanasal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1965; 1: 84-86.
21. Calderín AM. Alergia rinosinusal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1967; 2: 85-130.
22. Iglesias Cendon J, Montserrat-Viladiu JM, Midon G. Estudio comparativo de la permeabilidad del ostium y las lesiones sinusales. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1967; 3: 6-11.
23. Portella de Villasante. Los quistes del seno maxilar como responsables de las manifestaciones neurológicas craneofaciales. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1968; 3: 45-50.
24. Sánchez García J. Mixomas nasosinusales. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1968; 5: 89-94.
25. Azoy A, Traserra J, Avellaneda R. Cáncer de Rinofaringe. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1970; 3: 1-307.
26. Otero Gómez-Quintero M, Salado Marín F. Sarcoma de Ewing de maxilar en un niño de dos años. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1971; 6: 111-122.
27. Val Bernal JF, De La Hoz R. Escleroma: Revisión y estudio de un caso. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1974; 3: 1-9.
28. Alcoholado A, Martín Rojas J. Neurinoma de fosas nasales: Aportación de un caso. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1977; 3: 53-57.
29. Marín JM, Ortiz A, Plaza L. Hemangiopericitoma nasal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1979; 30: 305-312.
30. Cervantes JJ. Sintomatología del mucocelo frontal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1956; 1: 77-98.
31. Capella G. Las unidades de olfacción en olfatometría. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1961; 12: 127-133.
32. Montserrat Viladiu JM. Valor clínico de rino-debitomometría. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1975; 2: 4 (25-40).
33. Aciego de Mendoza. Tratamiento de las sinusitis maxilares sobre drenaje permanente. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1949; 1: 445-448.
34. Bermejo Correa JM. Los tumores de las fosas nasales y antros paranasales. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1959; 10: 9-140.
35. Sánchez García J. Nuestra experiencia clínica en la aerosolterapia en los procesos morbosos otorrinolaringológicos. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1971; 2: 25-34.
36. Bertrán C. Tratamiento de las sinusitis agudas. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1952; 3: 817-820.
37. Jiménez Cervantes J. Sobre el tratamiento de la poliposis nasal por el método de Ruskin. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1952; 3: 141-144.
38. Redondo Pizarro F. Aportación a la etiología de las epistaxis. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1966; 2: 82-84.
39. López Ibor L, et al. La embolización en el tratamiento de las epistaxis incohercibles. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1984; 35: 279-283.
40. Calderín Jiménez AM. El metilandrosterndiol como medicamento base del tratamiento de la constitución nasosinusal desviada. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1961; 12: 120-126.
41. Vara de Campo J, Arnao Zaragoza F. Infiltraciones intratubinales de esteroides en rinopatías alérgicas. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1974; 1: 131-138.
42. Campmajo Tornabell A. Las rinitis alérgicas estacionales y su tratamiento con cromoglicato disódico. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1976; 2: 19-34.
43. Álvarez Pérez. Un caso de fibroma nasofaríngeo. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1960; 2: 17-19.
44. Portela de Villasante J. Aportación a la estadística de angiofibromas nasofaríngeos. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1962; 13: 2 (71-79).

45. Asís Alonso R, Molina E. Angiofibromas nasofaríngeos. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1970; 1: 1-6.
46. Rama J. Tratamiento hormonal del fibroma nasofaríngeo juvenil: Hipótesis patogénica. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1984; 35: 256-260.
47. Vasallo de Numbert. Estado actual de la fisiopatología de la trompa de Eustaquio. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1951; 2: 33-68.
48. Sánchez Fernández JM. Modificaciones histofuncionales y bioquímicas causadas por la vitamina A sobre la mucosa nasal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1965; 3: 89-119.
49. Fernández-Vega M. Cáncer de rinofaringe. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1966; 3: 65-80.
50. Escola F, Montserrat Viladiu JM. Valor de la musculatura nasal en la respiración. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1977; 2: 19-32.
51. Barceló Gomina. Ionoforesis en el tratamiento de las neuralgias del ganglio esfenopalatino. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1981; 32: 981-986.
52. Bartual, Bisier Vicente. Las resinas acrílicas en las correcciones estéticas. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1954; 3: 269-278.
53. Poch-Viñals, Ramos Calvo R. La vía transpalatina en el tratamiento de la atresia coanal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1954; 3: 375-408.
54. Calderín AM, Redondo Pizarro F. Hallazgos anatómicos etmoidales: Su importancia frente a la embriología. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1957; 8: 53-63.
55. Redondo Pizarro F. Nuestra variante a la etmoidectomía transmaxilar. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1959; 10: 23-28.
56. Abelló-Vila. El colgajo de charnela anterior en la cirugía del seno maxilar. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1961; 12: 93-97.
57. Puerta Ruiz JM, Cañizo Suárez C, Branco Nieves J, Casañas Quintero JA, García Lin C. La cirugía de la sinusitis frontal crónica en los enfermos reoperados. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1962; 13: 3 (96-104).
58. Gorostiza, López Viguri. Modificación o variante del método de Ermiro de Lima y Caldwell-Luc. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1965; 1: 71-75.
59. Alarcos Llorach A, García García B. Osteomas etmoidales y frontales. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1969; 6: 31-44.
60. Prades J, Bargues R. Microcirugía endonasal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1970; 5: 67-70.
61. Martínez Vidal A, Denia A, Cabezudo L. Las etmoidectomías externas. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1975; 2: 69-90.
62. Castrillo Riols R, López Martínez R. Sobre un caso de mucocoele de seno maxilar operado y seguido de ceguera unilateral debida al síndrome de «robo de la oftálmica». *Acta Otorrinolaringol Esp* 1979; 30: 305-312.
63. Coromina Isern J, Pera Ramón ME, Montserrat Viladiu JM. Papilomas invertidos nasosinuales. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1988; 39: 2 (89-93).
64. Bernal Sprekelsen M, Sprekelsen Gasso C. Cirugía endoscópica nasosinusal: Aspectos técnicos. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1991; 42: 4 (227-232).
65. Sprekelsen C, Bernal Sprekelsen M, Martínez Silla G. Técnica de la cirugía nasosinusal microscópica y endoscópica combinadas. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1991; 42: 5 (359-361).
66. Montserrat-Viladiu JM. Rinoplastias funcionales. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1964; 15: 4 (21-26).
67. Montserrat-Viladiu JM. El push-down en las deformidades de la nariz. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1967; 3: 39-48.
68. Pulido R. El sylastic en la cirugía reparadora nasal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1968; 5: 84-88.
69. Montserrat Viladiu JM. Rinoplastia funcional y sus bases anatómicas. Ponencia oficial del VII Congreso Nacional de ORL 1969.
70. Rodríguez Gómez. La cirugía de la punta nasal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1974; 6: 105-118.
71. Fernández Vichas S, Martín Mendizabal JM. Técnica personal de septoplastia. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1976; 6: 85-100.
72. Galindo N, Ortega del Álamo P, Delgado-Ureña MP. El botón septal: Una alternativa a la cirugía reparadora de las perforaciones septales. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1992; 43: 2 (102-104).
73. Suárez González C, Suárez Nieto C. Tratamiento quirúrgico de las epistaxis recidivantes. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1971; 2: 39-44.
74. Carretero P, Rodríguez Gómez. Ligadura de la arteria maxilar interna en las epistaxis. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1974; 2: 5-14.
75. Prades J, Tolosa A, Schmidt R. Abordaje endonasal de la fosa pterigomaxilar. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1976; 2: 83-94.
76. Tolosa Isern A. Microcirugía de la pared externa de la fosa nasal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1977; 3: 179-188.
77. Poch Viñals, Poch Broto J. Criocirugía endonasal del nervio vidiano. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1977; 5: 105-114.
78. Oliveras J, Dicenta M, Gil E. Resultados de la neurectomía del vidiano. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1977; 5: 179-184.
79. Solabre M, Blay L. La neurectomía del nervio vidiano por vía endonasal: Experiencia personal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1980; 31: 191-198.
80. Kadiri M, et al. Abordaje endonasal de la fosa pterigomaxilar: Resultados y complicaciones. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1981; 32: 942-946.
81. Caballero Presencia A, De la Cierva Benito MS. Un caso de ceguera unilateral como complicación de la neurectomía del nervio vidiano por vía endonasal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1982; 33: 737-740.
82. López Castañer Y, Barrios J, García Díaz J, Huwaidi M. Uvulopalatofaringoplastia en el síndrome de apnea obstructiva del sueño. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1991; 42: 1 (141-144).
83. Del Cañizo Álvarez A. Tratamiento de la rinosinopatía crónica con láser CO₂ (LAUP). *Acta Otorrinolaringol Esp* 1997; 48: 2 (121-125).
84. Poch-Viñals, Martínez García M. Fibromas duros nasofaríngeos sangrantes juveniles. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1958; 9: 41-44.
85. Bartual Pastor J. Fibromas nasofaríngeos: Aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1969; 6: 101-131.

HISTORIA Y DESARROLLO DE LA OTONEUROLOGÍA 1936-1999

J. Ramos Fernández

J. M. Martínez Salazar

J. J. López Moya

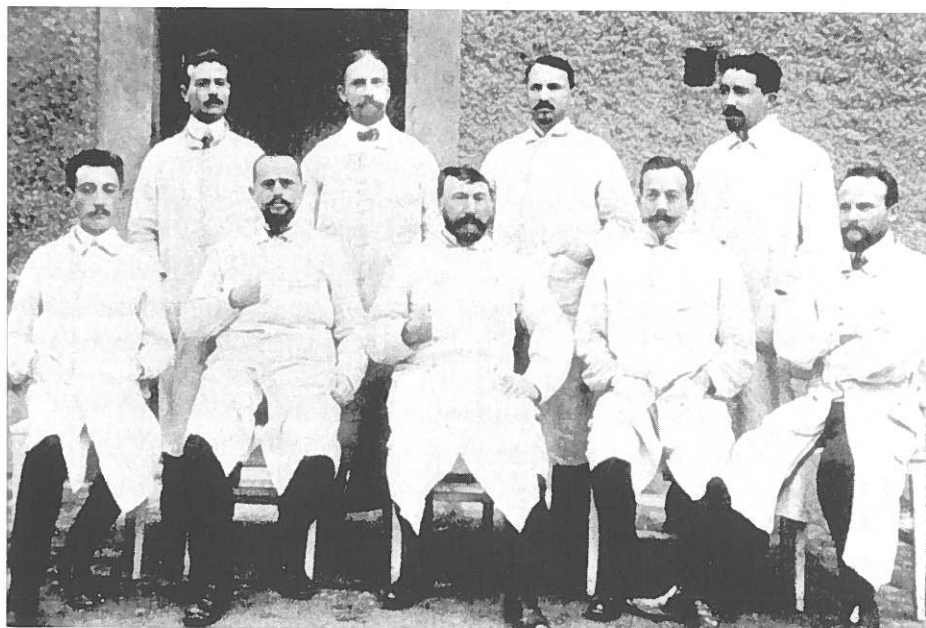
C. Pescador Mesonero

Hemos intentado desarrollar la historia de la otoneurología, hija de la otología y emparentada con otras especialidades como la neurología y la neurocirugía, que ha ido adquiriendo gran auge dentro de la ORL a partir de las últimas décadas. Nos hemos centrado fundamentalmente en la historia de la otoneurología de nuestro siglo, haciendo referencias a nuestro país siempre que ha sido posible. Después del preámbulo con antecedentes históricos, nos ha parecido adecuado dividir el tema en cuatro apartados: ciencias básicas y

etiopatogenia, clínica y exploración, tratamiento médico y tratamiento quirúrgico.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La otoneurología nace como una subespecialidad de la otología, la cual comienza su andadura en el siglo XIX con ITARD, director del Instituto de Sordomudos de París, al cual sucedió MÉNIÈRE, pionero de la patología vestibular. En Londres desarrollan su actividad los otó-



El otólogo vienés A. Politzer rodeado por sus alumnos en la entrada de la clínica en 1905.

logos TOYNBEE y WILDE. A finales del siglo XIX el pionero en España es ARIZA. Ya a principios de este siglo la escuela de Viena dirigida por POLITZER se convirtió en el centro de la especialidad. Su discípulo BARANY consiguió el premio Nobel de Medicina por sus trabajos sobre el sistema vestibular, transformando la laberintología en otoneurología. En la primera mitad de este siglo destacan las aportaciones de los neurocirujanos CUSHING y DANDY que inician y perfeccionan la cirugía del ángulo pontocerebeloso. A partir de los años 50 se introduce el microscopio quirúrgico, con lo que se desarrolló considerablemente la otología, la cirugía funcional del oído y del nervio facial y la moderna otoneurocirugía de la mano de William HOUSE.

En España ha habido grandes contribuciones a la otoneurología, de las que deseamos destacar las Ponencias Oficiales de la SEORL realizadas en este campo. En 1949, año de la fundación de nuestra Sociedad, se encarga la primera Ponencia Oficial dedicada a la otoneurología al Profesor AZOY (1). POCH VIÑALS dirige en 1957 la ponencia sobre «Exploración audiológica» (2). En 1961 NÚÑEZ PÉREZ dirige la Ponencia del «Nervio facial» (3) y el año siguiente SAN JUAN dirige la de «Prótesis auditivas» (4). En 1972 F. ANTOLÍ-CANDELA dirige la titulada «Audiocirugía de las otorreas y sus secuelas» (5). En 1973 L. GARCÍA IBÁÑEZ y sus dos hijos J. L. y E. GARCÍA IBÁÑEZ llevan a cabo la Ponencia «Cirugía del conducto auditivo interno» (6). En 1983 BARAJAS PRAT dirige la Ponencia «Potenciales evocados» (7) y en 1984 LÓPEZ AGUADO y QUESADA MARÍN dirigen la de «Parálisis facial periférica» (8). En 1990 E. GARCÍA IBÁÑEZ y M. BENITO LÓPEZ dirigen la Ponencia «Implantes Cocleares» (9). En el año 1992 GIL-CARCEDO dirige la Ponencia «El abordaje en el tratamiento quirúrgico de los tumores de cabeza y cuello» con varios capítulos dedicados a los tumores del ángulo pontocerebeloso (10). Finalmente en 1993 POCH BROTO, TRASERRA, GARCÍA IBÁÑEZ, CLAROS y AVELLANEDA dirigen la Ponencia «Cirugía de la base del cráneo» (11). Muchas de las contribuciones españolas figuran con mayor detalle y con su referencia bibliográfica en otro capítulo de esta obra (12).

2. CIENCIAS BÁSICAS Y ETIOPATOGENIA

2.1. Patología vestibular

2.1.1. Ciencias básicas

2.1.1.1. Anatomía e histología vestibular

COTUGNOS de Nápoles describió en 1795 la anatomía del aparato vestibular. El órgano de la audición fue descrito en 1854 por CORTI en Würzburg (13).

Las primeras observaciones histológicas sobre el epitelio sensorial del laberinto posterior se remontan a la segunda mitad del siglo XIX: SCHULT (1858), RETZIUS (1884) y HASSE (1867). Estos estudios fueron completados por WERSALL (1956) que describe el epitelio sensorial de los conductos semicirculares y por SMITH que estudia la mácula del utrículo. CAJAL, a principios de siglo (1903), demuestra la existencia en el ganglio de Escarpa de fibras exógenas en contacto sináptico con las células ganglionares. LORENTE DE NO (1926), describe unas fibras muy delgadas de curso tortuoso que terminan adosadas a los vasos del caracol, que se separan del nervio coclear al llegar al ganglio espiral. RASMUSSEN (1946) describió por primera vez el sistema eferente coclear. RASMUSSEN y GACEK (1958) fueron los primeros en demostrar la existencia del sistema eferente vestibular (haz olivo-coclear de Rasmussen). Los primeros que observan las células sensoriales con microscopía electrónica distinguiendo dos tipos fueron PIETRANTONI e IURATO (1964).

La presentación del primer caso de neurinoma en cadáver fue de SANDIFORT (1777) y el primero que lo denominó «neurinoma» fue TOYNBEE (1853). Otros tumores del ángulo ponto-cerebeloso (APC) que se fueron describiendo fueron un meningioma de conducto auditivo interno (CAI) (VIRCHOW), un aneurisma basilar en CAI (GRIESINGER), etc. El primero en establecer que los neurinomas derivaban de las células de Schwann fue VEROYAY en 1910. Desde el punto de vista histológico tuvo gran importancia la clasificación que hizo ANTONI en 1920 distinguiendo entre neurinoma tipo A (fibrilar, denso o en empalizada) y el tipo B (reticular o quístico) (14).

En España (12) MARCO CLEMENTE y LÓPEZ DE LA TORRE (1960) estudian los núcleos vestibulares y POCH VIÑALS y MITJAVILA las áreas corticales vestibulares. GIL LOYZAGA y POCH BROTO investigan sobre ciencias básicas especialmente del oído durante la segunda mitad de la década de los años 80. J. MARCO Y HONRUBIA (1991) publican varios trabajos sobre vías vestibulares y auditivas a principios de la década de los 90.

2.1.1.2. Fisiología vestibular

En el siglo XIX se comienza su estudio. FLOURENS en 1842 fue el primero en desvelar la función del aparato vestibular, realizando experiencias acústicas en palomos, observando que la sección o destrucción de los canales semicirculares conducía a una serie de movimientos anormales. En 1870 GOLZ describe el sentido del equilibrio basándose en los trabajos de CO-TUGNOS (13). Posteriormente CLAUDE BERNARD lo sistematizó en 1876, sentando las bases de la fisiología vestibular, en la memoria presentada en la Academia de Ciencias de París titulada «Les organes périphériques du sens de l'espace». Las conclusiones de esta memoria eran: los canales semicirculares son los órganos periféricos del sentido del equilibrio y su excitación produce una serie de sensaciones cuyo resultado es la percepción de las tres dimensiones del espacio; gracias a estas sensaciones se forma un espacio ideal interior en nuestro SNC, al que son referidas todas las demás informaciones sensoriales, fundamentalmente visuales y táctiles, lo que permite la localización en el espacio; el VIII par tiene dos ramas coclear y vestibular. Más tarde, MACH y BREUER son los primeros en estudiar la función del aparato canalicular y observaron que cada canal semicircular membranoso forma con su ampolla y el utrículo un canal cerrado lleno de endolinfa. El siguiente progreso fue de EWALD, que pudo establecer sus leyes gracias a un experimento en palomos: colocó un trozo de plomo a través de una brecha que hacía en el canal semicircular óseo, por delante de esta brecha abrió una nueva ventana próxima a la ampolla, adaptando un pistón que le permitía aspirar o inyectar en el espacio perilinfático (15).

FISIOLOGÍA DE LA ENDOLINFA (16): En 1851 CORTI pensando en la riqueza vascular y celular de la *stria vascularis* le atribuye las propiedades secretoras de la endolinfa, sin embargo, esta opinión no es compartida por todos los autores. La circulación y reabsorción de la endolinfa es también motivo de discusión y polémica. GUILD en 1927 y posteriormente WEILLE, PALMER, JOKO e IRVIN, valiéndose de elementos de peso molecular diferente (azul tripan y tinta china) llegan a la conclusión de que la endolinfa es formada por la *stria vascularis* del canal coclear y circula por el canal endolinfático hasta el saco del mismo nombre. En el saco endolinfático el laberinto membranoso posee una estructura epitelial particular (*pars intermedia*) que permite que la endolinfa pase a su través en busca de la zona areolar subyacente, donde es reabsorbida. HALL-PIKE sostiene que a nivel del saco endolinfático la endolinfa es reabsorbida, previa dilución. ANDERSEN piensa que el proceso de reabsorción debe ser más complejo y no está bien aclarado. Por otro lado, BORGHESEN piensa que la endolinfa formada en la *stria vascularis* es transportada hacia el canal coclear, donde las células de Deiters la dirigen hacia las células acústicas externas, desde aquí a través de los túneles de Nuel y de Corti, vuelve hacia la bandeleta sillonada, donde es reabsorbida. En caso de hydrops, la endolinfa produciría, no una deformación de la membrana tectoria, como pensaba MYGIND (lo que explicaría el reclutamiento), sino un aumento de la impedancia alterando las conexiones del resonador acústico constituido por los flagelos de las células ciliadas, que funcionalmente es el elemento de transición entre el sistema de conducción y el aparato de percepción del sonido (17).

En España (10), LORENTE DE NO, estudiando el reflejo vestibulo-ocular, fue el primero en confirmar experimentalmente el descubrimiento clínico de BARANY de que el ritmo del nistagmo es establecido en las masas de neuronas de la médula oblongada y del cerebro medio, lo que revolucionó las teorías fisiológicas sobre el arco reflejo neuronal. FERNANDEZ-PEON estudia la fatiga y la adaptación estimulación vestibular (18). LLANEZA (1953) publica un artículo sobre la física de la mecánica laberíntica y del hidrops endolinfático. MARCO CLEMENTE describe las lesiones de la estreptomycinosis en el

ratón utilizando corriente galvánica. ALEMAN CABALLERO (1964) estudia los problemas del equilibrio en la medicina aeronáutica. CÉSAR GAVILÁN (1965) realiza un estudio experimental en el cobaya, con ultrasonidos para anulación selectiva del laberinto posterior. INFANTE SÁNCHEZ y RODRÍGUEZ ADRADOS experimentan en cobaya un tratamiento de la enfermedad Ménière mediante inducción osmótica.

2.1.2. Etiopatogenia del vértigo periférico

2.1.2.1. Enfermedad de Ménière

Prosper MÉNIÈRE describió la enfermedad que lleva su nombre en 1861 en una paciente con hipoacusia, acúfenos y vértigo, en la que tuvo la oportunidad de realizar una necropsia a los cinco días por fallecimiento de la misma, la cual reveló una hemorragia laberíntica, ocupando los canales semicirculares y el vestíbulo sin afectar la cóclea, con una ausencia de lesiones cerebrales. Aunque hoy en día no se admite como causa común de la enfermedad de Ménière, su gran contribución fue probar que los síntomas no se debían a una causa cerebral, tal y como se creía en esa época.

CAWTHORNE y HEWLETT en 1954 disponen de una serie de 900 pacientes con enferme-

dad de Ménière de un total de 3.166 vértigos (clasifican como periféricos 2.391, como centrales 367 y no etiquetables 358) (19). JONGKEES en 1983 distingue entre síndrome de Ménière, en el cual existe causa conocida como por ejemplo lúes, y enfermedad de Ménière, idiopática.

ESTUDIOS HISTOPATOLÓGICOS (16): KNAPP fue el primero en sugerir como causa del Ménière un aumento de presión en el laberinto similar al glaucoma. Basado en ello PORTMANN en 1926 lo denomina «aural glaucoma» y practica la primera descompresión del saco endolinfático. GUILD (1927) demuestra el flujo de endolinfa hacia el saco endolinfático en cobayo. Los primeros que demostraron en el hombre la hipótesis de que se trataba de una hipertensión o hidropesía endolinfática fueron HALLPIKE y CAIRNS en 1938, que demostraron dilatación del sistema endolinfático en los temporales de dos enfermos de vértigo de Ménière que fallecieron como complicación de una sección del VIII par. La descripción fue la siguiente: «Dilatación del sáculo y del canal coclear; el utrículo, con paredes más resistentes, no ofrecía tantas lesiones; la membrana de Reissner tenía un gran número de plegamientos, indicio de la gran distensión sufrida en la escala media; el saco endolinfático estaba ocupado por una sustancia rojiza, y los autores remarcan la abundancia de tejido conjuntivo a este nivel; ausencia de lesiones a lo largo del VIII par; en el órgano de Corti y crestas ampulares constatan la aparición de degeneraciones parciales, que atribuyen a alteraciones post-mortem». Los autores insisten en la ausencia de lesiones de tipo inflamatorio, como las que se encuentran, por ejemplo, en las aracnoiditis (16). Más tarde otros autores ratifican y confirman estos hallazgos. YAMAKAWA (1941) aporta como novedad la presencia de unas concreciones mal definidas (en estría vascular, acueducto del caracol y conducto auditivo interno) y una masa coloidea que ocupa el saco endolinfático, encontrando indemnes los ganglios espiral y de Scarpa, así como los epitelios neuro-sensoriales del órgano de Corti y de las crestas ampulares. ALTMANN y FOWLER (1943) encuentran fibrosis perisacular. LINDSAY (1947) demostró que la ablación del saco endolinfático en monos no provocaba la aparición de síntomas menieri-formes, lo cual permitió concluir que el princi-



P. Ménière, otólogo parisino del siglo XIX.

pal factor era un exceso de la producción de líquido endolinfático, que en definitiva ocasionaba un estado de «hidrops endolinfático», término creado por WILLIAMS (1955) (20). Por último, una legión de autores (BRUNNER, MYGIND, DEDERDING, FURNSTENBERG, VDEBECH, etc.) ha corroborado todo cuanto antecede. Recientemente, en estudios de grandes series de huesos temporales se han obtenido hallazgos histológicos de enfermedad de Ménière que consisten en hidropesía endolinfática de la rampa media del órgano de Corti y del órgano otolítico (ANTOLÍCANDELA 1976, FRAYSSE 1980 y PAPARELLA 1984). Otros hallazgos son hipoplasia del acueducto vestibular (SANDO e IKEDA 1984), disminución de neumatización alrededor de dicho acueducto y la eminencia arcuata (STAHL 1983), seno lateral procidente que podría alterar la reabsorción de la endolinfa y osteogénesis y fibrosis alrededor del saco endolinfático en enfermos revisados después de ser operados de descompresión (PAPARELLA 1989), etc.

TEORÍAS FISIOPATOLÓGICAS (16): SCHUKNECHT (1968) habla de rupturas membranosas durante los ataques agudos. VOSTEEN y MORGENTERN (1986) postulan que la alteración del equilibrio iónico entre la producción y la reabsorción de la endolinfa es un fenómeno primario a la hidropesía. TONNDORF (1968, 1983) opina que el hidrops produce una alteración de la mecánica cocleo-vestibular. KIMURO en 1980 produce un hidrops experimental obliterando el conducto de Hensen. En síntesis, aunque la causa más probable es la malabsorción de la endolinfa en el conducto y el saco endolinfático, también la producción excesiva puede desempeñar un papel.

OTRAS TEORÍAS ETIOLÓGICAS (16): La herencia puede predisponer en al menos el 20% de los pacientes (PAPARELLA 1985). La otitis media crónica (PAPARELLA 1979) y modelos animales (KIMURA 1982). La asociación con la otosclerosis en pacientes con hipoacusia neurosensorial fluctuante asociado a sensación de presión en oído, podría deberse a focos otoscleróticos que alteran la reabsorción de la endolinfa (PAPARELLA 1966, McCABE 1966, etc.). Traumatismos que lesionan las células que absorben la endolinfa (PAPARELLA y MANCINE 1983). La sífilis, padecida por un 7% de enfer-

mos de Ménière (PULEC 1972), además el 38% de casos con sífilis congénita padecen de vértigo (KARMODY y SCHUKNECHT 1966). Causas alérgicas fueron postuladas por DUKE en 1923, actualizado por HORTON, CROWE, ENDICOTT y STUCKER (1977). McCABE en 1979 comunica por vez primera la asociación con enfermedades autoinmunes. WILLIAMS propone disfunción del sistema autónomo, etc.

2.1.2.2. Otros vértigos periféricos (16)

VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO (VPPB) (21): PREBER en 1957 ya describe casos de origen postraumático. BASSER (1964) propugna la isquemia transitoria del sistema vestibular central como causa del vértigo paroxístico benigno de la infancia. SCHUKNECHT en 1969 postula la teoría etiopatogénica de la cupulolitiasis. En 1979 HALL introduce la teoría de la canalitiasis, perfeccionada en 1992 por PARNES. Estas dos últimas teorías son las admitidas hoy día para la mayor parte de casos de VPPB. JANNETTA (1984) y MOLLER (1986) describen el mecanismo de la compresión vascular del ángulo pontocerebeloso para el denominado «vértigo paroxístico discapacitante». En la actualidad los autores que más aportaciones hacen sobre el tema son HERDMAN, BALOH y HONRUBIA.

NEURONITIS VESTIBULAR: En 1981 ADOUR postula el mecanismo de la polineuritis viral (demuestra alteraciones asociadas de varios pares craneales) y SCHUKNECHT y KITAMURA opinan que el virus podría ser el herpes zóster, posteriormente ANTTINEN (1983) encuentra en más de la tercera parte de los casos antecedente de infección vírica previa.

OTROS: En 1971 GOODHILL describe la fistula perilinfática por rotura de las ventanas oval y/o redonda debido a un aumento de la presión del líquido del oído interno o del LCR. ANNIKO (1993) estudia el presbivértigo demostrando lesiones en las células ciliadas vestibulares, de modo paralelo a como la presbiacusia afecta a la cóclea.

En España (12), POCH VIÑALS tiene publicaciones acerca de la neuritis del VIII par (18), Tomás TAMARGO estudia los vértigos psicógenos y RUEDA CASSOLA (1974) hace referencia a la patología vertiginosa del anciano.



Edición de las obras de Galeno publicada en el siglo XVI que representa a Galeno, Hipócrates y Avicena.

2.2. Parálisis facial periférica

2.2.1. Pioneros (8)

GALENO (siglo II) ya observó que el nervio facial es independiente del nervio estatoacústico, aunque mantienen entre sí una estrecha relación topográfica en el ángulo pontocerebeloso y conducto auditivo interno. AVICENA (siglo XI) define la parálisis facial como una alteración de la motilidad de la musculatura facial, secundaria a lesión del nervio facial por compresión o por sección transversal, advirtiendo que si es longitudinal no provocará parálisis. Fue Gabriel FALOPPIO, anatomista de Padua (siglo XVI), el primero en describir el canal óseo que lleva su nombre por el que discurre el nervio facial intrapetroso y la cuerda del tímpano como una rama colateral. CRUIKSHANK (1795) describe que un nervio motor lesionado es capaz de regenerar. GALVANI y VOLTA establecen la teoría de los impulsos eléctricos a través del nervio. A principios del siglo XIX, BELL (1825) discriminó por primera vez entre el VII par como nervio motor de la cara y el V par como sensitivo. Posteriormente también establece la diferenciación sintomática entre la parálisis periférica y la central. BERNARD en 1835 atribuyó el papel etiológico fundamental de la aparición de la parálisis facial al frío y propuso

el estrangulamiento del nervio facial dentro de su canal óseo como base patogénica. DEBEAU y ROCHE sostienen en 1857 que las parálisis faciales pueden aparecer como consecuencia de complicaciones óticas. DUCHENNE (1872) emplea por vez primera el electrodiagnóstico en la parálisis facial y afirma que «toda lesión que afecte al VII par craneal disminuye o anula la contractilidad eléctrica de los músculos por él inervados, y que tal fenómeno puede manifestarse en el curso de la primera semana de su evolución».

2.2.2. Siglo XX (6)

Ya en nuestro siglo, ALEXANDER (1902) describe la anatomía y patología de lo que denomina parálisis facial reumática. Poco después THOMAS (1907) contribuye al estudio de la anatomía patológica de la parálisis facial periférica y del hemiespasmo facial. En los años 20 FOWLER (1929) estudia los movimientos anormales que siguen a la lesión del nervio. En 1943 SEDDON clasificó la lesión del nervio facial basándose en el grado de afectación de las distintas capas del nervio en los tres tipos clásicos: neuroapraxia, axonotmnesis y neurotmnesis.

Durante los años 50 hay varios autores que publican sobre el tema de la parálisis facial. JONG-

KEES (1950) comienza una serie de trabajos interesantes referentes al nervio facial. KETTEL publica entre 1952 y 1959 múltiples trabajos sobre el nervio facial, editando finalmente una monografía sobre parálisis facial periférica, siendo uno de los autores que más han influido en su progreso y conocimiento. CAWTHORNE (1953) comienza a desarrollar una intensa labor en relación al nervio facial, tanto desde el punto de vista clínico como quirúrgico. SUNDERLAND (1951) realiza otra clasificación en cinco grados basada en los efectos de la causa etiológica sobre el nervio.

En 1961 el Profesor NÚÑEZ PÉREZ dirige la Ponencia Oficial de la SEORL sobre el «Nervio Facial», en colaboración con Fernando ANTO-LÍ-CANDELA, CAÑIZO, TEROL, SCOLA, RODRÍGUEZ ADRADOS, OLAIZOLA, desarrollando todos los conceptos anatomofisiológicos y médicoquirúrgicos (3). Los estudios anatomopatológicos de FOWLER (1963) demuestran que las lesiones del segmento laberíntico en las parálisis faciales periféricas idiopáticas son muy

similares a las encontradas en el segmento mastoideo. Por su parte, FISCH (1970,1972) llega a las mismas conclusiones, puntualizando que la edematización del nervio y su marcada vascularización es más evidente justo por delante de la entrada del conducto de Falopio. El mismo autor afirma en 1973 que en las parálisis faciales traumáticas, la lesión del nervio se localiza sobre todo distalmente al ganglio geniculado.

En 1984 se celebra en Oviedo el XII Congreso de la SEORL, en el cual la Ponencia Oficial titulada «Parálisis facial periférica» es dirigida en esta ocasión por los Profesores D. LÓPEZ AGUADO y P. QUESADA MARÍN (8). En ella se actualizan fundamentalmente los aspectos relacionados con la etiopatogenia, la exploración funcional y radiológica del nervio facial, el tratamiento médico y las nuevas vías de abordaje y técnicas quirúrgicas que han sido descritas desde la década de los años 60.

2.2.3. Parálisis de bell o idiopática

Para explicar su etiopatogenia se han formulado varias teorías (8):

Teoría vascular, propuesta por WORMS (1931) y luego desarrollada por HILGER (1949), KETTEL (1955) y BLUNT (1956). Fue la más aceptada hasta los años 70, donde renace la teoría vírica. Más recientemente, STENNERT (1982) interrelaciona los dos mecanismos (el edema y la isquemia) sobre los que desarrolla el tratamiento.

Teoría vírica, ya expuesta por ANTONI (1919) como una forma de polineuritis que afectaría fundamentalmente al ganglio geniculado. Esta teoría decayó hasta los años 70 en que se pone de nuevo de actualidad en el Congreso del Nervio Facial de Tokio, donde nuevos autores hablan de «polineuritis craneal aguda benigna» por herpes simple (FRIEDMANN 1970, CHIEN 1970, McGOVERN 1971, ADOUR 1973, etc.). Otros virus han sido también implicados como el virus de Epstein-Barr, el citomegalovirus, el de la rubéola, el de la parotiditis, etc.

2.2.4. Otras parálisis faciales (8)

SÍNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL: Fue inicialmente descrito, en contra de lo que su



Sir T. Cawthorne, cirujano británico que ha contribuido a la otoneurocirugía.

nombre indica, por HUBSCHMANN (1984) y ROSSOLINO (1901) en casos aislados de enfermos con parálisis y edema facial. Fue MELKERSSON (1928) el que define el síndrome y ROSENTHAL (1931) añade el tercer síntoma inconstante, la lengua escrotal. LUSCHER (1949) le da al síndrome su denominación definitiva. Se atribuye a una disfunción del sistema nervioso autónomo según la mayor parte de los autores, aunque la escuela alemana lo asocia a enfermedades granulomatosas (RICHTER 1950, GAHLEN 1951) y otros hablan del papel etiológico de las infecciones bacterianas específicas (tuberculosis) o inespecíficas del área ORL (FOLDI 1963) e incluso infecciones víricas o causas alérgicas.

CAUSAS INFECCIOSAS: El síndrome de RAMSAY-HUNT o herpes zóster ótico fue descrito por HUNT en 1907, aunque no logró demostrar histológicamente la lesión inflamatoria del ganglio geniculado. En la actualidad se sabe que es una polineuropatía de los pares craneales V, VII y VIII causada por el virus varicela-zóster (WELLER 1954). La parálisis facial puede aparecer en el contexto de una otitis externa maligna, cuadro descrito por MELTZER y KELEMEN (1959). También puede producirse como complicación de una otitis media aguda (muy raro hoy día) o con relativa frecuencia dentro de la excepcional otitis tuberculosa.

CAUSAS TRAUMÁTICAS: Pueden ser por traumatismos directos o indirectos. Dentro de los primeros destacaremos los yatrogénicos por cirugía otológica (sobre todo la de las malformaciones), cirugía del ángulo pontocerebeloso (ver más adelante) y cirugía parotídea. Esta última se limitó durante muchos años a la enucleación simple de pequeñas tumoraciones o bien a la exéresis completa de la glándula incluyendo el nervio facial. En la actualidad hay que considerar la cirugía de la parótida ante todo como la del trayecto extratemporal del nervio facial (CONLEY 1975), cuya conservación es la reválida de un buen cirujano salvo en los casos en que las circunstancias obligan a su sacrificio (SACRISTAN 1980). También los traumatismos indirectos, sobre todo las fracturas del peñasco del temporal, pueden dañar el nervio facial, las transversales (CHIOSSONE 1977, MILLER 1977) con mayor frecuencia que las longitudinales (ULRICH 1926). Existe una aportación es-

pañola de LÓPEZ-AGUADO (1982) que, observando temporales humanos, encuentra un espólón fibroso que fija el nervio facial al vestíbulo óseo, lo que explica su lesión por las tracciones de los fragmentos óseos fracturados (12).

CAUSAS TUMORALES: Pueden ser tumores del nervio facial: el primer caso de neurinoma del facial fue descrito por SCHMIDT (1930), desde entonces se han comunicado poco más de 200 casos intratemporales, destacando la serie de 23 neurinomas de CONLEY (1975) y la de PULEC (1969) con 20 casos. Los tumores del ángulo pontocerebeloso, fundamentalmente el neurinoma acústico, comprimen el nervio en su crecimiento lesionando las fibras sensitivas, sensoriales y secretoras antes que las motoras según han observado MARCO (1967), SUAREZ (1973) y STERKERS (1975), aunque también pueden lesionar su aporte vascular. Los tumores intratemporales son más raros: glomus yugulares, colesteatomas primarios, carcinoma epidermoide de oído medio (WAGENFELD 1980, comunica hasta 25 casos), rabdomiosarcoma, metástasis (primer caso comunicado por HUTCHINSON 1907). Por último los tumores extratemporales, fundamentalmente los de la glándula parótida, los cuales pueden producir parálisis facial en caso de estirpe maligna (FRANZELL 1954) o si se localizan en el lóbulo profundo (CONLEY 1975).

OTRAS CAUSAS: Los bucles vasculares de la AICA, la PICA o la arteria basilar en el ángulo pontocerebeloso pueden comprimir el nervio facial y producir su parálisis como describió JANNETTA (1978). Otras causas más raras de parálisis facial periférica son: infecciones (sífilis, lepra), enfermedades granulomatosas como la sarcoidosis (COLOVER 1948) o la enfermedad de WEGENER, intoxicaciones, (talidomida), displasia fibrosa ósea, osteopetrosis, amiloidosis, etc.

3. CLÍNICA Y EXPLORACIÓN

3.1. Pruebas funcionales audiológicas

Solamente comentaremos los aspectos más relacionados con la otoneurología dado que este apartado se trata de forma más amplia en otro capítulo. Giovanni Filippo INGRASSIA (s. XVI)

realiza la primera descripción de la conducción por vía ósea por lo que se la denominaba «fenómeno de Ingrassia». En 1634 SCHELLHAMMER habla del diapasón como medio de examen auditivo, siendo CONTA el que inicia su utilización. WEBER (1825) introdujo la exploración con diapasones y describió la técnica que lleva su nombre. RINNE (1853) describió la suya que diferencia conducción aérea y ósea. Pero su aplicación clínica tal y como hoy la conocemos no se establece hasta que POLITZER y LUCAE (1870) diferencian entre hipoacusia de transmisión y de percepción. GELLE introduce su test para valorar la función estapedial. HARTMANN ideó su acúmetro en 1878. SCHWABACH en 1885 mide la duración de la percepción ósea.

La exploración de la audición experimenta un gigantesco avance con la construcción del primer audiómetro clínico (BUNCH, MINTON y WILSON, 1921). Al año siguiente la casa norteamericana Western Electric produce el primer audiómetro de serie y FOWLER y WEGEL trazan los primeros audiogramas. El fenómeno del «recruitment» fue descrito por POHLMAN y KRANZ en 1924. Cuatro años después FOWLER (1928) describió un método para investigar ese fenómeno, signo de lesión coclear. Veinte años después DIX, HALLPIKE y HOOD (1948) señalan la ausencia de «recruitment» en los neurinomas del acústico como signo de lesión retrococlear, dentro del diagnóstico diferencial de las hipoacusias de percepción. METZ (1946) describe por primera vez los cambios impedanciométricos debidos a la contracción del músculo estapedial, aunque es JEPSENN quien estudió la neuroanatomía del reflejo estapedial. BEKESY (1947) y LUSCHER (1948) proponen nuevos test que llevan sus nombres. El Peep-show es creado por DIX y HALLPIKE en 1947 de modo similar a como se realiza actualmente. CARHART (1957) describe el «Tone Decay Test», para diferenciar la adaptación de lesiones cocleares y retrococleares. En 1959 JERGER y HARFORD describen el SISI test. BEKESY describe el audiómetro registrador automático y luego JERGER (1960) tipifica las curvas de la audiometría automática. KLOCKHOFF y LINDBLON (1966) describen el test del glicerol para el diagnóstico de la enfermedad de Ménière.

La audiometría de respuesta eléctrica es más reciente aunque ya BERGER (1929) describió que un estímulo sonoro aplicado a un sujeto podía producir alteraciones del ritmo de base EEG. El reflejo psico-galvánico es introducido por BORDLEY y HARDY (1949). Luego van apareciendo la audiometría cortical de GEISLER (1960), la electrococleografía de PORTAMANN, LE BERT y ARAN (1967) y los potenciales del tronco cerebral de SOHMER y FEINMESSER (1967). La técnica de los potenciales evocados auditivos de tronco cerebral fue descrita por primera vez por JEWET (1970) que posteriormente describe y numera las ondas en números romanos tal y como los conocemos hoy. LEV y SOHMER (1972) asignan a cada onda un origen dentro de las estructuras troncoencefálicas del gato. GEISLER (1959) registra potenciales de latencia media. WEVER y BRAY describieron en el gato el hallazgo de los potenciales microfónicos cocleares. En 1935 FORMM consigue registros de potenciales cocleares en humanos colocando un electrodo a través de la membrana timpánica. RONIS (1966) comienza a utilizar un promediador para registrarlos. PORTMANN (1967) recoge microfónicos cocleares utilizando clicks, mientras que COATS y DICKEY (1970) emplean ondas cuadradas. El empleo de la electrococleografía para el diagnóstico de la enfermedad de Ménière es introducida por GIBSON y PRASHSER (1983). KEMP (1978) describe por primera vez las otoemisiones acústicas.

En España (12) AZOY es uno de los iniciadores y estimuladores de la audiológica. Empiezan a importarse en España algunos audiómetros y con ello se inicia la exploración exacta de la audición. HINOJAR introdujo el primer audiómetro (de la marca Western Electric) importado de los Estados Unidos. Como es lógico estos inicios son titubeantes y alguna personalidad de la ORL llega a decir que el audiómetro sirve más para confundir que para ayudar al diagnóstico. SAN JUAN JUARISTI (1956) ensaya un nuevo aparato para el diagnóstico y control de las prótesis auditivas, mediante la modificación de la curva audiométrica hasta encontrar un máximo de fonemas correctamente escuchados con un mínimo volumen. POCH VIÑALS dirige en 1957 la Ponencia Oficial de la SEORL sobre «Exploración Audiológica», muy

extensa y pormenorizada (2). Casimiro DEL CAÑIZO (1963) utiliza tests audiológicos para el diagnóstico de la enfermedad de Ménière en 352 casos, encontrando que el test de Fowler es el mejor método para investigar el reclutamiento, y el segundo mejor es el de Luscher. En 1964 C. GAVILÁN obtiene microfónicos cocleares en animales y en el hombre durante un acto quirúrgico. Posteriormente realizan diversos estudios en experimentación animal. MARCO (1981) estudian microfónicos cocleares en seres humanos mediante cocleografía transtimpánica. INFANTE SÁNCHEZ (1976) aporta la primera referencia en el Acta ORL del test del glicerol.

3.2. Clínica y exploración vestibular

3.2.1. Manifestaciones clínicas del vértigo (16)

ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE: En 1861 Prosper MÉNIÈRE describe por primera vez la enfermedad que lleva su nombre a lo largo de seis artículos publicados en el «Medical Journal» de París. «Se trataba de una joven que, hallándose en el período menstrual, sufrió un intenso enfriamiento por haber viajado en invierno en el imperial de una diligencia, se quedó muy sorda, con violentísimos vértigos y vómitos repetidos, falleciendo el quinto día de la enfermedad», tal como cita BOTEY (22). En la autopsia se observó una ausencia de lesiones cerebrales y en su lugar una hemorragia laberíntica. Aunque hoy día no se admite dicha lesión como causa común de la enfermedad de Ménière, su gran contribución fue probar que los síntomas eran de origen laberíntico y que no se debían a enfermedad cerebral («congestión cerebral apoplética», término empleado en esa época para definir dichos trastornos). Posteriormente se diferencia la enfermedad de Ménière típica, con el cuadro completo, de la atípica, con síntomas vestibulares o cocleares aislados: Ménière coclear (WILLIAMS 1947) que cursa sin vértigo, el Ménière vestibular (PAPARELLA 1983) que no asocia sordera, el síndrome descrito por LERMOYEZ en el que mejora la hipoacusia durante la crisis de vértigo (MAWSON y LUDMAN 1979). STAHL (1978) encuentra que la enfermedad de Ménière es cuatro veces más fre-

cuenta que la otosclerosis. JONGKEES en 1983 distingue entre síndrome de Ménière, en el cual existe causa conocida como por ejemplo lúes, y enfermedad de Ménière, idiopática.

OTROS VÉRTIGOS PERIFÉRICOS: La neuritis vestibular es descrita por primera vez por RUTTIN en 1909, aunque DIX-HALLPIKE (1949), ASCHAN y STAHL (1956) y CAWTHORNE (1964) son los que la definen como episodio vestibular unilateral único y aislado, aportando después COATES (1969) unos criterios diagnósticos. COGAN describió en 1945 el síndrome que lleva su nombre en cuatro casos que asociaban queratitis intersticial y disfunción vestibular de origen no sifilítico. BASSER en 1964 describe por primera vez el vértigo paroxístico benigno de la infancia. GOODHILL comunica en 1971 la fistula perilinfática por rotura de ventanas oval o redonda que puede simular el Ménière. La laberintitis serosa es definida por SCHUKNECHT en 1974 como una irritación del laberinto por infección ótica o meningea sin que exista invasión bacteriana del oído interno. JANNETTA en 1975 presenta el síndrome del asa vascular compresiva en el ángulo pontocerebeloso que produce síntomas cocleo-vestibulares, MOLLER (1986) describe una entidad semejante que denomina vértigo paroxístico discapacitante.

3.2.2. Pruebas funcionales vestibulares

3.2.2.1. Exploración vestibular clínica (23)

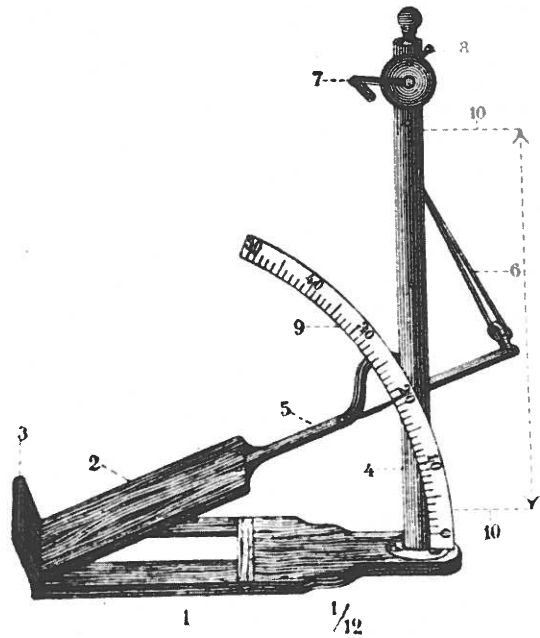
En el siglo XIX se descubren ya las primeras exploraciones clínicas de la función vestibular, basándose en las manifestaciones espontáneas que presentaban los pacientes vertiginosos. En 1846 ROMBERG describe la prueba que lleva su nombre para la exploración del equilibrio estático. En 1860 BROWN-SEQUARD observa que la entrada de agua fría en el conducto auditivo externo produce vértigo, dando origen más adelante a las pruebas calóricas. Posteriormente, el resto de los autores ya clásicos de la laberintología fueron aportando el resto de las pruebas que actualmente forman parte de nuestro arsenal clínico: la marcha a ciegas de BABINSKI y WEILL, la de indicación de BARANY, la marcha

sobre el sitio a ciegas de UNTERBERGER (1938) para el estudio clínico de las vías vestibulo-espinales, cuantificada luego por FUKUDA, etc.

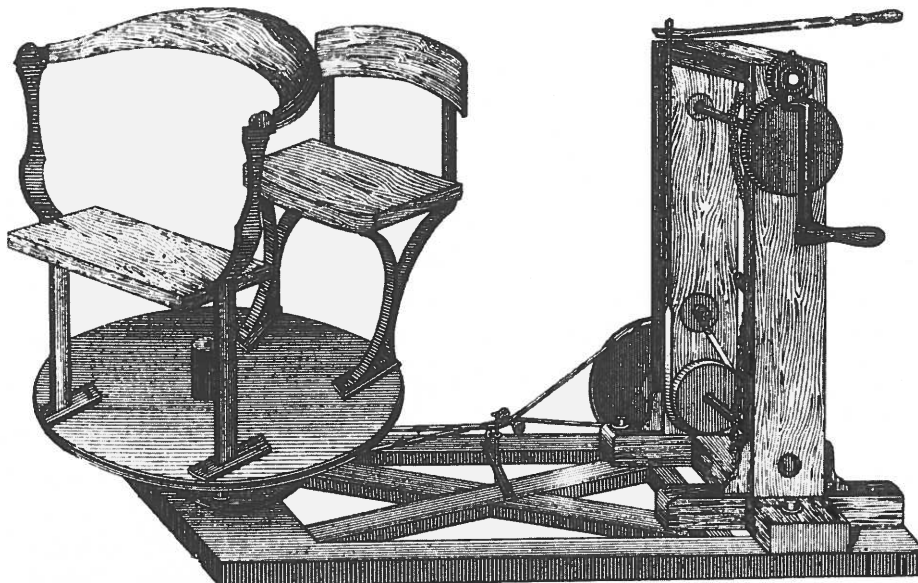
El estudio del nistagmus llamó pronto la atención de los investigadores, así ALEXANDER fue el primero en cuantificarlo utilizando los tres grados que hoy todavía tienen vigencia. FRENZEL describe las gafas que llevan su nombre para poder estudiar el nistagmus. Más recientemente AUBRY y PIALOUX (1957) estudian el nistagmus espontáneo y BARRE clasifica el nistagmus en tres tipos (espontáneo, provocado y congénito). CAWTHORNE diferencia el nistagmus posicional de origen central del de origen periférico. Algunos autores han descrito maniobras específicas provocadoras de nistagmus para el diagnóstico de determinados vértigos periféricos. Aunque BARANY (1921) y NILEN (1950) habían descrito ya el nistagmus posicional, DIX y HALLPIKE (1952) idean una maniobra diagnóstica para el VPPB del canal semicircular posterior. Más recientemente McCLURE (1985) y HERDMAN (1994) describen sendas pruebas para el diagnóstico del VPPB de los canales semicirculares lateral y anterior respectivamente. La prueba neumática, insuflando aire en el conducto con la pera de POLITZER, se emplea desde hace varias décadas para demostrar la presencia de fístula perilinfática (signo de la fístula de LUCAE).

3.2.2.2. Exploración vestibular instrumental (23, 24)

BOTEY en 1902 cita en su libro como se estudiaba el vértigo en esa época: «Mi sabio amigo el doctor Estanislao de Stein, de Moscou, ha inventado unos aparatos muy ingeniosos que tuve ocasión de ver funcionar en 1897 en su grandiosa clínica de la antigua capital de Rusia. Estos



Goniómetro estático de Stein (tomado de Botey, 1902).



Aparato rotatorio de Stein para el nistagmo de origen laberíntico (tomado de Botey, 1902).

aparatos tienen por objetivo, el uno averiguar aproximadamente el grado de los trastornos del equilibrio en las afecciones del oído, según la posibilidad que un individuo tiene de permanecer de pie sobre un plano más o menos inclinado, y el otro estudiar los fenómenos de nistagmo que se observan en ciertas lesiones del laberinto. El primer aparato, llamado goniómetro estático, consiste en dos planchas horizontales superpuestas y reunidas por una charnela, de las cuales la superior puede inclinarse verticalmente hasta un ángulo de 50°... en el segundo, llamado aparato rotatorio, el enfermo y el médico se colocan en la plataforma giratoria para poder observar constantemente el movimiento de los globos oculares del paciente» (22).

Pero la exploración instrumental vestibular se desarrolla en la primera mitad del siglo XX, al igual que las pruebas audiológicas. Experimenta un gran avance con la obra de BARANY, otólogo de Viena y Premio Nobel de Medicina de 1914 por sus estudios del sistema vestibular (18). En 1905 describe y explica las reacciones del aparato vestibular ante los estímulos calóricos (corrientes de convección). De ese modo estudia el nistagmus espontáneo, describe por primera vez el nistagmus de posición, el cervical y el alcohólico y sistematiza la prueba térmica y la prueba rotatoria. Con él la laberintología se transforma en otoneurología. Más tarde otros autores como GUTTICH (1914), QUIX (1924), WODAK (1926), BARRE (1944) y LEMOYNE (1951) encuentran respuestas armónicas en los síndromes vertiginosos periféricos y disarmónicas en los centrales (25). MADDOX ideó la cruz que lleva su nombre, realizada con lamparitas, precursora de las empleadas actualmente en la exploración ENG.

PRUEBA CALÓRICA: Se describieron varias técnicas de estimulación: inyección masiva de BARANY, excitación mínima de KOBRAK (1923), inyección unidad de HAUTANT y AUBRY, técnica de VEITS y la que se usa actualmente, la técnica bitérmica de FITZGERALD y HALLPIKE (1942) con agua a 30° y 44° (15). Para los casos en los que existe perforación timpánica se puede emplear gas freón (KLEIN 1980). En los años 80 aparecen variantes técnicas como las pruebas calóricas bifásicas (CARRE 1987), las bitérmicas bifásicas

(SASCKSTEDER 1987) y las monotérmicas bidireccionales (GENTINE 1987). En España se emplea en muchos centros la sistemática de RODRIGUEZ ADRADOS (1968), modificación de la de HALLPIKE, y también la técnica de BARTUAL (1971). Varios autores describen distintos sistemas para el registro de los datos de la prueba calórica: el esquema de la mariposa de CLAUSSEN (1969), los diagramas de FREYSS (1973), JIMÉNEZ CERVANTES (1964), COBETA e ISASA (1977), etc. Se cuantifican las respuestas y se definen la paresia unilateral, que se obtiene mediante una fórmula calculada por JONGKEES y PHILIPSZON (1964), y el preponderancia direccional cuyos límites determinan BARBER y STOCKWELL (1980).

PRUEBA ROTATORIA: KREIDL (1872) fue el primero en idear un sistema rotatorio pendular para estimular el laberinto, pero fue MACH (1874) el que creó el primer sillón pendular. Estas pruebas fueron desplazadas por la clásica de BARANY aunque empleaba estímulos más intensos. En 1948 VAN EGMOND describe la cupulometría o prueba rotatoria con detención brusca. El año siguiente VAN EGMOND, GROEN y JONGKEES actualizan la prueba rotatoria a la clínica humana y posteriormente HENNEBERT (1956) y GREINER (1962) estandarizan definitivamente la prueba pendular (15). Otros autores que aportaron modificaciones fueron HALLPIKE, MONTANDON, CLAUSSEN y BARTUAL. WOLFE en 1978 define la prueba de aceleración armónica lenta controlada por ordenador.

ELECTRONISTAGMOGRAFÍA (ENG): Fue preconizada por SCHOTT, que describe en 1922 («Sobre el registro del nistagmus y otros movimientos del ojo por medio del galvanómetro de cuerda») el primer aparato, el galvanómetro de cuerda, auténtico precursor a los ENG actuales pero solo lo utiliza en experimentación, no en clínica. La técnica se aplica a la clínica otoneurológica por MONTANDON y MONNIER en 1951. En los años 50 se desarrolla el registro ENG de las pruebas vestibulares, con ASCHAN (1956), BERGSTEDT y STAHL. BERNHEIMER es el primero que publica sobre pruebas visoculares en el mono (movimientos oculares sinérgicos). OHM en 1940 y ROMBERG poco después son quienes primero emplean estimulaciones

optocinéticas como método reglado de exploración. BALOH y HONRUBIA (1982) realizan la prueba rotatoria con fijación de la mirada y con estímulo optocinético simultáneo. FREYSS (1984) describe su prueba de electro-oculografía. VITTE (1983) atribuye la alteración de los movimientos saccádicos a oatología central. Finalmente los últimos años se ha introducido el registro mediante vídeo-ENG.

OTRAS TÉCNICAS: CLAUSSEN desarrolla en 1969 la cráneo-corpografía, basándose en el test de UNTERBERGER, como medio de registro objetivo del reflejo véstíbulo-espinal. Dicha prueba objetiva los movimientos de la cabeza y del tronco mediante unas luces colocadas en un casco en la zona frontal y occipital y en los hombros, mientras el paciente da pasos sobre el mismo sitio. Se registran los movimientos una cámara Polaroid colocada encima del paciente. El autor describe patrones normales y patológicos (26). NASHNER en 1970 comienza el desarrollo de la posturografía estudiando el control postural sobre un plano inclinado utilizando señales visuales y somato-sensitivas. Más tarde desarrolla un método computerizado para explorar el control vestibular de la postura, la prueba de organización sensitiva (1982) con seis condiciones diferentes y posteriormente la prueba de coordinación motora (1983). Otra prueba similar es el Equitest desarrollado por FREYSS (1993). Los primeros intentos de obtener potenciales evocados vestibulares se deben a MOLINARI (1974), siendo finalmente demostrada su existencia en animales por EIDAN (1982) y en el hombre por HOFFERBERTH (1984).

En España (12), en los años 50 destacan en exploración vestibular BARTUAL, ROQUETTE, GAVILAN, OLAIZOLA y MARCO. LÓPEZ DE LA TORRE en 1956 comunica que usa el ENG siguiendo las directrices de PORTMMAN. RODRÍGUEZ ADRADOS (1965) practica EEG a pacientes con Ménière severo, encontrándolo patológico en un 70%, existiendo cierto paralelismo entre la gravedad clínica y la intensidad de las alteraciones EEG. También en los años 60 César GAVILÁN (1965) realiza exploraciones vestibulares (cupulometría y ENG) en el personal de vuelo de una conocida compañía aérea española, para analizar las características espe-

ciales de estos profesionales, más tarde (1969) propone su sistemática para el diagnóstico precoz del neurinoma en pacientes con clínica de hipoacusia neurosensorial unilateral, con alteración en la discriminación, sin recruitment, o con acúfeno unilateral o hiporreflexia vestibular unilateral. Expone las técnicas de exploración cocleo-vestibular y radiológicas. JIMÉNEZ CERVANTES (1966) utiliza un aparato diseñado por él para objetivar la prueba de ROMBERG y la de los índices de BARANY. En muchos centros se emplea la prueba de BARANY, modificada por BARTUAL para el canal semicircular posterior, o la de GREINER o sillón pendular. BARONA (1993) estudia el reflejo vestibuloespinal con la posturografía.

3.3. Pruebas funcionales del nervio facial

3.3.1. Evaluación clínica de la parálisis facial (8)

La parálisis de la musculatura facial ya fue descrita en el mundo grecorromano clásico, siendo relatada por HIPOCRATES, GALENO y ARETEE DE CAPPADOCE (siglo I), éste último describe el primer hemiespasmo facial documentado como complicación de una parálisis facial. PAULUS DE AEGINATA (siglo VI) advierte que «es necesario saber que la mandíbula que se encuentra torcida en una parálisis facial no es la que corresponde a la del lado paralizado sino al sano». Al parecer los romanos confundían la capacidad contráctil normal del lado sano con un espasmo facial, localizando en dicho lado la lesión. También describe la imposibilidad del cierre palpebral y las lesiones secundarias del globo ocular que conducían en esa época a la ceguera. AVICENA (siglo XI) distingue y describe en detalle dos tipos de parálisis facial, flácida y espástica y aporta un «truco» para conocer cual es el lado paralizado: «aquella hemicara que al ser empujada y corregida con la mano retorna fácilmente a su posición habitual corresponde al nervio facial paralizado».

El trabajo «On the nerves; giving an account of some experiments of their structure and functions, which lead to a new arrangement of the system» expuesto por Sir Charles BELL ante



El escocés Sir C. Bell (1774-1842), precursor de la neurología.

la Real Sociedad de Londres (1829) representó una revolución en los conocimientos sobre el nervio facial. Este autor describió que el nervio trigémino es el nervio sensitivo y el nervio facial es el encargado de la motilidad de la musculatura facial, desligando sus funciones. También realizó una descripción exhaustiva de la clínica de la parálisis facial, describiendo el signo que lleva su nombre (1823). Fue su aportación tan grande en este campo que durante muchos años a toda parálisis facial se le adjetivaba «de BELL», término hoy restringido a los casos de etiología desconocida. Otros signos clínicos motores clásicos son el de BABINSKI o del músculo-cutáneo, el de FROMENT o signo del techo, el de NEGRO (1905) o signo del nivel pupilar, el de PITRES y VAILLARD (1924) que describen como la mejilla del lado parálitico está flácida ascendiendo pasivamente con

los movimientos espiratorios como una «vela hinchada por el viento», etc.

Ya en nuestro siglo se describen diversos métodos clínicos por distintos autores para evaluar la intensidad y evolución de las parálisis faciales periféricas. El primero fue el aportado por BOTMAN y JONGKEES (1955) que utilizaba una escala general con cinco grados de intensidad. La primera escala que evalúa cada región de la cara por separado es de JANSSEN (1963). Durante los años 70 varios autores describen sus respectivos métodos (MAY 1970, ADOUR y SWANSON 1971, PEITERSEN 1977, YANAGIHARA 1977, STENNERT 1977, SMITH 1980). Finalmente, ante la necesidad de crear un sistema internacional de valoración de las parálisis faciales, HOUSE (1983) idea un sistema parecido al de los autores antes mencionados que es el que actualmente se ha impuesto, que contempla seis categorías, definidas con gran claridad para reducir la subjetividad y la variabilidad entre los distintos observadores.

Se han descrito otras alteraciones extramotoras asociadas a la parálisis facial, como la abolición de los reflejos fronto-palpebral (McCATHY) y naso-facial (WEILL); las alteraciones sensitivas como la hipoestesia (MAY 1978) o el dolor facial, el cual es signo de mal pronóstico (TAVERNER 1959) y la hipoestesia del área de Ramsay-Hunt (HITSELBERGER 1966); las alteraciones sensoriales como la hiposmia (BELL 1823) debida a la obstrucción nasal secundaria a la parálisis de la musculatura de las narinas (MARCO 1961) y finalmente las alteraciones secretoras y vasomotoras como la rubefacción facial (BROADBENT 1953).

En España volvemos a mencionar la Ponencia Oficial de la SEORL sobre el «Nervio Facial» de 1961 dirigida por el Profesor NÚÑEZ PÉREZ y la de 1984 dirigida por los Profesores LÓPEZ AGUADO y QUESADA MARÍN, titulada «Parálisis facial periférica» (8).

3.3.2. Pruebas electrofisiológicas del nervio facial (8)

El electrodiagnóstico de la parálisis facial fue empleado por vez primera por DUCHENNE (1872). Desde entonces se han ido describiendo

a lo largo de los años varios test electrofisiológicos. Dentro de los test de excitabilidad destacan la prueba de HILGER (1964) y la de excitabilidad máxima de MAY (1971) que son las más empleadas en la actualidad. La electromiografía del facial se emplea también desde los años 60 como un buen indicador pronóstico. KUGELBERG (1952) describió el «blink reflex», otro test de gran utilidad, especialmente en el espasmo facial para descartar a pacientes simuladores. La electroneurografía ideada por ESSLEN (1973) permite predecir con gran precisión el pronóstico evolutivo en las primeras fases de la parálisis facial.

3.3.3. Otras exploraciones del nervio facial (8)

Son útiles para el diagnóstico topográfico y para el estudio pronóstico de la parálisis facial periférica. La exploración de la secreción lacrimal se realiza mediante la prueba de KOSTER (en desuso) y la de SCHIRMER (1903), con la variación de JONES. El test de SCHIRMER ha sido utilizado por POULEC y HOUSE (1969) para el diagnóstico precoz del neurinoma. Otras pruebas de tipo cuantitativo del ámbito de la oftalmología son las de dilución de NOVER y JAEGER, la de dilución de KIRCHMER, la prueba de NORM y la fluorofotometría de MISHIMA. El estudio del reflejo estapedial se lleva a cabo mediante la impedanciometría. DJUBESLAND (1969) inició el estudio de las modificaciones de este reflejo en las parálisis faciales periféricas. La exploración funcional del gusto o gustometría se puede realizar mediante test subjetivos, especialmente con la electrogustometría introducida por KRARUP (1958). Los test objetivos son muy poco empleados en la clínica práctica: FELLER (1965) relaciona el estímulo gustativo con el flujo salivar, BORSANI (1965) estudia las modificaciones psicogalvánicas de la piel y FUNAKOSHI (1968) y SALOMÓN (1970) proponen los potenciales evocados electrogustativos. La medición del flujo salivar o sialometría cuantitativa se basa en la observación de COSTEN (1951) de la disminución de la salivación de la glándula submaxilar en las parálisis faciales supracordales. El primero que propuso realizar la sialometría fue MAGIELSKI

(1958), luego otros autores apoyaron el valor de la prueba (BLATT 1962, MAY 1971, VERGARA y GARCÍA IBÁÑEZ 1974, etc.) (12). La sialometría cualitativa o estudio de la composición de la saliva también puede ayudar en el pronóstico de la parálisis facial (LAAGE-HELLMAN 1960, SAITO 1971, VERGARA 1974).

4. TRATAMIENTO MÉDICO, PROTÉSICO Y REHABILITADOR

4.1. Tratamiento médico del vértigo periférico

4.1.1. Tratamiento farmacológico de los vértigos periféricos (16)

El tratamiento médico de la enfermedad de Ménière fue standarizado en 1972 por el Subcomité de Audiología y Equilibrio de la Academia Norteamericana de ORL (ALFORD 1972) estableciéndose criterios para poder valorar la mejoría de la enfermedad. Es importante explicar al paciente con detalle las características de su enfermedad y darle un tratamiento psicoterápico de apoyo (BLAIR 1984). El tratamiento se basa en medidas dietéticas y diuréticos. Esta terapéutica comenzó a ser considerada desde que MYGIND (1932) descubrió la importancia de los trastornos del metabolismo del agua y el sodio en esta enfermedad. FURSTENBERG (1934) habla de la «sensibilidad a la sal» de estos enfermos y recomienda dieta hiposódica y diuréticos observando mejoría del vértigo, aunque no de la hipoacusia. Otros autores sin embargo (PERLMAN 1953) no encuentran mejoría significativa al aplicar este tratamiento. CORVERA (1959), FERNÁNDEZ VILA (1957) y RODRÍGUEZ ADRADOS (1959) utilizan la acetazolamida que había sido descubierta en 1950 (12). Los sedantes vestibulares (fenotiazinas con acción anti H1) se han mostrado desde su descubrimiento útiles en el tratamiento sintomático de la enfermedad de Ménière. En cambio los agentes vasodilatadores que mejorarían la isquemia laberíntica han demostrado un efecto dudoso. Los fármacos vestibulo-tóxicos, como la estreptomycinina y la gentamicina, se han empleado por diversas vías por su efecto selectivo sobre el laberinto posterior. La cámara de baja

presión demostró su utilidad en las crisis agudas de vértigo de Ménière desde los estudios de TJERNSTROM en 1980. En estas crisis también se han empleado otros fármacos como el diazepam, el droperidol o la atropina ésta última utilizada por ALFORD (1987). Otros autores han preconizado diferentes tratamientos: histamínicos (WILLIAMS 1952), antihistamínicos (BOYER), luminal (HALLPIKE), benadryl asociado a ácido nicotínico e hioscina (FOWLER), etc. En España (12) BOSCH (1969) utiliza la betahistina, ROQUETE Y BARTUAL (1974) el dogmatil, OLARIETA (1979) la nicergolina, etc.

La neuronitis vestibular, proceso habitualmente autolimitado, basa su tratamiento en el reposo y en medidas sintomáticas, aunque ADOUR (1981) aconseja el uso de corticoides. En caso de que sea intratable se puede realizar neurectomía vestibular.

4.1.2. Rehabilitación vestibular

La rehabilitación vestibular se basa en el fenómeno de la compensación vestibular descrito a finales del siglo XIX por RUTTIN y demostrado en 1925 por DEMETRIADES y SPIEGEL. Para las lesiones vestibulares periféricas unilaterales no compensadas varios autores han descrito distintos ejercicios de rehabilitación. Los primeros fueron los ejercicios de equilibración de CAWTHORNE (1944) destinados a acelerar la recuperación de sus operados de laberintectomía (19). Hoy se ha extendido su aplicación a otros muchos problemas del equilibrio. COOKSEY (1946) aconseja ejercicios oculares, cefálicos y posturales. Más recientemente NORRE (1981, 1994) describe una terapia de habituación con 19 maniobras posicionales corporales y finalmente PFALZ (1983) y TUSA y HERDMAN (1993) propugnan ejercicios de adaptación vestibular para acelerar la compensación central (27). En España (12), una de las primeras comunicaciones acerca de rehabilitación vestibular la hacen GARCÍA PÉREZ y FLOREZ GARCÍA (1993).

El tratamiento del vértigo paroxístico posicional benigno (VPPB) también se basa en la rehabilitación (21). Se han descrito varias maniobras terapéuticas basadas en las teorías etio-

patogénicas propuestas, de las cuales comentaremos las más significativas. En 1980 BRANDT y DAROFF proponen una serie repetitiva de ejercicios para intentar dispersar las partículas. En 1988 SEMONT expone su «maniobra liberatoria», modificada luego por otros autores (HARVEY 1994), que mediante un movimiento súbito intenta en una o varias sesiones eliminar las partículas según la teoría de la cupulolitiasis. Finalmente en 1992 EPLEY describe su maniobra de «reubicación canalicular» para los canales semicirculares anterior y posterior, siguiendo la teoría de la canalitiasis. Posteriormente se describen maniobras para el VPPB del canal semicircular lateral (EPLEY 1996, LEMPERT 1996, HERDMAN 1996).

4.2. Tratamiento médico de la parálisis facial periférica (8)

El tratamiento médico de la parálisis facial periférica fue ya iniciado por AVICENA (siglo XI), el cual en su tratado «Canon» realiza aportaciones: describe fórmulas magistrales a base de plantas medicinales mezcladas con vinagre o miel y otras destinadas a provocar rubefacción facial (con efecto similar a los actuales fármacos vasodilatadores). Ya en nuestro siglo, PETTERSEN (1980) tras revisar 1.011 casos de parálisis de BELL observa que el 71% curan sin secuelas, por tanto el tratamiento deberá ir dirigido a mejorar el pronóstico del 29% restante. Basándose en las distintas teorías etiopatogénicas que ya se han comentado (básicamente edema e isquemia que producen hipoxia) se proponen diferentes terapéuticas de la parálisis periférica idiopática: antiedematosos, agentes reológicos y otros de acción trófico-regenerativa. Es difícil valorar la eficacia de cada fármaco dada la tendencia natural de la enfermedad hacia la recuperación espontánea.

4.2.1. Tratamiento antiedematoso

Los corticoides se han empleado en la parálisis de BELL desde los comienzos de la década de los 50. Posteriormente varios autores investigan la eficacia de dicho tratamiento sin encontrar diferencias frente a placebo (MUELLER

1963), incluso MAY (1976) utiliza el método prospectivo a doble ciego con los mismos resultados. Sin embargo se sigue recomendando su uso, especialmente durante los primeros días de la instauración de la parálisis, utilizándose pautas orales muy variadas en dosis descendentes de prednisona o prednisolona (ADOUR 1971, CODY 1981, etc.). En los niños se prefiere administrar ACTH (TAVERNER 1967) que altera menos el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. Algunos autores han empleado corticoides tópicos, como BRYANT (1973) mediante inyección intratimpánica, o locales, como PECHAM (1982) que los inyecta en el agujero estilomasoideo. MCGOVERN (1982), basándose en su teoría inmunológica de la parálisis de BELL, propone el tratamiento con cromoglicato disódico que podrían prevenir el edema, y lo emplea con buenos resultados.

4.2.2. Tratamiento antiisquémico

Han sido propuestos fármacos vasodilatadores, HILGER (1949) utiliza la histamina y STARKERS (1975) el ácido nicotínico, pero en la actualidad están en desuso. Los agentes reológicos (dextrano, rheomacrodex, pentoxifilina) se emplean asociados a otros fármacos.

4.2.3. Tratamientos combinados y regenerativos

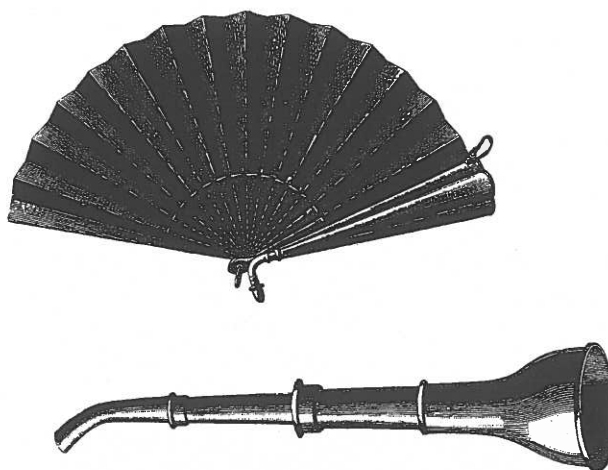
STENNERT (1982) propone un tratamiento «de infusión» que combina corticoides, dextranos y pentoxifilina. Otros autores aconsejan tratamientos regenerativos: RUBIO (1974) en su tesis doctoral propone corticoides y complejo B, BREMOND (1981) asocia a lo anterior un vasodilatador, otros aconsejan asociar a lo ya citado infiltraciones de xilocaína en agujero estilomastoideo (FRECHE 1975) o en ganglio estrellado (MIELHKE 1969), NEGRIN (1978) asocia gangliosidos, etc. Todos obtienen en general buenos resultados. Otros tratamientos propuestos son el dimercaptopropanol, quelante de metales pesados, (GRIGORESCU 1955 y HENNEBERT 1973) y el interferón, fármaco antiviral, (AVIEL 1983) basándose en la teoría viral, recientemente en boga.

4.2.4. Tratamiento rehabilitador

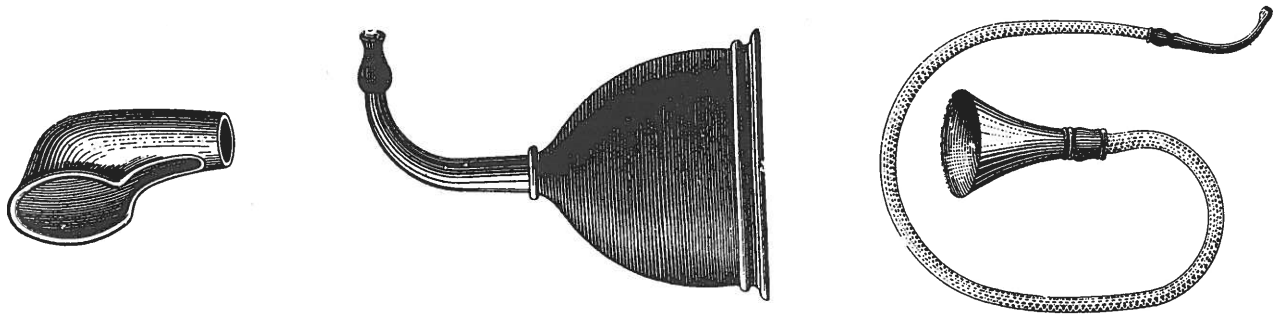
La fisioterapia de las parálisis faciales periféricas fue también iniciada por AVICENA (siglo XI), el cual aconseja emplear masajes faciales y utilizar «masticadores» (para mantener el tono muscular mientras se lleva a cabo su reinervación). En la actualidad se basa en ejercicios de relajación y de mímica facial, en la termoterapia, en masajes y electroestimulación con corrientes galvánicas para prevenir la atrofia muscular, y en el empleo de ortesis con esparadrapo hipoalérgico para mejorar pasivamente la posición de las comisuras labial y ocular. La rehabilitación puede aplicarse al inicio del proceso para prevenir complicaciones, mantener el trofismo muscular y reducir la inflamación, empleándose electroterapia y normas preventivas fundamentalmente a nivel ocular. En fases posteriores, en caso de evolución reversible se aconsejan ejercicios activos y electroterapia, en caso de lesión completa la rehabilitación se utilizará como tratamiento de apoyo a la cirugía que se determine.

4.3. Prótesis auditivas (28)

Se postula que el primer audífono fue la mano acoplada por detrás de la oreja, lo cual no fue documentado, pero sin duda ha debido ser así. Otro de los primeros dispositivos para recoger el sonido fueron las famosas «trompetillas», las cuales mejoraban algunas frecuencias pero sacrificaban otras. Posteriormente se desarrollaron otros dis-



Trompetilla y abanico acústico.



Instrumentos para corregir el déficit auditivo. De derecha a izquierda: tubo acústico de Dunker, cornete acústico de Veigelt y cornetito de Politzer (tomado de Botey, 1902).

positivos de recolección del sonido que se ocultaban en «abanicos acústicos», intentando que la pérdida auditiva pasara lo más desapercibida posible. BOTEY en su libro de 1902 (22), distingue tres clases en los instrumentos para corregir el déficit auditivo. En primer lugar, los instrumentos de transmisión aéreo-timpanal o cornetes acústicos, que pueden ser para audición a corta distancia, en forma de cuerno (tubo acústico de DUNKER y «masseur-cornet» de MARAGE), o para audición lejana, con forma de corneta con ancha embocadura (cornete acústico de VEIGELT y otros), con el inconveniente de su gran tamaño por lo que recomienda el «cornetito» de POLITZER basado en aprovechar las ondas sonoras reflejadas en la concha. Luego cita los instrumentos cráneo-timpanales, los llamados «audífonos u osteófonos», los «dentáfonos» y el «bastón acústico de PALLADINO», que se aplicaban sobre los incisivos superiores o en la mastoides, y al parecer solo daban resultado en «sordos con supuraciones de oído ya extinguidas», utilizándose «en teatros y conciertos principalmente». Por último los instrumentos aéreo-ósteo-timpanales o «tímpanos artificiales», que eran de pequeño tamaño y se ocultaban en el CAE, que BOTEY diferencia con rotundidad de los que proporcionan los charlatanes («tímpanos industriales») a no bajo precio explotando la ignorancia del público llevando a cabo un «timo-tímpano» en toda regla, pero ésto lo desarrollaremos más adelante en el apartado de los dispositivos implantables para el tratamiento de la hipoacusia.

Los primeros audífonos eléctricos aparecieron a principios del siglo XX, atribuidos a GRAHAM BELL, quien más tarde fuera el inventor

del teléfono, cuya esposa padecía una hipoacusia profunda. Los primeros modelos eran «audífonos de carbón» de escritorio, no portátiles, que se colocaban sobre una mesa. Gradualmente se redujeron de tamaño hasta poder ser transportados con un arnés, junto con una caja bastante grande para la pila. La calidad de sonido era mala debido a los crujidos y silbidos asociados a la fricción de los gránulos de carbón necesario para producir el sonido en el micrófono. Además solo daban una ganancia de 10-15 dB. El desarrollo de las válvulas de vacío mejoró la calidad del sonido pero incrementó el tamaño, hasta los años 30 en que pudieron volver a ser «portátiles» otra vez. El problema principal era el tamaño de las baterías, que pudieron reducirse de tamaño en los años 40, llegando a ser incorporadas en la misma caja del audífono. El siguiente adelanto se produjo en los años 50 al inventarse el transistor en los Laboratorios BELL, lográndose una miniaturización hasta entonces inimaginable al reducirse además aún más el tamaño de las baterías (pilas de mercurio), desaparecen así los audífonos a válvulas. En la década de los años 60 se inicia la microminiaturización de los amplificadores, incidiendo nuevamente sobre el tamaño del audífono con mejoría además del grado de amplificación. En España en 1961 se publica la Ponencia Oficial de la SEORL con el título «Prótesis Auditivas» dirigida por SAN JUAN (4). En los 70 al fin se obtienen audífonos más potentes que se podían utilizar en la oreja (retroauriculares), en las gafas o incluso dentro del conducto auditivo. La década de los 80 se ha centrado en la microminiaturización y la aparición del «chip», lográndose audífonos cada vez

más pequeños y más potentes, apareciendo uno que se lleva oculto dentro del canal auditivo. También se han empezado a emplear audífonos retroauriculares en lugar de los corporales en pacientes con hipoacusia muy severa.

Las innovaciones de las prótesis auditivas en la actualidad van en tres direcciones: miniaturización, fidelidad y potencia de sonido y que se puedan ocultar totalmente. Los avances más recientes han sido en el campo del procesamiento digital del sonido y en la posibilidad de programar la respuesta de los audífonos. El procesamiento digital va dirigido fundamentalmente a eliminar el ruido de fondo y a mejorar la comprensión del lenguaje, mientras que la programación busca adaptarse lo mejor posible a las necesidades de cada individuo en diferentes situaciones. Estos sistemas requieren circuitos cada vez de mayor tamaño, lo cual va en contra de la miniaturización deseada por el usuario desde el punto de vista cosmético. Esta paradoja es la que tienen actualmente planteada los investigadores y fabricantes de audífonos.

Es paradigmático conocer el porcentaje de ventas de los diferentes tipos de audífonos a lo largo de las sucesivas décadas. Cita MAHON (1986) que a mediados de los años 80 menos del 1% de pacientes utilizaban audífonos de petaca (corporales), mientras que más de la mitad de ellos (58%) usaban el intraauricular de creciente popularidad, en detrimento del anteriormente popular y muy empleado audífono retroauricular que ahora representaba solo el 40%. Las prótesis de conducción ósea (gafas auditivas) solo representaban un testimonial 1,5%. En la actualidad la venta de audífonos intrauriculares representa un porcentaje aún mayor, comenzando también a aumentar su cuota de mercado los intracanal.

5. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. OTONEUROCIRUGÍA

5.1. Cirugía del conducto auditivo interno y ángulo pontocerebeloso (6)

La presentación de la primera descripción necrópsica detallada de un caso de neurinoma acústico se remonta a SANDIFORT (1777). LEVEQUE-LASOURCE (1810) correlaciona por vez

primera los hallazgos necrópsicos con los síntomas clínicos en una mujer de 38 años que había presentado vértigo, cefalea, ceguera, acúfenos y sordera unilateral, inestabilidad, parestesias de extremidades y desviación de la lengua, la autopsia reveló un tumor originado en CAI. Sir Charles BELL en 1830 y después CRUVELHIER también describen casos similares con síntomas deficitarios de varios pares craneales. El primer hallazgo necrópsico de neurinoma incipiente intracanalicular del tamaño de un guisante se debe a TOYNBEE (1853). En 1910 HENSCHEN observa la dilatación del CAI que aparece ocupado por una expansión del tumor, sugiriendo el posible origen intracanalicular del tumor, y en 1911 demuestra el valor del estudio radiográfico para detectar el neurinoma. La ausencia de medios exploratorios audiológicos adecuados en aquella época hizo que las correlaciones clínico-necrópsicas no fueran aprovechadas por



Neurinoma descrito por Cruvelhier en 1885
(tomado de la Ponencia de 1973 de García Ibáñez).

los otólogos para el diagnóstico precoz. Por ello fueron los neurólogos y los cirujanos generales y neurocirujanos los encargados de diagnosticar y tratar esta patología en la primera mitad de este siglo.

5.1.1. *Etapas históricas de la cirugía del CAI y APC*

Siguiendo a IZQUIERDO (1977) (29) se pueden distinguir cinco etapas históricas en el tratamiento quirúrgico de los neurinomas del acústico: abordaje tumoral (pioneros), extirpación intracapsular, extirpación total, conservación del facial y microcirugía.

5.1.1.1. *Primera etapa: abordaje tumoral (pioneros) (6, 29)*

El primer cirujano que logró la primera extirpación completa con éxito de un neurinoma, sobreviviendo la paciente a la intervención, fue Charles BALLANCE, cirujano londinense, en 1894. Se trataba de una mujer de 49 años. Tuvo que interrumpirse un primer intento quirúrgico porque al extirpar una exóstosis que ocluía el seno lateral, éste se rellenó bruscamente de sangre ocasionando un colapso cardio-respiratorio. Siete días más tarde se extirpó a través de la región occipital derecha, por disección digital, un gran tumor situado entre la protuberancia y el peñasco, y aunque el dedo disector arrancó con la pieza tumoral el VII y el V pares, la enferma se recuperó. Tuvo, ciertamente, un tumultuoso postoperatorio y se desarrolló una queratitis trófica que obligó a la enucleación del ojo derecho. Revisada años más tarde, la paciente, tuerta y con su parálisis facial, no era precisamente un modelo de belleza, pero a sus 61 años seguía viva (6).

Anteriormente había habido varios intentos sin éxito: MAUSDLEY en 1889 trepanó el cráneo y penetró hasta el tumor pero no pudo extirparlo, GULDENARM intentó operar otro enfermo pero no logró encontrar la neoplasia, a pesar de que la necropsia demostró el tumor, finalmente en 1893 consiguió extirpar un neurinoma pero el enfermo falleció al día siguiente. Después de BALLANCE otros cirujanos logra-

ron operar exitosamente neurinomas (ANNANDALE de Edimburgo en 1895, CERSTER de Nueva York en 1896, etc.).

Al principio los resultados eran catastróficos por la elevada mortalidad intraoperatoria y cuando se conseguía salvar la vida era a costa de grandes y penosas secuelas, como lo indica la primera estadística publicada por HORSLEY (1903) (solo un paciente de los seis que había operado sobrevivió a la intervención). Esto se debía tanto a los diagnósticos muy tardíos con tumores voluminosos, como a los escasos medios y perfeccionamientos anestésicos y quirúrgicos (hemostasia sin coagulación, ausencia de transfusiones, etc).

En general se empleaba la vía suboccipital más o menos modificada. Posteriormente se propusieron otras vías: por ejemplo PANSE (1904) y QUIX (1911) proponen la vía translabiríntica como el camino más recto para alcanzar el ángulo pontocerebeloso, con resultados variables. Esta vía fue desechada en aquella época, especialmente por CUSHING, pues proporcionaba un campo limitado (los tumores que se diagnosticaban eran enormes), además no permitía controlar las hemorragias y ponía en contacto celdas mastoideas contaminadas con las meninges. KRAUSE (1905) describe la vía suboccipital unilateral. BORDCHARDT (1905) utiliza por vez primera la vía transigmoidea que no tuvo gran difusión por las dificultades para lograr una buena hemostasia.

A principios del siglo XX la cirugía del CAI aún presentaba altas mortalidades intraoperatorias. A modo de ejemplo, en el Congreso Internacional de Medicina celebrado en 1913 en Londres los tres neurocirujanos europeos más afamados (HORSLEY, VON EISELBERGER y KRAUSE) presentaron su casuística de 179 operaciones con una mortalidad media ¡del 70%! Otros pioneros más tardíos fueron MARTELL en Francia y nuestro compatriota Wenceslao LÓPEZ ALBO de Bilbao, el cual publica en 1922 sus primeros tres casos operados (tumor, quiste y absceso). En el terreno clínico hay grandes avances, HENNEBERG y KOCH introducen en 1902 el término «tumor del ángulo pontocerebeloso» y STEWART y HOLMES (1914) diferencian entre tumores intra y extracerebelares, la mayoría de éstos últimos neurinomas del acústico.

5.1.1.2. Segunda etapa: extirpación intracapsular (6, 29)

En ese momento aparece una de las dos grandes figuras de la época en este campo: el norteamericano Harvey CUSHING, ilustre profesor de la Universidad de Harvard, «el más brillante y audaz cirujano del cerebro», como llegó a ser catalogado. En 1917 publica su monografía «*Tumours of the nervus acusticus and the syndrome of the cerebellopontine angle*» que constituye un hito y el comienzo de una nueva época. En ella describe 30 casos magistralmente estudiados con una detallada historia clínica y un minucioso protocolo quirúrgico. Da gran importancia ya a los síntomas auditivos unilaterales presentes primariamente en 25 de los 30 casos, algunos de los cuales lo notaron al emplear el recientemente descubierto teléfono. Impresionado por la alta mortalidad operatoria y valorando la dificultad

de practicar una extirpación total en los casos avanzados que solían llegar a sus manos, propugnó la extirpación subtotal intracapsular a través de una amplia descompresión bilateral suboccipital. CUSHING aplicó a los tumores del SNC la técnica meticulosa y delicada que había aprendido de su maestro HALSTED, que se materializa en la disección cuidadosa y la extirpación intracapsular de los neurinomas. Consigue así reducir drásticamente la mortalidad peroperatoria hasta el 20%, aunque al dejar la cápsula el tumor recidivaba y la supervivencia a cinco años no sobrepasaba el 50%. Hay que recordar que los tumores se diagnosticaban cuando ya eran voluminosos y muy a menudo con el paciente con mal estado general. A lo largo de los años perfeccionó progresivamente su técnica de modo que en sus últimas 50 operaciones solo fallecieron dos pacientes. PUUSEPP (1936) también logró reducir la mortalidad a unas cifras similares empleando métodos similares.



El neurocirujano norteamericano H. Cushing tomando notas de una sesión quirúrgica.

5.1.1.3. Tercera etapa: extirpación total (6, 29)

La segunda gran figura de la cirugía del neurinoma fue Walter DANDY, cirujano de extraordinaria habilidad quirúrgica en fosa posterior, que preconiza la exéresis radical extracapsular del tumor, logrando en 1917 extirpar totalmente un neurinoma. No vaciló en asumir los riesgos de una mayor mortalidad inicial para conseguir una supervivencia más duradera. También por vía suboccipital, primeramente vaciaba el contenido de la cápsula tumoral para a continuación desprender ésta de su adherencia a las estructuras nerviosas, en ocasiones en un segundo tiempo. Las cifras de mortalidad eran similares a las obtenidas por CUSHING, con muchas menos recidivas, aunque con mayores lesiones permanentes del nervio facial, consecuencia lógica de la extirpación completa del tumor. Publicó sus trabajos iniciales en 1922 y 1925. En 1934 abandona el abordaje bilateral y propugna la vía suboccipital unilateral que produce menos lesiones del cerebelo y tronco cerebral, reduciendo en los años 40 la mortalidad a solo el 10%. Esta es la vía que ha sido utilizada durante muchos años después hasta la actualidad por muchos neurocirujanos.

Se produjo entonces una escisión entre los neurocirujanos partidarios de cada una de las dos técnicas, hasta que finalmente se acabó imponiendo la extirpación total de DANDY, al ir progresando las técnicas quirúrgicas (coagulación) y los medios de soporte asociados (transfusiones, anestesia). Entre los autores que se adhirieron a este método tenemos a OLIVECRONA, HORRAX y POPPEN, GRANT y NAFFZIGER, etc., los cuales progresivamente reducen las cifras de mortalidad por debajo del 20%, logrando respetar el nervio facial en el 20%.

Los progresos en los años 40-50 se producen en el campo anestésico y diagnóstico, por el contrario son escasos los perfeccionamientos en la técnica específica de exéresis. Esto aporta una mayor seguridad y precisión en el abordaje de tumores cada vez más pequeños, sobre todo gracias a la radiología, con el consiguiente descenso de la mortalidad. A veces se diagnostican tumores con escasa afectación neurológica, pero tales diagnósticos precoces se consideran incluso «premáturos». Así, PENNYBACKER Y CAIRNES (1950) dicen: «Aunque en general acogemos con gusto los diagnósticos precoces, resulta posible en algunos casos hacer diagnósticos mucho antes de que exista indicación para la intervención». No sólo era el paciente el que aceptaba con terror el diagnóstico de tumor cerebral, e incluso llegaba a dudar de la pericia clínica del médico cuando sus molestias eran mínimas, sino que el propio cirujano vacilaba en plantear la indicación quirúrgica en tales casos muy precoces. Los mencionados autores añaden: «El tumor puede ser pequeño, situado muy anterior y medialmente, la técnica difícil y las molestias para el paciente mayores después de operado que antes de la intervención». Esto era particularmente cierto en lo que se refiere al nervio facial, en una época en que la microcirugía, todavía en sus albores en el campo otológico, no había sido incorporada al quehacer neuroquirúrgico.

En 1949 publica ATKINSON su trabajo fundamental, describiendo minuciosamente la arteria cerebelosa anteroinferior, su participación en la irrigación vascular del oído interno, de una parte, y el tronco cerebral por otra, y sus relaciones de íntima vecindad con los tumores del ángulo pontocerebeloso. El autor demuestra que la lesión de dicha arteria durante la exé-

sis del tumor es la causante de los fallecimientos y no la lesión del tronco del encéfalo como se pensaba.

A pesar de que los pacientes seguían llegando tardíamente al quirófano, la destreza de los neurocirujanos y el perfeccionamiento de sus equipos quirúrgicos consiguió mantener estadísticas de mortalidad no superiores al 20%. A esta época pertenecen la mayoría de nuestros neurocirujanos, entre los que destacan, por sus contribuciones al tema, los nombres de LEY, OBRADOR, BARCIA GOYANES, TOLOSA, ALBERT, PERAITA, ANASTASIO, BRAVO, BORDES VALLS, SANCHO RIPOLI, etc. (12).

5.1.1.4. Cuarta etapa: conservación del facial (6, 29)

Con frecuencia se diagnostican todavía casos muy avanzados con indicación puramente vital. La causa de los diagnósticos tardíos radica tanto en la falta de refinamiento de las técnicas audiométricas, como en el desinterés que había en la mayor parte de los otólogos por el problema. Los tumores medianos y grandes se diagnosticaban correctamente y eran por lo general bien resueltos por neurocirujanos expertos, pero los tumores pequeños o no eran diagnosticados o se operaban tardíamente por lo que el sacrificio del nervio facial resultaba un mal menor.

Ya en 1912 KRAUSE se había preocupado por el nervio facial, pero los primeros intentos serios por conservarlo se deben sobre todo a Herber OLIVECRONA (1934), el cual abandona el axioma de DANDY de que «la parálisis facial debe ser aceptada como secuela necesaria de la operación», cuando se realiza la exéresis completa del tumor. OLIVECRONA operaba al paciente en decúbito prono con anestesia local para permitir el control de la motilidad facial por un ayudante durante la intervención: si se contraía la cara era señal de proximidad del nervio. En la fase de extracción de la cápsula de la fosa posterior utilizaba un estimulador eléctrico para buscar el facial, aunque en la mayor parte de los casos el nervio había sido tan maltratado que el paciente no era ya capaz de contraer activamente la cara. De todos modos lograba respetar anatómicamente el nervio facial en un 30%.

En 1950 comunica un porcentaje de preservación del facial claramente superior (65%).

Otros autores proponen en tumores de pequeño y mediano tamaño localizar el VII par en el CAI, fresando su pared posterior (DOTT 1963, RAND y KURZE 1965) o extirpando sus bordes con gubia fina (BUCY 1951), obteniendo buenos resultados.

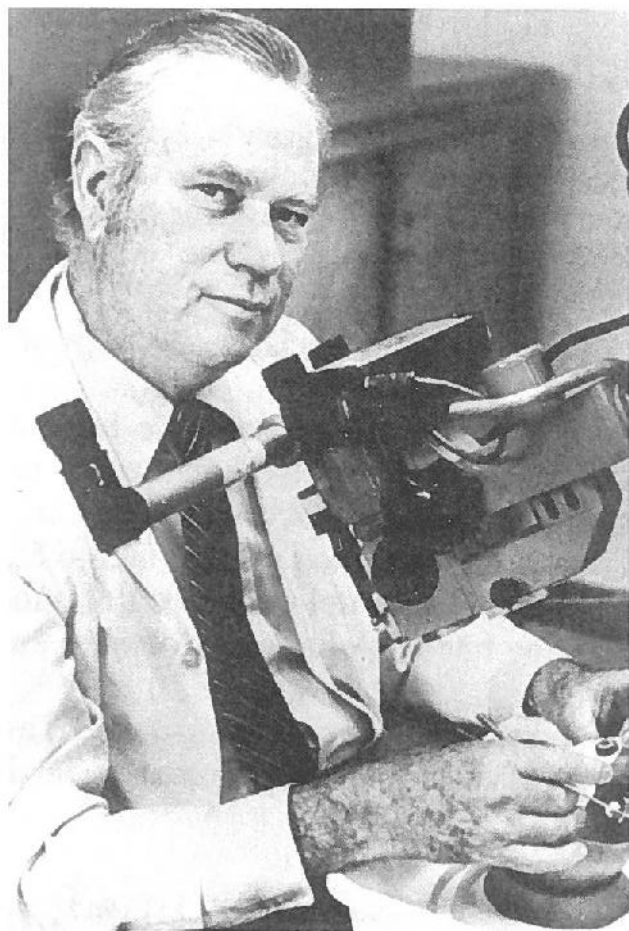
5.1.1.5. Quinta etapa: microcirugía. *La otoneurocirugía moderna (6, 29)*

Ésta era la situación hacia 1960, cuando se inicia la nueva era de la otoneurocirugía, en la que los trabajos del Grupo Otológico de Los Ángeles adquieren relieve universal. Howard HOUSE director del citado grupo relata en 1968 un caso típico que refleja la situación de

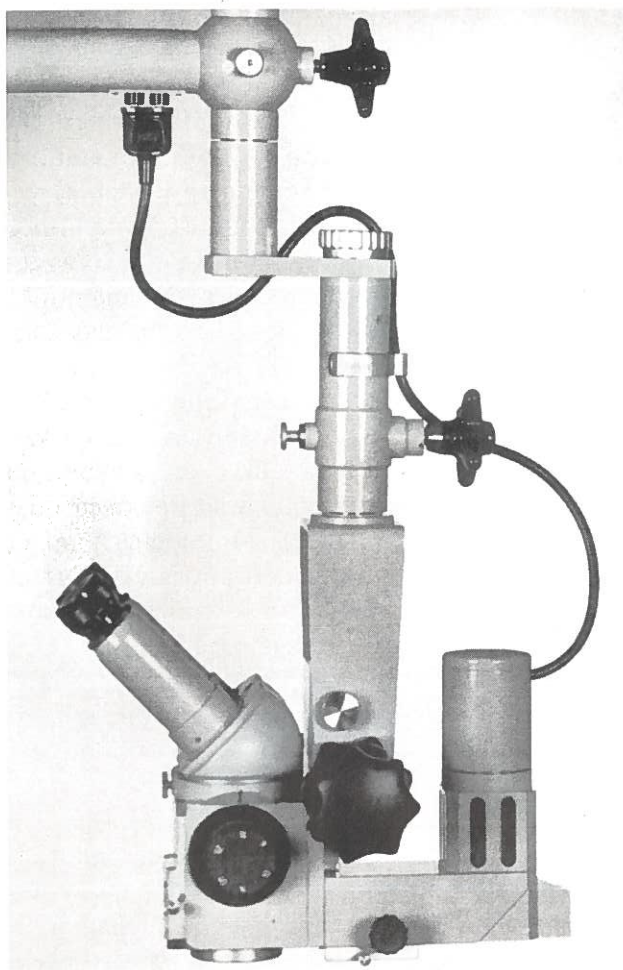
unos años antes: «Hace aproximadamente diez años que un hombre joven me consultó en relación con una sordera neurosensorial unilateral acompañada de tinnitus. La radiología de rutina reveló un conducto auditivo interno dilatado y la prueba calórica mostró una respuesta vestibular atenuada. Se hizo el diagnóstico de tumor acústico y el paciente fue referido a la consideración del neurocirujano. Desgraciadamente la operación se demoró en espera de un más acusado déficit neurológico. A su debido tiempo esto ocurrió, y el paciente fue operado con trágicas secuelas...». Esta situación estimuló a William HOUSE a partir de 1961, con la ayuda de un escogido grupo de colaboradores, a la búsqueda de una sistemática semiológica para el diagnóstico precoz de estas lesiones y al perfeccionamiento o creación de nuevas vías de abordaje y técnicas más precisas para la extirpación de los pequeños tumores. Por ello podemos afirmar que la contribución más importante a la cirugía otoneurológica de la segunda mitad del siglo XX corresponde a HOUSE.

A este hecho contribuyeron varios factores: los enfermos llegan al cirujano mejor estudiados desde el punto de vista neurológico, otológico, oftalmológico y radiológico. Se sistematizan la exploración vestibular y el registro ENG. De cuando en cuando y gracias especialmente al progreso de la radiología (politomografías con contraste de pantopaque), se diagnostican tumores pequeños con mínima participación neurológica. Asimismo se perfeccionan las técnicas para luchar contra la hemorragia (coagulación, transfusiones) y contra la hipertensión endocraneal y también progresan lentamente las técnicas anestésicas. El microscopio operatorio, el fresado con succión-irrigación continua y la coagulación bipolar permiten actuaciones en el oído y el endocráneo que unos años antes parecían totalmente imposibles. El gran acierto de HOUSE fue combinar los avances técnicos de la época, recuperar viejas vías de abordaje, rodearse del equipo humano y técnico apropiado y, aplicando su talento, crear la moderna otoneurocirugía.

Aplicó las diferentes vías de abordaje transtemporal, translaberíntica y suboccipital, sistematizándolas y sentando las indicaciones de cada una de ellos no solo en cirugía del neurinoma, sino tam-



El norteamericano W. F. House, padre de la moderna otoneurocirugía mundial, que propuso la acción conjunta entre los neurocirujanos y los otorrinolaringólogos.



Microscopio quirúrgico Zeiss, a principios de la década de los años cincuenta.

bién en las neurectomías y en la cirugía del vértigo. También practicó otras vías como la transigmoidea, para evitar los puntos débiles de la suboccipital y la translaberíntica). Formó un primer equipo otoneuroquirúrgico con el neurocirujano John B. DOYLE, pero pronto se dio cuenta de que eran muy pocos los neurinomas cuyo reducido tamaño permitía su extirpación por fosa media, precisando un abordaje más amplio. DOYLE proponía para estos casos la vía suboccipital clásica, pero HOUSE se inclinaba por la vía translaberíntica, por lo que terminaron separándose para seguir cada uno su camino. HOUSE formó un nuevo equipo con el neurocirujano W. E. HITSELBERGER, con quien trabajó en perfecta armonía perfeccionando cada vez más las técnicas y los nuevos instrumentos quirúrgicos como el retractor autostático y el aspirador-disector de URBAN-HOUSE.

Posteriormente se estableció una firme competencia entre el grupo otológico de HOUSE y el grupo neuroquirúrgico de RAND y KURZE, ambos ubicados en Los Ángeles, lo que contribuyó más aún si cabe al progreso de la técnica en la cirugía del CAI y del ángulo pontocerebeloso. Todo esto ha conducido al creciente interés despertado en otólogos y neurocirujanos por llegar a diagnósticos cada vez más precoces y a técnicas microquirúrgicas cada día más precisas.

En 1968 presentó 200 casos operados con solo 7% de mortalidad y 10% de lesiones del nervio facial. Solo una década después (1979) presenta una serie de 500 tumores con una mortalidad del 2,6%. El Centro Otológico de Los Ángeles se convirtió en La Meca de la otoneurocirugía mundial, donde otólogos de otros países acudían a aprender las nuevas técnicas. Al incorporar en otros centros la sistemática semiológica de Los Ángeles y sus técnicas quirúrgicas, se va acumulando cada vez más experiencia y van apareciendo contribuciones a la nueva cirugía del CAI: FISCH y YASARGIL (1968), PORTMANN (1968, 1972), STERKERS y BILLET (1966, 1967, 1972), CRABBE (1971, 1972), CHIOSSONE (1969), etc. En los años 80 se populariza la otoneurocirugía a nivel mundial y se realiza en muchos centros de casi todos los países desarrollados, dispersándose la cirugía de una patología que es poco frecuente. Un estudio realizado en EE.UU. en esa década revela que es mayor el número de otoneurocirujanos que pueden hacer la cirugía del neurinoma, que neurinomas son diagnosticados cada año (30).

En nuestro país (12), donde la microcirugía otológica introducida por GARCÍA IBÁÑEZ y ANTOLÍ-CANDELA ya tenía un alto desarrollo técnico, se dieron numerosas contribuciones: los citados ANTOLÍ-CANDELA y GARCÍA IBÁÑEZ, ÁLVAREZ DE CÓZAR, GAVILÁN, GUILLÉM KUSTER, OLAIZOLA, PRADES, SALVÁ, SCOLA, etc. El año 1964 ANTOLÍ-CANDELA introdujo en España el diagnóstico precoz de los neurinomas en el campo de la ORL y el tratamiento quirúrgico de los mismos a través de la vía translaberíntica, transtemporal y la combinada por la fosa posterior. Luis GARCÍA IBÁÑEZ dirige en 1973 la Ponencia Oficial sobre «Cirugía del conducto auditivo interno»,

cuyos ponentes son los hermanos José Luis y Emilio GARCÍA IBÁÑEZ FERRANDIZ. Se trata del primer tratado publicado en lengua española sobre otoneurocirugía (6, 31).

5.1.2. Vías de abordaje del CAI y APC (6, 29)

5.1.2.1. Vía transtemporal o de la fosa media

Esta vía fue utilizada por primera vez por HARTLEY (1892) y posteriormente por KRAUSE (1896) para el abordaje de la neuralgia del trigémino. Durante muchos años fue una técnica neuroquirúrgica, en ocasiones empleada por algún otólogo para drenar supuraciones otógenas de la fosa media (VALDEMWECK, RAMADIER) o para tratar otorreas de la punta del peñasco (BORIS finales de siglo XIX y BIRCHER y BALDENWECK (1908). PARRY (1904) usó por primera vez esta vía para seccionar el VIII par a través del techo del CAI en la enfermedad de Ménière, pero al lesionar inadvertidamente también el nervio facial no tuvo mucha aceptación. WITMAACK (1933) la aplicó para intentar tratar la otosclerosis y HOLMGREN (1931) para fenestrar el canal semicircular superior. L. GARCÍA IBÁÑEZ (1947) mostró en cadáver la posibilidad de trepanar el techo del C.A.I. y seccionar diferencialmente el nervio vestibular, conservando el coclear, al observar los resultados inseguros de la vía suboccipital. BORDES VALLS (1948), autor español, abordó el canal semicircular externo a través del *tegmen tympani* por fosa media para intentar corregir quirúrgicamente la sordera otosclerosada sin llegar a conseguirlo, se trataba de una nueva vía de abordaje subtemporal, precursora de la descrita más tarde por HOUSE para abordar el CAI. CLERC y BATISSE (1954) utilizaron la vía transtemporal para abordar el ganglio geniculado y reparar mediante un injerto una parálisis facial postraumática y también para realizar técnicas destructivas del canal semicircular superior.

Ante la dificultad y peligrosidad de la técnica se abandonó hasta 1959 en que William HOUSE se interesó en el abordaje del CAI. Tras practicar la técnica en cadáver la utilizó por primera vez en el vivo en octubre de 1959, intentando liberar el CAI de focos otosclerosos. Pos-

teriormente demostró que podía realizarse el abordaje del CAI por esta vía de forma no traumática, ayudándose del microscopio y tomando como referencia el nervio petroso superficial mayor, sin lesionar la cóclea, el nervio facial o el canal semicircular superior. Propone esta vía para practicar neurectomías vestibulares en la enfermedad de Ménière, para el abordaje de las porciones intracanalicular y laberíntica del nervio facial, y para la extirpación de neurinomas incipientes y otros tumores de la región (HOUSE, 1961).

Para localizar el CAI se describen varias referencias quirúrgicas:

- HOUSE (1961) propone descubrir el nervio petroso hasta el ganglio geniculado y desde éste seguir la dirección del nervio facial hasta el fondo del CAI.

- FISCH (1970) expone la línea azul del canal semicircular superior y formando 60° con él se sitúa el eje del CAI.

- CHOUARD (1973) y STERKERS (1973) siguen el eje biauricular y a 28 mm de la cara interna de la escama del temporal encuentran el CAI.

- Destacamos la aportación de varios autores españoles (6, 12). PRADES y BOSCH (1973) proponen una localización en la zona llamada «triángulo mudo», sin embargo al no basarse en ninguna relación anatómica precisa tiene riesgo. GARCÍA IBÁÑEZ (1972) en cambio utiliza la eminencia arcuata y el nervio petroso superficial mayor como puntos básicos de referencia, de esta forma se evita la necesidad de exponer la línea azul del canal semicircular superior como hacía HOUSE. En España los primeros en utilizar la vía de la fosa media fueron: C. GAVILÁN (1970), ANTOLÍ-CANDELA (1972) y GARCÍA IBÁÑEZ (1973).

5.1.2.2. Vía translaberíntica

Fue descrita por primera vez por PANSE en 1904 para extirpar un neurinoma, pero fue HOUSE en 1964 quien la sistematizó para un abordaje más amplio de los tumores de mediano tamaño que no podían ser operados por fosa media. El facial se sitúa en el fondo del CAI, por encima de la cresta falciforme y por delante

de una pequeña espina ósea que señala el comienzo del canal de Falopio. La importancia de esta cresta en el abordaje translaberíntico como punto de referencia esencial para identificar el comienzo del Falopio fue señalado por William HOUSE, por lo que en su homenaje se le llama «Bill's bar», ya que este autor es llamado así por sus alumnos y amigos: Bill. En la cirugía, dicha cresta separa en el fondo del CAI el nervio facial de la fosa vestibular y por lo tanto del tumor. En España utiliza esta vía ANTOLÍ-CANDELA, como ya hemos indicado anteriormente.

5.1.2.3. Vía combinada: translaberíntica-transigmoidea

ELSBURG en 1904 describió el abordaje combinado en dos etapas, un primer tiempo petroso (translaberíntico) y un segundo suboccipital (transigmoideo) con ligadura del seno lateral, para la extirpación de neurinomas del acústico. Desgraciadamente, el paciente no sobrevivió para el segundo tiempo de la intervención. BORCHARDT (1905) realizó por primera vez una intervención de este género en tres tiempos y EISELBERG (1907) realizó otra operación con ligadura del seno sigmoideo, ambos casos fallecieron. MONTGOMERY por un lado y HOUSE y HITSELBERGER por otro, resucitaron y sistematizaron en 1966 la antigua vía transigmoidea, que pretendía evitar los puntos débiles de la suboccipital y la translaberíntica, para la extirpación de neurinomas de gran tamaño con hipertensión intracraneal. El primer tiempo translaberíntico se sigue del segundo transigmoideo que permite una amplia visión del campo quirúrgico.

5.1.2.4. Vías suboccipital transmeatal y retrosigmoidea

La vía suboccipital transmeatal es un perfeccionamiento técnico de la vía suboccipital unilateral clásica de DANDY aplicada con fines funcionales a enfermos con diagnóstico más precoz de neurinoma, en los cuales se desea respetar las estructuras nerviosas no lesionadas por el tumor. La mayoría de los equipos neuro-

quirúrgicos se van equipando con el microscopio operatorio y practican técnicas microquirúrgicas, tratando de conservar el nervio facial y modifican las características de la craniotomía adaptándola a las nuevas necesidades. RAND y KURZE (1965) de Los Ángeles son los primeros en utilizarla, siendo utilizada luego por PALVA (1981) y SMITH (1982).

La vía retrosigmoidea es otra variante en la que la craniotomía se ubica por detrás del ángulo que forman el seno lateral y el seno sigmoideo (STERKERS 1980). Ha sido introducida y utilizada ampliamente en España por C. GAVILÁN y J. GAVILÁN (1992) (10, 12).

5.1.2.5. Otras vías

VÍA RETROLABERÍNTICA: PULEC (1973) la describe para la sección del trigémino en neuralgias esenciales y en casos de grandes neurinomas en pacientes de edad con la audición del otro oído comprometida. HITSELBERGER y HUGHES (1968) la aconsejan en casos de neurinoma bilateral, en los que la preservación de la audición es vital. Su propósito es preservar la cápsula laberíntica y, por tanto, conservar la función auditiva y vestibular íntegras. Este abordaje puede completarse con la vía trans temporal para completar la exéresis del tumor dentro del CAI sin destruir la cápsula laberíntica.

VÍA TRANSVESTIBULAR: Es una importante aportación española a la otoneurocirugía. Esta vía fue utilizada en la era preantibiótica para el drenaje de las laberintitis supuradas. ÁLVAREZ DE COZAR y ANTOLÍ-CANDELA (1970) la recuperaron y la utilizaron por primera vez como técnica otoneuroquirúrgica actual y la expusieron en el Congreso Nacional de la SEORL de Sevilla en 1969. Aborda el fondo del CAI de forma rápida a través de la pared interna del vestíbulo previo fresado de la ventana oval, permitiendo disecar los nervios coclear y vestibular, aunque la exéresis completa de un neurinoma es difícil de realizar. Es de destacar la originalidad y sencillez de la técnica, aunque presenta el inconveniente de la estrechez del campo quirúrgico y que se trata de una técnica destructiva de la audición (12).

OTRAS: Vía transcoclear de HOUSE y HITSELBERGER para acceder a neurinomas muy anteriores que no podían ser abordados por las otras vías clásicas. Vía transótica de JENKINS (1980). Vía combinada (translaberíntica-fosa media) de TATOR (1982). Vía sublaberíntica de AGUSTÍN y GUILLEM (1977) demostrada sobre hueso temporal, etc.

5.2. Cirugía del vértigo

Aunque ya en 1904 PARRY realizó una neurectomía vestibular, fue durante los años 20 cuando se establece la cirugía del vértigo en la enfermedad de Ménière por PORTMANN (1927) que idea y describe su operación de punción del saco endolinfático. Años después DANDY (1934) propugna la neurectomía del VIII par. A finales de los años 30 CAWTHORNE (1938) comienza con las laberintectomías que sistematiza un lustro después. Pero es necesario esperar al comienzo de la denominada «década prodigiosa» de los años 60 para que William HOUSE introduzca la microcirugía en este campo y actualice todas las técnicas: modifica y mejora el drenaje del saco endolinfático colocando un shunt y realiza la neurectomía vestibular por la vía de la fosa media. Pone las bases de la moderna otoneurocirugía, sobre las cuales otros muchos autores aportan diferentes técnicas alternativas.

5.2.1. Procedimientos conservadores

5.2.1.1. Cirugía del saco endolinfático (32)

Georges PORTMANN opera en Francia el 26 de febrero de 1926 por vez primera a un paciente con enfermedad de Ménière mediante la descompresión del saco endolinfático, fruto de cinco años previos de investigación en laboratorio. Se trata abrir y drenar el espacio endolinfático para disminuir la hipertensión, tomando como base la idea de KNAPP de que el vértigo de Ménière sería una manifestación hipertensiva similar al glaucoma. En esa época el otocirujano solo podía valerse del martillo y de la gubia, lo que da idea del logro tan importante

conseguido por PORTMANN. El año siguiente hace la primera publicación sobre su nueva técnica, comenzando así la era de la cirugía del saco endolinfático.

A pesar de ello esta nueva técnica fue muy poco utilizada hasta que William HOUSE en 1962 la actualiza y modifica gracias a la introducción del microscopio operatorio. Este autor incide no solo la pared lateral del saco sino también su pared medial y coloca un tubo de teflón (shunt) como drenaje permanente entre los espacios endolinfático y subaracnoideo.

Posteriormente otros otocirujanos aportan sus propias modificaciones: NAITO (1962) crea una fístula permanente entre el saco y el espacio subaracnoideo, HOUSE (1964) el drenaje endoperilinfático o punción de la escala media a través de la ventana redonda y colocación de un microdrenaje de platino, SHEA (1966) coloca una mecha de teflón desde el saco a la mastoide, SAMBAUGH (1966) realiza una descompresión simple de la duramadre alrededor del saco, PLESTER (1972) inserta una pieza de silastic y lo recubre con injerto libre muscular, STAHL (1975) aplica por primera vez una válvula en el oído interno, ARENBERG (1976) emplea una válvula unidireccional entre el saco y la mastoide, MORRISON (1975) utiliza la derivación mediante un tubo capilar ubicado en el acueducto del vestíbulo, PAPARELLA y HANSON (1976) drenan el saco mediante un tubo en T, SHEA (1979) tras examinar huesos temporales descubre nuevas referencias para localizar el saco evitando exponer la línea azul del canal semicircular posterior, KITAHARA (1985) inserta gelfoam en la luz del saco, BRACKMAN (1987) realiza la derivación endolinfática-subaracnoidea y endolinfática-mastoidea obteniendo en ambos casos resultados similares. AUSTIN realiza la descompresión por vía endaural. Estas técnicas las emplean en España E. SCOLA (1965), GUILLEM KUSTER (1965), PRADES (1970), MURCIA GARCÍA (1976), entre otros (12).

A partir de los años 70, al analizar las series de pacientes operados a largo plazo, se comienza a reconsiderar la eficacia de esta intervención, estableciéndose cierta polémica entre distintos autores. PAPARELLA y HANSON (1976) observan que en tres casos en los cuales no se pudo

llegar a realizar el drenaje por dificultades anatómicas no se produjo mejoría, a pesar de no haber sido advertidos los pacientes de las circunstancias de la cirugía. Por el contrario, BRETLAU (1980-81) lleva a cabo un estudio a doble ciego comparando derivación endolinfática con mastoidectomía simple a modo de placebo, encontrando mejores resultados en el primer caso pero sin llegar a ser estadísticamente significativo.

5.2.1.2. *Simpatectomía cervical (32)*

Fue utilizada por primera vez por MORGAN y BAUMGARTNER (1934) en pacientes con síndrome de Cogan obteniendo mejoría del vértigo, basándose en que la intervención aumentaría la irrigación sanguínea al laberinto. PASSE (1949) pone en boga la extirpación del ganglio estrellado para reducir también la inervación simpática vasoconstrictora.

5.2.2. *Procedimientos destructivos*

5.2.2.1. *Sección del nervio vestibular (32)*

A principios de este siglo PARRY (1904) realizó por primera vez una neurectomía vestibular por vía transtemporal (a través de la fosa craneal media) en un caso de enfermedad de Ménière, pero al hacerlo con los medios de esa época, también lesionó el nervio coclear y el nervio facial por lo que no tuvo mucha aceptación (33). En esos años eran neurocirujanos como FRAZIER (1912) y DANDY (1934) los que se «atrevían» a realizar los abordajes de fosa craneal posterior, llegando a obtener ya un 90% de curaciones del vértigo con muy baja mortalidad (DANDY en 1941 publica su estadística de 401 operaciones con una sola muerte), pero a costa de sacrificar la audición (hacían neurectomía del VIII par completo) y lesionar en demasiadas ocasiones el nervio facial.

William HOUSE en 1961 introduce la microcirugía y retoma el abordaje de la fosa craneal media para la sección, ya selectiva, del nervio vestibular, obteniendo un elevada tasa de curación (mayor del 90%) y preservando la audición y la función del nervio facial. Otros auto-

res utilizan posteriormente esta vía: FISCH (1977), GARCÍA IBÁÑEZ (1980), GLASSCOCK (1984). En la década de los años 80 se describe la neurectomía vestibular retrolaberíntica por SILVERSTEIN y NORRELL (1980), con cifras similares de curación, siendo después empleada por HOUSE (1984) y McELVEEN. Finalmente SILVERSTEIN usa poco después (1987) la vía retrosigmoidea para realizar una sección más completa del nervio vestibular. McCABE y HARKER (1983) indican la sección vestibular para los casos de síndrome del asa vascular compresiva. En España C. GAVILÁN comienza en 1968 a realizar la neurectomía vestibular por vía de fosa media, posteriormente en 1985 emplea la vía retrolaberíntica (12).

La introducción de la monitorización intraoperatoria de los nervios facial (HARNER 1986) y coclear (SABIN 1987) ha incrementado la seguridad del cirujano a la hora de respetar dichas estructuras durante la cirugía.

5.2.2.2. *Neurectomía singular (32)*

Descrita por GACEK (1974) para el tratamiento del VPPB basándose en la teoría de la cupulolitiasis. Bajo anestesia local y vía del conducto, consiste en seccionar selectivamente el nervio ampular posterior o singular a través del nicho de la ventana redonda. El inconveniente es su dificultad técnica y el peligro de hipoacusia neurosensorial.

5.2.2.3. *Laberintectomía (32)*

Es una técnica destructiva de la audición que se emplea en la enfermedad de Ménière. A finales de los años 30 CAWTHORNE (1938) realiza la extirpación parcial y total del canal semicircular horizontal y en 1943 crea la laberintectomía transmastoides, que posteriormente será sustituida por la laberintectomía transmeatal (SCHUKNECHT 1956, CAWTHORNE 1957). Otros autores describen variantes: LEMPert, realiza vaciamiento endolinfático mediante extirpación del estribo, PORTMANN (1966) abre el conducto endolinfático, etc. Más tarde se describe la sección vestibular por vía translabe-

ríntica (PULEC 1974, GLASSCOCK 1980). En España (12) ANTOLÍ-CANDELA realiza laberintectomía que consiste en extirpar primero el canal semicircular horizontal tras aticotomía según CAWTHORNE, luego estapedectomía y aspiración del oído interno, posteriormente fresado de la parte que separa ambas ventanas aspirando el contenido vestibular y la membrana de la ventana redonda, exponiendo la espira basal de la coclea y rellenando con gelfoam. E. SCOLA (1964) hace laberintectomía sin fresado aspirando el líquido del laberinto. La técnica de ÁLVAREZ DE COZAR es una variante de la laberintectomía, aborda el CAI y secciona el nervio vestibular a través de la pared interna del vestíbulo.

Una variante es la laberintectomía parcial con ultrasonidos aplicados sobre el canal semicircular lateral por vía transmastóidea, descrita por ARSLAN de Padua (1953). Produce una lesión selectiva de los receptores vestibulares con preservación del órgano de Corti. También fue empleado por STAHL (1976) con el mismo abordaje y por KOSOFF (1967) colocando la sonda sobre la ventana redonda. En España fue empleada por GAVILÁN (1968) (12). WOLFSON (1966) aplica criocirugía sobre el canal semicircular lateral y HOUSE (1965) sobre el promontorio, sin provocar tampoco lesiones auditivas.

También hay que citar la laberintectomía farmacológica mediante aplicación transtimpánica de gentamicina que es absorbida por el oído interno produciendo destrucción selectiva de la función vestibular. ARSLAN de Padua (1953) propugna la inducción osmótica con cloruro sódico sobre ventana redonda para provocar salida de perilinfa y la compensación endolinfática, con malos resultados. En España BARTUAL propuso la inyección laberíntica de alcohol (12).

5.2.3. Otras técnicas (32)

5.2.3.1. Saculotomía

Indicada en la enfermedad de Ménière. Es una técnica conservadora pero invasora del laberinto puesto que persigue descomprimir el sistema endolinfático mediante una punción del sáculo a través de la ventana oval. FICK

(1946) fue el primero en crear una fístula en el sáculo por punción a través de la platina mediante abordaje transcanal, mejorando el vértigo en el 50% pero con 90% de hipoacusia. CODY (1983) idea una ingeniosa técnica para obtener una fístula más permanente en el sáculo por el procedimiento de la «Tack operation». Coloca una «tachuela» a través de una fenestración en el tercio anterior de la platina para que perfora el sáculo cada vez que se éste dilate en cada crisis hipertensiva (saculotomía automática de repetición) y evitar la salida de perilinfa, reduciendo las hipoacusias postoperatorias. Con el tiempo se produce una recidiva del vértigo por lo que estas técnicas no han tenido mucha difusión. Una variante es la cocleo-saculotomía de SCHUKNECHT (1982) en la cual perfora la lámina espiral ósea de la cóclea para producir una fístula permanente. En pacientes en los que coexisten otosclerosis y enfermedad de Ménière, ISSA (1983) aconseja estapedectomía, LISTON (1984) realiza una estapedectomía-saculotomía colocando una prótesis de alambre cuyo extremo descomprime el sáculo y PAPARELLA (1984) hace estapedectomía y coloca una «tachuela» de CODY modificada.

5.2.3.2. Timpanotomía exploradora

ROSEN (1954) secciona el nervio cuerda del tímpano, pensando que el estímulo vertiginoso pasa por ella (19). ARRAG y PAPARELLA (1964) describieron un vértigo secundario a la subluxación del estribo en el vestíbulo por perforación timpánica traumática, que requirió una estapedectomía urgente con remisión de los síntomas. RIED (1972) describe la cocleostomía que se basa en comunicar el mucoperiostio promontorial con el ligamento espiral para aumentar la irrigación coclear. GOODHILL (1973) describe las fístulas perilinfáticas, de ventana oval o redonda secundarias a traumatismos craneales, barotraumatismos, traumatismos yatrogénos (estapedectomía), etc., que pueden simular una enfermedad de Ménière. HOUSE (1973) y SIMMONS (1978) aconsejan en los casos post-estapedectomía explorar la caja en busca de la fístula. MCGEE (1983) utiliza en estos casos cirugía láser. Otros autores aconsejan ante la sos-

pecha de fístula perilinfática el sellado de la misma colocando un injerto en la ventana redonda (PAPARELLA 1987, ARENBERG 1987, SELTZER y McCABE 1986). PAPARELLA (1987) describe la «hipertensión perilinfática», como fase previa a la formación de la fístula, en enfermos que presentan abombamiento de la ventana redonda, aconsejando paracentesis y colocación de injerto sobre dicha ventana.

5.2.3.3. Descompresión microvascular del VIII par

JANNETTA (1975) describe el síndrome del asa vascular compresiva del ángulo pontocerebeloso en un paciente con síntomas cocleo-vestibulares. Posteriormente (1981) aconseja realizar una descompresión a dicho nivel colocando una esponja entre el asa vascular y el VIII par. Posteriormente MOLLER (1986) practica una intervención similar. McCABE y HARKER (1983) observa que el asa con mucha frecuencia se introduce en el CAI impidiendo una descompresión adecuada, por lo que aconseja realizar la sección vestibular.

5.2.3.4. Oclusión de los canales semicirculares

MENZIO de Turín (1953) abre el canal semicircular horizontal y lo rellena de gelfoam, dejándolo intacto, para tratar el vértigo de Ménière. PARNES y McCLURE (1990) practican la oclusión del canal semicircular posterior para el tratamiento del VPPB intratable.

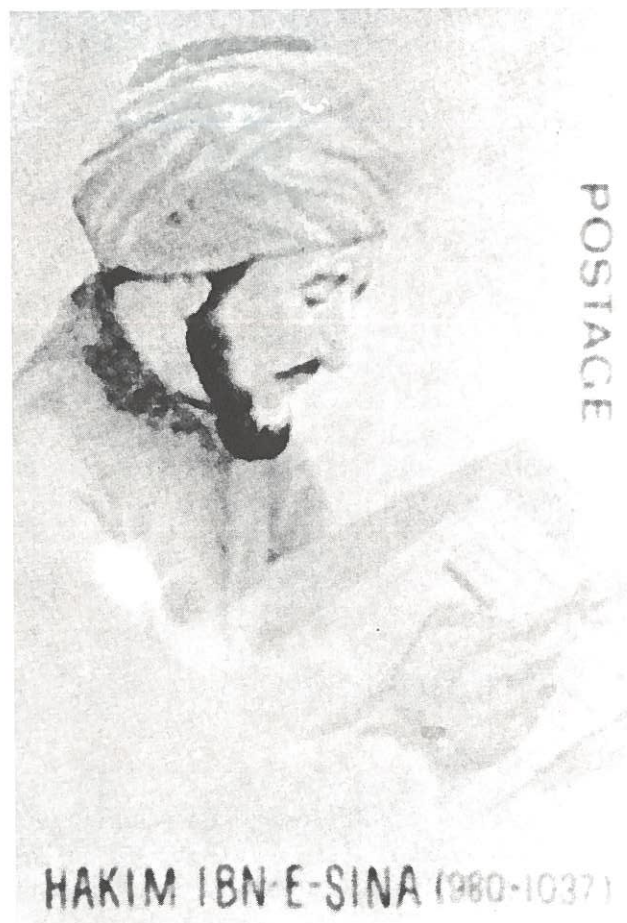
5.3. Cirugía del nervio facial

5.3.1. Pioneros (8)

El conocimiento del nervio facial surgió como consecuencia de la observación de la patología paralítica de la musculatura de la mímica. Esto sirvió de acicate para que los investigadores encontraran el sustrato anatómico del que dependía la motilidad de dicha musculatura, describieran la etiopatogenia que motivaba su paralización y buscaran los medios terapéuticos

que condujeran a su recuperación funcional. La parálisis facial ya era conocida en el mundo grecorromano clásico (HIPOCRATES, ARETEE DE CAPPADOCE, GALENO). Ya en el siglo VI PAULUS DE AEGINATA describe la imposibilidad del cierre palpebral en las parálisis faciales y las lesiones secundarias del globo ocular que conducían en esa época a la ceguera. Para evitarlas preconiza la sutura de ambos párpados, conocida hoy en día como «tarsorrafia» y practicada con las mismas indicaciones que entonces.

AVICENA en el siglo XI es el primer médico que aporta amplios conocimientos sobre la parálisis facial en su tercer libro; «Canon», que mereció la denominación de «El evangelio médico». Define la parálisis facial, sienta las bases etiopatogénicas y los fundamentos de la exploración clínica y también realiza aportaciones a la terapéutica médica y rehabilitadora, como ya se



Sello en homenaje al médico árabe Avicena.



Página de una copia hebrea del Canon de Avicena (siglo XV).

indicó en dichos apartados. Señala como límite de tiempo máximo para esperar una posible recuperación funcional el de seis meses, «pasado el cual no es posible esperar recuperación», plazo similar al admitido en la actualidad. Respecto al tratamiento quirúrgico, describe bajo el título «artículo cuarto: la desunión del nervio» la sutura término-terminal y afirma que «es el único proceder posible cuando el nervio ha sido seccionado en anchura», aunque no podemos asegurar que llegara a realizar la técnica. En cualquier caso sentó las bases de la neurocirugía. Podríamos perfectamente catalogar a AVICENA como el padre de la cirugía reparadora del nervio facial y el máximo exponente en el conocimiento de la parálisis facial en la Edad Media, sirviendo como base para otros investigadores surgidos en siglos venideros, aunque en muchas ocasiones sus aportaciones fueron olvidadas.

FALOPPIO (siglo XVI) describe el canal óseo que lleva su nombre y la cuerda del tímpano, permitiendo a los futuros investigadores abordar dichas estructuras. Sir Charles BELL, en la primera mitad del siglo XIX, representó una revolución en los conocimientos clínicos sobre el nervio facial, de modo que durante muchos años a toda parálisis facial se le adjetivaba «de Bell», término hoy restringido a los casos de etiología desconocida.

5.3.2. Comienzos de la cirugía del nervio facial (8)

CRUIKSHANK (1795) había descrito la posibilidad de regeneración nerviosa. DUCHENNE DE BOULOGNE (1872) confirma que las lesiones del facial alteran la contractilidad eléctrica de los músculos por él inervados. Ambas aportaciones constituyeron un poderoso empuje para el desarrollo de la cirugía de los nervios motores periféricos, incluido el nervio facial. En la séptima década del siglo XIX se alcanzan grandes logros en la neurocirugía en el campo de la reparación de nervios motores lesionados (PHILIPEAUX, VULPIAN, LETIEVANT, ALBERT). Pero su aplicación en la parálisis facial no se llevó a cabo hasta que DROBNIK (1879) practica por vez primera una anastomosis entre el nervio espinal y el nervio facial en su emergencia por el foramen estilomastoideo, en un paciente con una parálisis facial de causa otógena, obteniéndose buenos resultados. Se desecha así la creencia de que la sutura de un nervio seccionado originaba el entonces misterioso y terrible tétanos.

El verdadero artífice de esta nueva etapa terapéutica de las parálisis faciales fue Sir Charles BALLANCE que en 1895 publicó el primer trabajo referente a la anastomosis del nervio facial con el espinal. Argumentaba que si la musculatura mímica no podía recibir el impulso nervioso de su propio nervio lo podría recibir de otros nervios motores, sentando las bases experimentales y clínicas de las anastomosis entre el nervio facial y otros nervios motores periféricos (XI par, el más empleado en esos años, IX y XII pares). Los buenos resultados funcionales obtenidos destierran el concepto que prevalecía

de que un nervio lesionado jamás podía regenerar. Ya en los albores del siglo XX se pudo demostrar histológicamente por EDINOER y CAJAL la regeneración neuronal. Posteriormente KORTE en 1901 anastomosó el facial con el hipogloso.

Las aportaciones anatómicas de POLITZER (1875), KORNER (1892), JANSEN (1898) SCHWARTZE (1903) y otros autores, permiten iniciar el abordaje del nervio facial en su trayecto intrapetroso. Los primeros que efectúan una descompresión del nervio facial abriendo el canal de Falopio desde el orificio estilomastoideo hasta el ganglio geniculado son CHIPAULT y DALEINE (1895) y COZZOLINO (1897). Posteriormente otros autores lo practican y describen astucias prácticas para evitar lesionar al nervio facial. En esos años la indicación quirúrgica de dicha técnica era siempre la presencia de una otitis crónica complicada con parálisis facial, abordando al nervio para liberarlo de formaciones patológicas (pólipos, colesteatoma, esquiras óseas, granulaciones, etc.) susceptibles de comprimirlo.

A este respecto es curiosa la descripción de un paciente operado por STACHE en 1903, primer caso en que se repara una lesión del nervio facial por vía intratemporal. Interviene por una recidiva de otitis crónica con parálisis facial intensa, encontrando en el acto quirúrgico un nervio facial severamente lesionado, invadido por granulaciones y tejido fibroso. Con un fino bisturí corta al nervio en la zona enferma, lo saca del canal de Falopio y lo limpia de tejido infeccioso y fibroso, reponiéndolo al canal uniendo los extremos. Afirma el autor que a los dos años de evolución el paciente se había recuperado de forma evidente de su parálisis facial.

Los resultados y vías de abordaje propugnadas por estos autores hizo que otros se aventuraran en empresas más arduas y difíciles. Así, BUNNEL realizó en 1921 la primera sutura término-terminal intratemporal y en 1930 lleva a cabo el primer injerto nervioso en hueso temporal con éxito. MARTÍN (1926) realizó también suturas término-terminales obteniendo también buenos resultados funcionales.

En la cirugía reparadora del nervio facial fueron primordiales las aportaciones realizadas por BALLANCE y DUEL (1930). Fundaron en 1925

en EE.UU. un laboratorio de cirugía experimental en el cual se utilizaron por primera vez injertos de otros nervios periféricos (motores o sensitivos) de grosor similar al nervio facial lesionado para restaurar su continuidad anatómica y funcional. Observaron que los resultados funcionales eran mucho más satisfactorios que los obtenidos con las anastomosis entre el nervio facial y otros nervios motores. Sentaron las indicaciones quirúrgicas de la descompresión del nervio facial y ampliaron las ya existentes, afirmando que debería realizarse cuando haya un retraso en la recuperación funcional y aparezcan fenómenos degenerativos.

En 1955 TICKLE publica un texto muy interesante sobre el desarrollo de esta cirugía y CONLEY realiza injertos de nervio en el tratamiento de tumores de la glándula parótida.

5.3.3. Microcirugía del nervio facial (8)

La falta de medios técnicos, sobre todo el microscopio operatorio, provocaba lesiones del tímpano y de la cadena osicular cuando se realizaba la cirugía del nervio facial en su trayecto intrapetroso, conduciendo al deterioro de la audición. Tras la introducción de la microcirugía del nervio facial por CAWTHORNE (1938) y la sistematización de la cirugía otológica por WULLTEIN (1958) y ZOLLNER (1955), se pudo abordar el nervio facial conservando la función coclear. El abordaje del ganglio geniculado, de la porción laberíntica del facial y de su recorrido por el CAI, durante muchos años estuvo reservado a los neurocirujanos, los cuales solían actuar generalmente obligados por una patología expansiva intracraneal, más que para solucionar una parálisis facial. Destacan los trabajos de DOTT (1935) y, especialmente de CLERC y BATTISSE que en 1954 fueron los primeros en abordar quirúrgicamente el poro acústico interno y el ganglio geniculado por vía endocraneal. En aquella época, la reparación de las porciones del nervio facial proximales al ganglio geniculado no podía realizarse por sutura ni por injerto.

Nadie lo logró hasta que en 1961 William HOUSE, otoneurocirujano de Los Angeles, describió detalladamente su técnica quirúrgica, que permitía el abordaje del nervio facial en su por-

ción laberíntica utilizando la vía transtemporal por fosa craneal media. Con posterioridad su técnica es prodigada por todo el mundo y empleada para el tratamiento de la parálisis facial por lesión del nervio a este nivel: HOUSE y CRABTREE (1965), FISCH (1970).

En España (12), ANTOLÍ-CANDELA en 1960 expone el tratamiento quirúrgico de la parálisis de Bell mediante descompresión del facial por vía retromastoidea. En caso de parálisis postraumática realiza descompresión y si hay sección nerviosa lleva a cabo adosamiento intracanalicular o, si falta algún fragmento, la técnica de «rerouting» de BUNELL o injerto libre de nervio fémorocutáneo si el destrozo es muy grande. En 1961, el Profesor NÚÑEZ PÉREZ dirige la Ponencia Oficial de la SEORL sobre «El nervio facial», en la cual participan entre otros Fernando ANTOLÍ-CANDELA, CAÑIZO, TEROL, E. SCOLA, RODRÍGUEZ ADRADOS y OLAIZOLA (3), desarrollándose todos los conceptos anatomofisiológicos y médico-quirúrgicos acerca de la parálisis facial. RODRÍGUEZ ADRADOS, encargado del capítulo de la parálisis facial postraumática, hace la primera publicación en el Acta ORL Española de la cirugía descompresiva en esa etiología. MOZOTA (1962) aconseja operar las parálisis faciales antes de 9-12 meses para evitar la atrofia de la musculatura facial. Las parálisis han aumentado por la cirugía de la parótida. Los mejores resultados se obtienen por descompresiones y suturas directas. En los accidentes en parótida el mejor tratamiento es la neurotización de LEXER. GAVILÁN (1979) describe las variantes de la descompresión del nervio facial por vía transmastoides. La vía transtemporal ha sido utilizada por GAVILÁN (1970), ANTOLÍ-CANDELA (1972) y GARCÍA IBÁÑEZ (1973). Describen la técnica con las modificaciones de GAVILÁN. En 1984 se celebra en Oviedo el XII Congreso de la SEORL, en el cual la Ponencia Oficial titulada «Parálisis facial periférica» es dirigida en esta ocasión por los Profesores D. LÓPEZ AGUADO y P. QUESADA MARÍN. En ella se actualizan fundamentalmente los aspectos relacionados con la etiopatogenia, la exploración funcional y radiológica del nervio facial, el tratamiento médico y las nuevas vías de abordaje y técnicas quirúrgicas que han sido descritas desde la década de los años 60 (8).

5.3.4. Vías de abordaje del nervio facial

Dependen de la zona del nervio a tratar. Las más utilizadas son las siguientes (8):

VIA ENDOAURAL: Empleada por MEURMAN (1958) para abordar y descomprimir la segunda porción, codo y parte de la tercera porción del facial intrapetroso. Otros autores que la han utilizado son MARTÍN y GIGNOUX (1960 y 1971), GREINER (1960), BLATT (1968), MCGOVERN (1970) y otros. En España PRADES y BOSCH (1976) han empleado también esta técnica (12). Actualmente esta vía ha sido abandonada, siendo sustituida por el abordaje transmastoides.

VÍA TRANSMASTOIDEA O POSTERIOR: Fue utilizada inicialmente en la cirugía de las otorreas. BUNNEL en 1925 emplea esta vía para realizar un injerto de nervio facial y dos años después realiza su técnica de anastomosis término-terminal. La primera vez que se aplicó para descomprimir el nervio fue en 1932 por BALLANCE y DUELL. Más tarde fue divulgada y utilizada con distintas variaciones por LEWIS (1956), WULSTEIN (1958), KETTEL (1959) y GREINER (1960). En España es practicada por GAVILÁN (1979) (12). Permite la conservación de la pared posterior del CAE y genera menos riesgos para la cadena osicular, al tiempo que proporciona un mejor abordaje del nervio.

VÍA TRANSATICAL: Ideada por SALAVERRY (1974), se trata de una vía extralaberíntica para abordar el ganglio geniculado y el segmento laberíntico del facial, sin necesidad de craniotomía. Se accede por delante de la cabeza del martillo después de realizar una aticotomía. Las celdas aticales deben tener cierto desarrollo para poder llevarlo a cabo. Es una intervención laboriosa y en ocasiones la anatomía de la región no permite su realización.

VÍA TRANSLABERÍNTICA: Descrita por vez primera por PANSE (1904) para el neurinoma acústico, fue posteriormente perfeccionada por CAWTHORNE y WILSON (1963), HOUSE y CRABTREE (1965), MONTGOMERY (1969), PULEC (1969) y GLASSCOCK (1971). Es una vía que permite abordar todo el trayecto del facial en el peñasco y seguirlo si es necesario hasta el ángulo pontocerebeloso. Dado que destruye el laberinto, tiene su principal indicación

en traumatismos del temporal que han producido también cofosis.

VÍA TRANSTEMPORAL O DE LA FOSA CRANEAL MEDIA: Ya utilizada con otros fines desde finales del siglo XIX (ver cirugía del CAI). Propuesta por primera vez por CLER y BATISSE (1954) para la realización de un injerto del nervio facial en un caso de parálisis postraumática de la primera porción. HOUSE (1961) la perfecciona y sistematiza como vía de abordaje al CAI. En nuestro país (12) destacan las aportaciones de GAVILÁN (1970), PRADES (1970), ANTOLÍ-CANDELA y ÁLVAREZ DE COZAR (1972), GARCÍA IBÁÑEZ (1973) y GAVILÁN y SARRIÁ (1972) (34). Se emplea para abordar el facial en el CAI, en el ganglio geniculado o en la porción laberíntica en aquellos casos en que está la audición conservada. Las técnicas para descubrir el nervio se expusieron en el apartado de la cirugía del CAI.

VÍA COMBINADA (FOSA MEDIA Y TRANSMASTOIDEA): Propugnada a partir de los trabajos de FISCH (1969-71), ESSLEN (1972) y PULEC (1966) que aconsejan la descompresión total del facial intrapetoso, para lo cual asocian las vías de fosa craneal media y transmastoidea en el mismo acto quirúrgico. Estaría indicada en parálisis de Bell, herpes zóster ótico y en traumatismos múltiples que pueden afectar las tres porciones del nervio con conservación de la audición. PULEC (1972) también la aconseja en el hemiespasma facial.

ABORDAJE DEL FACIAL EXTRAPETROSO: Es necesario en primer lugar identificar el nervio facial a su salida por el agujero estilomastoideo, utilizando para ello las relaciones anatómicas descritas por GUERRIER (1980): el CAE cartilaginoso, el vientre posterior del digástrico y la sutura tímpano-mastoidea. Posteriormente se van siguiendo sus ramas periféricas.

5.3.5. Reparación del nervio facial

Va a depender de la etiología de la parálisis facial y de las lesiones halladas en el acto quirúrgico (8):

DESCOMPRESIÓN: BALLANCE y DUEL (1932) practicaron la primera descompresión del facial. Durante años solo se consideró esta inter-

vención en aquellos casos de origen postraumático o en las complicaciones de las otorreas, careciendo de indicación en la parálisis de Bell o el herpes zóster ótico. A partir de los años 60 surgen dos grupos enfrentados en cuanto a la indicación quirúrgica en la parálisis de Bell: por una parte los neurólogos, partidarios de no descomprimir (COLLIER 1963, GROVES 1977, KRISTENSEN 1968, etc.) y por otra los otólogos que creen que se debe descomprimir en cuanto surjan signos de denervación (JONGKEES 1965, ALFORD 1966, PULEC 1966, BOCCE 1966, KETTEL 1966, PORTMANN 1967, CHOUARD 1969, MAY 1970, FISCH 1972, RUBIO, 1974, SHAMBAUG y MAY (1982) y SERKERS (1983). Algunos incluso opinan que hay que descomprimir de forma urgente (JONGKEES 1965, PULEC 1971). En la actualidad el criterio mayoritario es descomprimir en aquellos casos en que se prevea una mala respuesta al tratamiento médico, en lo que no hay consenso es en decidir cual es el momento oportuno para realizar la intervención. Otro punto de discusión es la extensión de la descompresión. Unos autores abogan por abordar solo la tercera porción y el segundo codo (CAWTHORNE 1965, JONGKEES 1967, ABOULKER 1972), otros aconsejan la descompresión total siempre (PULEC 1966, FISCH 1970) o solo en determinados casos (SHAMBAUGH y MAY 1982, SALAVERY 1982) y por último otros propugnan descomprimir solo la primera porción desde el ganglio geniculado hasta el CAI en los casos de abolición del test de Schirmer (GLASSCOCK, HOUSE y ALFORD 1970, STERKERS 1983).

SUTURA: MILLES (1973) estableció unos criterios generales para que la sutura nerviosa sea óptima: no debe existir tensión entre los cabos del nervio a suturar, deben presentar una superficie limpia, la sutura debe ser perineural y con el menor número de puntos posible. Hay varias posibilidades de sutura del nervio facial. Si los cabos están próximos basta la yuxtaposición (PORTMANN, 1983). Si hay pérdida de sustancia o la sección nerviosa no es limpia, es mejor reseca los extremos alterados y realizar un «rerouting» para recuperar espacio y poder suturar los cabos.

INJERTO: Está demostrado que el injerto es la mejor solución en secciones completas del

nervio facial con pérdida de sustancia. Los iniciadores de esta técnica fueron BUNNEL (1930) y BALLANCE y DUELL (1932). Una vez suturado el injerto a los cabos nerviosos, puede recurrirse (JONGKEES 1962, KETTEL 1963, MIEHLKE 1973) o no (MILLES 1973) según el criterio del cirujano. Los injertos utilizados han sido en general autólogos de varias procedencias. El nervio auricular mayor es el más empleado por su proximidad y calibre adecuado (ALBERT 1962). Otros posibles, cuando se necesita mayor longitud, son el nervio femorocutáneo y el nervio peroneo externo, por ejemplo en lesiones del facial por cirugía de neurinoma del acústico de ángulo pontocerebeloso suturando un extremo al cabo central cerca del tronco cerebral y haciendo pasar el injerto por la brecha suboccipital de la vía de abordaje para unirlo luego al facial extrapetroso (DOTT 1963). BINNS (1972) ha utilizado injertos heterólogos de nervio facial de gato, aunque no ha sido posteriormente empleado por otros autores. En teoría podría valer «casi cualquier» injerto puesto que según SUNDERLAND (1978) su única misión es servir de andamiaje para la regeneración nerviosa distal.

NEURECTOMÍA DE LA CUERDA DEL TÍMPANO: Se trata de un método paliativo descrito por BLATT (1968), basándose en la teoría no demostrada de que el proceso inflamatorio nace en el nervio cuerda del tímpano. El proceso de degeneración y atrofia de las fibras de dicho nervio al ser seccionado, conduce a reducir el calibre total del tronco del nervio facial con un efecto descompresivo del mismo. Otros autores no han encontrado beneficio con esta técnica, por lo que no ha tenido mucha difusión.

ANASTOMOSIS DEL NERVIO FACIAL CON OTROS NERVIOS: Suelen emplearse dentro del ámbito neuroquirúrgico, aunque algunas de ellas son realizadas también por ORL o cirujanos plásticos. Se han definido técnicas intra y extracraneales, pudiendo requerir o no el uso de injerto. Dentro de las técnicas intracraneales destacamos a DOTT (1958) que fue el primero en utilizar este tipo de anastomosis. Una variante intracraneal-intratemporal descrita por SAMII (1975) consistía en suturar el injerto al cabo proximal del facial en el tronco cerebral, y por otro lado al facial infrageniculado abordado

por vía mastoidea. Las técnicas extracraneales siempre emplean injerto nervioso, distinguiéndose: anastomosis VII-VII ipsilateral, anastomosis VII-VII contralateral (SCARAMELLA 1971 y SMITH 1971), anastomosis XII-VII (KORTE 1903), anastomosis XI-VII (LOVE 1951), anastomosis frénico-facial (HARDY 1957) y anastomosis IX-VII (BALLANCE 1924), etc.

5.3.6. Cirugía de las secuelas de la parálisis facial

En casos de parálisis total sin recuperación se han descrito técnicas de cirugía plástica reparadora facial (8), de las que podemos destacar la transposición del músculo temporal de la mandíbula a la mejilla (GILLIS 1933, McLAUGHLIN 1952), la transposición del masetero, la inserción de fascia lata para suspender los labios (BROWN 1948), los trasplantes libres musculares (THOMPSON 1971) y los trasplante neuro-musculares (TUCKER 1977, THOMPSON 1976), etc. En el síndrome de las «lágrimas de cocodrilo» o lagrimeo pandrial, sin emoción asociada, se han descrito el bloqueo etílico del ganglio esfenopalatino (GOTTESFIELD 1942), la sección de la cuerda del tímpano (GOLDING-WOOD 1963), la neurectomía del nervio petroso superficial mayor (BOYER 1949) y la neurectomía del nervio vidiano (GOLDING-WOOD 1963). En el espasmo hemifacial se han empleado las inyecciones de fenol o etanol en el nervio facial (WAKASUGI 1972), la compresión del tronco principal (CAWTHORNE 1956), la descompresión del facial, las secciones parciales del nervio (SCOVILLE 1955) o sus ramas periféricas (GERMAN 1942, MIEHLKE 1981, FISCH 1972, etc.), la sección selectiva de las ramas periféricas (GREENWOOD 1946, FISCH 1972) y finalmente la descompresión microvascular del facial en el ángulo pontocerebeloso a través de craniotomía retromastoidea, introducida por JANNETTA (1970) con resultados espectaculares (93% de mejoría). Las secuelas oculares secundarias al lagofalmo parético pueden prevenirse con cura oclusiva. En los casos más graves se debe actuar sobre el párpado, bien mediante tarsorrafia ya descrita por PAULUS DE AEGINATA (siglo VI),

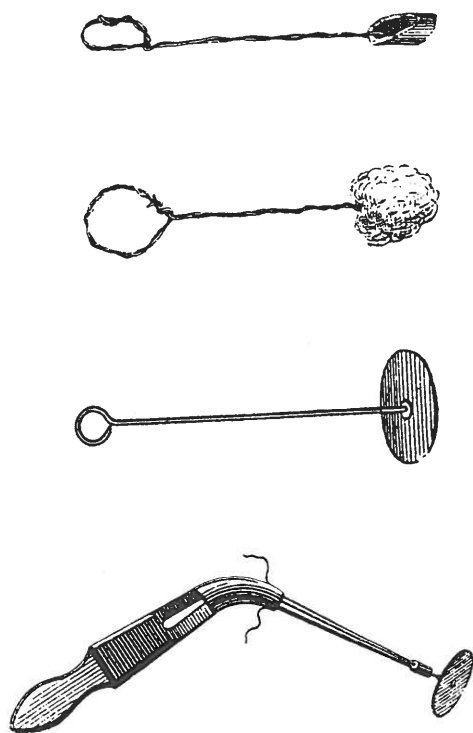
con el hilo de ARION (1968) o utilizando implantes magnéticos descritos por MÜHLBAUER (1977).

5.4. Dispositivos implantables para el tratamiento de la hipoacusia

Dentro de los precursores históricos de las prótesis implantables tenemos el «tímpano artificial», que ya en el siglo XVII se construía con un pedazo de vejiga de cerdo conectado a un tubo hecho con la pata hendida de un alce y se colocaba sobre una perforación timpánica. La desventaja del artefacto era que aislaba el oído del exterior, en lugar de mejorar la audición, y no era duradero. Nuestro compatriota BOTEY a principios de siglo empleaba «tímpans artificiales» para el tratamiento de ciertos tipos de hipoacusia en los que existía una gran perforación timpánica. Se trataba de «obstruir la perforación y de ese modo restablecer la resonancia de la caja. La acción se debe a la presión que

ejerce, empujando los huesecillos, cuyas articulaciones relajadas se aproximan acrecentando su poder de transmisión», es decir que, según el autor, la cadena osicular se colocaría en una posición más próxima a la normal. En caso de ausencia de cadena el mecanismo es otro distinto que no vamos a recordar. Distingue dos tipos de «tímpans artificiales», los «improvisados» y los «membranosos». Dentro de los primeros «puede utilizarse por ejemplo una bolita de algodón empapado en vaselina que el enfermo mismo empuja con un instrumento hasta el fondo del conducto» (¡Qué dolor!), describe varias posibilidades entre las que incluye el «tímpano artificial económico» confeccionado con un tubo de goma y un trozo de alambre de «tela de araña» (muy fino de los que usan las floristas) y el «tímpano artificial de pobre» con una bolita de algodón y un alambre del mismo tipo que en el anterior, al parecer los pacientes utilizaban éste último modelo renovándolo a diario por motivos de higiene. Dentro de los tímpans artificiales membranosos, que constan de una plaquita circular de caucho con un hilo de plata, nombra el primitivo de TOYNBEE y los «modernos» de GRUBER, LUCAE y BURKHARDT-MERIAN. Los resultados funcionales obtenidos eran muy variables en cada caso. Termina diciendo que «falta poder disponer de un aparatito construido bajo los principios del micrófono y que pueda albergarse en el conducto, para haber alcanzado el desiderátum en materia de tímpans artificiales», adelantando lo que sería el futuro inminente en la evolución de las prótesis auditivas (22).

Las prótesis auditivas implantables son una variante de las convencionales, en las que se implanta en el oído uno o más de sus componentes. Hay cuatro tipos de prótesis auditivas implantables: implantes cocleares, estimuladores de hueso temporal, implantes de oído medio (de estimulación osicular) y estimuladores de oído interno de tipo membranoso. Hasta hace unos años solo los dos primeros habían tenido aplicaciones clínicas pero actualmente se están comenzando a emplear los implantes de oído medio, al principio en pacientes seleccionados dentro de un protocolo de investigación clínica, y ya hoy día libremente. Lo último en aparecer ha sido el implante de tronco cerebral (35, 36).



Diferentes tipos de «tímpans artificiales». De arriba abajo: tímpano artificial «económico», tímpano artificial «de pobre», tímpano artificial de Toynbee y tímpano artificial de Gruber (tomado de Botey, 1902).

5.4.1. Estimuladores implantables osteointegrados de conducción ósea de hueso temporal

Se han desarrollado dos sistemas con aplicación clínica: el sistema BAHA y el conductor óseo Audiant (35). Están indicados en pacientes con hipoacusia conductiva o mixta inoperable que no se puedan beneficiar de una prótesis auditiva convencional. En particular en casos de atresia congénita de oído bilateral y en cavidades mastoideas con otorrea persistente.

El Sistema BAHA («Bone-Anchored Hearing Aid») o Prótesis auditiva anclada en hueso fue creado en 1977 por TJELLSTRÖM en Suecia. Recientemente ha sido aceptado en EE.UU. por la FDA. Es un dispositivo percutáneo que consta de un implante de titanio (del sistema BRANEMARK) anclado al hueso y una unidad externa, con un procesador de sonido y un transductor de salida. Se basa en la conducción ósea directa (TJELLSTROM 1977) y la osteointegración (BRANEMARK 1966). Está indicado cuando la conducción ósea es mejor de 45-60 dB y la discriminación verbal es superior al 60%. Han sido implantados más de 3.000 pacientes en más de 10 países. El conductor óseo Audiant, descrito en 1986 por HOUGH en EE.UU., es un dispositivo transcutáneo, que recientemente ha dejado de utilizarse.

5.4.2. Prótesis auditivas implantables en oído medio e interno (35)

WILSKA (1935) es el primero en introducir el concepto de audífono implantado en el oído medio al fijar al tímpano pequeñas piezas de hierro que eran movilizadas por una bobina localizada en el CAE, que luego perfeccionó colocando una bobina directamente en el tímpano. Dos décadas después DJOURNO (1957) implanta una bobina en oído medio y RUTSCHMANN (1959) fija en el tímpano un imán que es movilizado por una bobina externa. DOYLE en 1964 estimula eléctricamente con una bobina en el oído medio relleno de suero fisiológico. SAN JUAN y ANTOLÍ-CANDELA (1966) presentan un proyecto de trabajo experimental sobre una prótesis audioquirúrgica, que consta de una

pieza magnética que sustituye a la platina del estribo, que debe ser movilizada por una bobina también implantada quirúrgicamente, la cual recibe la corriente de un amplificador (37). En 1967 la Universidad de Pittsburgh patenta un «oído electrónico» para implantar en el antro mastoideo que no llegó finalmente a desarrollar. En la década de los 70 GOODE (1970), GLORIG (1972), VERNON (1972) y FREDRICKSON (1978) hacen contribuciones en este campo (implantan imanes en el tímpano) sin llegar a plasmarse en ningún aparato con aplicación clínica.

En los años 80 SUZUKI (1980) y YANAGIHARA (1984) en Japón y GYO y GOODE (1987) en EE.UU., investigan fundamentalmente en el desarrollo de una prótesis implantable con mecanismo piezo-eléctrico que estimula los osículos, publicando buenos resultados clínicos. Con posterioridad otros autores aportan nuevos diseños de este tipo en experimentación animal como LENKAUSKAS (1992), WELLING y BARNES (1995), mientras DUMON (1995) diseña otro aparato piezo-eléctrico que estimula en la ventana redonda. En 1987 HOUGH por una parte y MANIGLIA y KO por otra, presentan un audífono implantable de oído medio estimulador de la cadena osicular, de mecanismo electromagnético. Otros autores (BJORB 1988, HEIDE 1988, PERKINS 1993, TOS 1995, etc.) retoman la idea de los pioneros de colocar una unidad electromagnética en el CAE y un imán en el tímpano. SPINDEL (1995) trabaja con otro implante electromagnético que estimula en ventana redonda. Por último en la década actual se ha comenzado a emplear en clínica humana un dispositivo denominado «floating mass transducer» fabricado por la casa «Symphonix» que está indicado en hipoacusia neurosensorial leve-moderada. Muchos de estos dispositivos están aún en fase de investigación clínica y casi ninguno ha sido aprobado todavía por la FDA (35, 36).

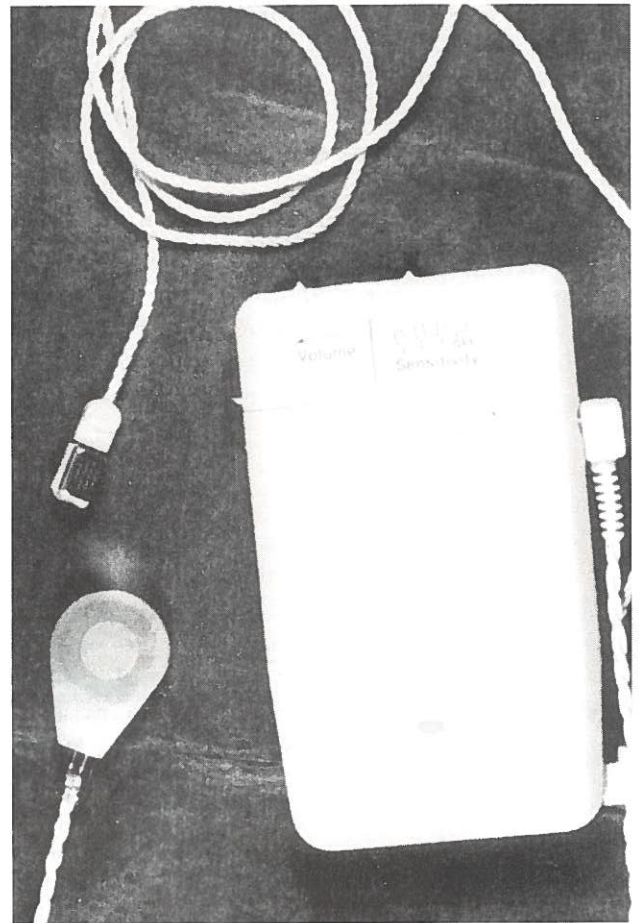
5.4.3. Implantes cocleares (9, 38)

En las últimas décadas la posibilidad de restaurar el sentido de la audición ha sido un milagroso paso hacia delante de la ciencia médica y el sueño de muchos investigadores. El proble-

ma es tan complejo que ha sido necesario el trabajo multidisciplinar de otólogos, audiólogos, foniatras, fisiólogos, biólogos, ingenieros, psicólogos, etc y enormes esfuerzos tecnológicos y económicos de varios centros de investigación de todo el mundo. Tras el hallazgo de fibras residuales del nervio auditivo en cócleas de pacientes afectados de sordera total, aunque la mayoría de las células ciliadas del órgano de Corti estuvieran destruidas, se estudió la posibilidad de poder estimular dichos restos. Tratando de encontrar una prótesis que lograra ayudar a estos pacientes cofóticos varios grupos de investigadores emprendieron el desarrollo de un electrodo que, introducido en la cóclea, iba a estimular eléctricamente las fibras nerviosas funcionantes residuales del VIII par del ganglio espiral, capaz de desencadenar una señal nerviosa que, conducida a través de las vías auditivas hasta las áreas corticales correspondientes, sea interpretada como sonido. Aunque las primeras experiencias relativas a la estimulación eléctrica del oído interno se remontan a los años 30, el uso de implantes cocleares se ha generalizado a partir de los años 80.

A pesar de que los primeros intentos de estimulación del nervio acústico fueron realizados en 1900 por VOLTA y luego en la década de los años 30 STEVENS (1939), hay que esperar hasta finales de los años 50 en que DJOURNO, EYRIES y VALLACIEN (1957) publican por vez primera los resultados en el ser humano. Estos autores implantaron microbobinas de inducción que estimulaban globalmente el nervio auditivo, pero las dificultades derivadas de los precarios medios de investigación y los resultados obtenidos hicieron desistir del proyecto. Lo mismo les sucedió a SIMMONS, MONGEON y LEWIS (1964) de la Universidad de Stanford, que emplearon un sistema de electrodos múltiples bipolar.

MICHELSON (1968, 1971, 1973) experimenta con implantes cocleares en animales presentando resultados algo esperanzadores. Al poco tiempo William HOUSE y URBAN (1968, 1973, 1974, 1976) de Los Ángeles desarrollan el primer implante coclear con aplicación clínica, con tecnología 3M (39). Este modelo inicial poseía un solo electrodo (sistema monocanal) que introducido a través de la rampa timpánica esti-



Implante coclear «House-3M». Micrófono, procesador y bobina externa.

mulaba únicamente en un punto concreto. En 1984 la FDA aprueba su uso en adultos poslinguales. Aunque rudimentario logró resultados alentadores y pronto comenzó a ser utilizado en todo el mundo, abriendo el camino para el desarrollo de los actuales estimuladores multicanal. Este avance obligó también a la creación de baterías de pruebas para seleccionar los candidatos a ser implantados con los mejores resultados posibles. Posteriormente otros autores realizan aportaciones: MERZENICH (1973, 1974, 1977) y MACLEOD y CHOUARD (1974, 1977). En Melbourne CLARK también realiza estimulación del nervio auditivo (1967, 1970) e implanta en 1978 el primer dispositivo multicanal desarrollado en colaboración con Nucleus, este implante es también aprobado por la FDA en 1984. Así se alcanzan los primeros frutos en el camino de la rehabilitación de la sordera pro-

funda, permitiendo al paciente captar sonidos e incluso discriminar algunas palabras.

El implante monocanal representó una gran ayuda para la labiolectura y para percibir ruidos ambientales, pero durante el Primer Symposium Internacional sobre Implantes Cocleares en Melbourne (1985) se demuestra que algunos pacientes con implante multicanal podían llegar ya a comprender la palabra hablada sin el soporte visual (38).

Se distinguen dos tipos de implantes cocleares (38): los intracocleares (los más utilizados) y los extracocleares (que estimulan en promontorio) y dentro de cada grupo, pueden ser monocanal y multicanal. Mencionaremos algunos ejemplos de los más difundidos. Dentro de los implantes extracocleares monocanal citamos dos dispositivos, el de Londres (DOUEK 1983) y el de Viena (HORCHMAIR 1983) y como multicanal, el dispositivo de Colonia (BANFAI 1984) con ocho electrodos y ocho canales.

De los implantes intracocleares monocanal (38) citaremos los siguientes (entre paréntesis figura el fabricante): el de Los Ángeles, el primitivo «HOUSE-3M» que ya no se emplea, de HOUSE y BERLINER (1982), el de Viena de HORCHMAIR (1983) y el de la Universidad de Stanford. Posteriormente el grupo de HOUSE diseñó uno para niños, el dispositivo «All-Hear». Los multicanal son los más empleados hoy día. Tenemos el de Melbourne o «Nucleus Minisystem 22» de CLARK (1983) (Cochlear Corp.) con 22 electrodos, el modelo de San Francisco o «Clarion» (Advanced Bionics) con 16 electrodos y ocho canales y el de Utah o «Ineraid» de EDDINGTON (1978) con seis electrodos y conexión percutánea que actualmente ya no se usa. En Europa se han desarrollado el implante de París «Digisonics» de CHOUARD (1988) (MXM) con 12 electrodos, el modelo belga «Laura» de MARQUET (1987) y el suizo «Mel-El». Actualmente aparecen nuevos modelos más adaptables para niños, como los multicanal «Clarion», «Mynisistem 22» (Cochlear), Sistema de Colonia (EMG) y «Symbion» (Richards) y los monocanal «All-Hear» (3M) y «Monosonics» (MXM), etc.

La FDA norteamericana en los años 80 indica el implante coclear en niños y adultos con hipoacusia neurosensorial postlingual bilateral pro-

funda, aconsejando antes adaptar prótesis auditiva bilateral y realizar rehabilitación auditiva intensa para agotar todas las posibilidades (38).

En España (9, 12), los primeros intentos de implante coclear con tecnología propia fueron realizados por PRADES, BOSCH y COLOMINAS en 1977, pero la escasez de medios técnicos impidió un mayor desarrollo de la iniciativa. En 1985 Emilio GARCÍA IBÁÑEZ con la colaboración de M. BENITO y TORRES DE GASSÓ realizan el primer implante coclear en nuestro país, de la serie House 3-M, obteniendo los primeros resultados positivos. El 26 de enero de 1989 realizan también por primera vez en nuestro país un implante multicanal Nucleus. Los resultados obtenidos en el reconocimiento de las palabras sin lectura labial y la posibilidad de algunos pacientes de comunicarse telefónicamente abren grandes esperanzas (9). Con ocasión del XIV Congreso Nacional de la SEORL celebrado del 17 al 20 de septiembre de 1990 en Santander, Emilio GARCÍA IBÁÑEZ y Manuel BENITO LÓPEZ dirigen la Ponencia Oficial titulada «Implantes Cocleares», en la cual ponen al día todos los aspectos relacionados con el tema, incluyendo una revisión de 16 pacientes implantados y rehabilitados por ellos (9). MANRIQUE (1998) recomienda tener en cuenta en los niños pequeños tanto la intensidad de la hipoacusia como la duración de la misma, aconsejando una implantación lo más precoz posible tan pronto como exista un diagnóstico fidedigno que suele realizarse alrededor de los dos años. Se basa en el desarrollo del sistema auditivo durante los 10 primeros años, con un período crítico en los cinco primeros de mayor plasticidad neuronal, en el cual los efectos de la privación auditiva son irreversibles (40).

Es indudable que este medio protésico ha dejado de ser una técnica en desarrollo para pasar a ocupar un lugar importante en el arsenal terapéutico del otólogo actual. No es menos cierto que la tecnología nos proveerá en los años próximos de sistemas más simples y eficaces, estamos al comienzo de un largo camino. El futuro del implante coclear se centra en los niños, en los cuales el impacto de la sordera profunda produce consecuencias a largo plazo, particularmente si la pérdida ocurre antes de los tres años de edad. Los resultados son espe-

cialmente alentadores en la mejora del lenguaje, sobre todo en niños implantados en edad preescolar.

5.4.4. *Implante auditivo de tronco cerebral (ABI)*

La más reciente novedad la constituye la estimulación del tronco cerebral con implantes a ese nivel, último recurso cuando existe una interrupción de ambos nervios auditivos. El implante de tronco cerebral fue realizado por primera vez en 1979 por William HOUSE y HITSELBERGER que colocaron un par de electrodos en el núcleo coclear de un paciente operado de neurinomas bilaterales. El dispositivo fue creado conjuntamente por el House Ear Institute y Cochlear Corp. Su indicación es la neurofibromatosis tipo II, con sordera bilateral por neurinomas acústicos bilaterales, y se implanta en el momento de extirpar los tumores. Actualmente se utiliza un implante multicanal que se coloca sobre el tronco cerebral adyacente a los núcleos cocleares en la misma intervención de exéresis del neurinoma. La estimulación es de tipo transcutáneo con un receptor subcutáneo y una bobina externa, similar a la de los implantes cocleares. Los resultados son esperanzadores permitiendo mejorar la labiolectura y evitar el aislamiento de un enfermo que estaría condenado de por vida a la sordera total (41).

BIBLIOGRAFÍA

1. Azoy A. Ponencia oficial: Sintomatología otológica en neurología. Acta Otorrinolaring Esp 1949; 1: 1-173.
2. Poch Viñals R. Ponencia oficial: La exploración funcional auditiva. Su estado actual. Acta Otorrinolaring Esp 1957; 8: 9-277.
3. Núñez G, Antolí-Candela F, del Cañizo Suárez C, Terol Figuerola JA, Scola E, Rodríguez Adrados F, Olaizola Gorbea F. Ponencia oficial: El nervio facial. Acta Otorrinolaring Esp 1961; 12: 5-298.
4. Sanjuan Juaristi J. Ponencia oficial: Física de las prótesis auditivas. Acta Otorrinolaring Esp 1962; 13: 11-80.
5. Antolí-Candela F. Ponencia oficial: Audiocirugía de las otorreas y sus secuelas. Acta Otorrinolaring Esp 1972; 23 Extr.
6. García-Ibáñez L. Ponencia oficial: Cirugía del conducto auditivo interno. Acta Otorrinolaring Esp 1973; 24 Extr.
7. Barajas Prat JJ. Ponencia oficial: Potenciales evocados. Acta Otorrinolaring Esp 1983; 34 Extr.
8. López Aguado D, Quesada Marín P. Ponencia oficial: Parálisis facial Periférica. Acta Otorrinolaring Esp 1984; 35 Extr.
9. García-Ibáñez E, Benito M. Ponencia oficial: Implantes cocleares. Acta Otorrinolaring Esp 1990; 41 Extr.
10. Gil Carcedo LM. Ponencia Oficial: El abordaje en el tratamiento quirúrgico de los tumores de cabeza y cuello. Madrid: Editorial Garsi. 1992.
11. Poch Broto J, Traserra J, García Ibáñez E, Clarós P, Avellaneda R. Ponencia oficial: Cirugía de la base del cráneo. Madrid: Editorial Garsi. 1993.
12. Ramos Fernández J, Ruiz Fornells A, Lasso de la Vega MM, Martínez Salazar JM. Aportaciones del Acta ORL Española a la otoneurología. En esta misma obra.
13. Claussen CF, Bergmann JM, Bertora GO. Otoneurooftalmología. Springer-Verlag. 1988.
14. Suárez Nieto C. Evolución histórica en el diagnóstico y tratamiento de los neurinomas del acústico. Acta Otorrinolaring Iberoam 1973; 24: 48-88.
15. Bartual Pastor J. Electronistagmografía: Bases morfológicas y funcionales. Estado actual de sus técnicas y aplicaciones clínicas. Acta Otorrinolaring Esp 1971; 22 (3): 1-260.
16. Paparella M, Da Costa SS, Fox R, Yoon TH. Enfermedad de Ménière y otras enfermedades laberínticas. En: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL. Otorrinolaringología, 3ª edición. Tomo II, cap 49. Buenos aires: Ed. Panamericana. 1994. p.1977-2007.
17. Babe Delgado J. Tratamiento quirúrgico del vértigo laberíntico periférico total endolinfático. Punción del saco endolinfático. Acta Otorrinolaring Esp 1964; 15: 62-80.
18. Poch Viñals R. Otorrinolaringología. En: P.Lain Entralgo. Historia Universal de la Medicina. Tomo VII. Salvat Editores SA. 1974. p. 363-9.
19. Martínez Vidal A. Comentarios sobre la enfermedad de Ménière. Acta Otorrinolaring Esp 1960; 11: 159-68.
20. Sánchez Fernández JM, Benito Arranz B. Investigación morfo-funcional de la stria vascularis. Acta Otorrinolaring Esp 1963; 14: 40-59.
21. Suzuki AR, Herdman SJ, Tusa RJ. Diagnóstico y opciones terapéuticas del vértigo posicional paroxístico benigno. Acta Otorrinolaring Esp 1999; 50:106-117.
22. Botey R. Tratado de Oto-rino-laringología. 1ª edición. Barcelona: Salvat Editores SA. 1902.
23. Stockwell CW. Pruebas de la función vestibular. En: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL. Otorrinolaringología, 3ª edición. Tomo II, cap 4. Buenos aires: Ed. Panamericana. 1994. p.1088-1119.
24. Courtat P, Peytral C, Elbar P. Exploraciones funcionales en ORL. Editorial JIMS. 1997.
25. Pabon Monroy A. Prueba de la indicación y brazos extendidos en los síndromes laberínticos periféricos y centrales. Acta Otorrinolaring Esp 1969; 20: 82-7.
26. Claussen CF, Estelrich PR. Desarrollo de la craneo-corpografía a partir de la prueba de Unterberger. Acta Otorrinolaring Esp 1975; 26: 139-46.
27. Tapia MC, Arroyo R, Antolí-Candela F. Rehabilitación vestibular. En: Libro del Año. Otorrinolaringología. 1998. SANED. 1998. p.31-48.
28. Cheplel M. «Dispositivos auditivos». En: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL. Otorrinolaringología, 3ª edición. Tomo II, cap 10. Buenos aires: Ed. Panamericana. 1994. p.1199-1208.

29. Izquierdo JM. Historia descriptiva de los procedimientos neuroquirúrgicos en el tratamiento de los neurinomas del acústico. *Rev. Oto-Neuro-Oftalm* 1977; 35: 63-81.
30. Thomsen J, Tos M. Management of acoustic neuromas. *Ann Oto-Laryng (Paris)* 1993; 110: 179-91.
31. Anónimo. José Luis García-Ibañez y Ferrándiz 1938-1981. *An Otorrinolaring Iberoam* 1981; 8: 443.
32. Liston SL, Nissen RL, Paparella MM, Da Costa SS. Tratamiento quirúrgico del vértigo. En: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL. *Otorrinolaringología*, 3ª edición. Tomo II, cap 50. Buenos aires: Ed. Panamericana. 1994. p. 2008-28.
33. Olaizola Gorbea F, Anastasio Pastor JV, Antolí-Candela F. Vía transtemporal. Tratamientos de los neurinomas. Otras indicaciones. *Acta Otorrinolaring Esp* 1967; 18: 61-72.
34. Rubio L, Gavilán C y Ortega P. Tratamiento de la parálisis facial: Técnicas quirúrgicas. *Acta Otorrinolaring Esp* 1979; 30: 359-72.
35. Maniglia AJ. Situación actual del desarrollo de las prótesis auditivas implantables para hipoacusia parcial. *Clin Otorrinolaring Norteam (Edición en español)* 1996; 1996 (3): 229-248.
36. Maniglia AJ. Audífonos implantables. En: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL. *Otorrinolaringología*, 3ª edición. Tomo II, cap 52. Buenos aires: Ed. Panamericana. 1994. p.2040-54.
37. Sanjuan J, Antolí-Candela F. Prótesis electrónica audioquirúrgica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1966; 17: 101-9.
38. Brackmann DE, Rizer FM. Implantes Cocleares. En: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL. *Otorrinolaringología*, 3ª edición. Tomo II, cap 51. Buenos aires: Ed. Panamericana. 1994. p. 2029-39.
39. Bosch J, Prades J, Colomina R. Nuestra experiencia en los implantes multicanales intracocleares: Resultados. *Acta Otorrinolaring Esp* 1979; 30: 201-8.
40. Manrique M, Huarte A, Molina M. Implantes cocleares en los niños. En: Libro del Año. *Otorrinolaringología*. 1998. SANED. 1998. p. 49-66.
41. Kartush JM, Brackmann DE. Actualización sobre neuro-*ma del acústico*. *Clin Otorrinolaring Norteam (Edición en español)* 1996; 1996 (3): 385-416.

APORTACIONES DEL ACTA ORL ESPAÑOLA A LA OTONEUROLOGÍA

J. Ramos Fernández

A. Ruiz Fornells

M. Lasso de la Vega

J. M. Martínez Salazar

Basándonos en una revisión que hemos llevado a cabo del Acta Otorrinolaringológica Española a lo largo de los 50 años de su historia, hemos intentado recoger las aportaciones más significativas publicadas en nuestra revista en relación con el campo de la otoneurología. Nuestro objetivo ha sido intentar descubrir sobre todo aquellas comunicaciones que o bien resultaban novedosas o bien describían el estado de la otoneurología en una determinada época de la historia de nuestra Sociedad. Aún a sabiendas de que «no están todos los que son, aunque sí son todos los que están», debemos aclarar que no hemos pretendido ser exhaustivos, por lo que pedimos disculpas anticipadas a todos aquellos compañeros cuyas aportaciones no hemos sido capaces de incluir en este trabajo.

Hemos distribuido los datos bibliográficos en cinco apartados (ciencias básicas, clínica, exploración, tratamiento médico y tratamiento quirúrgico) y dentro de cada uno los hemos intentado ordenar por orden cronológico. Cuando hagamos referencia a la revista la nombraremos como «el Acta» para simplificar.

De entre todas las contribuciones deseamos destacar en primer lugar las Ponencias Oficiales de la SEORL realizadas en este campo. En 1949, año de la fundación de nuestra Sociedad, se encarga la primera dedicada a la otoneurología al Profesor AZOY (1). En 1957 POCH VIÑALS dirige la de «Exploración audiológica» (2), en

1961 NÚÑEZ PÉREZ realiza la del «Nervio facial» (3), en 1962 SAN JUAN dirige la de «Prótesis auditivas» (4). En 1972 F. ANTOLÍ-CANDELA dirige la titulada «Audiocirugía de las otorreas y sus secuelas» (5). En 1973 L. GARCÍA IBÁÑEZ y sus dos hijos J. L. y E. GARCÍA IBÁÑEZ llevan a cabo la Ponencia «Cirugía del conducto auditivo interno» (6). En 1983 J. J. BARAJAS PRAT realiza la denominada «Potenciales evocados» (7). En 1984 LÓPEZ AGUADO y QUESADA MARÍN dirigen la de «Parálisis facial periférica» (8). En 1990 E. GARCÍA IBÁÑEZ y M. BENITO LÓPEZ realizan la Ponencia «Implantes Cocleares» (9), en 1992 GIL-CARCEDO dirige la Ponencia «El abordaje en el tratamiento quirúrgico de los tumores de cabeza y cuello» con varios capítulos dedicados a los tumores del ángulo pontocerebeloso (10) y finalmente en 1993 POCH BROTO, TRASERRA, GARCÍA IBÁÑEZ, CLAROS y AVELLANEDA coordinan la Ponencia «Cirugía de la base del cráneo» (11).

1. APORTACIÓN A LAS CIENCIAS BÁSICAS: ANATOMÍA, HISTOLOGÍA, ANATOMÍA PATOLÓGICA Y FISIOLOGÍA

Fundamentalmente las aportaciones proceden de las cátedras de ORL en colaboración con las cátedras de los departamentos de Ciencias Morfológicas. LORENTE DE NO, tras realizar

estudios sobre el reflejo vestíbulo-ocular, fue el primero en confirmar experimentalmente el descubrimiento clínico de Barany de que el ritmo del nistagmo es establecido en las masas de neuronas de la médula oblongada y del cerebro medio. El laberinto solo crea una excitación monofásica que, en ausencia de ciertos núcleos y vías pontinas produce solo la fase lenta del nistagmo en forma de contracción monofásica. Este descubrimiento revolucionó las teorías fisiológicas sobre el arco reflejo neuronal, que no solo constaba de neurona sensitiva y motora, sino de neuronas internunciales o intermedias (12). LÓPEZ DE LA TORRE (1951) estudia los núcleos vestibulares (13). JIMÉNEZ CERVANTES (1952) escribe acerca de la sordera estrep-tomicínica (14). LLANEZA (1953) publica un artículo sobre la física de la mecánica laberíntica y del hidrops endolinfático y presenta casos clínicos y estudia el papel del tabique nasal y de la patología tubárica en los vértigos (15).

NÚÑEZ PÉREZ dirigió en 1961 la Ponencia Oficial sobre el «Nervio facial», con la colaboración de Fernando ANTOLÍ-CANDELA, Casimiro DEL CAÑIZO, J. TEROL, E. SCOLA, RODRÍGUEZ ADRADOS y F. OLAIZOLA (3). SAN JUAN dirige en 1962 la Ponencia Oficial sobre «Prótesis auditivas», en la cual se exponen los sistemas de adaptación y las pruebas y medidas sobre audífonos, preconizándose el uso de amplificadores de respuesta selectiva mediante filtros y analizadores y también se describen prótesis especiales. Refieren los autores que ya lo habían propuesto desde 1956 (4). PIETRANTONI Y IURATO (1964) son los primeros en observar al microscopio electrónico las células sensoriales en humano distinguiendo dos tipos (16). ALEMÁN CABALLERO (1964) estudia los problemas del equilibrio en la medicina aeronáutica, sobre todo el vértigo instrumental, que consiste en un estado de estupor, desorientación y pérdida de control que sufren pilotos militares de cazas, ante ciertas circunstancias en que no coinciden sus sensaciones sensoriales con lo que marcan los aparatos de medida. Cita a CRI-LLE que fue el primero que apuntó las causas (aceleraciones grandes, altura y ruidos de los aparatos actuales, el aparato vestibular es un buen indicador del equilibrio en tierra pero no en vuelo) (17). CÉSAR GAVILÁN (1965) realiza

un estudio experimental en el cobaya para comprobar la eficacia de un nuevo equipo de ultrasonidos como técnica de anulación selectiva del laberinto posterior, con inocuidad para el laberinto anterior, lo que comprueba mediante el registro de las corrientes microfónicas cocleares, las cuales se mantienen dentro de valores normales (18).

En 1973 Luis GARCÍA IBÁÑEZ dirige la Ponencia Oficial «Cirugía del conducto auditivo interno» actuando como ponentes sus hijos Emilio y Jose Luis GARCÍA IBÁÑEZ, actualizando los conocimientos de las ciencias básicas en dicho campo, en particular recordamos el capítulo dedicado a la anatomía quirúrgica del CAI (J. L. GARCÍA IBÁÑEZ) y el de histopatología del neurinoma acústico (ÁLVAREZ ZAMORA) (6). En 1973 BARTUAL cita a LÓPEZ RODRÍGUEZ (1967) quien describe conglomerados ganglionares en distintos puntos del nervio glosofaríngeo en fetos humanos, en la vecindad de anastomosis arteriovenosas, que son considerados como células ganglionares parasimpáticas y funcionalmente como paraganglios. Las células tumorales glómicas son muy similares a las células adrenérgicas de la médula suprarrenal. El glomus funcionaría como un quimiorreceptor y una glándula «incretora» (19).

LÓPEZ AGUADO (1982) realiza un estudio etiopatogénico de las parálisis faciales por fractura longitudinal del peñasco encontrando unos factores anatómicos que predisponen a las lesiones (20). En 1984 LÓPEZ AGUADO y QUESADA MARÍN dirigen la Ponencia Oficial «Parálisis facial periférica», en la cual ponen al día todo lo referente a las ciencias básicas relacionadas con el nervio facial (8). Citamos los capítulos de anatomía y de estudio ultraestructural del nervio facial (LÓPEZ AGUADO), el de anomalías y variaciones anatómicas (CAMPOS), el de fisiopatología (RIVERO) y el amplio capítulo dedicado a la etiopatogenia de la parálisis facial que contiene una extensa bibliografía muy interesante de consultar (LÓPEZ AGUADO Y QUESADA MARÍN). GIL LOYZAGA del departamento de Ciencias Morfológicas y POCH BROTO del departamento de ORL de la Universidad Complutense de Madrid, realizan varias publicaciones sobre ciencias básicas aplicada al oído durante la segunda mitad de la década de los años 80.

En 1990 se publica la Ponencia Oficial titulada «Implantes cocleares» dirigida por E. GARCÍA IBÁÑEZ y M. BENITO LÓPEZ en la que se actualiza el estado del conocimiento de la técnica tan reciente en esos momentos de los implantes cocleares, contando con la colaboración de figuras tan importantes como William HOUSE, MARQUET, MONTANDON, CHOUARD, etc. (9). Recordamos los capítulos dedicados a la anatomía quirúrgica (S. CRESPO), a la histopatología de la cóclea (MORELLO) y al estudio histológico del ganglio espiral (FAYAD). A principios de la década de los 90 J. MARCO (1991) (21) y HONRUBIA publican varios trabajos sobre vías vestibulares y auditivas.

2. APORTACIÓN A LA CLÍNICA

ROMERO RODRÍGUEZ (1953) habla por primera vez en el Acta sobre causas alérgicas del vértigo (22). MARCO, BAIXAULI y HONRUBIA (1959) encuentran que el síndrome de Barré-Lieou o simpático cervical posterior (cefalea, vértigo y alteraciones visuales y auditivas) se halla presente en casi el 45% de sus pacientes con vértigo (23). NÚÑEZ PÉREZ en 1961 dirigió la Ponencia Oficial sobre el «Nervio facial» actualizando los aspectos clínicos relacionados con el nervio facial (3). MOZOTA (1962) aconseja operar las parálisis faciales (descompresión y sutura directa) antes de 9-12 meses para evitar la atrofia de la musculatura facial (24). El mismo autor en 1965 presenta varios casos de vértigo laberíntico que no cedían con tratamiento alguno, que coincidían con edema de mucosa de senos paranasales y respondieron al tratamiento de la patología sinusal, postulando una causa inflamatoria aséptica transmitida al oído medio por vía tubárica y al vestíbulo por edema de ventana redonda (25). En 1973 Luis GARCÍA-IBÁÑEZ dirige la Ponencia Oficial «Cirugía del conducto auditivo interno» actuando como ponentes sus hijos Emilio y José Luis GARCÍA IBÁÑEZ, de la que recordamos el capítulo dedicado a la clínica de los procesos patológicos del CAI (J. L. GARCÍA IBÁÑEZ y VERGARA TRUJILLO) (6). También en el año 1973 aparecen varios artículos sobre tumores glómicos de diversas localizaciones (ótica, cervical, miembros su-

periores y lecho ungueal) estudiados con microscopio óptico y electrónico. RUEDA CASSOLA (1974) hace referencia por vez primera en el Acta a la patología ORL del anciano, estudiando en particular la patología vertiginosa. Encuentra que un 73% de los pacientes presentan alteraciones vestibulares, manifestándose generalmente como desequilibrio discreto asociado a alteraciones cerebelosas, el porcentaje es mayor a mayor edad y cursa independientemente y con menor intensidad que en el laberinto anterior (26). En 1984 LÓPEZ AGUADO y QUESADA MARÍN dirigen la Ponencia Oficial «Parálisis facial periférica», de la que citamos el capítulo dedicado a la clínica (QUESADA MARIN) (8). GUIRAL (1977) publica la primera referencia en el Acta a la dolicoectasia de la arteria basilar como causa de patología otoneurológica (27).

3. APORTACIÓN A LA EXPLORACIÓN

En general se hacen muchas referencias en el Acta a AZOY como iniciador y estimulador de la audiología. El es quien dirige la Ponencia Oficial del primer año del Acta (1949) dedicada a la otoneurología (1) y dedica en 1951 otro artículo a la enfermedad de Ménière (28). VASSALLO DE MUMBERT (1949) presenta como se debe hacer una buena historia clínica y la metodología exploratoria, tal como se podía hacer en esa época (29), en otro artículo presenta dos casos de neurinoma operados (30). GARCÍA IBÁÑEZ, que trabaja con BARCIA GOYANES, jefe de neurología del Consejo Superior de Investigaciones Científicas en Valencia, al realizar la prueba calórica observa un caso en el que el umbral de excitabilidad del canal horizontal está elevado mientras que el del canal vertical es normal (31). JIMÉNEZ CERVANTES (1951) objetiva los grados de desviación en la prueba de Romberg y en la de los índices de Barany, mediante un aparato de su invención del cual muestra unas fotografías (32). MARAÑES y PÉREZ RUIZ (1952) exponen de modo teórico cómo debería ser el dispositivo que permitiera realizar la prueba rotatoria para explorar sólo uno de los dos laberintos (33). LÓPEZ DE LA TORRE (1956) es quizá el primero en publicar en el Acta su experiencia con el uso del ENG,

para lo que sigue las directrices de PORTMAN (34). POCH VIÑALS dirige en 1957 la Ponencia Oficial sobre exploración audiológica, muy extensa y pormenorizada (2).

NÚÑEZ PÉREZ en 1961 dirigió la Ponencia Oficial sobre el «Nervio facial» actualizando los aspectos de la exploración del nervio facial (3). CASIMIRO DEL CAÑIZO (1963) utiliza tests audiológicos para el diagnóstico de la enfermedad de Ménière en 352 casos, encontrando que el test de Fowler es el mejor método para investigar el reclutamiento, y el segundo mejor es el de Luscher (35). JIMÉNEZ CERVANTES (1964) hace una modificación en la forma de inscribir los resultados de las pruebas calóricas sobre las gráficas de HALLPIKE (36). RODRÍGUEZ ADRADOS (1965) practica EEG a pacientes con enfermedad de Ménière severa, que es patológico en un 70% y halla cierto paralelismo entre la gravedad clínica y la intensidad de las alteraciones EEG (37). César GAVILÁN (1965) realiza exploraciones vestibulares (cupulometría y ENG) en el personal de vuelo de una conocida compañía aérea española para analizar las características especiales de estos profesionales (38). OLAIZOLA (1966) es uno de los primeros autores que habla del tratamiento del glomus yugular, no quirúrgico puesto que era muy grande (39). BOSCH (1969) encuentra valores muy elevados de proteínas en el caso de neurinoma acústico y proponen para su diagnóstico precoz el estudio bioquímico de los humores del oído interno (40). CÉSAR GAVILÁN (1969) muestra el protocolo exploratorio que utiliza en el diagnóstico precoz del neurinoma (pruebas audiológicas, vestibulares, radiológicas, neurológicas, etc.) (41). ÁLVARO PABÓN (1969) en Sevilla estudia la utilidad de la prueba de indicación de Barany para diferenciar vértigo central y periférico (42).

GUILLÉN ASENSIO (1970) practica estudio EEG y angiográfico a pacientes con isquemia vertebro-basilar, encontrando en más del 60% bajo voltaje generalizado (43). COLLS y PRADES (1970) determinan las proteínas totales en la perilinfa por punción de la ventana oval, encontrándolas aumentadas en presencia de neurinoma del acústico (44). J. BARTUAL PASTOR, J. MARCO CLEMENTE, J. M.^a SÁNCHEZ FERNÁNDEZ y DIETRICH TRINCKER (1971) publi-

can un curso de doctorado sobre ENG (45). BARTUAL (1971) describe una técnica personal de prueba calórica (decúbito supino, cabeza flexionada 30°, irriga 20 cc agua en cada uno a 27° y a 47°) (45). En 1973 Luis GARCÍA IBÁÑEZ dirige la Ponencia Oficial «Cirugía del conducto auditivo interno» actuando como ponentes sus hijos Emilio y José Luis GARCÍA IBÁÑEZ, de la que recordamos el capítulo dedicado a la exploración de los procesos patológicos del CAI (J. L. GARCÍA IBÁÑEZ y VERGARA TRUJILLO) y el de radiología (L. GARCÍA MARRERO y M. ROVIRA) (6). J. VERGARA y J. L. GARCÍA IBÁÑEZ (1974) estudian cuantitativa y cualitativamente la saliva submaxilar en la parálisis facial de diferentes etiologías, con fines pronósticos y para la indicación del tratamiento quirúrgico (46, 47). INFANTE SÁNCHEZ (1976) aporta la primera referencia en el Acta del test del glicerol (48). COBETA y F. ISASA (1977) publican un sistema de anotación del ENG mediante gráficas, más sencillo de interpretar (49). RODRÍGUEZ GUIRADO (1977) publica por vez primera en el Acta un intento de valoración electrofisiológica (EMG-ENG) para indicar la descompresión del nervio facial (50).

GUIRADO (1982) presenta por primera vez en el Acta el TAC de alta resolución con neumatografía para el diagnóstico de neurinomas muy pequeños (51). LÓPEZ AGUADO (1982) estudia el valor pronóstico del pH salivar en la parálisis facial (52). J. BOSCH y R. COLOMINA (1982) describen su experiencia desde 1977 con los implantes cocleares multicanal (53). F. T. MARTÍNEZ PELEGRÍN, F. ARGUDO y C. SPREKELSEN (1982) describen por vez primera el test de la bumetamida para el diagnóstico del hydrops, que tiene como ventaja sobre el test del glicerol la ausencia de efectos secundarios (54). J. GAVILÁN (1982) presenta un programa interactivo (SAC-7) para el estudio de las sacadas de búsqueda diseñado por los autores (55). En 1984 LÓPEZ AGUADO y QUESADA MARÍN dirigen la Ponencia Oficial «Parálisis facial periférica», de la que recordamos los capítulos dedicados a la exploración del nervio facial (GARCÍA ARUMI, GARCÍA LARREA, SERRANO, JIMÉNEZ GARCÍA, REIG RIPOLL, CAMPOS, GUIRADO, FERNÁNDEZ, MONTSERRAT, CALICO y MAGRIÑA) (8). VÁZQUEZ

BOBILLO (1984) presenta los resultados tras el uso de la craneocorpografía, comparándolos con CLAUSSEN, concluyendo que se deben modificar los criterios que definen los tipo II y V de craneocorpogramas (56). LÓPEZ MOYA (1985) compara por primera vez en el Acta el valor diagnóstico de BERA, TAC y ENG, desde el punto de vista otoneurológico, en neurinomas del APC, encontrando mayor fiabilidad diagnóstica en el TAC (92,8%), seguido de la combinación de EChoG con BERA (78,5%) y la radiología de CAI (64,2%). El estudio ENG tiene un escaso valor topográfico (57). GAVILÁN (1987) desarrolla un programa de exploración vestibular a través del ordenador mediante ENG (58). ESTACA y SPREKELSEN (1988) demuestran que el valor pronóstico en la parálisis de Bell del reflejo acústico invertido es igual o superior al de la EMG pero de realización más sencilla y cómoda (59). M. C. TAPIA, especializada en exploración vestibular, publica muchos artículos sobre BERA, potenciales somatosensoriales, etc. en los años 80. En 1990 E. GARCÍA IBÁÑEZ y M. BENITO LÓPEZ dirigen la Ponencia Oficial titulada «Implantes cocleares» de la que recordamos el capítulo dedicado a la valoración clínica de los candidatos a implantar (BENITO) (9).

BLANCO y RODRÍGUEZ DE LA FUENTE (1990) estudian las características del reflejo invertido ipsilateral en pacientes afectos de hipoacusia perceptiva, otosclerosis y parálisis facial, concluyendo que se trataba de un artefacto y no de una respuesta de los músculos del oído medio (60). BARONA (1993) en Valencia presenta un artículo sobre el reflejo vestibuloespinal y su estudio mediante posturografía (61). CAMPOS y BARONA (1993) presentan la nueva técnica de electroneurografía por estimulación magnética transcraneal (BAKER, 1985) para el estudio de los pares craneales VII, IX, XI y XII, comparándolo con la estimulación eléctrica, encontrando que es indoloro y que permite obtener potenciales de mayor amplitud (62). A. DENIA (1994) realiza múltiples aportaciones en el campo de la otoneurología (63). F. MURUETA-GOYENA, MENDIZÁBAL y F. RODRÍGUEZ ADRADOS (1998) aportan la primera referencia en el Acta sobre la videonistagmoscopia simplificada (64).

4. APORTACIÓN AL TRATAMIENTO MÉDICO Y REHABILITADOR

MARAÑES (1949) expone el tratamiento de la enfermedad de Ménière con inyecciones subcutáneas de histamina y vitamina C y con los nuevos antihistamínicos de síntesis (65). César BERTRÁN (1955), siguiendo a DEMATRIADES y GORITZA, emplea radioterapia en el laberinto en el tratamiento del vértigo, ante el fracaso del tratamiento médico y antes de la cirugía: 2/3 se curaban y el resto mejoraban, incluso en 10% mejoraban el acúfeno (66). SAN JUAN JUARISTI (1956) ensaya un nuevo aparato para el diagnóstico y control de las prótesis auditivas, mediante la modificación de la curva audiométrica hasta encontrar un máximo de fonemas correctamente escuchados con un mínimo volumen (67). RODRÍGUEZ ADRADOS (1959) trata el hidrops con acetazolamida (descubierta en 1950), a sugerencia del internista BALCELLS-GORINA, por similitud con el glaucoma, en el que se usaba para bajar la tensión intraocular, obteniendo buenos resultados. En España ya lo habían empleado CORVERA (1956) y FERNÁNDEZ VILA (1957) (68).

Casimiro DEL CAÑIZO (1960) presenta un caso de glomus yugular inoperable de gran extensión que afectaba a los últimos pares craneales, tratado con radioterapia (69). SAN JUAN dirige en 1961 la Ponencia Oficial sobre prótesis auditivas, importante medio para la rehabilitación de los pacientes hipoacúsicos (4). SAMSDIES, VILA y TORRES DE GASSO (1962, 1969) presentan una «prótesis sensorial acústica por estimulación táctil», que experimentan en el perro. También describe un aparato inédito para la enseñanza del lenguaje hablado «Satvel» (sistema audiotáctil vibracional enseñanza del lenguaje), para su aplicación a los sordomudos y defectuales del lenguaje, fundamentado en una transposición de los sonidos en señales táctiles vibratorias y visuales, de forma que la localización topográfica de los puntos de estimulación y de las señales visuales sea representativa de las frecuencias que componen el sonido que actúa sobre la prótesis (70). PAREDERO DEL BOSQUE (1963) recalca la importancia de descubrir restos auditivos en los sordos, especialmente en los niños, lo que lleva a cabo con dis-

cos de ruido, así como el entrenamiento auditivo, todo ello de cara a la rehabilitación con prótesis auditivas (71). César GAVILÁN (1963) utiliza persantín en ciertos tipos de vértigo, por su efecto vasodilatador observado en la arteria central de la retina, sin embargo algunos pacientes empeoran e incluso aumenta la cefalea y el acúfeno (72). LANCHÁ DE LARA (1964) propone la homologación de los audífonos, como control para beneficio del hipoacúsico, dada la gran abundancia de aparatos que existían ya en el mercado en esos años (73). SÁNCHEZ FERNÁNDEZ (1967) ensaya una benzodiacepina (G. 33.040) en enfermedad de Ménière, síndromes ménièriformes, en casos de presbiacusia y de parestesias faríngeas, con aceptables resultados. En cambio los resultados han sido nulos en casos de de cocleopatía estreptomicínica, trauma sonoro, neuropatía del VIII par y en un síndrome de Barré-Lieou (74). BOSCH (1969) utiliza el hidrocloreto de betahistina en enfermos vertiginosos, obteniendo un 69% de mejoría en los síntomas vestibulares, sin mejorar los síntomas cocleares (75).

INFANTE SÁNCHEZ y RODRÍGUEZ ADRADOS (1973) exponen un tratamiento experimental en cobayo de la enfermedad Ménière mediante inducción osmótica (inyección transtimpánica de solución saturada de CINa), ya propuesto por ARSLAN en 1969 (76). MOROTE (1973) presenta un estudio sobre el tratamiento con dogmatil (sintetizado por THOMINET en 1966) en 120 enfermos con vértigo. La respuesta al tratamiento se valora mediante la mejoría subjetiva y objetiva (ENG) (77). ROQUETTE GAONA (1974) recomienda el uso continuado de dogmatil durante un mes aunque inicialmente mejore (78). OLARIETA (1979) utilizó la nicergolina en el tratamiento de 100 enfermos con patología cocleovestibular no quirúrgica (79). En 1984 LÓPEZ AGUADO y QUESADA MARÍN dirigen la Ponencia Oficial «Parálisis facial periférica», en la dedican un capítulo al tratamiento médico (MAGRINA) y otro al tratamiento rehabilitador (ENRÍQUEZ y GARCÍA FERNÁNDEZ) (8). B. SCOLA y E. SCOLA (1987) presentan el método de electroestimulación transcutánea ya empleado en la escuela de Burdeos y París para el tratamiento de los acúfenos, obteniendo resultados positivos en la ter-

cera parte de los pacientes (80). GARCÍA PÉREZ y FLOREZ GARCÍA (1993), especialistas en rehabilitación, hacen la primera referencia en el Acta al tratamiento rehabilitador del vértigo (81). AMOR y JUIZ (1999) hacen modificación a la maniobra de Lempert de reposición de partículas del canal semicircular horizontal en caso de VPPB (82).

5. APORTACIÓN AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

BARTUAL en 1949 opera por primera vez un vértigo de Ménière por vía transtegmentaria, según técnica de BORDES, otra técnica que practica es la inyección laberíntica de alcohol (83). ANTOLÍ-CANDELA en 1960 realiza laberintectomía que consiste en extirpar primero el canal semicircular horizontal tras aticotomía según CAWTHORNE, luego estapedectomía y aspiración del oído interno, posteriormente fresado de la parte que separa ambas ventanas aspirando el contenido vestibular y la membrana de la ventana redonda, exponiendo la espira basal de la coclea y rellenando con gelfoam (84). También en 1960 el mismo autor expone el tratamiento quirúrgico de la parálisis de Bell mediante descompresión y sección de la vaina del facial por vía retromastoidea, exponiendo el nervio desde el segundo codo hasta el agujero estilomastoideo. En caso de parálisis postraumática, realiza descompresión, si hay sección nerviosa lleva a cabo adosamiento intracanalicular o, si falta algún fragmento, la técnica de «rerouting» de BUNELL o injerto libre de nervio fémorocutáneo si el destrozo es muy grande. NÚÑEZ PÉREZ dirigió en 1961 la Ponencia Oficial sobre el «Nervio facial» (3), en la cual participan entre otros Fernando ANTOLÍ-CANDELA, CAÑIZO, TEROL, E. SCOLA, RODRÍGUEZ ADRADOS y OLAIZOLA, en la que se desarrollan todos los conceptos anatomofisiológicos y médico-quirúrgicos acerca de la parálisis facial. En ella OLAIZOLA presenta una estadística de más de 12.000 historias revisadas con un 0,5% de parálisis faciales postquirúrgicas. En la misma ponencia RODRÍGUEZ ADRADOS se encarga del capítulo de la parálisis facial secundaria a traumatismo craneal, en el cual se mencio-

na por vez primera en el Acta la cirugía descompresiva en esta indicación. MOZOTA (1962) aconseja operar las parálisis faciales antes de 9-12 meses para evitar la atrofia de la musculatura facial. Las parálisis han aumentado por la cirugía de la parótida. Los mejores resultados se obtienen por descompresiones y suturas directas. En los accidentes en parótida el mejor tratamiento es la neurotización de LEXER (24).

E. SCOLA (1964) presenta para el tratamiento del hydrops la laberintectomía sin fresado, solo levanta el estribo, aspira el líquido laberíntico a través de la ventana oval y obtura con gel-foam (85). El año siguiente el mismo autor comunica que realiza la descompresión de saco según técnica de HOUSE por vía retroauricular y posteriormente la modificación mediante abordaje endaural de AUSTIN, que facilita la búsqueda del canal semicircular posterior, punto de referencia para abordar el saco endolinfático (86). GUILLEM KUSTER (1965) describe la intervención ideada por HOUSE, modificación de la de PORTMAN, denominada «endolymphatic shunt» y establece las indicaciones quirúrgicas en la enfermedad de Meniere refractaria al tratamiento médico: en hipoacusias menores de 50 dB, practica el drenaje de saco según la técnica de HOUSE, si la sordera es superior a 50 dB se inclina por la cirugía destructiva y en los casos bilaterales se practica el drenaje del saco, sea cual sea el grado de hipoacusia. Los resultados son satisfactorios en el control del vértigo y en la conservación de la audición (87). FRANCES (1961) opina que en el tratamiento de la septicemia ótica por tromboflebitis del seno lateral, no es necesario la ligadura de la yugular, solo vaciar el foco primario y dar quimioterapia con sulfamidas y antibióticos. En aquella época ZAUFAL recomendaba ligar la yugular para impedir la propagación a través del torrente sanguíneo (88). SAN JUAN y ANTOLÍ-CANDELA (1966) presentan un proyecto de trabajo experimental sobre una prótesis audioquirúrgica, que consta de una pieza magnética que sustituye a la platina del estribo, que debe ser movilizadora por una bobina también implantada quirúrgicamente, la cual recibe la corriente de un amplificador (89). OLAIZOLA y ANTOLÍ-CANDELA en el Congreso Nacio-

nal de la SEORL celebrado en Barcelona en 1966 presentan por primera vez en nuestro país imágenes de extirpación de neurinomas acústicos por vía transtemporal y translaberíntica. El año siguiente exponen su experiencia desde el año 1964 cuando introdujeron en España el diagnóstico precoz de los neurinomas y el tratamiento quirúrgico de los mismos a través de la vía translaberíntica. Utilizan todas las vías según cada caso, aunque quizá por vinculaciones neurológicas y neuroquirúrgicas, utilizan más la vía transtemporal y la combinada por la fosa posterior. Insisten en la necesidad de una labor de equipo multidisciplinar: neurorradiológica, neurológica y audiológica (90). OLAIZOLA y ALAMINOS (1967) presentan una nueva técnica quirúrgica sencilla y eficaz para el hydrops, que denominan «isopresión vestibular» y se basa en abrir la perilinfa para que se distienda la endolinfa y evitar el vértigo. Consiste en realizar un ostomía en la ventana oval que se recubre con una sustancia no tóxica para el laberinto para que se forme una película entre el mucoperiostio y el endostio. En su serie de 50 casos mejora el vértigo en todos ellos y la hipoacusia y acúfenos en el 20% y 60%, respectivamente (91). C. GAVILÁN (1968) trata desde hace más de dos años 52 casos de vértigo de Ménière mediante ultrasonidos, dirigiendo el haz ultrasónico hacia el vestíbulo, previa eliminación del las celdillas. Obtiene el 90% de erradicación del vértigo a los dos años (92). BABE (1969) se basa en los trabajos de DEDERNING y de TURMAKIN, según los cuales el hundimiento de la platina en la ventana oval secundario a la obstrucción de la trompa explicaría el cuadro de Ménière, el cual podría mejorar con un drenaje transtimpánico. Lo aplica en 16 casos con síndrome de Ménière, sin otitis serosa, siendo el resultado fallido (93).

LÓPEZ DE URALDE (1970) afirma que toda apertura del espacio laberíntico se traduce siempre por un insulto vestibular, dando lugar a una laberintitis más o menos intensa, incluso con un acto quirúrgico perfecto. Da mucha importancia al postoperatorio, por ello siempre pauta a sus enfermos tratamiento profiláctico con antibiótico y corticoides, empleando vasodilatadores en casos especiales (la arteria auditiva interna es una arteria terminal) y si tiene

sintomas vegetativos emplea suero hipertónico (94). C. GAVILÁN (1970) abandona los ultrasonidos en el vértigo en 1968 y comienza a practicar la neurtomía vestibular por la vía trans-temporal superior para intentar conservar la audición, aunque no descarta la posibilidad de paresia facial. Realiza la primera intervención el 30 de enero de 1968 en «La Paz», comunicando que los 33 pacientes operados los dos primeros años se encuentran libres de vértigo. Creemos que es la primera mención en Acta a esta técnica (95). Los primeros en utilizar la vía de la fosa media fueron: C. GAVILÁN (1970), ANTOLÍ-CANDELA (1972) y GARCÍA IBÁÑEZ (1973). PRADES (1970) hace cirugía descompresiva del saco endolinfático, mencionando que es de ejecución compleja y pueden presentarse dificultades en cuanto a la conservación de la audición (96). ÁLVAREZ DE COZAR y ANTOLÍ-CANDELA (1972) realizan una importante aportación española a la otoneurocirugía, publicando la descripción de la vía transvestibular, que ya habían expuesto el año anterior en el Congreso Nacional de la SEORL de Sevilla. Había sido empleada anteriormente para las complicaciones otógenas y estos autores la recuperan como técnica otoneuroquirúrgica como vía rápida de abordar el CAI a través de la pared medial del vestíbulo, previo fresado de la ventana oval, permitiendo disecar los nervios coclear y vestibular, aunque la exéresis completa de un neurinoma es difícil de realizar (97).

En 1973 L. GARCÍA IBÁÑEZ dirige la Ponencia Oficial «Cirugía del conducto auditivo interno» actuando como ponentes sus hijos E. y J. L. GARCÍA IBÁÑEZ. Constituye el primer tratado en lengua española sobre otoneurocirugía y actualiza todos los conocimientos de la cirugía del CAI y el APC que habían sido revisados y puestos al día una década antes por William HOUSE. Destacamos los capítulos dedicados a las diferentes vías de abordaje (J. L. y E. GARCÍA IBÁÑEZ y SANCHÍS), el de la cirugía del vértigo y del neurinoma acústico (E. y J. L. GARCÍA IBÁÑEZ y BACCI) y el de la cirugía del facial pontocerebeloso e intrapetroso (L. GARCÍA IBÁÑEZ). Mencionan también las referencias propuestas por autores españoles para localizar el CAI. PRADES y BOSCH (1973) proponen una localización en la zona llamada

«triángulo mudo», sin embargo al no basarse en ninguna relación anatómica precisa tiene riesgo. GARCÍA IBÁÑEZ (1972) en cambio utiliza la eminencia arcuata y el nervio petroso superficial mayor como puntos básicos de referencia, de esta forma se evita la necesidad de exponer la línea azul del canal semicircular superior como hacía HOUSE. También presentan una importante casuística de 144 casos: 123 vértigos operados con neurectomía (93 por fosa media, 30 por vía translaberíntica), 11 neurinomas operados por vía translaberíntica, ocho parálisis faciales operadas por fosa media y translaberíntica y dos síndromes de estenosis del CAI (6).

DE SEBASTIAN (1973) describe la endolinfostomía con injerto de conjuntiva ocular sobre el saco endolinfático para el tratamiento del hydrops, obteniendo buenos resultados. Basándose en el aspecto anémico-blanquecino del saco endolinfático que presentan estos enfermos, formula la hipótesis de que la hidropesía se debe a una falta de irrigación y para solucionarlo propone aportar más sangre mediante el injerto (98). GUILLEM KUSTER (1975) describe una nueva técnica quirúrgica conservadora para el tratamiento del vértigo de Ménière, la cocleostomía, ideado por RIED (1972, Chile) y presentada en España después por ANTOLÍ-CANDELA. Se basa en comunicar el mucoperiostio promontorial con el ligamento espiral y aumentar la irrigación coclear a expensas de los vasos capilares de la red promontorial. Se realiza un colgajo de mucosa promontorial, se fresa promontorio hasta ver por transparencia el ligamento espiral, se elimina el fragmento óseo y se repone el colgajo (99). FERNÁNDEZ VIÑAS y ÁLVAREZ DE COZAR (1975) presentan también la técnica de RIED (100). MURCIA GARCÍA (1976) realiza cirugía del saco endolinfático en 82 pacientes con enfermedad de Ménière, empleando drenaje del saco según la técnica de HOUSE o descompresión de saco, obteniendo los mismos resultados con ambas técnicas (101). SÁNCHEZ PALOMERO (1977) aporta una pequeña modificación a la técnica de RIED, que consiste en la utilización de pericondrio del trago para cubrir el promontorio cuando el mucoperiostio no se puede conservar (102). BOSCH y COLOMINA (1977) publican el primer artículo en el Acta sobre implantes cocleares, presentando un implante

multicanal de ocho electrodos para experimentación animal y en el ser humano, adaptable tanto a la implantación intracoclear como directamente en la vía nerviosa (103). Dos años después presentan tres casos (104). AGUSTÍN y GUILLÉN (1977) describen una nueva vía de abordaje al CAI conservadora de la función auditiva, que denominan sublaberíntica, sobre preparaciones de hueso temporal. Consiste en una mastoidectomía amplia y posteriormente se aborda el CAI entre el nervio facial y el seno lateral por debajo del canal semicircular posterior (105). RUBIO y GAVILÁN (1979) describe las variantes de la descompresión del nervio facial por vía transmastoides. En España la vía transmastoides ha sido utilizada por GAVILÁN (1970), ANTOLÍ-CANDELA (1972) y GARCÍA IBÁÑEZ (1973). Describen la técnica con las modificaciones de Gavilán (106).

En 1984 LÓPEZ AGUADO y QUESADA MARÍN dirigen la Ponencia Oficial «Parálisis facial periférica», en la cual revisan exhaustivamente el tratamiento quirúrgico de la parálisis facial con descripción de todas las vías de abordaje y técnicas de reparación (QUESADA y LÓPEZ AGUADO y E. RUBIO), así como la cirugía plástica reparadora de las secuelas (BAÑUELOS) y la cirugía experimental (BALLESTEROS) (8). BOSCH y COLOMINA (1987) presentan un total de 11 implantes cocleares de diferentes modelos aplicados a pacientes con sordera total postlingual, encontrando que los multicanal ofrecen mayor discriminación del lenguaje. El dispositivo no permite el mantenimiento de la conversación sin el soporte de la lectura labial, aunque ésta se ve incrementada por el implante, contribuyendo enormemente a la rehabilitación del sordo total. Un 50% de los pacientes presentan además desaparición de los acúfenos (107). GAVILÁN (1988) afirma que la neurotomía vestibular es el único procedimiento seguro para curar el vértigo y conservar la audición en pacientes con enfermedad de Ménière. Tras 20 años de experiencia en el abordaje por fosa media, en 1985 comienza a emplear el abordaje retrolaberíntico. Describe las ventajas e inconvenientes de ambos procedimientos y se detalla la técnica quirúrgica de la vía retrolaberíntica (108).

En 1990 E. GARCÍA IBÁÑEZ y M. BENITO LÓPEZ dirigen la Ponencia Oficial titulada «Im-

plantes cocleares» con diferentes capítulos dedicados a la descripción y técnica quirúrgica de los dispositivos que existían en esos momentos (BENITO, E. GARCÍA-IBÁÑEZ, MONTANDON, BANFAI, MARQUET, CHOUARD y HOUSE). Los ponentes exponen su experiencia en 16 pacientes implantados con los implantes cocleares House-3M monocanal y Nucleus multicanal con muy buenos resultados (9). ANTOLÍ-CANDELA CANO (1990) hace la primera referencia en el Acta a las prótesis auditivas de vía ósea osteointegradas en el hueso temporal, presentando cuatro casos, y muestra la superioridad del dispositivo percutáneo (BAHA) frente al transcutáneo (Audiant). Su indicación es en pérdidas medias aproximadas de 45 db. en vía ósea (109). MOZOTA ORTIZ (1991) ponía implantes cocleares y Audiant, también usaba otro que llamaba cúpula auditiva (una prótesis en cuyo extremo que se introduce en ventana oval tiene una material de oro con los implantes) (110). URRUTIKOECHEA y ALGABA (1991) presentan un caso curioso de parálisis facial periférica asociada a vértigo e hipoacusia, tras extracción traumática de tapón de cera, con mala evolución, requiriendo revisión quirúrgica en la cual se objetivó ;desarticulación incudo-estapedial, hundimiento del estribo en ventana oval y esquirlas óseas en el conducto de Falopio! (111). La vía retrosgmoidea ha sido introducida y utilizada ampliamente en España por C. GAVILÁN y J. GAVILÁN (1992) (10). MANRIQUE y GARCÍA-TAPIA (1998) hacen una revisión sobre 135 implantes cocleares en la Universidad de Navarra desde 1989 a 1996, de los que se seleccionan los primeros 37 pacientes postlinguales implantados con el Nucleus 22 y se les hace un seguimiento audiológico de al menos cinco años. Expone las diferentes estrategias de codificación: SPEAK y MPEAK. Se trata de uno de los pocos trabajos en castellano que hagan referencia a períodos de seguimiento largos (112).

BIBLIOGRAFÍA

1. Azoy A. Ponencia oficial: Sintomatología otológica en neurología. Acta Otorrinolaring Esp 1949; 1: 1-173.
2. Poch Viñals R. Ponencia oficial: La exploración funcional auditiva. Su estado actual. Acta Otorrinolaring Esp 1957; 8: 9-277.

3. Núñez G, Antolí-Candela F, del Cañizo Suárez C, Terol Figuerola JA, Scola E, Rodríguez Adrados F, Olaizola Gorbea F. Ponencia oficial: El nervio facial. Acta Otorrinolaring Esp 1961; 12: 5-298.
4. Sanjuan Juaristi J. Ponencia oficial: Física de las prótesis auditivas. Acta Otorrinolaring Esp 1962; 13: 11-80.
5. F. Antolí-Candela. Ponencia oficial: Audiocirugía de las otorreas y sus secuelas. Acta Otorrinolaring Esp 1972; 23 Extr.
6. García-Ibáñez L. Ponencia oficial: Cirugía del conducto auditivo interno. Acta Otorrinolaring Esp 1973; 24 Extr.
7. Barajas Prat JJ. Ponencia oficial: Potenciales evocados. Acta Otorrinolaring Esp 1983; 34 Extr.
8. López Aguado D, Quesada Marín P. Ponencia oficial: Parálisis facial Periférica. Acta Otorrinolaring Esp 1984; 35 Extr.
9. García-Ibáñez E, Benito M. Ponencia oficial: Implantes cocleares. Acta Otorrinolaring Esp 1990; 41 Extr.
10. Gil Carcedo LM. Ponencia Oficial: El abordaje en el tratamiento quirúrgico de los tumores de cabeza y cuello. Editorial Garsi. 1992.
11. Poch Broto J, Traserra J, García Ibañez E, Clarós P, Avellaneda R. Ponencia oficial: Cirugía de la base del cráneo. Editorial Garsi. 1993.
12. Lorente de No R. Estado actual de la investigación del sistema vestibular. Acta Otorrinolaring Esp 1951; 2: 69-79.
13. López de la Torre M. El análisis de wallerismo a partir de núcleos de Deiters en el gato. Acta Otorrinolaring Esp 1951; 2: 811-41.
14. Jiménez Cervantes J. Sobre un caso de sordera estretomícnica. Acta Otorrinolaring Esp 1952; 3: 829-36.
15. Llana Rodríguez E. Fisiopatología del laberinto. Tratamiento quirúrgico sin destrucción de laberinto en varios enfermos de vértigo. Acta Otorrinolaring Esp 1953; 4: 75-102.
16. Iurato S, López de la Torre M. Algunas peculiaridades ultraestructurales de las uniones neurosensoriales del laberinto posterior (estudio al microscopio electrónico). Acta Otorrinolaring Esp 1964; 15: 81-86.
17. Alemán Caballero J. Aparato vestibular en la moderna medicina aeronáutica. Acta Otorrinolaring Esp 1964; 15: 40-52.
18. Gavilán C, Sanjuan J. Deslaberintización experimental por ultrasonido en el cobaya. Acta Otorrinolaring Esp 1965; 16: 46-56.
19. Bartual Vicens R, Bartual Pastor J, Forteza Bover J. Tumores del glomus jugulare tympanicum. Aspectos ultraestructurales, microscópicos y clínicos. Acta Otorrinolaring Esp 1973; 24: 95-130.
20. López Agudo D. Base etiopatogénica de la parálisis facial debido a fractura longitudinal del peñasco. Acta Otorrinolaring Esp 1982; 33: 841-844.
21. Marco J, Lee W, Hofmann L. Estudio neuroanatómico del sistema eferente vestibular: Distribución de los somas en el troncoencéfalo. Estudio cualitativo. Acta Otorrinolaring Esp 1991; 42: 37-44.
22. Romero Rodríguez R. Alergia digestiva en otorrinolaringología. Acta Otorrinolaring Esp 1953; 4: 63-136.
23. Marco J, Baixauli A, Honrubia V. La exploración coqueovestibular en el síndrome de Barre-Lieou. Acta Otorrinolaring Esp 1959; 10: 80-107.
24. Mozota Sagardia JR. ¿Cuándo y cómo deben intervenir las parálisis faciales quirúrgicas? Acta Otorrinolaring Esp 1962; 13: 57-59.
25. Mozota Sagardia JR. Impacto laberíntico con alergia nasosinusal. Acta Otorrinolaring Esp 1965; 16: 123-128.
26. Rueda Cassola S. El sistema vestibular en el anciano. Acta Otorrinolaring Esp 1974; 25: 119-28.
27. Guiral H, Risco J, Ferrer F. Manifestaciones otoneurológicas de la dolietasia basilar. A propósito de seis casos. Acta Otorrinolaring Esp 1997; 48: 337-340.
28. Azoy A. Morbus Ménière idiopático. Contribución a su configuración clínica. Acta Otorrinolaring Esp 1951; 2: 7-31.
29. Vassallo de Mumbert. Un caso atípico extraordinario del síndrome de Vortolini. Acta Otorrinolaring Esp 1949; 1: 187-208.
30. Vassallo de Mumbert. Consideraciones acerca de dos casos de tumores del acústico, operados. Acta Otorrinolaring Esp 1949; 1: 209-258.
31. García-Ibáñez L. Signo vestibular frecuente en la esclerosis en placas «a minima». Acta Otorrinolaring Esp 1949; 1: 175-178.
32. Jiménez Cervantes J. La medida de la desviación en el Romberg. Acta Otorrinolaring Esp 1951; 2: 879-86.
33. Marañes F, Pérez Ruiz J. Exploración vestibular. Prueba teórica de la traslación laberíntica aislada. Acta Otorrinolaring Esp 1952; 3: 7-10.
34. López de la Torre M. Aportaciones a la electronistagmografía laberíntica. Acta Otorrinolaring Esp 1956; 7: 25-44.
35. Del Cañizo C, Martín JE, Branco J, García Linares C, Suárez F. Las pruebas de Fowler y Luscher para el diagnóstico del vértigo de Ménière. Acta Otorrinolaring Esp 1963; 14: 96-97.
36. Jiménez Cervantes J. Anotación gráfica del resultado de la exploración térmica. Acta Otorrinolaring Esp 1964; 15: 53-61.
37. Rodríguez Adrados F, Andrés Rincón JA. Electroencefalografía en los pacientes de enfermedad de Ménière y en los tratados con laberintectomía. Acta Otorrinolaring Esp 1965; 16: 47-57.
38. Gavilán Alonso C. La exploración vestibular en el personal de vuelo. Acta Otorrinolaring Esp 1965; 16: 39-45.
39. Olaizola F, Trujillo M, Espitia G. Glomus yugularis. Particularidades neurológicas. Consideraciones generales. Acta Otorrinolaring Esp 1966; 17: 47-58.
40. Bosch J. Tratamiento del hidrops endolinfático con hidrocloruro de betahistina. Acta Otorrinolaring Esp 1969; 20: 121-22.
41. Gavilán Alonso C. El diagnóstico precoz del neurinoma del VIII par. Acta Otorrinolaring Esp 1969; 20: 59-62.
42. Pabón Monroy A. Prueba de la indicación y brazos extendidos en los síndromes laberínticos periféricos y centrales. Acta Otorrinolaring Esp 1969; 20: 82-7.
43. Guillén Asensio V. La electroencefalografía en la insuficiencia vértebro-basilar. Acta Otorrinolaring Esp 1970; 21: 63-67.
44. Colls M, Prades J. Análisis bioquímico de los humores del oído interno. Acta Otorrinolaring Esp 1970; 21: 51-52.
45. Bartual Pastor J. Electronistagmografía: Bases morfológicas y funcionales. Estado actual de sus técnicas y aplicaciones clínicas. Acta Otorrinolaring Esp 1971; 22: 1-260.

46. Vergara Trujillo J, García-Ibáñez JL. Estudio cuantitativo y cualitativo de la saliva submaxilar en las parálisis faciales de distintas etiologías. *Acta Otorrinolaring Esp* 1974; 25: 1-40.
47. Vergara J, García-Ibáñez JL. Estudio cualitativo de la saliva submaxilar en las parálisis faciales intrapetosas. *Acta Otorrinolaring Esp* 1974; 25: 41-60.
48. Infante Sánchez JC, Allue San Jose JL. Nuestra experiencia con el glycerol test en el hidrops laberíntico. *Acta Otorrinolaring Esp* 1976; 27: 95-104.
49. Cobeta I, Isasa F, Castillo C. Aportación a la representación gráfica de la exploración con sillón pendular. *Acta Otorrinolaring Esp* 1977; 28: 117-26.
50. Rodríguez Guirado F. Patrones de conducta electrofisiológicos (EMG-ENG) en las parálisis faciales. *Acta Otorrinolaring Esp* 1977; 28: 151-2.
51. Guirado C R. La tomografía axial computerizada de alta resolución. Un nuevo método de exploración del ángulo pontocerebeloso. Comunicaciones presentadas en la XXIV Reunion Anual de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-facial. *Acta Otorrinolaring Esp* 1982; 33: 1019-1021.
52. López Aguado D, Sain M, Campos Bañales ME. Valor pronóstico del pH salivar submaxilar en las parálisis faciales periféricas. *Acta Otorrinolaring Esp* 1982; 33: 568-572.
53. Bosch J, Colomina R. Cuatro años de experiencia en implantes cocleares. *Acta Otorrinolaring Esp* 1982; 33: 400-404.
54. Martínez Pelegrín FT, Argudo F, Sprekelsen C. El test de la bumetamida y su valoración audiométrica en el hidrops endolinfático. *Acta Otorrinolaring Esp* 1982; 33: 480-485.
55. Gavilán J, et al. SAC-7. Programa interactivo para el estudio de las sacadas de búsqueda. *Acta Otorrinolaring Esp* 1982; 33: 490-494.
56. Vázquez Bobillo M. Craneocorpografía: Contribución a la interpretación etiopatogénica de los patrones II y V de Claussen. *Acta Otorrinolaring Esp* 1984; 35: 460-6.
57. López Moya JJ, Villafraña M, Alvarez Vicent J. Diagnóstico y manifestaciones cocleovestibulares en 14 neurinomas de ángulo bulbopontocerebeloso. *Acta Otorrinolaring Esp* 1985; 36: 202-12.
58. Gavilán C, Gavilán J, Tomás MD. Cuantificación vestibular. Estado actual. *Acta Otorrinolaring Esp* 1987; 38: 137-39.
59. Estaca A, Sprekelsen C, Romero Vidal S. Parálisis de Bell y reflejo acústico invertido. *Acta Otorrinolaring Esp* 1988; 39: 421-22.
60. Blanco M, Rodríguez de la Fuente F, Alvarez Vicent JJ. El reflejo invertido ipsilateral: ¿Es un artefacto? *Acta Otorrinolaring Esp* 1990; 41: 163-4.
61. Barona R, Garin L, Comeche C. Estudio del reflejo vestibuloespinal. Aplicaciones clínicas de la posturografía. *Acta Otorrinolaring Esp* 1993; 44: 217-221.
62. Campos A, Barona R, Montalt J. Una nueva técnica de estudio de los pares craneales VII, IX y XII: Electro-neurografía por estimulación magnética transcranial. *Acta Otorrinolaring Esp* 1993; 44: 333-6.
63. Denia Lafuente A, Antolí-Candela Cano F, Denia Lafuente A J. La electronistagmografía computerizada en el estudio rutinario otoneurológico. *Acta Otorrinolaring Esp* 1994; 45 Supl I: 94-99.
64. Murueta-Goyena Mendizábal F, Rodríguez Adrados F. Videonistagmografía simplificada. *Acta Otorrinolaring Esp* 1998; 49: 253-255.
65. Marañes F. Síndromes alérgicos en otología. *Acta Otorrinolaring Esp* 1949; 339-52.
66. Bertrán Carrascal C. Tratamiento del vértigo por radioterapia. *Acta Otorrinolaring Esp* 1955; 6: 73-76.
67. Sanjuan J. Nuevo aparato para el control de las prótesis auditivas. *Acta Otorrinolaring Esp* 1956; 7: 149-50.
68. Rodríguez Adrados F. La acción de la acetazolamida en el hidrops endolinfático. *Acta Otorrinolaring Esp* 1959; 10: 114-20.
69. Del Cañizo Suárez C, Elvira Pisón L, Barca Blanco R, Consuegra R, Martín JE, López Casare F. Los tumores del «glomus yugularis» (comentario sobre un caso). *Acta Otorrinolaring Esp* 1960; 11: 23-34.
70. Samso-Dies JM, Vila Bado J, Torres Gasso. Prótesis audiotáctil en el hombre. *Acta Otorrinolaring Esp* 1969; 20: 106-28.
71. Paredero del Bosque J. Consideraciones sobre algunas características de sordera, reeducación auditiva y empleo de prótesis. *Acta Otorrinolaring Esp* 1963; 14: 50-58.
72. Gavilán C. Síndromes vertiginosos tratados con persantin. *Acta Otorrinolaring Esp* 1963; 14: 107-111.
73. Lancha de Lara J. Homologación previa de audífonos correctores. *Acta Otorrinolaring Esp* 1964; 15: 24-30.
74. Sánchez Fernandez JM. El G. 33.040 en trastornos funcionales otorrinolaringológicos. *Acta Otorrinolaring Esp* 1967; 18: 115-21.
75. Bosch J. Estudio electronistagmográfico de la insuficiencia vertebro-basilar. *Acta Otorrinolaring Esp* 1969; 20: 119-20.
76. Infante Sánchez JC. Síndrome vestibular disarmónico por inducción osmótica en cobayo laberintectomizado. *Acta Otorrinolaring Esp* 1973; 24: 23-46.
77. Morote Jurado F. Nuestra experiencia en el tratamiento de los síndromes vertiginosos con dogmatil. *Acta Otorrinolaring Esp* 1973; 24: 100-8.
78. Roquette Gaona J. Tratamiento de vértigos de etiología diversa con dogmatil. *Acta Otorrinolaring Esp* 1974; 25: 161-70.
79. Olarieta M, Ramírez Camacho RA, Antolí-Candela F. Aplicación de nicergolina en patología de oído interno. *Acta Otorrinolaring Esp* 1979; 30: 57-64.
80. Scola E, Scola B, Murueta-Goyena F. Tratamiento de los acúfenos mediante electroestimulación transcutánea. *Acta Otorrinolaring Esp* 1987; 38: 205-8.
81. García Pérez F, Flórez García MT, Conejero Casares JA, Peña Arrebola A, Gallardo Avila A. Tratamiento rehabilitador del vértigo. *Acta Otorrinolaring Esp* 1993; 44: 125-29.
82. Amor JC, Juiz P, Rubio JP, Rossi J. *Acta Otorrinolaring Esp* 1999; 50: 159-163.
83. Bartual. La vía transtegmentaria en el tratamiento del vértigo de Ménière. *Acta Otorrinolaring Esp* 1949; 319-33.
84. Antolí-Candela Cebrián F. Trece años de audiocirugía. *Acta Otorrinolaring Esp* 1960; 11: 137-152.
85. Scola E. Cirugía del vértigo. *Acta Otorrinolaring Esp* 1964; 15: 95-96.
86. Scola E, Fernández Vega M. Técnica personal de tratamiento quirúrgico funcional del vértigo. *Acta Otorrinolaring Esp* 1965. 16: 106-111.

87. Guillem Kuster F. Drenaje del saco endolinfático como tratamiento quirúrgico conservador en el vértigo de Ménière. *Acta Otorrinolaring Esp* 1965; 16: 27-29.
88. Frances. La ligadura de la yugular en las épocas quimioterápica y antibiótica. *Acta otorrinolaring Esp* 1961; 12:150-156.
89. Sanjuan J, Antolí-Candela F. Prótesis electrónica audioquirúrgica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1966; 17: 101-9.
90. Olaizola Gorbea F, Anastasio Pastor JV, Antolí-Candela F. Vía transtemporal. Tratamientos de los neurinomas. Otras indicaciones. *Acta Otorrinolaring Esp* 1967; 18: 61-72.
91. Olaizola F, Alaminos D, Saykowaty. Isopresión vestibular. Tratamiento quirúrgico del vértigo de Ménière. *Acta Otorrinolaring Esp* 1967; 18: 73-85.
92. Gavilán Alonso C. Los ultrasonidos en el vértigo de Ménière. Experiencia personal. *Acta Otorrinolaring Esp* 1968; 19: 37-40.
93. Babe Delgado J. La técnica de Tumarkin en el tratamiento quirúrgico del síndrome de Ménière. *Acta Otorrinolaring Esp* 1969; 20: 79-85.
94. López de Uralde F. Estapedectomía: Cómo trato el postopeatorio. *Acta Otorrinolaring Esp* 1970; 21(1): 73-78.
95. Gavilán C, Molina E. El hidrops endolinfático. Nuestro pensamiento actual sobre el tratamiento. *Acta Otorrinolaring Esp* 1970; 21: 31-34.
96. Prades J. Cirugía descompresiva del vértigo. *Acta Otorrinolaring Esp* 1970; 21: 119-22.
97. Antolí-Candela F, Alcover, Alvarez de Cózar, Juderías Ponencia oficial: Audiocirugía de las otorreas y sus secuelas. *Acta Otorrinolaring Esp* 1972; 23 Extr: 1-702.
98. De Sebastián G. Endolinfostomía con injerto de conjuntiva. *Acta Otorrinolaring Esp* 1973; 24: 125-28.
99. Guillen F, Bernardo MJ, Palomar V. Cocleostomía: Estudio critico y primeros resultados. *Acta Otorrinolaring Esp* 1975; 26: 21-26.
100. Valencia Fernández-Viñas, Soler J, Alvarez de Cózar. Cocleostomía. *Acta Otorrinolaring Esp* 1975; 26: 87-90.
101. Murcia García F. Cirugía del saco endolinfático: Resultados. *Acta Otorrinolaring Esp* 1976; 27: 45-50.
102. Sánchez JM, Gómez F, Beltrán LD. Técnica y resultados de la cocleostomía. *Acta Otorrinolaring Esp* 1977; 28: 159-70.
103. Bosch J, Colomina R. Perspectivas de la estimulación bioeléctrica coclear en el tratamiento de las hipoacusias neurosensoriales. *Acta Otorrinolaring Esp* 1977; 28: 57-68.
104. Bosch J, Prades J, Colomina R. Nuestra experiencia en los implantes multicanales intracocleares: Resultados. *Acta Otorrinolaring Esp* 1979; 30: 201-8.
105. Agustín L, Guillén F, Bernardo M^{AJ}. Estudio anatómico de la vía sublaberíntica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1977; 28 (4): 1-6.
106. Rubio L, Gavilán C, Ortega P. Tratamiento de la parálisis facial: Técnicas quirúrgicas. *Acta Otorrinolaring Esp* 1979; 39: 359-372.
107. Bosch J, Colomina R. Un modelo de implante coclear con multirreceptor subcutaneo. *Acta Otorrinolaring Esp* 1987; 38: 141-44.
108. Gavilán Bouzas J, Gavilán Alonso C, Galindo Campillo AN. Neurotomía vestibular por vía retrolaberíntica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1988; 38: 235-40.
109. Antolí-Candela F, Aguado F, Sada J. Implantes osteointegrados tipo Branemark para la adaptación de audífonos de vía ósea. *Acta Otorrinolaring Esp* 1990; 41: 61-4.
110. Mozota J R, Medina J, Trelles H F, Vila I, Alfaro J. Estimulación eléctrica coclear por implante en ventana oval. *Acta Otorrinolaring Esp* 1991; 42 supl I: 86-89.
111. Urrutikoetxea A, Algaba J, Camacho J J, Hernandez J M, Rodriguez J. A proposito de un caso. Comunicación sobre parálisis facial yatrogenica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1991; 42 supl I: 47-49.
112. Manrique MJ, Espinosa JM, Huarte A, Molina M, García-Tapia R. Implantes cocleares en personas postlinguales: Resultados durante los primeros cinco años de evolución. *Acta Otorrinolaring Esp* 1998; 49:19-24.

HISTORIA Y DESARROLLO DE LA LARINGOLOGÍA

C. Pescador Mesonero

M. Coloma Milano

M. Portell Soriano

J. J. López Moya

El interés por conocer el funcionamiento y patología de la laringe son muy antiguos. ASCLEPIADES DE BITINIA (91 a.C.) y GALENO (180 d.C.) ya describen enfermedades de la laringe. En el siglo XVI LEONARDO DA VINCI dirige su atención a los órganos de la palabra estudiando su estructura y funcionamiento, las bases musicales de los sonidos y la acústica, la respiración, los análisis anatómo-fisiológicos de los labios, lengua y velo del paladar. En 1741 FERRÍN (1), famoso médico militar francés consiguió sonidos al soplar la laringe de un cadáver, comparándolo a las cuerdas de un clavicémbalo, empleándose desde entonces la denominación de cuerdas vocales.

Es en el s. XVIII con las publicaciones de BOERHAVE Y MORGAGNI (2) cuando se inicia el conocimiento científico de la laringe y su patología.

A mediados del siglo XIX a la luz de los avances tecnológicos y a la mentalidad científica desarrollada ya en el siglo XVIII, debidas a las corrientes filosóficas de la época, comienzan a estudiarse los factores anatómo-clínicos, fisiopatológicos y etiopatogénicos de la enfermedad.

Estas circunstancias favorables van a permitir la aparición de las Especialidades entre las que se encuentra la nuestra.

EVOLUCIÓN DE LA EXPLORACIÓN LARÍNGEA

Laringoscopia refleja

Los primeros intentos de visualización de la laringe de los que hay constancia fueron realiza-

dos por SEMU en 1829 que aunque fracasó, señaló las posibilidades del método. Otros autores como LEVRET (1703-1780), BOZZINI (1773-1809) y BABINGTON (1794-1866) también reali-



M. García (1805-1906),
promotor de la laringoscopia refleja.

zan experimentos similares, aunque ninguno de ellos describiera imágenes de la laringe en vivo.

MANUEL GARCÍA (3), español nacido en Madrid en 1805, profesor de canto en Londres, estudió a la luz de los conocimientos médicos de la época, la anatomía laríngea, así como la función de los músculos faríngeos, lengua y velo del paladar publicando en 1840 su obra «Memoria sobre la voz humana». Su gran aportación a la Laringología fue el descubrimiento de la laringoscopia. Para ello utilizó la luz solar reflejada en un espejo y colocó otro espejillo de dentista sobre la úvula consiguiendo ver su propia laringe en 1854. Presentó su descubrimiento en 1855 ante la Royal Society of London con el título de «*Observaciones fisiológicas sobre la voz humana*» describiendo por primera vez la apertura glótica durante la respiración y los movimientos de las cuerdas vocales en la fonación. HINOJAR en el discurso de bienvenida de la reunión de nuestra Sociedad, en 1955 promueve la idea de sustituir el nombre de la plaza de Isabel II (en la zona del palacio de la Ópera de Madrid) por el de MANUEL GARCÍA, en honor a este personaje.

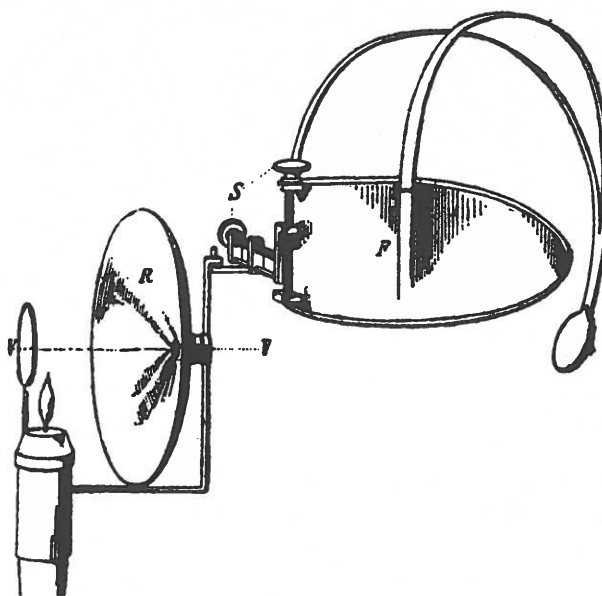
TÜRCK en Viena (1857) fue el primero que lo aplicó a la clínica, utilizando la luz solar para la iluminación y CZERMACK (1857) (4) en Budapest ideó la aplicación de la luz artificial mediante el condensador oftalmoscópico de Ruete y un espejo cóncavo, similar a los actuales.

A finales del siglo XIX en España el pionero de los laringólogos fue LA SOTA. Los introductores de la laringoscopia indirecta en España fueron ARIZA, DE LA SOTA Y LASTRA.

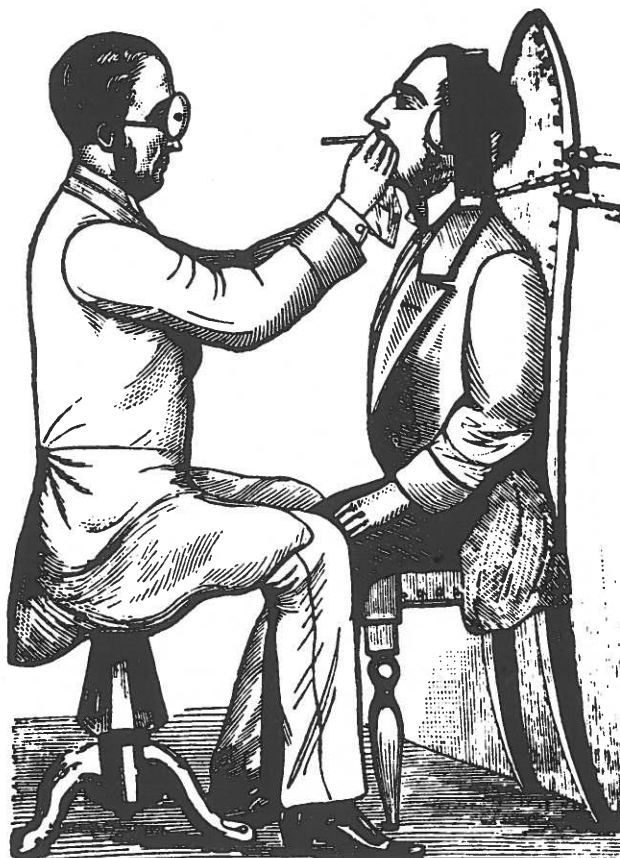
Laringoscopia directa

La observación directa de la laringe y la aplicación, en los casos necesarios, del tratamiento oportuno a través de dicha exploración ha experimentado, desde su puesta en marcha por KIRSTEIN, en 1895, una serie de modificaciones que han permitido, con la experiencia adquirida y la colaboración de los diferentes autores, llegar a la era de la microlaringoscopia (5).

KIRSTEIN (1895) realizando una esofagoscopia, penetra involuntariamente en la laringe y descubre la laringoscopia directa y la broncos-



Especulum de Avery: un intento de proyectar la luz a la laringe.



Técnica de laringoscopia según M. MacKenzie.

copia. KILLIAN en 1897 extrae un cuerpo extraño de un bronquio.

El objetivo primordial de la laringoscopia directa es la observación de la imagen laríngea sin las deformaciones que de la misma se obtienen con la laringoscopia indirecta y evitar de esta forma las falsas imágenes y errores diagnósticos consiguientes que la visión indirecta de la laringe puede condicionar.

Fundamentalmente dos son los métodos que pueden emplearse en el examen directo de la laringe:

a) Sosteniendo el examinador el laringoscopio. En este caso, varios han sido los procedimientos de iluminación empleados:

Iluminación independiente del laringoscopio, mediante el espejo en la frente del observador: Con dicho sistema de iluminación, los laringoscopios más empleados han sido los tubos-espátulas de KIRSTEIN, el tubo-espátula de BRÜNNINGS y el tubo-laringoscópico de GUISEZ. Es obvio que con dicho sistema de iluminación el acceso y visualización de una región como la laríngea no es la deseable, y si aparte del examen laríngeo debe procederse a maniobras quirúrgicas, difícilmente éstas pueden llevarse a la práctica con la precisión y finura que todo acto quirúrgico precisa.

Por ello debe considerarse una aportación valiosa en la evolución de la laringoscopia directa la aparición de instrumentos que llevan incorporada la luz, ya sea en su extremo distal, ya en el proximal.

Muchas han sido, a lo largo de las últimas décadas, las modificaciones que se han introducido en los laringoscopios con luz incorporada, buscando todas ellas una mejor iluminación del campo a explorar, un más fácil manejo, por parte del examinador, del laringoscopio y un mejor acceso del instrumental quirúrgico a través del mismo, al objeto de que el manejo de dicho instrumental no impida la visión del campo operatorio.

Dentro del grupo de los laringoscopios con la luz a nivel de la extremidad distal del aparato merecen ser recordados el espéculo laríngeo abierto de INGALS y el laringoscopio de CHEVALIER JACKSON de tipo clásico, o el comisural del mismo autor, y del que se han realizado

modificaciones interesantes por otros autores, como HILL, DICKINSON, etcétera.

Debemos hacer aquí un apartado dentro de la evolución que ha seguido la laringoscopia directa, a la gran labor que en dicho campo realizaron CHEVALIER JACKSON y su escuela, cuyo mayor mérito, aparte de la aportación instrumental, fue, sin duda, la sistematización de la técnica a emplear en laringoscopia directa y que podemos encontrar en todos los tratados clásicos de la especialidad. Aparte del tipo clásico de laringoscopio de CHEVALIER JACKSON y sus modificaciones, deben ser recordadas en este capítulo sobre la evolución de la laringoscopia las aportaciones de NEGUSI, con sus espátulas rectas, y la de MACINTOSH con su espátula curva, que es la que habitualmente se usa en anestesia para la intubación, si bien para la laringoscopia no da los resultados de los otros laringoscopios ya mencionados.

La observación de la comisura anterior ofrece en ocasiones dificultades, y ello llevó a HOLLINGER a la creación de un laringoscopio apropiado para la visualización de dicha zona con el borde anterior del tubo ligeramente curvado, iluminación distal y mango en forma de U.

b) El método autostático que permite la laringoscopia directa en suspensión y que con la ayuda del microscopio operatorio ha permitido la actual microlaringoscopia. Aquí debemos mencionar en particular el creado por SEIFFERT, después modificado por RIECKER, y asimismo el de KILLIAN, (1911) que permiten, mediante el adosamiento a un soporte autostático, el poder trabajar con las dos manos. También es de interés consignar el laringoscopio autostático de HASLINGER.

Entre los que mayor difusión adquirieron citaremos tan sólo el de BRÜNNINGS, con la luz incorporada a la espátula; pan-electroscopio de KAHLER y el laringoscopio de HASLINGER, que durante muchos años ha sido usado en gran número de centros con magníficos resultados. El de YANKAUER es cónico y pretendía una visión binocular directa (1910).

En España el primero que la practica es HINOJAR, aplicando la laringoscopia en suspensión de HASLINGER.

El hecho de que la laringe sea un órgano de difícil acceso y especialmente reflexógeno, acaba por determinar la implantación de la anestesia general, con intubación endotraqueal, para la realización de la laringoscopia en suspensión. Este procedimiento fue empleado por primera vez por PRIEST y WESOLOWSKI en 1960, para lo cual hicieron construir un laringoscopio especial, que también fue utilizado después por SUEHS en 1962. LANGENBECK y GABRIEL, en 1962, mejoraron el procedimiento, empleando tubos traqueales de poco calibre KLEINSASSER, en 1963, también adopta la intubación endotraqueal en colaboración con el anestesista LAKOMY.

Se planteaba también una eficaz ampliación con finalidad, tanto diagnóstica como terapéutica, especialmente en las lesiones precancerosas o cánceres iniciales. Los intentos de conseguir una buena ampliación fueron numerosos. El uso de ópticas distales o telescópicas conducidas a través del laringoscopio, o proximales adaptadas al mango del laringoscopio no resolvió el problema de la ampliación, porque, a pesar de que las ópticas conseguían hasta 10 aumentos, no podía ser satisfactorio, puesto que se desarrollaban ya en plena euforia otoquirúrgica (años 1958, 1959, 1960). Comparativamente con la microcirugía del oído, los intentos de alcanzar una microcirugía laríngea resultaban muy rudimentarios. Como siempre existen multitud de pioneros, entre los que cabe citar a HINSELMANN, que en 1962 efectúa un examen laríngeo con el colposcopio. ALBRECHT le sigue en este intento y realiza laringoscopias indirectas con el espejillo y utilizando el colposcopio, y en ciertas ocasiones también alguna que otra laringoscopia directa. En 1960, SCALCO y colabs. utilizan un microscopio operatorio en laringoscopia directa, usando la espátula de KILLIAN, laringoscopia por suspensión. Pero todos estos ensayos no pasaron de intentos, ello por diferentes motivaciones, siendo la principal el que se había conseguido una distancia focal excesivamente corta que impedía el trabajo.

LEWI, en 1960, adopta un accesorio para visión binocular. GEZA JAKO, en 1958, usa el microscopio operatorio Zeiss en microlaringoscopia y microcirugía endolaríngea, pero, según comunicación personal, sin éxito. En 1962 diseña un

microscopio binocular con mayor distancia focal y elimina el empañamiento de los lentes con el uso de anestesia general con intubación endotraqueal.

KLEINSASSER tiene también su inquietud, y en 1963 hace construir una lupa monocular que adapta al mango del laringoscopio; por aquel entonces aún no usa la laringoscopia apoyada o autostática; sin embargo, este ingenio tiene gran utilidad para el diagnóstico; sistematiza también una técnica fotográfica. En 1963 adopta, la anestesia con intubación endotraqueal y además acopla una lupa binocular, con lo que mejora la visión, al tiempo que consigue una perfecta inmovilidad de la región a examinar. Pero lucha con el gran inconveniente de una distancia focal excesivamente corta.

Es en 1964 cuando se resuelve el problema de la distancia de trabajo. La casa Carl Zeiss, de Oberkochen, lanza el objetivo de 400 mm adaptable al microscopio operatorio, y ésta es la distancia con la que inició la microcirugía de una forma sistemática KLEINSASSER, y que continúa usando en la actualidad.

Promotores de la microcirugía laríngea fueron SUSUKI en 1966, también importante GEZA JAKO de Boston.

En España destacan las actividades de PRADES en el Hospital de la Cruz Roja de Barcelona. En septiembre de 1968 organiza el primer curso de microcirugía laríngea. Ya se extiende por todos los países a partir del 69-70 como rutina en la Laringología. La gran ventaja de la técnica fue que aportó gran precisión tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las lesiones laríngeas.

La utilización de la tecnología moderna ha mejorado extraordinariamente los métodos exploratorios entre los que hay que destacar los ENDOSCOPIOS FLEXIBLES o Fibroscopios. Proceden de Japón, donde fueron ideados por IKEDA y contruidos por la casa Machida en 1966, teniendo como objetivo la exploración del árbol tráqueo-bronquial. Están basados en las propiedades de las fibras ópticas, que permiten por primera vez la iluminación y la visión a través de un instrumento flexible, con una punta dotada de una gran movilidad, siendo así posible con el mismo instrumento variar ampliamente el ángulo de visión. Los Fibroscopios han revolucionado la exploración. En

cambio, sus aplicaciones quirúrgicas son muy escasas. Las imágenes visualizadas por los endoscopios se proyectan hoy en la pantalla de un monitor de TV, pudiendo ser grabadas y reproducidas, lo que permite su archivo y utilización posterior en la clínica, la docencia y la investigación.

El TELELARINGOSCOPIO supera al fibroscopio en cuanto a la magnificación y calidad de imagen.

Estroboscopia

En 1833, el físico PLÁTEAU, de Bruselas, y el ingeniero STÁMPFER, de Viena, descubren la estroboscopia para observación de las fases del movimiento, siendo aplicado este proceder al estudio de las ondas y sus propiedades. Es DOPPLER, en 1866, quien comienza a hacer aparatos para ser utilizados en Medicina. LEHFELDT en 1835 lo emplea por primera vez sobre laringes artificiales y posteriormente TOEPLER (1866) en la laringe humana, siendo OERTELL, en 1895, el que utiliza, por primera vez este procedimiento de interrupción periódica de la iluminación para investigar el comportamiento dinámico de las cuerdas vocales (6), siendo el impulsor de este método que despertó el interés de numerosos investigadores en Europa. Destacan entre ellos MUSHEOLD que publica sus trabajos entre 1898 y 1913. En 1910, A. PASSOW y KL. SCHÁEFER publican en Berlín la aplicación estroboscópica al estudio anatomofisiológico de la laringe. Los primeros estroboscopios estaban constituidos por un disco perforado, que al girar interrumpía el paso de la luz que iluminaba la laringe, produciendo el efecto de enlentecimiento. En los años posteriores hay numerosas publicaciones de autores importantes como: FERDINAND TREDELENBURG (1935).

En 1936 se celebra el III Congreso Internacional de ORL en Berlín, y el profesor KLÁUS VOGEL así como el profesor VERLAG VON JULIUS SPRINGER aportan sus experiencias con estroboscopia laríngea.

En 1950 TIMCKE diseña el primer estroboscopio capaz de regular los destellos luminosos, mediante la frecuencia de la voz captada por un

micrófono o por medio de un generador de frecuencias incorporado, lo que hace posible el análisis preciso del ciclo vibratorio y sus alteraciones.

En 1960, la estroboscopia es una técnica idónea para el estudio de la fisiopatología vocal. En España a este respecto, hay que destacar a JORGE PERELLÓ que en 1962, propone una revolucionaria teoría respecto a la vibración de las cuerdas vocales: Es la teoría microondulatoria en la que postula que no es la vibración la que produce el sonido, sino la ondulación de la mucosa que recubre las cuerdas vocales que se comportan como una bandera o superficie líquida agitada por el viento.

Paralelamente a la evolución de la estroboscopia se realizan ensayos sobre la filmación de las cuerdas vocales en movimiento. CHEVRETON y VLES hacen las primeras filmaciones con cinematografía convencional y las presentan en la Academia de Ciencias de París, en 1913, siguiéndose de otras experiencias sobre filmación estroboscópica y filmaciones a alta velocidad en 1931, por HALLA y ONTI.

Desde 1970 conocemos las aplicaciones estroboscópicas a la fisiología y patología de la voz por los trabajos de los suecos KERSTIN HALDING, KOCH y LENNART PETERSON, siendo considerado por N. H. BUCH, desde 1972, como indispensable en el examen foniátrico.

Actualmente, la utilización de la videoscopia, permite el registro de imagen y sonido en tiempo real lo que hace posible la valoración precisa de las alteraciones de la onda mucosa y la situación del borde libre de las cuerdas vocales.

Registro de la voz:

Uno de los instrumentos más importantes en el análisis acústico vocal es la espectrografía, que ha sido definida como la disección de la onda sonora en sus componentes más básicos o como el registro visual del sonido. En 1947 a título experimental comienzan su estudio POTTER, KOOP, GREEN. Lo que perseguían era una «audición visual» en los enfermos cofóticos. DELTTRE en 1951 analiza el método espectrográfico en todas sus variantes, MIYANO en 1961, POMMEZ que en 1962 hace resaltar como es posible detectar la bitonalidad. Hoy día el análisis acústico es una herramienta muy útil en el estudio funcional de la voz. En España

ALARCOS aporta el primer estudio sobre este tema (7).

Electroglotografía:

La electroglotografía es un método no invasivo que mide las variaciones de la impedancia que se producen al paso de una débil corriente alterna a través de dos electrodos a ambos lados del cartílago tiroides a la altura de las cuerdas vocales. La señal obtenida (electroglotograma) es proporcional a la superficie de contacto de las cuerdas vocales. FABRE en 1957 es el primero que lo aplica. Le siguen muchos autores franceses (VAN MITCHEL), en Inglaterra FOURCIN y ABBERTON, etc. Se desarrolla en los años 70 y en España en los 80-principios 90 (GÓMEZ-GONZÁLEZ y CAÑIZO en 1988, GALCERAN con POCH en 1991, NIETO con COBETA en 1993) (8).

Radiología:

FÉLIX LABORGNE en 1936 fue el primero en emplear la tomografía en la laringe. La laringografía fue descrita por C. JACKSON en 1918 durante el curso de una insuflación del árbol bronquial con bismuto. Posteriormente SICARD en 1922 y FORESTIER en 1926 usaron como medio de contraste para visualizar la endolaringe el mismo compuesto que usaban en broncografías, aceite yodado. A partir de este comienzo y hasta el primer trabajo publicado por POWER en 1957 sobre linfografía hubo muchos autores (9). En 1973 HOUNSFIELD presenta la Tomografía computerizada, lo que permite el poder efectuar el estudio de la extensión de las lesiones con toda precisión. A las imágenes de superficie proporcionadas por la endoscopia añadimos las imágenes en profundidad. La Resonancia Magnética Nuclear (MANSFIELD y MAUDSLEY, 1976) actualmente cada vez se utiliza más, como complemento del anterior. Permite diferenciar la extensión de las lesiones a partes blandas y tener imágenes en los tres planos del espacio.

TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA EN LARINGOLOGÍA

A lo largo de la historia, el desarrollo de la laringología gira en torno a la exploración o medios de observación de la anatomía y el

diagnóstico de la patología que en ella asienta y su tratamiento. Concretamente, determinada o marcada por el intento de resolver las grandes afecciones laríngeas; sobre todo, el Cáncer laríngeo.

Las primeras descripciones de esta entidad fueron realizadas por ASCLEPIADES DE BITINIA (91 a.C.) y por GALENO (180 d.C.). No obstante, el conocimiento científico del cáncer laríngeo se inicia en pleno siglo XVIII, con las publicaciones de BOERHAVE y los informes necrópsicos de MORGAGNI. En pleno siglo XIX, ROKITANSKY realizó un detallado estudio anatómo-patológico de los tumores laríngeos, estableciendo una clara separación entre los tumores benignos y malignos, sentando el principio de que el cáncer de laringe puede asentar primariamente en este órgano (10).

- El primero que describió histológicamente un epiteloma fue SCHWARTZ en 1875.

- El término Carcinoma *in situ* lo describe BRODERS por primera vez en 1932.

- El carcinoma verrucoso fue descrito por ACKERMAN en 1948.

- BILLROTH en 1860, fue el que creó el concepto de segundos primarios o tumores primarios múltiples.

Tratamiento quirúrgico del cáncer laríngeo

Los intentos de resolver quirúrgicamente las graves afecciones de la laringe y entre estas el cáncer laríngeo, son muy antiguos y se pierde su huella en el pasado. Probablemente, los primeros pasos consistieron en la práctica de una traqueotomía paliativa, quedando constancia de esta intervención en el Compendium Medicinæ de ANTILLOS (140 d.C.)

Según GALENO fue ASCLEPIADES el primero que la practicó (año 100 a.C.) Para SHODY fueron los egipcios (3600 años a.C.) (11). Muchos años después dos grandes médicos griegos vuelven a divulgar su uso: ARETAEO (SIGLO II d.C.) Y PAULUS DE AEGINA (625-690). GUIDO GUIDI (1544) en su Tratado de Cirugía deja constancia del uso de una cánula metálica. Sin embargo, fue TROUSSEAU en 1840 el que realiza de manera sistemática traqueotomía como terapéutica paliativa del cáncer de laringe, incor-

porando el uso de una cánula metálica curvada que dejaba permanentemente en la tráquea.

El siguiente paso está representado por la LARINGOTOMÍA, descrita y diseñada por JULIUS CESSERIUS DE PADUE (1512-1616) y realizada por primera vez por PELLETAN (1788) para extraer un cuerpo extraño laríngeo. BRAUERS en 1833 practicó la laringotomía como vía de abordaje para la exéresis de «papi-lomas malignos» mediante la cauterización con hierro candente. El auténtico nacimiento de la cirugía oncológica de la laringe se produjo en 1844 en que EHREMEN de Estrasburgo, tras diagnosticar un cáncer mediante estudio histopatológico de fragmentos expectorados por el enfermo, realiza la laringotomía y extirpa una tumoración excrecente que asienta en cuerda vocal izquierda. A partir de entonces, se suceden otras descripciones similares: BUCK (1851) (12) acomete la exéresis por laringofisura con éxito, de un cáncer, seguida de muerte por recidiva. SOLIS COHEN en 1867, opera a un paciente consiguiendo su supervivencia. MORELL- MACKENZIE (1871 reúne 28 casos de pacientes tratados mediante laringofisura. También PAUL BRUNS (1861) publica los resultados de sus 20 laringofisuras con dos muertes intraoperatorias, 14 recidivas, tres de evolución desconocida y 1 fallecido de cáncer facial, sin recidiva laríngea. MORELL-MACKENZIE y PAUL BRUNS, estudian los resultados de esta técnica, definiéndolos como desalentadores, llegando a la conclusión de que los pacientes tratados con traqueotomía paliativa tenían mayor y mejor supervivencia; por lo que esta técnica quirúrgica fue abandonada.

Laringuectomía total

Otro procedimiento más radical comenzó a vislumbrarse para el tratamiento del cáncer laríngeo después de los experimentos de ALBERS en 1829, en los que extirpa la laringe a cuatro perros. En 1870 GUSSENBAUER y CZERNY, asistentes de BILLROTH, repiten la experiencia en animales, realizando un estudio más completo, llegando a la conclusión de que es posible la extirpación total con éxito. Después de estos experimentos, el 31 de diciembre de 1873, BILL-



T. Billroth (1829-1904)

ROTH, de Viena, realiza la primera laringuectomía por carcinoma en el hombre, resecando los dos primeros anillos traqueales, el cricoides, el tiroides, los dos aritenoides y el tercio inferior de la epiglotis, obteniendo la curación del paciente y logrando una supervivencia de siete meses, falleciendo por recidiva, de cuyo acontecimiento informa GUSSENBAUER, de Viena, en 1873, al mismo tiempo que este autor da a conocer la primera laringe artificial por él ideada. Se suceden otros casos, entre ellos, en 1875, el de BOTTINI, de Turín, que curó totalmente con siete años de supervivencia, y las nuevas realizaciones de BILLROTH en los años 1875, 1877, 1878 y 1879. THIERCH, EN 1880, logra la curación de un cáncer laríngeo, con una supervivencia de cuatro años, falleciendo el paciente por una neumonía. El 11 de mayo, RUBIO, de Madrid, realiza en España la primera laringuectomía

total en un paciente afectado de necrosis de los cartílagos de la laringe que falleció al quinto día por «marasmo» (Comunicación a la Real Academia de Madrid, 1878) (13). Esta intervención era la número 17 a nivel mundial. Otros españoles como SOTA y LASTRA. C. DEL TORO y GÓMEZ PAMO, tomaron parte activa en este movimiento. CZERNY, de la escuela Otorrinolaringológica de Viena, aporta sus casos de los años 1878, 1880 y 1881. En Francia, la primera laringectomía total fue realizada en el año de 1885 por LEÓN LABBE. Citaremos algunas de las múltiples reivindicaciones, como la de WATSON, que a decir de FOULIS la habría practicado en el año 1866 en una laringe sifilítica con éxito quirúrgico. Entre muchas más, la de LANGENBECK, entusiasta animador e impulsor de estas técnicas quirúrgicas, del cual recalcan con insistencia los alemanes haber concebido esta operación en el año 1854.

Llegamos así al caso número 33, realizado por CARL REYHER, de San Petersburgo en 1881, y que pone fin a la estadística recogida y publicada por MORELL MACKENZIE en su obra «*Traite pratique des maladies du larynx et de la trachée*», en la que encontramos dos supervivencias, una a largo plazo y la otra que llevaba veinte meses en el momento de la publicación de la estadística. Es decir, un 6 por 100 de curaciones contra un 94 por 100 de fallecidos durante los dos primeros años de ser operados. Las causas de muerte en esta intervención se debían a las complicaciones broncopulmonares, mediastinitis como consecuencia de la aspiración de exudados y alimentos. Vemos, pues, por lo referido anteriormente, que desde 1873 hasta 1885, o sea en doce años de experiencia con enfermos, la laringectomía total cuenta con una mortalidad impresionante que motivó una reacción general contra esta intervención. BILLROTH expuso su técnica de laringectomía total en el Congreso de Cirugía, celebrado en Londres, en 1881, siendo fuertemente criticado y llegando a la conclusión de que la única terapéutica admisible en el cáncer de laringe era la traqueotomía paliativa.

La elevada mortalidad intra y postoperatoria inmediata, llevaron a GLÜCK y a ZELLER en 1879 a estudiar experimentalmente en perros, proporcionando una base sólida para el desarro-



M. MacKenzie (1837-1892).

llo de la cirugía, con dos adquisiciones importantes: la sutura de la tráquea a piel y la ejecución de la laringectomía en un segundo tiempo; con lo que se conseguía incomunicar la vía respiratoria del campo operatorio. Así lograron la supervivencia de los animales operados. Animado por estos resultados GLÜCK perfeccionó su técnica, extirpando la laringe en un sólo tiempo, logrando que la mortalidad inmediata descendiera a un 3%.

PERIER, en 1890, comunica a la Sociedad de Cirugía de París la técnica que lleva su nombre. La extirpación la realiza en un sólo tiempo, sin traqueotomía previa; desprende la laringe de abajo a arriba, según preconizara CZERNY, y como él, deja un orificio debajo del hioides comunicando con faringe, es decir, dejaba, un faringostoma.

Esta abertura solía infectar toda la herida, y es a BARDENHEUER a quien en 1890 se le ocurre la magnífica idea de ocluir la abertura farín-

gea suturando la hipofaringe a la base de la lengua y músculos infrahioideos.

Esta misma idea la pone en práctica pocos años más tarde en España CISNEROS, desconocedor por completo de la idea de BARDENHEUER; hecho que comentaba TAPIA en el Congreso Español de Cirugía en 1908 y abogaba por llamar a esta modificación procedimiento de CISNEROS o cuando menos de BARDENHEUER Y CISNEROS. El doctor CISNEROS, fue un verdadero paladín de la cirugía laríngea en España. En el año 1908 llevaba practicadas más de 78 grandes intervenciones laríngeas, cifra tal vez tan sólo superada por un par de cirujanos alemanes. Nos situamos en los alrededores del 1900; por entonces, ya los progresos técnicos antes mencionados, reducen la mortalidad operatoria en un 50 por ciento. En un pequeño resumen de técnicas y con pequeñas variaciones, podemos señalar dos tendencias claras dentro de la cirugía radical laríngea: las intervenciones en uno o dos tiempos, que se reparten el favor de los cirujanos:

a) Método en dos tiempos. Procedimiento de LE BEC: Trata de evitar, la muerte por bronconeumonía, con la creación de una barrera cicatricial entre laringe y vías bajas, para lo cual hace: primero traqueostomía circular y posteriormente Laringuectomía con arreglo a la técnica de PERIER.

En nuestro país tuvo bastantes seguidores este procedimiento. CISNEROS, BOTEY, RUEDA y LAZARRAGA lo aceptaron; e incluso TAPIA, desconocedor todavía entonces del método de GLÜCK, proclamaba que el proceder de LEBEC era el método de elección.

Muchos laringólogos de todos los países no se decidían a practicar la extirpación total de la laringe sin haber hecho días antes una traqueotomía simple, no buscando, como con la traqueostomía, una barrera aisladora, sino simplemente tratando de acondicionar la tráquea y los bronquios a la presencia de la cánula y la entrada de aire por la nueva vía; como exponente de este criterio merecen señalarse la técnica de GARRÉ y la de SEBILEAU.

b) Método en un tiempo: Procedimiento de PERIER: Consistía fundamentalmente; después

de incorporada la idea de BARDENHEUER, en practicar la extirpación de la laringe en un solo tiempo, seccionando la tráquea, para colocar la cánula, proseguir. a su través, la narcosis general y despegar la laringe de abajo a arriba.

Otros nombres españoles, aparte de los anteriormente citados son FEDERICO RUBIO, MORO, SOTA DE LASTRA, que fueron los primeros que en España habían practicado laringuectomías, BOTEY (Barcelona), PIZJUÁN (Sevilla), BALTER (Santiago), LAZÁRRAGA (Málaga), LLORET (Valencia), COGOLLOS (Valencia), MAS (Murcia) SPREÁFICO (Murcia), MADRAZO (Santander), RIVERA (Madrid), GUEDEA (Madrid), COMPAIRED (Madrid), GOYANES (Madrid). El más destacable era CISNEROS, cuya labor fue encomiable, en aquella época en que apenas se realizaban operaciones de esta naturaleza por considerarlas peligrosísimas, (en el año 1912 había realizado 134 intervenciones).

A pesar de los adelantos técnicos conseguidos en la época antes mencionada, la mortalidad era todavía abrumadora. ANTONIO GARCÍA TAPIA (1875-1950), es sin duda el personaje más importante en cuanto a su aportación a la laringología. No estaba satisfecho con los resultados conseguidos; aun con manos habilísimas y cuidados extremados la infección de la herida era poco menos que inevitable, y ésta daba al traste con todo: suturas que fallan, esfacelos de tejidos, etc. manteniéndose, aunque cada vez más reducidas, las complicaciones del postoperatorio, bronconeumonía, mediastinitis, hemorragia por englobamiento de un vaso en la zona de esfacelo, suelta de ligaduras, etc.

TAPIA empezó utilizando la técnica de PERIER en un tiempo y el enfermo murió de bronconeumonía consecutiva. Luego asumió el procedimiento de LE BEC en dos tiempos, hasta que visitó la clínica de GLÜCK, en Berlín.

El 24 de octubre de 1911 operaba el doctor Tapia su primer enfermo, basándose en la técnica de GLÜCK. El año 1922, TAPIA lleva al Congreso Internacional de París un grupo de laringuectomizados. Su ponencia, ilustrada como el «coro de hombres sin laringe», informa de su estadística con 107 laringuectomías, una sólo



A. García Tapia (1875-1950).

muerte post-operatoria y un porcentaje de curación del 67% dando a conocer las modificaciones incorporadas a la técnica de GLÜCK y que hacían de ella una nueva técnica. Tanto es así que en el Congreso Internacional de ORL del año 1932, el doctor. DUCUING, de Toulouse, propuso, unir el nombre de TAPIA a la nueva técnica que desde entonces es conocida como técnica de GLÜCK-TAPIA, de laringuectomía total. Las aportaciones fundamentales a dicha técnica son las siguientes: Laringuectomía en un tiempo con la extirpación de la laringe de arriba-abajo, seccionando los músculos prelaringeos a unos dos centímetros por debajo de su inserción en el hueso hioides, utilizándolos como un refuerzo a la primera sutura de la hipofaringe a la base de la lengua. Además con el pericondrio del cartílago tiroides y los músculos constrictores de la faringe refuerza la suturas del cierre de la faringe (el llamado CORSÉ

DE TAPIA). Sutura de tráquea a piel por el llamado «punto en tres» revisando sistemáticamente las cadenas ganglionares yúgulo-carótideas (14).

La estadística de Tapia el año 1929, como informó en el Congreso de la Societas Latina de ORL en Madrid, reunía 190 laringuectomías con sólo doce muertes operatorias (6% de mortalidad), cifra no igualada en aquellos tiempos por otros langocirujanos insignes y alguno de la talla de HAYECK que seguía asignando a la laringuectomía una mortalidad operatoria del 30 por ciento.

Los colaboradores más destacados fueron sus hijos, ANTONIO Y RAFAEL TAPIA, ACOSTA y SÁNCHEZ RODRÍGUEZ).

Otros cirujanos reputados a destacar, son GARCIA HORMAECHE, que aporta la Laringuectomía simplificada de GARCÍA HORMAECHE. Es una técnica de «abajo a arriba» y su aportación para el cierre de la hipofaringe es el punto músculo-submucoso de GARCÍA HORMAECHE (en bolsa de tabaco). También destaca CASADESÚS e HINOJAR.

En esta circunstancia surge en la historia de la laringuectomía la «NARROW LARINGUECTOMY» de los americanos, quienes con gran entusiasmo difunden con fuerza de convicción este método sobre el resto de América. Los brasileños VASCONCELLOS Y PLINIO DE MATOS BARRETTO modifican esta técnica en el tiempo de la separación de la laringe, que es extirpada sin poner en contacto el campo operatorio con la cavidad faríngea, merced a la colocación de un clamp, sobre el que se realiza la sutura faringoesofágica.

Al tiempo que surge la «Narrow laringuectomy» aparecen las demás técnicas que podemos llamar en «Campo Estrecho».

También entonces el ya mencionado GARCÍA HORMAECHE concibe un método genial de laringuectomía simplificada, método que tiene amplia resonancia en el ámbito nacional, sobre todo entre aquellos que no practicaban la exéresis clásica a lo Glück-Tapia.

La técnica de HORMAECHE es la antítesis de tres hechos fundamentales de la cirugía clásica del cáncer laríngeo: supresión de colgajo cutáneo, eliminación de complicadas suturas reconstructivas, supresión de drenajes. La sutura en

bolsa de tabaco de la ostomía faringoesofágica es, a todas luces, la genialidad de Hormaeche.

Muchos laringólogos en nuestro país ensayan la técnica de GARCÍA HORMAECHE: VIDEGAÍN, CASTAÑEDA, SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, BARTUAL, ROCA DE VIÑALS, ANTOLÍ, etc. P. DE JUAN hace extensiva la técnica de G. Hormaeche a los cánceres previamente irradiados, modificando la técnica con la conservación del cricoides (cuando la localización del tumor lo permite), intervención a la que da el nombre de «decapitación supracricoidea de la laringe». La experiencia de unos y otros va perfilando este procedimiento. El inconveniente principal es que no permite un perfecto control del estado de las cadenas ganglionares.

El empleo de antibióticos había modificado totalmente el post-operatorio de los laringectomizados; al desaparecer las graves complicaciones infecciosas se hizo posible que estas técnicas nuevas se difundieran, modificando de forma sustancial el pronóstico del cáncer laríngeo.

Cada día aumenta la supervivencia y el número de pacientes laringectomizados. Para aliviar y mejorar su situación social se crea en España en 1969 la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE LARINGECTOMIZADOS Y MUTILADOS DE LA VOZ.

Quedan los cánceres marginales, los de hipofaringe, que entran a engrosar el campo de la laringectomía total, pero estos acarrearán más complicaciones postoperatorias y frecuentes recidivas, por lo que fueron considerados no aptos para la cirugía, hasta que en 1920 TROTTER y otros cirujanos demostraron lo contrario (15).

Paralelamente a estas inquietudes de TROTTER y sus seguidores, se estudian dos aspectos fundamentales, que son:

1. La indicación y regulación de los vaciamientos ganglionares.
2. La aplicación de la Radioterapia postoperatoria que por aquel entonces (1919) comenzaba sus primeras actuaciones terapéuticas.

Con ello se evitaba muchas veces la recidiva ganglionar y se conseguía la curación de muchos pacientes, sobre todo cuando el vaciamiento ganglionar se hacía en bloque (adenopatías, vías linfáticas y laringe o faringolaringe).

CIRUGÍA FUNCIONAL

La sistematización de la laringectomía total se logró, justo es reconocerlo, con la enorme aportación de la escuela española. Y es así por esto, que al lanzar el Prof. TAPIA (su más destacado director) una frase, adquiere desde el principio un carácter lapidario; es el conocido slogan de que «es preferible conservar la vida a conservar la voz». No cabe duda que esta frase encierra dentro de sí una gran verdad; pero también es cierto que es dura, cruel y desoladora. Por ello desde el principio de siglo se luchó por conseguir una técnica quirúrgica que permitiera curar la enfermedad neoplásica de la laringe sin anular todo su fisiologismo. De esta forma surgieron las primeras laringectomías parciales, que, por tanto y en contraposición a las totales, tenían un carácter funcional, parcial y conservador. Muchos años después, otro gran maestro de la laringología, el Prof. JUSTO ALONSO, pudo decir: «se debe conservar la vida y conservar la voz». Estas dos frases emitidas por dos grandes figuras de la cirugía del cáncer de laringe, responden a dos épocas con diferentes nociones de la cirugía

Laringofisura

El año 1932 marca un hito en la historia del tratamiento del cáncer laríngeo, cuando SAINT CLAIR THOMSON presenta una Comunicación al II Congreso Mundial de ORL que se celebra en Madrid, con varios cientos de casos de operados de cáncer laríngeo, con un 82 por 100 de curaciones definitivas. Se trataba de cánceres de cuerda vocal operados mediante laringofisura con cordectomía subsiguiente. En aquella fecha produjo una verdadera revolución porque nadie tenía en el mundo un número tan elevado de enfermos diagnosticados tan precozmente. Este autor regula la técnica y precisa sus indicaciones (16).

Así se llegó a la necesidad de hacer diagnósticos precoces; había que estudiar cómo se presentaba el cáncer en la laringe y cómo se propagaba; es decir, había que enfrentarse con las localizaciones iniciales del cáncer laríngeo y con la evolución de cada una de ellas. En este

empeño cabe destacar a LEROUX-ROBERT. SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, en España presenta en el Primer Congreso Nacional de la Sociedad Española de ORL y en una sesión conjunta con la Sociedad de Radiología y Radioterapia, su clasificación sobre las localizaciones iniciales del cáncer laríngeo y esquema sobre el diagnóstico precoz de cada una de estas localizaciones.

Percatados los laringólogos de la necesidad de un diagnóstico precoz y de la viabilidad de una cirugía más funcional y menos mutilante, se desarrollaron nuevas técnicas supeditadas a la topografía de las lesiones.

«La laringofisura puede resolver definitivamente cánceres incipientes endolaríngeos, sobre todo aquellos de localización cordal. Después de abrir la laringe puede verse la extensión del proceso tumoral y si la lesión es sospechosa de progreso en profundidad puede ampliarse la exéresis despegando el pericondrio interno del ala tiroidea, ayudándose a veces con la extirpación de una tira vertical del ala tiroidea del lado afecto» (CHEVALIER JACKSON).

Cuando la localización cordal abarca la comisura anterior, no es conveniente la práctica de las técnicas anteriores; en estos casos. TAPIA practicaba un tipo de intervención (FRONTAL ANTERIOR DE TAPIA), haciendo dos cortes verticales aproximadamente a un centímetro de la línea media, quitando, junto con la quilla tiroidea, toda la porción tumoral. La laringofisura correctamente indicada y efectuada, pasa a ser la técnica que mayor porcentaje de curaciones obtiene (17).

Laringuectomía supraglótica

Los estudios previos desde el punto de vista clínico, primero fueron realizados por COUTARD y VALAT, que observaron que por muy grande que fuera el tumor a nivel Supraglótico, antes se propagaba en forma de herradura, infiltrando la otra hemilaringe que invadía la zona glótica. Estas observaciones fueron luego demostradas por LEROUX-ROBERT y principalmente por BACLESSE en 1938, quienes efectuaron cortes seriados de laringes obtenidas tras LT observando que las lesiones supraglóticas permanecen confinadas a esa región sin sobrepasar

el ventrículo. Se buscan datos que vengan en apoyo de estos hechos de observación y se encuentran: la innervación, irrigación sanguínea y linfática son distintas en la supra e infraglotis; MAISONNAVE señala cómo embriológicamente también existen diferentes orígenes que apoyan las diferencias anteriores, es decir, señala dicho autor como epiglotis y bandas derivan del cuarto arco branquial, del sexto deriva la región aritenoides, el quinto está representado por el cartílago de Santorini, mientras glotis y subglotis derivan del arco traqueal. Las características embriológicas de la laringe, también fueron estudiadas por FRAZER, recogidas posteriormente por ALONSO y, en España, por SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, LÓPEZ DE LA TORRE, TORRENTS que apoyan estos datos manifestados clínicamente.

JUSTO ALONSO (Montevideo, 1939) desarrolla una técnica totalmente nueva en concepto y en realización, acorde con los principios antedichos y consecuente con su apostolado de cirugía conservadora: la «LARINGUECTOMÍA HORIZONTAL SUPRAGLÓTICA» que realiza, modifica y difunde por todo el mundo.

En un principio la operación de Justo Alonso consistía en tallar un colgajo en forma de cinco muy ingenioso y completamente adaptado al tipo de intervención a realizar, permitiendo dos hechos fundamentales como son la extirpación del tumor y la revisión de la cadena ganglionar donde la lesión era más extensa, dejando un faringostoma para evitar la entrada de saliva y otras secreciones en las vías respiratorias. Transcurridos unos tres meses el faringostoma era ocluido por un procedimiento autoplástico y el paciente recupera la facultad de respirar, hablar y deglutir con toda normalidad, pero durante el tiempo comprendido entre una y otra operación tenía que respirar a través de un traqueostoma y era alimentado mediante sonda esofágica.

En España los laringocirujanos, procedentes de las escuelas de los incomparables maestros TAPIA, CASADESÚS, HINOJAR, etc., rápidamente pudieron captar sus posibilidades. Dos representantes de dos de estas escuelas se convierten en los pioneros de la nueva intervención, los Dres. ANDRÉS SÁNCHEZ RODRÍGUEZ (Madrid) y JOSÉ TORRENTS (Barcelona).

En honor a la verdad debemos señalar cómo las primeras intervenciones realizadas en nuestro país de Laringuectomía horizontal las llevó a cabo el Dr. F. ACIEGO DE MENDOZA. En una sesión privada efectuada en el Sanatorio Ruber, donde el prof. J. ALONSO daba a conocer y realizaba su nueva técnica, estaban presentes entre otros los Dres. HINOJAR, ALONSO FERRER, ACIEGO DE MENDOZA. El Dr. HINOJAR con su agudeza crítica, hizo algunas consideraciones sobre la creación del faringostoma, tiempo que él creía debía ser suprimido, opinión de la que también participó el Dr. ACIEGO, quien en el primer enfermo que tuvo, llevó a cabo la intervención con la técnica de ALONSO, salvo en que cerró de primera intención la brecha faríngea, dejando colocada cánula traqueal, y alimentando con sonda al enfermo.

Como encontrase dificultades en la realización del acto quirúrgico, en el tiempo de la extirpación del tumor, modificó totalmente la técnica, que pudiéramos calificar de faringolaringuectomía parcial infrahioidea comunicando sus resultados el año 1951 en la reunión de la SOCIEDAD ANDALUZA (GRANADA) (18), aunque anteriormente, lo comunicó en la reunión de la SOCIEDAD ESPAÑOLA ORL EN MADRID el año 1950.

El 28 de abril de 1951 realiza su primera L. H. supraglótica el prof. SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, en el Hospital Central Penitenciario (Madrid); desde entonces, en dicho Hospital, en su servicio de la Facultad de Medicina (Salamanca), y en su Clínica privada amplía sus experiencias sobre dicha intervención de la que desde un principio se muestra decidido partidario, y como hiciera su maestro TAPIA con la intervención de GLÜCK de laringuectomía total, se convierte en verdadero paladín de la intervención de ALONSO, acudiendo allí donde prestigiosos compañeros requieren su presencia; anima y aconseja a quienes encuentran dificultades en la ejecución, e introduce pequeños detalles quizá, pero que hace que en sus manos la técnica de ALONSO produzca resultados que superan seguramente a los del propio autor del método, pues J. ALONSO encuentra inconvenientes en el postoperatorio durante el intervalo comprendido entre los dos tiempos de la operación. Esto le induce a modificar su primi-

tiva técnica practicando el cierre inmediato de la faringe, relleno la cavidad laríngea con un molde de material plástico, SÁNCHEZ RODRÍGUEZ obtiene casi mejores resultados con la primitiva operación en dos tiempos que con el cierre inmediato de faringe y colocación de cánula de traqueotomía (19).

El 3 de febrero de 1952, los Dres. J. TORRENTS Y F. PULIDO (Barcelona) llevan a cabo por vez primera la técnica de ALONSO, en un enfermo portador de un cáncer de cara laríngea de epiglotis, comunicando sus impresiones a la Asociación de ORL de Barcelona en la sesión del 26-III-1952.

TORRENTS Y LOPEZ DE LA TORRE (20) elaboran la ponencia de la VIII reunión anual sobre LHSG. En esta Reunión de la Sociedad Española de ORL queda bien patente, el afán, interés y entusiasmo que los laringólogos españoles prestan a la cirugía del cáncer de laringe. El Dr. LÓPEZ DE LA TORRE estudia en esta magnífica ponencia el cáncer vestibular objeto de la laringuectomía horizontal supraglótica, la evolución anatomoclínica de las neoplasias que asientan primitivamente en el vestíbulo laríngeo, la anatomía patológica de las mismas, así como los datos embriológicos y de estructura de la mucosa que apoyan el concepto de cáncer vestibular, la causa de su detención durante un tiempo considerable a nivel de la lámina fibrosa que ocupa el plano de cuerda al fondo del ventrículo, al mismo tiempo que estudia también el sistema linfático y venoso de la laringe, justificando con él la mayor difusibilidad de estos cánceres vestibulares por su mayor riqueza linfática en relación con los tumores glóticos, lo que obliga a una mayor revisión de las cadenas ganglionares en el acto operatorio. El Dr. J. TORRENTS, desarrolla por su parte los fundamentos clínico-quirúrgicos de esta nueva intervención, haciendo estudio meticuloso de los elementos de diagnóstico clínico y radiológico, de las indicaciones, técnicas quirúrgicas, metástasis ganglionares y tratamiento de las mismas, demostrando una vez más su cuidado y su honradez científica.

La laringuectomía horizontal supraglótica toma carta de naturaleza entre nuestros laringólogos, quienes van adaptando su técnica a su temperamento y hábito quirúrgico que ya tuvie-

ron a través de la cirugía radical. Introducen pequeñas modificaciones que no afectan a los fundamentos establecidos, que no imprimen carácter para poder hablar de la técnica de uno u otro autor; pero que sí dan un sello personal al modo de operar de cada uno de ellos, en los distintos tiempos de que consta la intervención.

Así por ejemplo, en relación con la anestesia, TORRENTS emplea un método combinado de analgesia local al estilo clásico en la cirugía laríngea, con anestesia general por goteo intravenoso de Pentotal; el flujo de oxígeno se obtiene en los primeros tiempos de la intervención por medio de una sonda nasofaríngea, mientras se cambia por una cánula articulada muy ingeniosa, una vez practicada la traqueotomía, cánula, que a la vez que permite seguir el control de oxígeno, impide la entrada de sangre o saliva en las vías respiratorias bajas. La casi totalidad de los demás laringocirujanos practican la anestesia local con una meticulosa preanestesia (AGER, ÁLVAREZ PÉREZ, BARTUAL, CALDERÍN, FERICHOLA, NÚÑEZ, POCH, PORTELA, SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, etc.)

La incisión cutánea también difiere de unos autores a otros: ALONSO hacía una incisión en 5 muy adecuada para su primitiva técnica en dos tiempos que luego modifica para la práctica de la intervención en un solo tiempo. Otros autores, tanto fuera de España (LEROUX ROBERT, etc.), como dentro (SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, BARTUAL, PORTELA, etc.), adoptan el colgajo en U o V truncada, en T (ACIEGO), es decir un colgajo amplio que permita realizar y resolver los obstáculos que puedan presentarse en el curso de la intervención así como el control ganglionar cervical.

Otro problema interesante es el de la traqueotomía; cuando la intervención se realiza en dos tiempos, la traqueotomía no es imprescindible, aunque a veces se presenta en el postoperatorio la necesidad de practicarla por edema de la región glótica, tanto es así que el propio ALONSO recomendaba en el curso de la intervención descender y seccionar el istmo del tiroides y hasta tallar un fragmento de cartílago traqueal sin abrir la tráquea lo que facilitaba el canular al enfermo, si el caso lo requería. Es por el temor a este edema por lo que LEROUX recomendaba hacer una traqueotomía previa, y

SÁNCHEZ RODRÍGUEZ resuelve mucho mejor este problema con la colocación de una cánula entre las cuerdas a través del faringostoma creado, retirándola a las cuarenta y ocho horas, en que ya ha pasado el peligro de la estenosis aguda por edema.

La traqueotomía, en cambio, toma carta de naturaleza como tiempo indicado en el curso de la intervención en un solo tiempo, dependiendo su permanencia del curso que lleve el enfermo y de si ha de ser sometido a tratamiento radioterápico.

Existen también diferencias individuales en la forma de tratar al hueso hioides. Puede ser conservado con lo que se tiene la ventaja de tener un valioso elemento de sostén para la fijación del cartílago tiroides al «subir» la laringe y fijarla a dicho hueso, pero en cambio su conservación dificulta extraordinariamente la visión de la extensión real del tumor con lo que nos exponemos a dejar el origen de seguras recidivas.

TORRENTS fractura el hioides en la línea media con lo que consigue las ventajas de su conservación, una mayor movilidad útil para la sutura y una buena visión del campo para, si existe sospecha de invasión, llevar la exéresis allá donde sea preciso, conducta que creemos digna del mayor elogio.

La abertura de la faringe para abordar directamente la zona tumoral y proceder a la extirpación de la neoplasia también tiene sus variaciones: ALONSO abre la faringe lateralmente, en el espacio que ocupara el gran cuerno del tiroides extirpado y desde ahí procede a la localización y exéresis del tumor; fielmente le siguen en este tiempo fundamental SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, TORRENTS, CAPELLA, BARTUAL, etc. Otros cirujanos, sin embargo, realizan una faringotomía subhioides, en vez de la faringotomía lateral de ALONSO.

Brevemente señalaremos algunas de las características del proceder de los laringocirujanos españoles:

ACIEGO: Practica al principio colgajo en T, posteriormente en U corto pues lo detiene a nivel de membrana cricotiroides para colocar cánula de traqueotomía por debajo; extirpa bilateralmente la mitad del ala tiroidea abriendo faringe por debajo del hioides. Los músculos esternotiroideos los conserva con el colgajo cutá-

neo que sirven de relleno de cavidad. En algunos casos conservó pericondrio del ala tiroidea que servía para recubrir la brecha laríngea.

AGER MUGUERZA: Colgajo en U como en la laringuectomía de Glück-Tapia, revisión de cadenas ganglionares, sección de los m. infrahioideos resecaando el tirohioideo, sección del asta mayor del tiroides y preparación de la porción del ala a resecaar, faringotomía subhioidea respetando la porción alta del pedículo vásculoneruoso; el ataque al bloque tumoral de modo clásico en estas técnicas. La musculatura conservada sirve de refuerzo a la reconstrucción faríngea. La traqueotomía al final de la intervención. Es muy meticuloso en la aplicación de radioterapia postoperatoria que favorece la aparición de edemas causantes de estenosis.

ÁLVAREZ PÉREZ: Secciona musculatura infrahioidea que rebate hacia abajo: Resección subpericóndrica de media ala tiroidea del lado más afecto y un tercio del ala contraria.

Faringotomía subhioidea rasante al hiodes. Practica la resección tumoral con bisturí eléctrico.

BARTUAL: Secciona hioides, procurando su conservación en los casos en que esto es posible, resección subpericóndrica del ala tiroidea con cuyo pericondrio puede reforzar la brecha laríngea; conservando musculatura prelaríngea utilizandola para fijación y elevación de la laringe. Su amplia experiencia en cirugía laríngea le permite acoplar detalles de aquélla en esta cirugía conservadora permitiéndole intervenir así casos que aparentemente desbordarían este tipo de cirugía.

CAPELLA: Como TORRENTS sigue casi completamente la técnica de Alonso en sus tiempos fundamentales.

DEL CAÑIZO, BERTO, ELVIRA y DÍAZ: Como su maestro SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, siguen fielmente las técnicas de Alonso, empleando narcosis general en hipotensión controlada cuando realizan la intervención en un tiempo.

FERICHOLA: Al igual que Álvarez Pérez, desinserta musculatura laríngea, practica resección subpericóndrica del ala tiroidea, más de un lado que de otro, faringotomía infrahioidea y elevación de la laringe.

DE LA FUENTE: Sigue en su totalidad la técnica de Alonso hasta el momento de la abertura

de faringe y ataque del tumor que lo hace por faringotomía subhioidea.

PORTELA: Practica un doble colgajo, secciona las dos mitades de ambas alas tiroideas, penetrando en faringe al estilo de Alonso, lateralmente practicando la laringopexia con tres «tirantes» que circundan el cartílago tiroides sin perforarlo.

SÁNCHEZ RODRÍGUEZ: Sigue fielmente la técnica de Alonso en uno o dos tiempos, siendo quizá quien mejor ha estudiado todas las posibilidades en pro y en contra de estas técnicas, dominándolas como las clásicas de extirpación total y sabiendo claramente el alcance e indicaciones de las mismas. En la técnica de dos tiempos aparte de su peculiar maestría derivada de su experiencia en las técnicas clásicas coloca la cánula traqueal a través del faringostoma creado, considerando este tipo de intervención en dos tiempos el más indicado en casos extensos o que previamente fueron radiados. Es el primero en señalar y estudiar las complicaciones bronco pulmonares, abscesos de pulmón, etc., posibles con estas técnicas, por lo que las considera contraindicadas en los ancianos.

TEROL FIGUEROA y GARCÍA BLANCO: Realizan una sección simétrica de ambas alas tiroideas en forma de triángulo, respetando las astas, penetran en faringe por vía anterior a ras de tiroides, no practican traqueotomía.

Existen dos técnicas completamente diferentes de lo que hasta ahora hemos señalado y que entran de lleno en el capítulo de Cirugía funcional del Cáncer Laríngeo:

Una de ellas es la que practica el Dr. RAFAEL GARCÍA TAPIA, en los casos que está indicada la laringuectomía supraglótica que difiere totalmente de las técnicas que acabamos de reseñar, por cuanto la extirpación del cáncer supraglótico la realiza a través de una amplia laringofisura. Lo presentó el 31 de mayo de 1960 en la Real Academia de Medicina de Madrid. Ha sido también practicada por el Dr. PASCUAL y por laringólogos de la escuela catalana. Otras modificaciones de Laringuectomía horizontal supraglótica son: las de LEROUX-ROBERT, PORTMANN, HUET, SOM, MUNDNICH, LEROUX-MASPETIOL, etc.

En el año 1976 presenta MARULLO (21) en el ACTA ORL una modificación: Una variante de la laringuectomía supraglótica que consiste en abordar el bloque supraglótico de arriba abajo y de delante a atrás sin practicar faringotomía, respetando así el pedículo vásculo nervioso de la laringe: despegando el peridondrio interno tiroideo, reseca la mitad superior del cartilago y desde delante, entrando por encima de la glotis y reseca hacia atrás sin hacer faringotomía, ascendiendo hasta la base de la lengua.

En 1954 ALONSO publica su obra «CÁNCER LARÍNGEO» (22) que será citado en todos los artículos de la época. A partir de 1949, realiza su técnica en un tiempo como describe en la página 245, de la obra citada.

OGURA 1958 presenta su procedimiento que consiste en asociar LHSG con vaciamientos cervicales: Reseca en bloque todo el espacio preepiglótico con el hioides y las masas ganglionares. Cierra el defecto liberando un amplio colgajo muscular al que ha añadido un injerto de piel libre suturado a su cara interna. Hace desplazamiento lateral y los une a los constrictores, con lo que cierra la brecha.

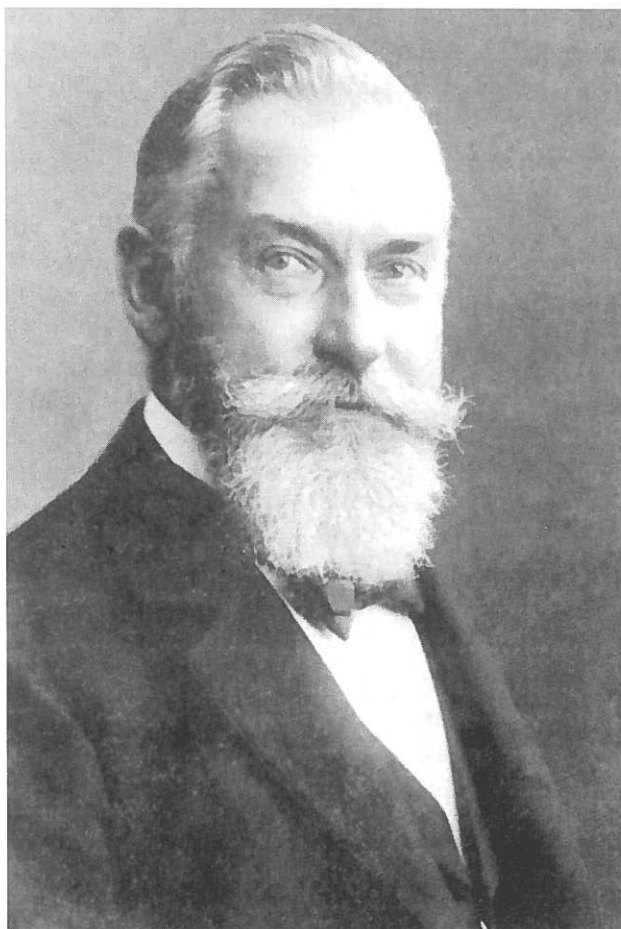
La LHS desde sus comienzos fue una intervención controvertida ya que hasta bastante entrados los años 50, no se generaliza su uso en España, Francia e Italia, que son los países pioneros, para pasar posteriormente a Alemania, EE.UU. e Inglaterra. Son los españoles y sudamericanos los que deben reivindicar la autoridad de la técnica, recordando que los laringólogos españoles son los verdaderos promotores de la LHS en EUROPA: SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, CAÑIZO SUÁREZ, BARTUAL VICENS, CAPELLÓ, ÁLVAREZ PÉREZ Y ACIEGO DE MENDOZA que son los pioneros, modificando y mejorando la primitiva técnica de ALONSO. Los italianos comienzan a realizarla a partir de los años 50, siendo pionero BOCCA. Los franceses, a pesar de ser LEROUX ROBERT uno de los pioneros, no generalizan su uso hasta los años sesenta con PIQUET Y GUERRIER.

Laringuectomías reconstructivas

Desde los más remotos tiempos de la cirugía laríngea, surgieron modificaciones tendentes a

evitar la pérdida de las funciones fonatoria y respiratoria de la laringe. Prueba de ello son las técnicas parciales y laringuectomías reconstructivas. Son técnicas que tratan de, en un sólo tiempo extirpar total o parcialmente la laringe y al mismo tiempo conservar la voz.

Por otra parte, también se ha pretendido la supresión de la laringe y sustitución por un nuevo órgano sano, es decir, un trasplante. Aparte de los problemas que plantean los trasplantes desde el punto de vista biológico, nos encontramos la dificultad de la rica y delicada vascularización e inervación del órgano. Los intentos experimentales fueron emprendidos por WORK y BOLES en 1965, OGURA y SILVES en 1966 y MOUNIER KUHN en 1968. En 1969 el primer trasplante en el hombre es realizado por KLUYSKENS y fracasó. Se tiene noticia de las prótesis laríngeas artificiales: CZERNY 1870, BILLROTH 1874, GUSENBAUER 1874, CASSELLI 1879.



V. Czerny (1842-1916).

En 1896, FÖEDERL inicia sus trabajos en la técnica laringológica sobre restablecimiento de la vía respiratoria normal tras la laringectomía, cuyos resultados da a conocer, aconsejando y preconizando su aplicación con el mayor entusiasmo. Publica a continuación su técnica en el año 1896 en la Revista Archv. fur. Clinische. Chirurgie, tomo 58, pág. 803, bajo el título de «Zur Technik der Larinx Extirpation». Al conservar la musculatura deglutoria y la epiglotis con los repliegues aritinoepiglóticos, el acto de la deglución apenas está entorpecido para hacerse entender en su medio ambiente el paciente sólo necesita servirse de la voz faríngea, sin contar con los casos más favorables de una formación de pliegues que podrían hacer de cuerdas vocales, pudiendo prescindir también de la laringe artificial, puesto que la corriente respiratoria es conducida directamente a través de la tráquea. El curso postoperatorio se aproxima al que puede seguir un paciente después de una resección parcial de laringe, puesto que por la tracción y elevación de la tráquea está reducido el necesario camino de las excursiones de la misma para una deglución normal y a causa de este acortamiento relativo con cuello extendido, la tráquea, o bien la entrada de la faringe y el esófago, quedan apretados contra la curvatura de la columna vertebral (23). Sin duda estas experiencias fueron asimiladas por numerosos laringólogos que las llevaron a la práctica:

BOTEY (1902) publica su técnica reconstructiva en los Archivos Latinos de Rinología-Laringología. En 1922 RETHI recomienda la resección del hioides, para hacer posible una sutura sin tensión de la mucosa. HOFMAN SAGUEZ nos habla por primera vez de la «Laringuectomía reconstructiva en 1947. En septiembre de 1953, el profesor doctor P. GUNS, de Lovaina, en Laringologie O. Rhinologie publica su trabajo de laringectomía reconstructiva sobre prótesis metálica e injerto de piel del muslo. Para evitar espacios muertos y la formación de fístulas supratráquea recomienda NOVOTNY, de Viena, en 1955, la sutura alta de la faringe». MOZOTA SAGARDÍA, de Santander, en 1956, nos expone sus experiencias personales en reconstrucciones laríngeas (24) y también en 1958 (25). E. H. MAJER y W.

RIEDER (26) describen su técnica reconstructiva, así como sus resultados: De los seis pacientes intervenidos y publicados por MAJER y RIEDER, después de 14 años vivían tres (50 por 100); uno no se pudo decanular por las dificultades de la deglución y otro tuvo que someterse a año y medio a la extirpación total clásica por recidiva, y todos ellos sufrieron graves padecimientos (infarto de miocardio, hemorragias gástricas, tuberculosis pulmonar).

Los laringólogos italianos que siguieron la técnica de FOEDLER eliminan el cartílago cricoides, haciendo una extirpación total según el concepto europeo. Los americanos son más radicales, extirpando el hioides, como había recomendado RETHI ya en el año 1922. MESSERKLINGER afirma, con razón, que la conservación de la epiglotis contradice el concepto de una extirpación total, pero su conservación, según FÖEDERL, es de enorme importancia para el normal acto de la deglución.

Pero la que tuvo más auge fue la técnica de ARSLAN y SERAFINI, 1970 básicamente era una laringuectomía conservando músculos prelaríngeos y la epiglotis suprahioidea para suturarla al primer anillo, resecaando el resto de la laringe. Causó gran revuelo, pero se abandonó por las aspiraciones a vías respiratorias bajas.

En el curso de un Congreso regional de otorrinolaringólogos austríacos, italianos y yugoslavos, celebrado en 1971 en Bad Kleinkirchheim, ARSLAN y su colaborador SERAFINI, refieren sus experiencias de laringectomía total conservando el pericondrio exterior del cartílago tiroideos y la epiglotis, liberan los primeros ocho o nueve anillos traqueales y suturan el primer anillo traqueal a la epiglotis y al hioides, realizando una traqueotomía baja, y cubren la tráquea con el pericondrio que conservaron y el tiroides. El objetivo de la técnica era mantener comunicación entre tráquea e hipofaringe para suprimir el traqueostoma, conservar las estructuras necesarias para el acto de la deglución para impedir la aspiración de alimentos por falsas vías sin necesidad de prótesis y establecer la fonación merced al empleo del aire espirado. La supervivencia era similar a la Laringuectomía Total clásica.

TEATINI procede de un modo parecido, pero conserva el cricoides, cuya membrana mucosa separa subpericondrialmente; y también el espacio preepiglótico cuidadosamente y coloca un tubo de silicona en el trayecto respiratorio reconstruido para evitar una posible estenosis postoperatoria.

STAFFIERI realiza la neoformación de la glotis después de la exéresis de la laringe: Extirpando la laringe con la epiglotis cuidando no lesionar la mucosa de la hipofaringe y senos piriformes, seccionando la tráquea de forma que su borde ventral sea más alto que el dorsal pues ello favorece y facilita la deglución. Un colgajo musculomucoso reforzado con fascia lata se coloca por encima de la abertura traqueal y se sutura doblemente con los bordes traqueales. Después incide sagitalmente con el bisturí eléctrico, formándose a continuación de la transformación cicatricial una especie de neoglotis fonatoria.

A pesar de que falta la epiglotis, con esta técnica se realiza el acto de la deglución de modo seguro y la voz es muy comprensible. Pero no está plenamente asegurada por esta neoglotis la respiración y los pacientes tienen forzosamente que utilizar de forma permanente la cánula.

En España SCOLA tras su estancia, con el profesor CALEARO, en FERRARA (ITALIA), que realizaba una técnica similar a SERAFINI publica las primeras seis cirugías de este tipo realizadas en España, sin grandes complicaciones (27). También VEGA efectúa una modificación de la técnica de SERAFINI (28).

La técnica de STAFFIERI, empezó a practicarse en España y comienzan a conocerse resultados de la misma, comunicándolo ALFONSO AMBEL y ELVIRA PISON, en el Congreso de la Sociedad en 1975, en Fuengirola.

C. DEL CAÑIZO SUÁREZ (29) lleva a cabo algunas modificaciones de la técnica de STAFFIERI entre las que cabe destacar, la conservación del cricoides (si oncológicamente es posible) y la realización de la neoglotis, de forma horizontal.

La Laringuectomía subtotal de SERAFINI con las modificaciones de STAFFIERI, HEERMANN, CAÑIZO, y la técnicas de LABAYLE, ALGABA, BRANDERBURG, AMATSU GOSH

etc. tratan de en un sólo tiempo extirpar totalmente la laringe o parte de ella y al mismo tiempo conservar la voz.

LARINGUECTOMIAS SUPRACRICOIDEAS: fueron descritas por MAJER y RIEDER EN 1954, (como se ha dicho anteriormente): Son retomadas por LABAYLE Y ALAJMO en 1971 describiéndolas como cricohiodopexias empezando a sistematizarse en la década de los setenta, gracias a los trabajos de la escuela francesa representada fundamentalmente por LABAYLE y PIQUET (cricohiodopexia de Labayle y cricohioido epiglotopexia de Piquet.)

En España, RAMIREZ MOHEDANO (30) Y LÓPEZ VILLAREJO en 1973 describieron «la cirugía del cáncer de la laringe con abocamiento o sutura del cricoides a la faringe». Un año después, PIQUET, DESAULTY Y DECROIX impulsan una cirugía muy similar a la anterior que hace fortuna con el nombre de cricohiodoepiglotopexia. La exéresis comprende el vestíbulo laríngeo, márgenes (en el posterior se puede dejar un aritenoides), los ventrículos, el plano glótico, e incluso una porción subglótica anterior. También incluye la celda tirohioepiglótica, cartílago tiroides, membrana cricotiroides. Es imprescindible conservar un aritenoides y la integridad del anillo cricoideo. La reconstrucción se consigue mediante una pexia del cricoides al hioides. la función respiratoria se mantiene gracias a la persistencia del cricoides. La fonación por la acción combinada del aritenoides con la base de la lengua. El hecho de conservar la innervación sensitiva y motora y la articulación cricoaritenoides logra el cierre durante la deglución.

Fistuloplastias

Prácticamente, desde el comienzo de las laringuectomías totales, el laringólogo se dio cuenta de que si se consigue el paso del aire pulmonar a la faringe o al esófago, se consigue una voz potente y útil para la comunicación, por lo que la idea de poner en comunicación la tráquea y la faringe comenzó en los albores de esta cirugía. Cuando ya se ha realizado una laringuectomía total, se intenta sustituir la voz erigmofónica por otra tráqueo-esofágica, cons-

truyendo una fístula tráqueoesofágica intentando mejorar la fonación.

Podemos remontarnos a 1873, cuando BILLROTH realizó la primera laringuectomía total y al no separar la vía respiratoria de la digestiva, GUSSENBAUER (31) discípulo suyo, construyó una prótesis que unía la tráquea a la faringe, con lo que al ocluir el orificio externo de la prótesis se conseguía la fonación.

En 1874, CZERNI en estudio experimental con perros practicando una técnica similar logró restaurar el ladrido.

CASELLI (1879) lo puso en práctica en una paciente laringuectomizada, consiguiendo que fonara durante años y PARK también lo aplicó en laringuectomizados en 1886.

BRIANI (1942), realizó fístula fonatoria (tráquea con faringe), de forma diferida. En 1952 basándose en la observación de SCURI (1928), mediante la canalización de una fístula faringoprecervical, intenta mejorar la función fonatoria. Posteriormente lo modifican y mejoran varios autores: CONLEY 1958, realizó una fístula tráqueo-esofágica, con un tubo de mucosa de la tráquea al esófago, desembocando en la parte alta del traqueostoma. Utiliza el músculo omohioideo para mantener la fístula en su emplazamiento, siendo el propio alimento, el encargado de cerrarla y no era necesaria la prótesis. ASAI (32) en 1960 y años posteriores, realiza fistuloplastias conectando la tráquea con la faringe, mediante un tubo de piel subcutáneo practicando diferentes métodos que va variando con el transcurso del tiempo. Otros autores pioneros fueron MILLER (1967), MONTGOMERY (1968), OGURA (1962) en estudios experimentales crea una neoglotis o esfínter por medio del músculo cricofaríngeo. LAPIDOT en 1967 aplica esta técnica en el ser humano, aunque no tiene éxito por los problemas deglutorios. MILLER (1967) pone en práctica el método de Asai, con alguna modificación y lo difunde en EE.UU. En 1971 CALCATERRA y JAFEK presentan un estudio experimental en el que practican una fístula-tráqueo-esofágica mediante un tubular extraído del esófago, conectándolo a la parte membranosa de la tráquea. KOMORN en 1971 aplica este procedimiento en pacientes con resultados aceptables. En 1973 comienza a difundirse mundialmente la

técnica de STAFFIERI, que ya llevaba unos años practicando, con su neoglotis fonatoria, pudiendo afirmar que ha sido la más utilizada en todo el mundo. AMATSU (1977) describe su método que consiste en crear una fístula-tráqueo-esofágica, haciendo un pedículo membranoso con la parte posterior de la tráquea, que luego servirá para tunelizarlo. Otros autores publican otras técnicas y variaciones (de la técnica de Asai).

La historia de las fistuloplastias secundarias o diferidas es más reciente que la de las prececientes, que son primarias. Se puede considerar a ASAI como el iniciador de la etapa moderna.

A partir de 1979 BLOOM y SINGER (33) idean una nueva técnica mediante punción traqueal y colocación de prótesis traqueoesofágica para usar aire pulmonar y producir una voz de calidad, ritmo y potencia superior a la voz esofágica, comunican la utilización de una válvula de silicona para la rehabilitación de la voz por punción tráqueo-esofágica secundaria. Desde entonces otras múltiples prótesis han sido descritas por diferentes autores como HERRMANN (1976), PANJE (1981), NIJDAM (1984) TRAISSAC (34) STAFFIERI, ALGABA... Se trata de válvulas de funcionamiento muy simple y pequeño tamaño, habitualmente de silicona y que han sido propuestas para su utilización en técnicas diferidas o secundarias de punción tráqueo-esofágica o en primarias durante el acto operativo ante el fracaso de una técnica de fistulación como propone STAFFIERI.

En España cabe destacar a ALGABA que publica en 1984 su técnica de fistuloplastia fonatoria en laringuectomizados (35), donde expone su técnica personal, modificada de Amatsu, de fistuloplastia fonatoria secundaria en pacientes ya laringuectomizados, mediante ascenso traqueal. Obtiene buenos resultados fonatorios y deglutorios. Otros españoles que practican estas técnicas son BABE DELGADO, TALAVERA SÁNCHEZ Y SÁNCHEZ RODRÍGUEZ.

La voz conseguida por estos procedimientos es más potente que la esofágica y de una calidad superior. Como inconveniente, las fistuloplastias presentan el problema de falta de una verdadera función esfinteriana de la fístula que provoca el paso de saliva y alimentos durante la

deglución, mientras que las prótesis necesitan de cuidados y revisiones periódicas.

Cirugía parcial de la laringe

La laringuectomía parcial surge, como una necesidad frente a la laringuectomía total; mejor dicho, más que en abierta contraposición, cediendo a la laringuectomía total a sus escuetas indicaciones.

La laringuectomía parcial tiene un carácter localizado y funcional, porque al no extirpar todas las estructuras laríngeas, permite que se conserve en mayor o menor grado las funciones propias de la laringe: fonación, respiración y deglución. Ahora bien, la laringuectomía parcial puede ser: horizontal o vertical, según cuál o cuáles sean los elementos laríngeos extirpados. Si recordamos que en la laringe se distinguen tres porciones o segmentos (supraglótico, glótico y subglótico), que tienen una situación horizontal y se superponen en sentido vertical, comprenderemos que llamamos o entendemos por laringuectomía parcial a la técnica quirúrgica que extirpa (total o parcialmente) uno o varios (pero no todos) los segmentos horizontales en uno o en ambos lados de la laringe, o cuando se extirpan los tres, pero en un solo lado.

La laringuectomía parcial se divide a su vez en horizontal y vertical. Las primeras, son aquellas en donde la exéresis se concreta o limita a uno solo de los planos horizontales, bien sea de un lado o en los dos. Según cuál sea el plano eliminado, se habla de laringuectomía parcial supraglótica (ya ampliamente descrita), glótica o subglótica. Las segundas o laringuectomías parciales verticales, son aquellas en donde la extirpación afecta a más de un plano horizontal laríngeo, pero parcialmente en ambos lados o los tres, pero en un solo lado. Estas laringuectomías parciales que extirpan la mitad en sentido vertical de la laringe son las llamadas hemilaringuectomías.

Una aclaración antes de seguir adelante. Las laringuectomías parciales tienen que conseguir en su lucha con la enfermedad neoplásica, al menos, los mismos resultados que los que proporciona la laringuectomía total.

La primera HEMILARINGUECTOMÍA que hay descrita se debe a BILLROTH, en 1875. Técnica modificada por GLÜCK después, empleando piel de la región cervical para recubrir por dentro el laringostoma creado que, posteriormente, se cerraba por deslizamiento de piel próxima. Esta técnica fue rápidamente abandonada por la gran cantidad de fracasos.

SEBILEAU propone en el Congreso de París de 1922 las laringuectomías económicas «a la demande des lesions»; pero estas intervenciones son eminentemente atípicas, aparte que sus resultados eran poco satisfactorios: siete muertes en veintidós casos.

HAUTANT, en Francia, en 1929 hace renacer la confianza en esta técnica realizando una laringuectomía parcial, en gran parte subpericondral, respetando una gran porción del esqueleto cartilaginoso para evitar futuras estenosis, poder decanular al enfermo y que, conservara una función aprovechable. JACKSON, CLERF y KAULER, delimitan las indicaciones de esta técnica, exigiendo la integridad de la comisura anterior y, BROYLES, viendo la frecuencia de recidivas en esta región, aconseja su eliminación.

Pasan muchos años sin que se vuelva a hablar de la hemilaringuectomía. Hasta 1950, nadie prácticamente se acuerda de esta técnica, que si bien nació precozmente, había caído en el olvido. En esta época, LE JEUNE, PUTNEY, JACKSON, NORRIS y LEROUX-ROBERT, describen la técnica que denominan laringuectomía fronto-lateral, con extirpación de la cuerda vocal y de la región subyacente, comisura anterior y resección muy económica del esqueleto cartilaginoso para mantener una buena permeabilidad laríngea. En 1956, LEROUX-ROBERT, presenta un 80 por 100 de éxitos con esta técnica y es el primero en describir un caso de muerte por aspiración: esto le lleva a aconsejar el empleo de una gastrostomía durante cinco meses hasta permitir la recuperación de la sensibilidad laríngea. Esta comunicación de LEROUX-ROBERT hace pensar en la necesidad de efectuar una reconstrucción laríngea para impedir la pérdida de la función esfinteriana. Por esta época, GOODYEAR, aconseja la sutura de la mucosa de hipofaringe para recubrir la zona denudada, manteniendo un tubo de acrí-

lina perforado el tiempo suficiente (1-12 semanas) para permitir una buena cicatrización mucosa. SON, modifica la técnica anterior conservando la mucosa inter-aritenoidea que le servirá para recubrir la zona cruenta con la ayuda de un obturador que mantiene 10-12 días. En 1959, CONLEY, incluye en la sutura de esta mucosa, una porción de aritenoides para facilitar la oposición de la cuerda vocal y logrando la decanulación a las cuatro semanas. HERRMANN, aconseja el empleo de mucosa de labio, mejilla o de fosa nasal para la reconstrucción laríngea.

La HEMILARINGUECTOMÍA permite la extirpación de lesiones más amplias, siempre que sean unilaterales; nunca tuvo decididos partidos en nuestro país. CISNEROS, BOTEY, TAPIA, CASADESÚS E HINOJAR la practicaron varias veces; el profesor CISNEROS con mayor frecuencia, pero se trata de un tipo de intervención que realmente no satisface.

AUBRY realiza una verdadera hemilaringuectomía extirpando la mitad de la laringe: reconstruye y asegura una buena permeabilidad de su luz, con un injerto de piel cervical, de tipo indio, basculando hacia el interior y manteniéndolo con una prótesis de acrilina. Técnicas parecidas son las de FIGI, MUNDNICK, PIQUET, RETHI (con plastia cutánea pediculada). TORRENTS (con colgajo precervical) (36).

Existen técnicas que podríamos llamar «intermedias», entre la corpectomía de Sant Clair Thompson y la hemilaringectomía de Hautant, entre éstas está la hemilaringectomía supracricoidea que fue introducida en España por TORRENTS (37) y también practicada por BABE, VIDEGAÍN y otros (38).

Esta intervención sólo puede realizarse en un número muy seleccionado de casos, como lo prueba que en la ponencia oficial del año 1975, de BARTUAL, MARCO y SACRISTÁN, sólo aparecen 130 operaciones de este tipo entre 12.051 cánceres de laringe tratados.

POCH VIÑALS (1975) describió una hemilaringuectomía horizonte-vertical con reconstrucción glótica: conserva una cuerda y evita la Laringuectomía Total.

ALGABA en 1974 describe la denominada por el autor Laringuectomía Horizontal trans-

ventricular: consiste en la extirpación de ambas cuerdas, respetando los aritenoides e incluyendo en la exéresis la porción correspondiente del cartílago tiroides —describe la técnica cuatro años antes que Calero— (39).

CALEARO, TEATINI EN 1978 realizan glossectomía BILATERAL. En España: RODRÍGUEZ ADRADOS, VIDEGAÍN, BARTUAL y el ya mencionado ALGABA.

VIDEGAÍN Y AGIRREGABIRIA en 1981 también hacen corpectomía horizontal ampliada y L. frontolateral horizontal modificada. O sea hacen estas cirugías pero abordando a nivel horizontal (en lugar de vertical) justo encima de la inserción de la cuerda vocal en comisura anterior, es decir abordan entre cuerdas vocales y bandas ventriculares, y separan la Supraglotis superiormente y a la demanda practican corpectomía o Laringuectomía frontolateral, (40).

LARINGECTOMÍA PARCIAL HORIZONTO-VERTICAL (LHV): (otros nombres hemilaringuectomía ampliada, Laringuectomía tres cuartos, etc.) Es una síntesis entre Laringuectomía Supraglótica de ALONSO y hemilaringectomía subtotal tipo SOM. Como antecedentes merece destacar: PRESSMAN que en 1954 intenta hallar una base biológica (como ALONSO) que justifique y avale la hemilaringuectomía y sus variantes ampliadas (LHV). Los trabajos de OGURA así como MIODONSKI y su escuela de Cracovia (SEKULA, OLSZEWSKI, SZPUNAR) definen y difunden la intervención. En Europa destacan GUERRIER Y BOCCA. En España SÁNCHEZ RODRÍGUEZ practica LSG ampliada al aritenoides (1967) y sobre todo POCH VIÑALS. (La primera publicación es en 1975 y posteriormente comunica los resultados en el 1978 en la revista *Progresos ORL*): básicamente consiste en extirpar el vestíbulo laríngeo más el ala tiroidea del lado afecto, con sus estructuras adyacentes (ventrículo, cuerdas vocales, aritenoides). Conserva el cricoides, la casi totalidad del otro ala tiroidea y su cuerda vocal y el aritenoides. Se reconstruye la laringe por deslizamiento mucoso de hipofaringe, normalmente no reconstruye neocuerda. Luego con el pericondrio externo tiroideo y músculos prelaríngeos cierra la brecha faringo-laríngea. Considera básico conservar cricoides para mantener la permeabilidad de neolaringe. Indicaciones: neopla-

sia de vestíbulo laríngeo con paresia (incluso parálisis del aritenoides homolateral. Contraindicada en caso de extensión subglótica, o extralaríngea.

ÁLVAREZ VICENT da cuenta de la realización de LSG ampliadas a una o las dos cuerdas vocales desde el año 1971 (publicado en el Acta Iberoamericana y los Annales de París) advirtiendo el problema de las estenosis, que resolvía creando una neocuerda con pericondrio externo y calibrando el tubo durante un mes (41).

BABE finales de 1968 inicia la realización de esta técnica que fue presentada al Congreso Español de ORL celebrado en Sevilla en 1969, haciendo una descripción de la misma.

OGURA en tumores Supraglóticos que también afectan a las cuerdas vocales, practica laringuectomía horizontal supraglótica que amplía extirpando la cuerda vocal y en su lugar se abate el ala tiroidea cartilaginosa, se recorta y se cierra hemiglotis, para que la cuerda sana pueda fonar. Con referencia a este procedimiento, CASIMIRO DEL CAÑIZO (42) manifiesta su escepticismo ya que argumenta la dificultad de que se diagnostique en este estadio, pues si tiene mayor extensión no sería oncológicamente seguro, y que sus resultados funcionales no son tan buenos como afirma OGURA.

TALAVERA SÁNCHEZ realiza la hemilaringectomía de SOM: extirpa ala tiroidea con tejidos blandos adyacentes, banda ventricular y cuerda vocal, pudiendo ampliar la exéresis al aritenoides. Algunos autores añaden unos milímetros del anillo cricoideo, que permite mas resección subglótica. Aunque es esencial mantener la circunferencia cricoidea para asegurar el calibre y luego ello reconstruye con mucosa hipofaríngea.

J. J. ÁLVAREZ VICENT publica su procedimiento de LARINGUECTOMÍA FUNCIONAL mediante la técnica del «VACIADO ENDOLARÍNGEO» (43). Describe detalladamente los pasos de la intervención y los resultados en una serie de 50 pacientes. La técnica consiste en liberar los músculos prelaríngeos rebatiéndolos inferiormente, desinserción de las alas tiroideas y astas mayores hioides, despegando el pericondrio interno del tiroides. Faringotomía infrahiodea, liberación de la epiglotis, continuan-

do la disección de todo el pericondrio interno, hasta llegar por debajo de las cuerdas vocales, comprobando la integridad del cartílago macroscópicamente (no deja despegarse bien), luego extirpación endotiroidea la laringe, cortando Repliegue Faringo Epiglótico y Repliegue Aritenoepiglótico y extirpando toda la laringe. A partir de la mucosa cricotraqueal se forman neocuerdas útiles para fonar. Reconstruye los senos piriformes, une el tiroides al hioides, reforzando con el músculo.

Posteriormente, A. VICENT hace una revisión (44) sobre la técnica del vaciado endolaríngeo, incorporando modificaciones (reconstruyendo la neocuerda con pericondrio externo) comunicando los resultados: mejor fonación y menos estenosis. La supervivencia es similar a cualquier otra técnica funcional. Decanula a un 85%, el postoperatorio es similar a LHSG y resultados oncológicos similares a la L. total.

Partiendo de esta concepción de «vaciado endolaríngeo» en la que conservando la estructura cartilaginosa, permite reconstruir la endolaríngea, este autor (ÁLVAREZ-VICENT), se plantea la posibilidad de la sustitución de «este armazón» laríngeo, cuando está afectado por el tumor, con el fin de conseguir la reconstrucción. A partir de 1975, basándose en los trabajos de Ogura sobre trasplantes de laringe en perros, comienzan también trabajos experimentales en dichos animales, consiguiendo resultados aceptables al aplicarlo en pacientes; abriendo el camino a la asociación del trasplante cartilaginoso homólogo, con la reconstrucción endolaríngea.

Existen numerosas técnicas reconstructivas en la cirugía laríngea vertical (cordectomías, hemilaringuotomías, L. fronto-laterales e incluso en las L. horizonte-verticales).

Si bien en las cordectomías las reconstrucciones tienen una finalidad exclusivamente fonatoria, en las restantes intervenciones pretenden, ante todo, facilitar la decanulación y la deglución, pero accesoriamente repercuten en la fonación.

Entre los abundantes procedimientos están las resecciones cartilaginosas (CLERF en 1940, JACOBI en 1954) (45), plastias con cartílago, reconstrucciones con implantes de paladón o

teflón, Injertos cutáneos o mucosos o musculares.

BOUCHE en 1965 realiza epiglotoplastia para reconstituir la luz laríngea en las hemilaringuectomías de tipo HAUTANT y que años más tarde (1979) TUCKER introduce una variante que consiste en el descenso del pie de la epiglotis que sutura al resto de la laringe conservada, restringiendo las indicaciones a tumores glóticos (46).

En España BABE DELGADO (1970) en su técnica de hemilaringuectomía subtotal, después de que ha extirpado el ala tiroidea y el aritenoides correspondiente, cierra la pérdida de sustancia, desplazando la musculatura laríngea del lado opuesto, suturándola al músculo constrictor de la faringe y la parte más lateral del pericondrio tiroideo externo del lado intervenido.

POCH-VIÑALS (1973), en su técnica de laringuectomía horizonto-vertical reconstruye la cuerda con un colgajo de músculo tiroideo, unido al pericondrio tiroideo externo y recubierto por una plastia de mucosa hipofaríngea.

En España por estos años se perfeccionan las técnicas de laringuectomía parcial horizontal (ALGABA (1974) laringuectomía transventricular, RODRÍGUEZ ADRADOS, VIDEGAÍN, BARTUAL, que también practicarán CALEARO y TEATINI EN 1978 (GLOTECTOMÍA BILATERAL).

BARTUAL Y PORTELA realizan laringuectomía horizontal infraventricular.

LARINGUECTOMIA NEAR TOTAL: Está descrita por (PEARSON-DESANTO) en 1980: Inicialmente denominada hemilaringuectomía ampliada, laringuectomía subtotal y L. near-total o casi total, es considerada por su autor el procedimiento mejor en los tumores invasivos que fijan una hemilaringe, precisa traqueostoma permanente, pero a diferencia de LT permite uso de voz sin prótesis por la creación de un shunt miomucoso tráqueo-laríngeo-faríngeo. Este shunt se consigue preservando un segmento mucoso tráqueo-laríngeo con la mayor porción posible de cuerda vocal sana que tapiza la denominada «unidad funcional cricoaritenoides» del lado sano, constituida por: segmento de cricoides con un aritenoides y su articulación, tercio posterior del ala tiroidea articulada

con el resto cricoideo, sujeto a su vez al asta mayor del hioides por el ligamento tirohioideo lateral, segmentos cricoaritenoides posterior y lateral y la imprescindible conservación del nervio recurrente. También hay un cierre esfinteriano durante la deglución que evita la aspiración. Indicaciones: los tumores deben respetar espacio interaritenoides, subglotis, un aritenoides, y parte de la cuerda vocal contralateral y no ser tributario de otras técnicas parciales, excepto en el caso de que estas técnicas parciales estén contraindicadas por la edad, estado bronco-pulmonar u otras causas.

Se puede considerar como cirugía radical desde el punto de vista oncológico y conservadora desde el punto de vista funcional. Ha sido difundida en la década de los 80-90 en los países anglosajones y posteriormente en el resto de Europa por LACOURREYE y otros autores. En nuestro país por GAVILÁN PRIM ESPADA y cols. (47).

El laringólogo se ha tenido que preocupar, no sólo de abordar el cáncer Laríngeo en su localización primaria, sino que también del problema de las metástasis ganglionares y buscar la solución.

En la laringe se llega a la conclusión de que el cáncer no es exclusivamente una afección de este órgano y que, para unas mayores garantías de curación, deben extirparse las cadenas ganglionares cervicales, lo que hace que esta intervención sea de gran cirugía.

KOCHER 1880-85 reglamenta la técnica de los vaciamientos cervicales, BUTLIN en 1885 inicia los mismos.

Fue EWALD en 1900 quien primero reseco las dos yugulares, falleciendo el paciente sin haber recobrado el conocimiento. BALDWIN 1902 consigue la supervivencia del paciente en algún caso, pero, la mortalidad operatoria sobrepasa las curaciones.

CRILE en 1906 precisa definitivamente la técnica del Vaciamiento Radical, delimitando sus límites: extirpación en bloque de todos los tejidos del espacio entre subdermis y fascia cervical profunda, abarcando desde la línea media hasta el trapecio y desde la clavícula a la mandíbula. Otro autor que los practica es SENKE en 1927.

Por su elevada mortalidad y por sus complicaciones, hay pocos cirujanos que los realicen.

HAYES MARTIN, en numerosos trabajos, desde 1930, le da un nuevo impulso y comienza a sistematizarlo y difundirlo desde el año 1951 en que publica su experiencia en 1450 casos. Pioneros de este nuevo procedimiento a destacar son DUCLUNG, FABRE Y GUCCI en 1944.

CONLEY Y PACK en 1952 añaden los principios de cirugía vascular.

En 1955 PORTA Y COW demostraron el diferente poder metastatizante según la localización del primario y demostraron que los tumores Supraglóticos y de hipofaringe son los más linfófilos.

SILVESTRE BEGNIS en 1942 propone separar todo el tejido ganglionar de la vena yugular interna, sentando las bases de lo que será el llamado vaciamiento funcional.

DARGENT en 1945, TAILLENS en 1952 y PIETRANTONI en 1953 preconizan el Vaciamiento Bilateral considerando el cáncer laríngeo como una enfermedad regional. Es PIETRANTONI el que comienza a conservar la vena yugular interna en un lado en los vaciamientos bilaterales, preconizando su realización, sobre todo en los tumores Supraglóticos. BOCCA (1953) también recomienda vaciamientos incluyendo vena yugular interna y ECM, aunque respetando el XI y el n. mentoniano.

Las escuelas que han sistematizado los vaciamientos radicales: A destacar: En Francia: ROX, BERGER), anglosajonas: HAYES MARTIN, CRILE, MOORE, BLAIR; italiana: PIETRANTONI BRUNETTI, AGAZZI Y BOCCA; iberoamericanas y españolas: CASADESÚS, TAPIA ALONSO SAMENGO DEL SEL AGRA SUÁREZ, TORRENS, BARTUAL, SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, CAÑIZO POCH VIÑALS (48).

En 1968 había varias tendencias en el cuello:

- **GANGLIOS NO PALPABLES:** Algunos autores como profilaxis sistemática utilizan tanto la radioterapia (LEROUX-ROBERT), como la disección radical (PIETRANTONI, SUÁREZ).

Otra tendencia era actuar según la exploración: Si no hallaban adenopatías palpables, no se trataba el cuello. Si encontraban adenopatías las extirpaban y si eran metastásicas indicaban radioterapia postoperatoria. Cuando hay adenopatías grandes, duras, adheridas, etc. (que ya se

palpaban previamente) hacían disección radical. Estos autores son ALONSO, HAYES-MARTIN MUNDNICH, y en España SÁNCHEZ RODRÍGUEZ y la escuela de CASADESÚS.

- **GANGLIOS PALPABLES:** existían dos corrientes: cirugía y radioterapia, o cirugía (PIETRANTONI, BOCCA, OGURA, LEDERMAN).

En 1962 OSWALDO SUÁREZ, introduce la técnica del Vaciamiento Ganglionar Funcional Cervical o Conservador. Se funda en el hecho de que los vasos y ganglios del cuello se encuentran englobados por las aponeurosis cervicales. Extirpa radicalmente el sistema linfático cervical (ganglios y tejido céluo-adiposo delimitado por Fascia Cervical Superficial, Fascia Cervical Media y Fascia Cervical Profunda), respetando los elementos vasculares, musculares y nerviosos. Publicó sus observaciones en revistas de poca difusión, por lo que es difícil encontrar sus descripciones originales. Esta técnica la empiezan a usar B Y E. SCOLA, M. F Y L. F. VEGA Y BACHILLER en el 1967 (49, 50).

En España destacan MARTÍNEZ BLANCO (1969), POCH VIÑALS (1970), GAVILÁN (1972), BABE DELGADO (1976).

Radioterapia

El primer cáncer laríngeo tratado con radioterapia fue por DOBSON en 1901, con escasos resultados satisfactorios, por ello se intentaron otras fuentes de energía: como la radiumterapia: en un principio el material radioactivo se colocaba intracavitariamente, usando los famosos tubos de COMINICI en 1908. Posteriormente viendo los pobres resultados, se decidió aplicarlo intersticialmente en la misma masa tumoral. PFAHLER 1922, LEDOUX 1923, FINZI Y HARMER 1928, con algunas modificaciones.

En 1922, se inicia el empleo racional de la terapia física en el tratamiento del cáncer de laringe, por REGAUD, HAUTANT Y COUTARD. Se presenta en el X Congreso Internacional de París una serie de seis cánceres de laringe operables, tratados con radioterapia con éxito.

En 1977 en Italia se practica la irradiación intersticial con iridio radioactivo en las metástasis cervicales del cáncer de cavidad oral (51).

Con el paso del tiempo, la radioterapia, sea exclusiva o complementaria al tratamiento quirúrgico, ha ido ocupando un papel cada vez más relevante en los cánceres laríngeos.

Quimioterapia

Los orígenes de la quimioterapia se remontan a los romanos quienes creyeron ver en el ajo una acción anticancerosa. En el siglo XVIII STORCK recomendó la cicuta y GOULARD el plomo. A finales del siglo XIX EHRLICH trató de buscar una droga anticancerosa. WASERMANN aplica una mezcla de eosina con selenio con éxito relativo. Veinte años más tarde ADAIR y BAGG tratan los tumores con aplicaciones locales de iperita. También, empíricamente se aplican sustancias diversas: yodo, plomo, magnesio, cobre, selenio, níquel, manganeso, azul de metileno, eosina... Más adelante hacia 1932 FOLKNER usa el arsénico en forma de arsenito potásico y derivados del benceno.

En 1938 LACASAGNE relaciona el cáncer de mama con los estrógenos y ULRICH trata el cáncer de mama con andrógenos así como HUGGINS el cáncer de próstata con estrógenos.

Por el año 1940 se empiezan a conocer los antimetabolitos, siendo BOYLAND el que los experimenta en el ratón.

En 1946 GILMAN y PHILLIPS introducen en la clínica la mostaza nitrogenada (agente alquilante). En España es seguido por BAÑUELOS y AYESTARÁN. Dos años más tarde FARBER emplea el primer antimetabolito (Aminopectina, derivada del ácido fólico), logrando remisiones en niños con leucemia linfoblástica; descubriendo también el metotrexate en 1956.

Otros agentes quimioterápicos fueron apareciendo: Antipurinas, antipirimidinas, aminoácidos aminados, la colchicina (descubierta por LUDDFORD) el podofilium por KAPLAN, lo, alcaloides de la pervinca (JONHONS).

En 1950, KLOPS y BIERMAN, emplean la mostaza nitrogenada por vía intraarterial, lo que abrió el horizonte a la quimioterapia regional. Los estudios iniciados en 1953 por HOWARD y PELL señalan los ciclos celulares (Fases de reposo, presíntesis, premitosis y mitosis), después GOS demuestra que los tejidos tumorales (1967)

están constituidos por fracciones celulares diferentes, con lo BRUCE marca la sensibilidad de las células normales y neoplásicas (52). MARCO CLEMENTE (53) realiza un estudio utilizando dos derivados del podofilino (citostáticos del grupo de los antimicóticos) denominados SP-I y SP-G, cuya acción consiste en la detención de la mitosis al comienzo de la metafase, inhibiendo así el crecimiento tumoral.

Con el paso de los años se fueron aplicando drogas antineoplásicas activas para los tumores cabeza y cuello y se comenzó el uso de asociaciones diversas, enfocando su uso entre otras indicaciones, en los tumores localmente avanzados, de forma precoz como quimioterapia de inducción.

Inmunoterapia

Desde que se tienen evidencias de que la aparición y desarrollo de los tumores se relacionan con un posible fallo funcional del sistema inmune, se cree que la activación del mismo en pacientes cancerosos podría ser eficaz para luchar contra esta enfermedad.

En sus comienzos la inmunología del cáncer (MATRE, 1964), consistía en la estimulación de las defensas naturales. Posteriormente se abrieron dos frentes:

La inmunoterapia activa: Provoca una respuesta del sistema inmunitario del paciente, la cual puede ser no específica como es la inyección de la BCG que fue la que primero se utilizó o más modernamente la interleucina 2 y el interferón; o específica en que se administran a los enfermos antígenos tumorales (HARRISUKAEKIOFO EN 1969, HAOMBURGER 1969, HELLETRON, 1971 CANEL, 1973) (54).

La inmunoterapia pasiva, consiste en la transferencia al individuo de agentes previamente sintetizados ya sean células o anticuerpos. Estos son proteínas elaboradas por las células plasmáticas, como respuesta a una estimulación antigénica. El desarrollo de la técnica de anticuerpos monoclonales comienza en 1975, preconizado por KOHLER y MILSTEIN. Este principio, aplicado al análisis de los componentes superficiales de las células malignas, ha permitido producir anticuerpos contra un

número de antígenos que se expresan más en el tumor que en el tejido sano abriendo uno de los caminos más prometedores en la lucha contra la enfermedad neoplásica (55).

Tratamiento quirúrgico de otras patologías laríngeas no oncológicas

Se trata de un tipo de cirugía laríngea funcional, creada para el tratamiento de algunas patologías laríngeas como las parálisis, las membranas congénitas y las sinequias.

Tratamiento de las parálisis laríngeas

Parálisis unilateral

En 1861, TRAUBE describe la primera parálisis unilateral de cuerda por un aneurisma aórtico.

En el tratamiento quirúrgico de la inmovilidad glótica unilateral en apertura se crean dos tipos de técnicas: las tiroplastias (externas) y otras en las que se inyecta en las cuerdas algún tipo de sustancia.

En 1911, BRUNINGS fue el primero en publicar la inyección intracordal para mejorar la afonía utilizando para ello la parafina. Continuaron otros autores: KOFLER (1914), SEIFERT (1916), NEUMAYER (1921), MAYER (1922). Sin embargo los resultados no fueron buenos por reacciones inflamatorias subsiguientes que llegaban a formar granulomas a cuerpos extraños, denominados parafinomas, y ocasionalmente embolias, por lo que se abandonaron y empezaron a utilizarse las vías externas (Tiroplastias).

Tiroplastias

La cirugía del esqueleto laríngeo va encaminada fundamentalmente a dos posibles correcciones: una, la referida a defectos de cierre mediante las técnicas de medialización de las cuerdas vocales, y otra, la encaminada a los cambios que podamos producir en el tono vocal. Es probablemente PAYR en 1915 el primero en alterar la estructura cartilaginosa tiroi-

dea para tratar defectos de cierre de las cuerdas vocales. Lo que hacía era introducir un colgajo de cartílago tiroideo a la altura de la cuerda vocal que dejaba pediculado en la parte anterior. Tenía el inconveniente de que el cartílago no es manejable como para adaptarse en su desplazamiento hacia el interior del tiroides, sobre todo cuando éste se encuentra osificado. SEIFERT en 1942 es el primero en aplicar un implante para mantener la medialización de la cuerda vocal; utilizó cartílago costal de cadáver. MEURMAN en 1952 también usó este tipo de implante. No daba buenos resultados porque se reabsorbía y era rechazado. TUCKER (1979, 1983) utilizó cartílago resecado de la misma laringe; lo extraía del reborde superior del ala tiroidea introduciéndolo posteriormente entre el cartílago y su pericondrio interno desde el reborde superior, haciendo un bolsillo que iba descendiendo hasta llegar a la altura de la cuerda vocal. El principal inconveniente era la extrusión o el desplazamiento de la pieza implantada. Es, sin duda, ISSHIKI (1974) el que universaliza la técnica de la tiroplastia describiendo sus cuatro tipos para la corrección de las parálisis de la cuerda vocal y para las modificaciones del tono vocal. En la tiroplastia tipo I describe la realización de una ventana en el ala tiroidea, por la que introduce una prótesis de silicona para mantener la medialización, siendo la técnica más utilizada. La tiroplastia tipo II, busca conseguir la lateralización, se indica en las disfonías espasmódicas, habiendo sido desplazada por la infiltración con toxina botulínica, es poco utilizada. La tiroplastia tipo III o de retrusión, su finalidad disminuir la tensión de las cuerdas vocales, llevando hacia atrás la comisura anterior, disminuyendo el tono de voz. La tiroplastia tipo IV, tiene como finalidad conseguir el alargamiento de la cuerda vocal. KOUFMAN (1986) también publica una serie en la que obtiene buenos resultados con su técnica de laringoplastia de medialización (56).

Posteriormente se intentaron nuevas inyecciones intracordales: ARNOLD 1955 usa la inyección intracordal de hueso y de cartílago autólogo. ARNOLD Y LEWY en 1963 polvo de tantalio, RUBIN en 1965 y más tarde CURIACA Y DELGADO (1976) pasta de silicona. De todas las sustancias usadas se ha impuesto la pasta de

teflón empleada por primera vez por ARNOLD 1962, 1964 y después por otros muchos (LEWY 1964, KIRCHNER 1966, etc.) En España PERELLO en el 1975. El teflón injetado provoca una pequeña reacción tisular del tipo cuerpo extraño que determina progresivamente su encapsulación conservándose la integridad de la mucosa y el cartílago.

Tratamiento de las parálisis bilaterales

En 1863 GERHARDT describe la parálisis bilateral de los dilatadores de la glotis, por una lesión nuclear bilateral de origen sifilítico: SD. GERHART (parálisis recurrencial bilateral en posición paramediana).

Para tratar esta patología, inicialmente se hacían cordectomías, ya propuestas por CITELLI en 1906. RETTI en 1922 seccionaba la inserción del abductor, C.H. JACKSON 1922 realizaba ventrículo-cordectomía, HOOVER en 1932 practicaba cordectomía submucosa y KELLY en 1939 propone aritenoidectomía extralaríngea. En 1939 KING hace ventana en cartílago tiroideos y y rota y lateraliza para desinsertar el aritenoides, y luego lo sutura al omohioideo (57). WOODMAN en 1946 lleva a cabo un procedimiento mixto de aritenoidectomía incompleta y una pexia de apófisis vocal y cordal. THORNELL en 1948 practica las primeras aritenoidectomías por vía endoscópica. RETHI 55 con su laringoplastia. AUBRY en 1974 cordopexia. KRAJINA 1982 utiliza el láser, y OSSOFF en 1983. Reinervaciones como la de TUCKER (1989 y el marcapasos laríngeo en experimentación, han sido las últimas técnicas propuestas (1994).

EN ESPAÑA: L. M. GIL-CARCEDO, J. ESCAPA: Realizan aritenoidectomía subtotal. Conservan la apófisis vocal y la suturan a la lámina tiroidea (58). Técnicas practicadas por españoles a destacar para tratar la parálisis de los dilatadores: R. POCH VIÑALS: sección del cricoaritenoides lateral de sus inserciones cricoideas y aritenoides asociado a una cordopexia, R. LOPEZ: cordopexia por tirotomía, BARCELÓ aritenoidectomía con resección submucosa de la cuerda vocal y CAÑIZO SUÁREZ aritenoidopexia (59).

Tratamiento quirúrgico de las membranas congénitas y sinequias de la comisura anterior

Tanto las membranas congénitas como las traumáticas afortunadamente no son frecuentes, pero plantean problemas terapéuticos delicados. Se han propuesto diferentes métodos para su tratamiento; el que ha tenido más aceptación es el propuesto por HASLINGER en 1924, en el que se basan la mayoría de las técnicas actuales.

Los primeros intentos de tratamiento de estas membranas fueron llevados a cabo por VON SCHROETTER a principios de siglo, utilizando tubos de goma para dilatar la glotis introducidos por laringoscopia indirecta. Los resultados no fueron satisfactorios.

En 1924, HASLINGER, de Viena, publica el tratamiento con éxito de un caso de membrana laríngea: practicó una incisión bilateral de la membrana hasta la comisura anterior, con exéresis de la membrana y colocación de una placa de plata entre las cuerdas y ajustada a la comisura anterior; y la fijó mediante dos hilos metálicos pasados a través del cartílago tiroideos hacia el exterior, donde fueron anudados encima la piel. La tensión de estos hilos hizo que la placa se eliminara hacia el exterior atravesando el cartílago tiroideos, pero de tal suerte que esto sucedió a las tres semanas y con la fortuna de que la comisura anterior quedó totalmente epitelizada y, por tanto, la enferma curada. Esta intervención fue llevada a cabo por laringoscopia directa. Su gran mérito fue su ejecución con unos medios instrumentales y anestésicos deficientes y, naturalmente, sin la ayuda del microscopio.

El procedimiento de HASLINGER no tuvo trascendencia, por lo que CHEVALIER-JACKSON, en 1931, describe otro, también llevado a cabo por laringoscopia directa, que consistía en la sección de la membrana, primero de un lado, siguiendo el borde de la cuerda vocal hasta la comisura anterior; si se conseguía la curación, o sea la correcta epitelización de este borde cordal, entonces se escindía el otro lado y se extraía la membrana. Esta intervención iba seguida de unas sesiones de dilatación diarias con dilatadores de diferentes calibres. Las dificultades de este método son bien evidentes por la reiteración de las dilataciones y por la molestia

que implica la laringoscopia directa sin anestesia y practicada diariamente.

IGLAUER, en 1935, describe una técnica que se basa en los mismos principios que el tratamiento de la sindactilia. Con esta procedimiento se intenta conseguir un ojal en la comisura anterior que logre una perfecta epitelización, seguida después de exéresis del resto de la membrana. Para ello IGLAUER, en un primer tiempo, practicaba un pequeño ojal en la comisura anterior y pasaba un anillo de los que se utilizan en las cadenas de reloj de bolsillo, y al cabo de unos meses seccionaba el resto de la membrana.

LYNCH y LE JEUNE, en 1960, fundamentándose en la técnica de IGLAUER, colocan un pequeño tubo de polietileno en el ojal practicado en la comisura anterior y además fijan este tubo al exterior pasando hilos metálicos, el superior a través de la membrana tirohioidea y el inferior a través de la cricotiroides, anudándose sobre la piel.

En 1950, MCNAUGHT describe una técnica que desde el punto de vista microquirúrgico no tiene interés, puesto que es de abordaje externo mediante tirotomía, pero sí lo tiene desde el punto de vista informativo: coloca entre las cuerdas vocales una placa de tantalio, y es fijada la musculatura extrínseca. Este procedimiento precisa de un segundo tiempo para extracción de la placa de tantalio.

En 1948, POE y SEGAR actualizan la técnica de HASLINGER con algunas variaciones. Y en 1957 ALONSO reemprende la técnica de HASLINGER, pero en vez de utilizar la placa de plata utiliza una de material plástico.

En 1964 PENNINGTON utiliza la técnica de HASLINGER, pero introduciendo una placa de tantalio.

Con las actuales técnicas microquirúrgicas este método ha adquirido gran divulgación. Las diferencias con la técnica original estriban en el material de la placa empleado, el tipo de hilos y la situación de los mismos en relación con el cartílago tiroides.

La utilización de placas es casi unánime, rechazándose cualquier tipo de tubo, puesto que no se adaptan perfectamente a la comisura anterior y no poseen la anchura suficiente para proteger toda la zona, que queda desepitelizada

después de la exéresis de la membrana intercordal.

En 1972 publican STRONG Y JACO las ventajas del Láser CO₂ en la Microcirugía Endolaringea para el tratamiento de esta patología (60).

La Laringología, como hemos resumido, ha ido evolucionando a través del tiempo y sobre todo en lo que se refiere a su patología principal, que es la oncológica; ha ido cambiando, no sólo por la creación de las diversas técnicas quirúrgicas ideadas por los grandes maestros, sino también por los progresos científicos y sociales.

El diagnóstico precoz, la posibilidad de tratamiento adecuado de las complicaciones quirúrgicas, ha ido llevando a una mayor tendencia a procurar la funcionalidad, sin ir en detrimento de la seguridad oncológica.

El uso de diferentes colgajos miocutáneos (pectoral mayor, latissimus dorsi), ha ampliado considerablemente el campo de las indicaciones quirúrgicas, ya que es posible cubrir grandes pérdidas de sustancia, en pacientes antes considerados como inoperables, o en pacientes radiados previamente. En la actualidad, el empleo de la microcirugía permite la utilización de injertos, que por medio de microsuturas vasculares, permiten mejores resultados, tanto funcionales como estéticos.

La quimioterapia, actualmente se está enfocando en los tumores localmente avanzados, administrada precozmente con el objetivo de mejorar la supervivencia, el control local, reducir las metástasis e intentar la preservación funcional, mediante cirugías conservadoras, sin que por ello disminuya la supervivencia (61).

La radioterapia también tiene indicaciones precisas, y en ciertas localizaciones tiene resultados superponibles a la cirugía.

Además la combinación de quimioterapia y radioterapia permite rescatar un grupo de pacientes con enfermedad inoperable, o ser a veces un tratamiento paliativo efectivo.

A la búsqueda de nuevas alternativas para el tratamiento del paciente oncológico, es esperanzador el desarrollo de la inmunoterapia y de los modificadores de la respuesta biológica, a la luz de los avances conseguidos en inmunología, bio-

logía molecular y oncología. Algunas de estas terapias están todavía en fases iniciales, pero hay otras que ya muestran utilidad en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- García González J, García Soto. Consideraciones sobre 100 años de cirugía del cáncer de laringe. *Acta Otorrinolaring Esp* 1974; 1: 119-130.
- Sánchez Rodríguez A. Las tres etapas fundamentales en la evolución histórica del tratamiento quirúrgico del cáncer laríngeo y los artífices o autores de estas etapas. *Acta Otorrinolaring Esp* 1989; 40, S2: 272-274.
- Esteban J. Los orígenes de la laringología. *Actualidad Médica* 1955; 31: 547-562.
- Traserra J. Los conocimientos otorrinolaringológicos desde la anatomía de Vesalio hasta la actualidad. *Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza* 1972; 20; 21-36.
- Boch J. Laringoscopia directa. En: Prades J. Microcirugía endolaríngea. Ponencia oficial de la XVII reunión anual de la SEORL. 1971.
- García R, Tapia Urrutia. Antecedentes históricos. En: García R, Cobeta Marco I. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz. Ponencia oficial de la SEORL 1996.
- Alarcos. Estudio espectrográfico en la laringología. *Acta Otorrinolaring Esp* 1969; 5: 52-78.
- Nieto A, Cobeta I, Kitzing P. La electroglotografía en la investigación y clínica laríngea. *Acta Otorrinolaring Esp* 1993; 44: 257-263.
- Burón G, Méndez JC, Suárez C. Valoración de la laringología como método diagnóstico. Estudio en los tumores supraglóticos. *Acta Otorrinolaring Esp* 1979; 30: 249-258.
- Sánchez Rodríguez A. Las tres etapas fundamentales en la evolución histórica del tratamiento quirúrgico del cáncer laríngeo y los artífices o autores de estas etapas. *Acta Otorrinolaring Esp* 1989; 40, S2: 272-274.
- Bertrán JM, Juderías A, Antolí Candela F. Historia de la traqueotomía. *Acta Otorrinolaring Esp* 1972: 23-67.
- Bermejo Correa JM. Los laringólogos españoles y la cirugía del cáncer de laringe. Discurso leído para el acta de la recepción académica para ocupar la plaza de número de la Facultad de Medicina de Zaragoza.
- Rubio y Galí. La primera laringectomía realizada en España por el Dr. Rubio y Galí. *El Anfiteatro Anatómico Español* 1878; apéndice 4: 370-371.
- Sánchez Rodríguez A, Aciego de Mendoza, Calderín M, Beltrán F, Núñez. Sesión necrológica en memoria de los doctores Adolfo Hinojar y Pérez Mateo. *Acta Otorrinolaring Esp* 1956; III: 7-22.
- Sánchez Rodríguez A. Evolución histórica y estado actual del tratamiento del cáncer laríngeo. *Arch de la Facultad de Medicina de Zaragoza*. 1973.
- Sánchez Rodríguez A. Las tres etapas fundamentales en la evolución histórica del tratamiento quirúrgico del cáncer laríngeo y los artífices o autores de estas etapas. *Acta Otorrinolaring Esp* 1940. Supl. 2: 272-274.
- Bermejo Correa JM. Los laringólogos españoles y la cirugía del cáncer de laringe. Discurso leído para el acta de la recepción académica para ocupar la plaza de número de la Facultad de Medicina de Zaragoza.
- Aciego de Mendoza. Laringectomía Parcial Supraglótica (modificación de la técnica de Alonso). *An Soc ORL Andaluza* 1951; 3: 293.
- Sánchez Rodríguez A, Puente. La técnica quirúrgica en la laringectomía supraglótica en nuestro servicio. *Acta Otorrinolaring Esp* 1956; II: 147-160.
- López de la Torre M. Fundamentos embriológicos y anatomoclinicos de la laringectomía horizontal supraglótica en el cáncer laríngeo. Ponencia oficial de la SEORL 1958. *Acta Otorrinolaring Esp* 1958; IX: 7-156.
- Marullo T. Nueva variante de la técnica de la laringectomía supraglótica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1976; 1: 89-94.
- Alonso JM. Cáncer Laríngeo. Ed. Paz Montalvo. Madrid.
- García González J, García Soto. Consideraciones sobre cien años de cirugía del cáncer de laringe. *Acta Otorrinolaring Esp* 1974; 1: 119-130.
- Mozota Sagardía JR. Tratamientos de los tumores malignos de laringe por su vaciamiento y reconstrucción. *Acta Otorrinolaring Esp* 1956; III: 139-148.
- Mozota Sagardía JR. Experiencia personal en reconstrucciones laríngeas. *Acta Otorrinolaring Esp* 1958; vol IX: 49-52.
- García González J, García Soto. Consideraciones sobre cien años de cirugía del cáncer de laringe. *Acta Otorrinolaring Esp* 1974; 1: 119-130.
- Escola E, Fernández Vega M, Bachiller C. La nueva técnica de la laringectomía con reconstrucción de las vías aerodigestivas. *Acta Otorrinolaring Esp* 1971; 6: 59-62.
- Fernández Vega M, Scola E, Scola B, Bachiller C, Vega y Álvarez LF. Cirugía del cáncer de la laringe con conservación de la voz. *Acta Otorrinolaring Esp* 1980; 31: 485-494.
- Cañizo Álvarez A, Cañizo Álvarez C, González Romero A, Cañizo Suárez C. Nuestro punto de vista actual de la laringectomía total reconstructiva, con algún nuevo detalle que hemos introducido. *Acta Otorrinolaring Esp* 1991; Supl. 1: 23-25.
- Roldan Nogueiras J, López Villarejo P, Jurado Carmona R. Nuestra experiencia en la laringectomía subtotal reconstructiva con crico-hioido-epiglotopexia. *Acta Otorrinolaring Esp* 1989; 40, Supl I: 10-12.
- Algaba J, Urruticoechea, Salazar ME. Fistuloplastias fonatorias primarias. En: Algaba Guimerá J. Recuperación de la voz en los laringectomizados. *Fistuloplastia y prótesis fonatorias*. Ponencia oficial de la SEORL 1988.
- Asay R. Laryngoplasty after total laryngectomy. *Arch. Otolaryngol* 1972; 95: 114-119.
- Morera Pérez C, Perolada Valmaña MA. Nuestra experiencia en las técnicas quirúrgicas de recuperación de la voz en los laringectomizados. *Acta Otorrinolaring Esp* 1991; Supl. 1: 23-25.
- Algaba J, Zulueta A, Camacho JJ. Fistuloplastias Fonatoria. Técnica de la punción traqueal. *Acta Otorrinolaring Esp* 1986; 37, 2: 83-87.
- Algaba J y col. Fistuloplastia fonatoria en laringectomizados. *Acta Otorrinolaring Esp* 1983; 34: 3-8.
- Babe J. Hemilaringectomía subtotal. *Acta Otorrinolaring Esp* 1989; Supl. 2: 275-279.
- Ager Muguerza E. Posibilidades y límites de la cirugía conservadora en el cáncer de laringe. Pasado y presente del estudio de la laringe y su clínica cancerosa. 1997. Ed. Stock cero Madrid.

38. Videgaín Salaverria G, Aguirregaviria Zabaleta, Videgaín J. Hemilaringuectomía supracricoidea. Reconstrucción con colgajo glandular de tiroides. *Acta Otorrinolaring Esp* 1991; 42 supl. 1.
39. Algaba J, Infante E, Vergez A. Nueva técnica quirúrgica de laringuectomía conservadora (laringuectomía horizontal transventricular). *Acta Otorrinolaring Esp* 1974; 3: 121-136.
40. Videgaín Salaverria G, Aguirregaviria JI. Corpectomía horizontal ampliada y laringectomía frontolateral horizontal modificada. Actas de la XXIII reunión anual de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-facial. *Acta Otorrinolaring Esp* 1981; 32: 690-695.
41. Talavera Sánchez J, Gras Albert JM, López Rico JJ, Ballester Moll T, García Fernández, De Sevilla. Laringectomía parcial horizontovertical para el tratamiento del cáncer laríngeo. Resultados funcionales. Actas de la XXIII reunión anual de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-facial. *Acta Otorrinolaring Esp* 1981; 32: 685-689.
42. Rodríguez Adrados F, Infante Sánchez JC. Laringuectomía supraglótica con descenso de base lingual. *Acta Otorrinolaring Esp* 1974; 6: 1-16.
43. Bronchalo Butragueño F, Álvarez Vicent JJ. Revisión de 50 casos de laringuectomía funcional por la técnica del vaciado endolaríngeo. *Acta Otorrinolaring Esp* 1983; 34: 8-15.
44. Álvarez Vicent JJ. Modificaciones a la técnica del vaciado endolaríngeo. Técnica personal funcional de laringuectomía. *Acta Otorrinolaring Esp* 1989; 40, S2: 280-283.
45. Rodríguez Adrados F, Muñoz F. Corpectomía reconstructiva con mucomioplastia. *Acta Otorrinolaring Esp* 1979; 30: 215-228.
46. Belinchón A, Cuadrado F, Pérez E. Laringuectomía parcial con epiglotoplastia: aportación técnica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1987; 38, 2: 71-73.
47. Prim P, Rabanal I, De Diego JL, Gavilán J. Laringuectomía «casi total». Resultados funcionales. *Acta Otorrinolaring Esp* 1996; 47, 2: 135-137.
48. Poch Viñals. Tratamiento quirúrgico de las adenopatías cervicales. Vaciamientos ganglionares. *Acta Otorrinolaring Esp* 1970; 4: 67-82.
49. Scola B, Fernández Vega M, Scola E. Vaciamiento ganglionar cervical. *Acta Otorrinolaring Esp* 1980; 31: 611-626.
50. Sánchez J, Toranzo FG, Ramos MA. Estudio del pronóstico y evolución clínico-terapéutica de los pacientes portadores de adenopatías cervicales concomitantes a neoplasias O.R.L. *Acta Otorrinolaring Esp* 1990; 31: 627-638.
51. Morelli L, Jucker C, Maestro A. Irradiación intersticial con iridio radiactivo de metástasis cervicales de cánceres de la boca. *Acta Otorrinolaring Esp* 1979; 6: 125-134.
52. Videgaín Salaverria G. Evolución histórica del tratamiento de los tumores malignos de la orofaringe. En: Álvarez Vicent JJ, Fernández-Vega M, Sánchez Fernández JM, Scola E, Videgaín Salaverria G. Tratamiento de los tumores malignos de la cavidad oral. Ponencia oficial de la SEORL. Madrid 1977.
53. Marco Clemente J, Herrera G. Nuestra experiencia con los citostáticos derivados del podofilino. *Acta Otorrinolaring Esp* 1966; 1: 5-9.
54. Videgaín Salaverria G. Evolución histórica del tratamiento de los tumores malignos de la orofaringe. En: Álvarez Vicent JJ, Fernández-Vega M, Sánchez Fernández JM, Scola E, Videgaín Salaverria G. Tratamiento de los tumores malignos de la cavidad oral. Ponencia oficial de la SEORL. Madrid 1977.
55. Bujía J, Bergler W, Wustrow TPU. Inmunobiología del cáncer: Perspectivas terapéuticas. En: Álvarez Vicent JJ, Sacristán Alonso T. Cáncer de laringe. Ponencia oficial del XVI Congreso Nacional de la SEORL. 1996.
56. Cobeta Marco I, Guerrero Ríos J. Tiroplastias. En: García Tapia Urrutia R. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz. Ponencia Oficial de SEORL 1996.
57. De la Vega del Teso A, Cañizo Suárez C, García Linares C, Casañas Quintero JA, Branco J. Un caso de síndrome de Gerhart en una mujer. Intervención. Curación. *Acta Otorrinolaring Esp* 1962; XIII: 3: 116-119.
58. Gil-Carcedo LM, Escapa J. Aritenoidectomía subtotal. Técnica personal. *Acta Otorrinolaring Esp* 1981; 32: 663-666.
59. Riva García, Cañizo Suárez A. A propósito de un caso de síndrome de Gerhardt. *Acta Otorrinolaring Esp* 1985; 36: 329-332.
60. Abrante A, Delgado F, Ceballo JM. Anomalías congénitas laríngeas raras: una revisión de 13 casos. *Acta Otorrinolaring Esp* 1992; 43: 373-375.
61. Hitt R, Hernán Cortés-Funes. Quimioterapia en los tumores de cabeza y cuello. En: Álvarez Vicent JJ, Sacristán Alonso T. Cáncer de laringe. Ponencia oficial del XVI Congreso Nacional de la SEORL 1996.

APORTACIONES DEL ACTA ORL ESPAÑOLA A LA LARINGOLOGÍA

M. Coloma Milano
C. Pescador Mesonero
J. López Moya
M. Lasso de la Vega

Desde el nacimiento de nuestra revista, muchas han sido las publicaciones que han aportado nuevos conocimientos en todas las áreas que han determinado un cambio sobre ideas y conceptos, dando a conocer nuevas técnicas y en otras ocasiones han motivado otras formas de actuación que se han traducido en la práctica de nuestra especialidad.

En este capítulo, ante la imposibilidad de citar todas las aportaciones del Acta a la Laringología, nos vamos a ceñir a las que a nuestro juicio, han tenido mayor resonancia.

En este período, la aportaciones del Acta ORL a las ciencias básicas se pueden subdividir:

APORTACIONES DEL ACTA ORL A LA ANATOMÍA

POCH VIÑALS: Realiza un estudio anatómico de los espacios parafaríngeos rellenando los mismos con una solución de bario y apreciando la difusión de la sustancia radiológicamente, practicando cortes seriados transversales o sagitales. El objetivo era descubrir los caminos que podrían seguir los tumores de la región parotídea profunda y de la región vertebral, sospechando que podrían difundirse por vías preformadas. Asimismo investiga la causa de que los procesos supurados de la celda periamigda-

lar no alcancen más frecuentemente la región submaxilar y menos aún la región cervical inferior (1).

A. DEL CAÑIZO: Demuestra la existencia de vasos linfáticos a nivel del músculo esternocleidomastoideo, en todas sus porciones, mediante la inyección de una solución de coloidina al 2%; en contra de lo preconizado por Oswaldo Suárez en los años 60 (2). También describe las alteraciones patológicas de las redes linfáticas en el curso de las neoplasias malignas de la región cérvico-facial.

APORTACIONES A LA HISTOLOGÍA

SÁNCHEZ RODRÍGUEZ: Magnífica ponencia sobre la inervación de la Laringe (Ponencia Oficial de 1954) (3).

APORTACIONES A LA FISIOLOGÍA

GARCÍA VICENTE: En 1928 da a conocer sus trabajos sobre Fisiología Laríngea que permitieron mejor acceso al árbol traqueo-bronquial con las técnicas endobronquiales. Fue premiado por la Real Academia de Medicina y tuvo fama internacional (4):

REDONDO PIZARRO (1966): Tomando como referencia los trabajos realizados por el

Dr Anitua Solano, en los que describe el hallazgo de una morfología distinta de la clásicamente admitida, sobre todo en lo referente a la musculatura intrínseca, el Dr. REDONDO PIZARRO idea la «teoría tubofonatoria» a propósito de la fisiología de la laringe. Propone denominar «tubo fonatorio» al segmento glótico-infraglótico de la laringe, en atención a que existe una diferenciación elástica y amplias inserciones musculares capaces de modificar la forma, amplitud, calibre y grado de tensión de esta zona. Los diferentes tonos se producen al condicionar los músculos, (principalmente el músculo vocal, la forma del cono elástico y de la Cuerda Vocal), dando forma a la columna de aire que hace vibrar las cuerdas. Considera la laringe como un instrumento de viento. Desestima las otras teorías (mecánica, aerodinámica, mioelástica y neuro-cronáxica) en que se compara a la laringe con un instrumento de cuerda (5).

APORTACIONES A LA ANATOMÍA PATOLÓGICA

CASIMIRO DEL CAÑIZO (1958): Realiza una descripción de la frecuencia y el resultado anatómo-patológico de 110 pólipos y nódulos laríngeos. De ellos se infiere que el 40% tienen carácter mixomatoso, el 36,55 fibroangiomatos, el 12,5% papilomatoso y el 11% fibrosos duros (6).

BARONA: Autor que da la primera referencia en el Acta de la Citometría de flujo y los aspectos estructurales y de funcionamiento más importantes de esta técnica. Consideraciones sobre el ciclo celular sirven de apoyo al análisis del estado actual de este tema, haciendo especial énfasis en los tumores de cabeza y cuello. Se comentan los escasos y contradictorios trabajos sobre el valor de la aneuploidia en el cáncer de laringe (7).

En los años 90, en el Acta Española se publican numerosos estudios MORFOFOTOMÉTRICOS, de la laringe. Entre ellos sobresalen FERNÁNDEZ NOGUERAS (GRANADA), BARONA Y BASTERRA DE VALENCIA. Sobre las oncoproteínas C. SUÁREZ (OVIEDO) y LÓPEZ-VILLAREJO (CÓRDOBA).

APORTACIONES A LA EPIDEMIOLOGÍA

Hipótesis de ESCAT: según la cual el tabaco actuaría, más que por una acción irritativa local, determinada por los productos de combustión, principalmente a través de un mecanismo de intoxicación general determinado por la nicotina.

SÁNCHEZ RODRÍGUEZ: Realiza una revisión en 1956 de 1.170 cánceres de laringe, de los que el 32% son de localización supraglótica. Contrasta con los hallazgos de otros autores: POCH VIÑALS en 1959 los cifra en el 70%, CAPPELLA en 1958 en el 41%, AGER MUGUERZA el 45% en el 1967 sobre 2.000 casos. Obtiene 60% supervivencia a cinco años (8).

POCH-VIÑALS (1957): Lleva a cabo una interesante revisión de 50 cánceres de Laringe en 1957, con abundantes estadísticas (79% supraglóticos) (9).

MORERA (1959): revisa 342 casos de cáncer de laringe en Valencia, observando una disminución de la incidencia con el paso de los años, encontrando sólo un 2,3% en mujeres. La mayor incidencia entre 55-60 años y que no hay relación con el tabaquismo. Las adenopatías palpables fueron 23% y las halladas histológicamente el 45% (10).

CASIMIRO DEL CAÑIZO (1960): Realiza una revisión estadística de los cánceres de Cuerda Vocal, encontrando una frecuencia de aparición del 40% de inicio cordal, aunque sólo se realicen el 7% de cordectomías por ser ya tumores localmente avanzados en el momento del diagnóstico (11). Este mismo autor en 1966 describe sus hallazgos en cuanto al porcentaje de metástasis cervicales según la localización del tumor. Los carcinomas que más metastatizan son los de hipofaringe en un 70%, seguidos de los del vestíbulo-epiglótico, banda ventricular y ventrículo. Llega a la conclusión de que hay que realizar una exploración sistemática de los canales yugulocarotídeos, región prelaríngea, etc., de todos los enfermos con cáncer laríngeo o hipofaríngeo (12).

FLÓREZ SARO: En 1973 hace una revisión sobre 522 casos de cáncer laríngeo. Describen los antecedentes personales (en algunos casos asociados a Tuberculosis Laríngea o Tuberculosis Pulmonar), edad, localización anatómica (su-

praglotis), síntomas, anatomía patológica (a destacar el hallazgo de un condrosarcoma en una mujer), metástasis y tratamiento (quirúrgico y telecobaltoterapia). Por último exponen las conclusiones a destacar como mayor incidencia de T3 (44%). Más frecuente entre 50-70 años (60%). Y mayor porcentaje en Supraglotis (44%). El síntoma más frecuente fue la disfonía (48%). Propone un protocolo de actuación en las adenopatías según la localización del tumor: si son Supraglóticos propone Vaciamiento Cervical, si son Glóticos indica vigilancia y si son subglóticos radioterapia (13).

HURTADO RUZAFÁ (1987): Procedente de la Cátedra de Medicina Preventiva aporta un meticuloso estudio de epidemiología del cáncer de laringe, apuntando factores de riesgo y estudio epidemiológico de morbilidad y mortalidad en España desde 1951-79. Estudia la evolución de la mortalidad por cáncer de laringe en España, observándose una tendencia creciente en el período estudiado, 1951-1979, pasando de una tasa de mortalidad específica de 2,61 a 4,42 por 100.000 habitantes. Se observa una hipermortalidad masculina, que aumenta durante el período estudiado (14).

MEDINA (1987): Publica un interesante estudio sobre el estadiaje (TNM). Se presenta un estudio retrospectivo de 90 casos de epiteloma del seno piriforme, valorándose la dificultad de estadiaje de los tumores hipofaríngeos, así como la necesidad de una estratificación en los tumores loco-regionalmente avanzados. La terapéutica empleada ha sido básicamente la cirugía con irradiación complementaria. Se analizan las causas de los fracasos así como la supervivencia en función del T, del N y de los Estadíos (15).

M. F. VEGA y B. SCOLA: Revisan 1.029 historias de cáncer de laringe, comprendiendo un período de 10 años (65-76) la mayor parte eran T2 (36%) (16).

En los años 80-90: Se publican muchos estudios epidemiológicos de las diferentes autonomías o de las provincias: VIÑES en 1981 en NAVARRA, ZUBIRI en ZARAGOZA en 1983, BORRAS en TARRAGONA en 1984, NAVARRO Y PÉREZ en MURCIA en 1985, HURTADO Y SABATER en 1987, MORALES en 1992 en VALENCIA, KAISER en 1994 en SEGOVIA, etc.

APORTACIONES DEL ACTA A LA CLÍNICA

BARTUAL: En 1954 da a conocer tres casos de granulomas laríngeos como consecuencia de la intubación laringotraqueal. Primera publicación según los autores en España y destaca la desaparición espontánea de dichos granulomas (17).

AGER en 1961 presenta 50 casos de cáncer de base lengua y tiene resultados similares a los autores de la época (PIETRANTONI, etc.) (18).

CAPELLA: Resume la clasificación de los tumores malignos de laringe 1961 aceptado por Unión Internacional contra el Cáncer, insistiendo en la importancia de unificar criterios (aunque el autor discrepa con esta clasificación) ya que para él son muy importantes los datos histológicos y los ganglios para el pronóstico (19).

CARLOS SUÁREZ (1962): Presenta un caso clínico de un Neurinoma de laringe. La localización en laringe de tumores neurogénicos es rara. Realiza tratamiento quirúrgico mediante laringofisura. Se origina del nervio Laríngeo inferior, y el diagnóstico es histológico (20).

CALDERÍN Y SACRISTÁN (1963): Publicación sobre Amiloidosis. Solo hay 200 casos publicados de amiloidosis laríngea. Señalan la importancia de buscar un posible epiteloma asociado rodeado de degeneración amiloidea (21).

MARCO CLEMENTE (1967): Describe un caso de linfangioma quístico del cuello, estudiando con especial detenimiento el mecanismo patogénico del mismo, llegando a la conclusión de que participan dos hechos: el primero consiste en una formación excesiva de vasos y de líquido linfático y el segundo es la deficiente comunicación con el resto del sistema linfático (22).

GARCÍA SOTO (1973): Publica por primera vez en el Acta Española ORL un caso poco frecuente de plasmocitoma faringo-laríngeo que debuta como una tumoración cervical paracentral izquierda con dificultad respiratoria y que a la laringoscopia indirecta se observa como una tumoración a nivel de repliegue aritenopiglotico izquierdo. El informe histológico fue de metástasis de mieloma. Se describen los estudios complementarios que confirmaron el diagnóstico y el tratamiento (Melfalán y cobaltoterapia) (23).

A. DEL CAÑIZO ÁLVAREZ (1986): Da a conocer el único caso encontrado en la literatura de aneurisma traumático de la arteria facial. Es más frecuente en las carótidas (24).

RIEDERER Y BUJÍA: Primera referencia al HIV en nuestra revista en 1990. Realizan estudio de 110 pacientes infectados. El 43% mostraron afectación ORL, 36% candidiasis orales, el 16% sarcoma de Kaposi, el 10% herpes, el 4,5% leucoplasia de células peludas y el 3,6% linfomas (25).

R. PILA PÉREZ, A. SÁNCHEZ BAEZ, R. SOSA MARTÍN (1992): (de Cuba) Publican el primer caso de síndrome de Kikuchi en el Acta Española ORL. Enfermedad rara, cuyo diagnóstico es histológico, a nivel de los nódulos linfáticos, afecta a mujeres. Presentan linfadenopatías, que contienen células T plasmocitoideas. Hay que hacer diagnóstico diferencial con colagenosis, sarcoidosis, etc. (26). En España posteriormente MORILLAS BLASCO (1996) presenta dos casos de esta rara entidad (27).

M. J. ÁLVAREZ ZAPICO, J. L. LLORENTE PENDÁS, C. SUÁREZ NIETO (1988): Realizan una exhaustiva revisión de 35 Paragangliomas de cabeza y cuello (28).

APORTACIONES DEL ACTA A LA EXPLORACIÓN LARÍNGEA

DEL VALLE GARCIA (1952): Idea un instrumento intermedio entre el tubo de broncoscopia y el laringoscopio de Chevalier Jackson, que le permite valorar la comisura anterior, con menos molestia para el paciente (29).

ALARCOS (1969): Aporta el primer estudio en España sobre espectrografía con un grupo de 13 pacientes con disfonías de diferente etiología para realizar un estudio espectrográfico, llegando a las siguientes conclusiones; la espectrografía es un método valiosísimo para el estudio de las alteraciones de la voz, para el diagnóstico y tratamiento (30).

TOLOSA (1971): Da a conocer el empleo de la microcirugía para explorar el cavum, dando una mayor precisión diagnóstica en las biopsias. El alemán GABRIEL DE BONN fue el pionero en esta exploración. También intenta realizar la esofagoscopia microscópica mediante un

adaptador al microscopio del esofagoscopio. Consideramos relevante el uso de la micocirugía que se podría ampliar incluso a las broncoscopias y ya actualmente en Dinamarca a las mediastinoscopias (31).

MOZOTA ORTIZ (1977): Realiza la primera publicación en el Acta Española ORL sobre Estroboscopia (32).

GÓMEZ BENITO Y CIGES (1977): En España la técnica de exploración y cirugía laríngeas microscópicas fue introducida en 1968 por PRADES. Se han hecho modificaciones a dicha técnica, que fue presentada al mundo por O. KLEINSASSER, con la inclusión de las espátulas de su invención, el suspensor de ésta y la aplicación del microscopio quirúrgico, con la incorporación de la lente de 400 ml. La innovación de los autores de este trabajo es el uso de la inyección de fluoresceína por vía venosa, y con el filtro del microscopio distinguir y fotografiar la invasión de dicho producto por los tejidos, observando la hipercaptación por las lesiones neoplásicas (33).

SPREKELSEN (1979): Realiza el análisis de espectrografía en el Acta. Las vocales castellanas emitidas por 100 estudiantes con voz normal son analizadas aplicando un método de espectrografía serial. Resalta el interés del método empleado para el análisis frecuencial de la voz patológica y el hallazgo de patrones espectrográficos típicos de utilidad clínica y foniátrica (34).

COBETA: En 1990 comienza con artículos sobre exploración de la voz, recalcando la utilidad de la estroboscopia y la observación de la onda mucosa, en alteraciones funcionales de la voz; en la distinción entre lesiones benignas y malignas y la evolución y pronóstico de las parálisis laríngeas (35).

A. NIETO (1993): Habla de la electroglotografía (EGG) como método no invasivo de monitorización del movimiento de las cuerdas vocales que mide las variaciones de impedancia que se producen al paso de una débil corriente eléctrica a través de los tejidos del cuello. Básicamente refleja la superficie de contacto entre las cuerdas vocales. A pesar de las recientes controversias, la EGG continúa siendo un método de fácil manejo en la investigación de la función laríngea con uso creciente en el diagnósti-

co y rehabilitación de los problemas de la voz. Se describe su técnica y algunas de sus aplicaciones en la práctica clínica y en la investigación de la voz (36).

TRATAMIENTO MÉDICO Y REHABILITADOR

JIMÉNEZ CERVANTES (1923): Propone el uso de criocoagulación para aliviar la odinofagia de las tuberculosis faringo-laríngeas que fracasan con la estreptomycinina (37).

ÁLVAREZ PÉREZ (1951): Recogiendo la corriente de hospitales de Berlín, da impulso al uso de radioterapia curativa para cáncer de Laringe. Comenta que en España se suele hacer cirugía ya que el diagnóstico se hace en fases más avanzadas, dadas las condiciones sociales diferentes a las de Alemania. Tienen porcentaje de curación del 40% (38).

DANIEL LÓPEZ MENTOSO (1960): Informa de la utilización, tras la exéresis parcial, varias veces y la administración de antibióticos como la aureomicina a dosis de 30 a 20 mg/Kg de peso, durante 20 días, con ausencia de recidivas y curación de la lesión en los dos casos tratados (39).

CASIMIRO DEL CAÑIZO (1960): Habla por primera vez de la ingesta de cáusticos y estenosis esofágicas. El pronóstico de las estenosis es infausto, pero el tratamiento con corticoides en los primeros días mejora el pronóstico (40).

MOLLA RUDIEZ (1986): Informa de la utilización de quimioterapia como primer tratamiento en los tumores de cabeza y cuello. Dicho tratamiento es muy eficaz en estadios T1 y T2, sobre todo en cavidad oral, oro e hipofaringe. En el resto de las localizaciones y en estadios más avanzados se han obtenido regresiones de variable intensidad (41).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

VILAR SANCHO: Describe la laringectomía en campo estrecho según la técnica de CHEVALIER JACKSON (1940), modificada y simplificada por GARCIA HORMAECHE. La practica en 11 casos e indica luego radioterapia postoperatoria (42).

TALavera (1994): Es la primera comunicación en nuestra revista de tiroplastias (43).

Laringuectomía supraglótica de ALONSO: total de GLÜCK, SOERENSEN, TAPIA: hemilaringuectomía de HAUTANT y BOUCHE, frontolateral de LEROUX-ROBERT. Tapia junior simplificó la supraglótica (44).

HINOJAR (1957): Fue el primero que viendo operar a ALONSO concibió la idea de realizar la Laringuectomía Horizontal Supraglótica en un sólo tiempo, pero luego fue ALONSO quien la sistematizó (así se evitaba el faringostoma) (45).

SÁNCHEZ RODRÍGUEZ describe la técnica de LHSG que practica en el Acta Española de ORL en 1956: Abordaje infrahioideo según técnica habitual en un tiempo. La acompaña de dos tipos de vaciamiento:

- Pequeño vaciamiento bilateral: si los ganglios son pequeños, blandos y no adheridos.
- Gran vaciamiento (incluyendo cadenas Ganglionares, yugular interna y ECM): si son duros, grandes, adheridos; si esta situación es bilateral, primero hace un lado con la LHSG y a los 10-12 días opera el contralateral (46).

MANUEL LÓPEZ DE LA TORRE: Hace una estupenda revisión en la ponencia de la Sociedad Española de ORL de 1958 sobre los fundamentos embriológicos y anatomoclínicos de la Laringuectomía Horizontal Supraglótica (47).

MOZOTA (1958): Enumera las posibles causas de estenosis laríngeas, y se avanzan soluciones para las mismas que van desde la utilización de materiales plásticos inertes, la formación de colgajos locales y la utilización de escudetes laríngeos para evitar las estenosis (48).

BARTUAL R (1959): Informa de su experiencia en Laringuectomía Horizontal Supraglótica según la técnica de ALONSO desde el año 1953 hasta el año 1959, con 52 casos. Realiza la intervención en un tiempo. Su modificación consiste en despegar la mucosa de la cara lingual de epiglotis cuando está libre para tener más mucosa para el cierre constituyendo un telón que desde la base de la lengua desciende. Comenta una aportación de ACIEGO que consiste en aprovechar el pericondrio del cartílago tiroideo para cerrar la brecha laríngea, suturándola a la mucosa laríngea (49).

PORTELA (1959): publica variante de LHSG. La llama «a cielo abierto». Hace vaciamiento cervical bilateral sistemáticamente. Practica un abordaje supraglótico infrahioideo en un tiempo elevando la laringe para cerrarla y dando suturas de refuerzo en la parte lateral de faringe, colocando sonda bibalónada en subglotis, sacando un cabo por el traqueostoma para luego quitarlo, extirpa la musculatura prelaríngea (para asegurarse oncológicamente), secciona el nervio laríngeo superior (afirma que no interfiere en la deglución), secciona las dos mitades de ambas alas tiroideas (afirma que mejora la función deglutoria) (50).

ÁLVAREZ PÉREZ: en el año 1949 hizo la primera LHSG según técnica de LEROUX-ROBERT y MASTEPIOL, con algunas modificaciones. En 1959 había operado a 142 pacientes. Al hacer la incisión, si encontraba ganglios sospechosos los extirpaba y posteriormente indicaba radioterapia. Operaba con anestesia local (1959), abordando mediante faringotomía infrahioidea. Colocaba taponamiento subglótico y no colocaba sonda nasogástrica, iniciando la deglución al día siguiente ya que al tener el taponamiento no se producían aspiraciones. Más tarde conoció y adoptó la técnica de ALONSO (51).

CASIMIRO DEL CAÑIZO (1959): Aporta su estadística de LHSG en el año 1959 con 34 pacientes intervenidos con Anestesia general. Si halla ganglios, realiza vaciamiento radical modificado homolateral e indicaba radioterapia, postoperatoria (52). Su abordaje es por faringotomía lateral. Insiste en su actitud muy radical con los ganglios cervicales. También resalta la innovación de la anestesia general (53).

MOZOTA (1956-1959): Presenta el «vaciamiento endolaríngeo y reconstrucción de laringe» indicado en tumores endolaríngeos de Cuerda, comisura anterior subglóticos y pie epiglótis: primero despega el pericondrio tiroideo externo, libera toda la laringe con sección de las alas tiroideas, y despegamiento lateral faringolaríngeo. Realizada la exéresis coloca en su lugar una prótesis laríngea de resina acrílica y cánula. Sutura el pericondrio externo y luego los músculos. Con 67 pacientes operados tiene cuatro recidivas (54).

FERICHOLA (1959): Describe la LHSG en 1956 con idéntico abordaje que el de la larin-

gectomía total, y la publica en 1958. Es el pionero de la técnica junto con ACIEGO DE MENDOZA: tiene la ventaja de que los primeros tiempos quirúrgicos son comunes en las dos técnicas (total y parcial) de forma que realizarán una u otra, en función de la extensión tumoral. Practican faringotomía infrahioidea, si es un tumor supraglótico realizan los pasos siguientes y si está indicada la aringectomía total, desinserta el omo hioideo y el esterno cleido hioideo extirpando el esterno tiroideo y el tirohioideo. A continuación hacen corsé pericondrio-muscular de TAPIA extirpando la laringe de arriba abajo. Por último, cierran el faringostoma por sutura submucosa en bolsa de tabaco, con refuerzo pericondriomuscular. Otra referencia de su técnica (57).

CASIMIRO DEL CAÑIZO (1960): Presenta la primera publicación de LHSG en paciente femenina en España (58). Este mismo autor realiza revisión exhaustiva de los quistes cervicales sin presentar recidivas, en el quiste tirogloso extirpa el cuerpo del hioides porque engloba o rodea el tracto, siempre emplea una sonda guía, finaliza con la sección a nivel de base de lengua del tracto con electrocauterio sin abrir la mucosa lingual (59).

MICO (1963): Comunica su técnica de LHSG a través de laringofisura, teniendo adecuado acceso al tumor visualizando bien el límite inferior y tiene iguales resultados que la LT (60).

CASIMIRO DEL CAÑIZO (1963): Primera referencia en el Acta Española ORL respecto al vaciamiento cervical. Pone énfasis en la práctica del vaciamiento reglado, proscribiendo la «toillete ganglionar» en todos los tumores excepto en los cordales, porque eleva la supervivencia un 20% (61).

ESTENOSIS LARÍNGEAS: En 1964 se publica una interesante ponencia sobre el tema. Al principio se trataban mediante cirugía convencional por laringofisura, con dilataciones, etc. y pobres resultados (62).

RODRÍGUEZ ADRADOS (1965): Hace miotomía del músculo cricofaríngeo en LHSG con buenos resultados (63).

CASIMIRO DEL CAÑIZO: Publica en 1968 su técnica similar a la de SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, cerrando como actualmente: ascendiendo laringe (64).

BLANCO GALDÍN Y PÉREZ RUIZ 1968): En este trabajo se insiste en la ineficacia de la «toilette ganglionar» como tratamiento de las adenopatías palpables, por no ser capaz de evitar las recidivas en gran proporción de casos. Se mantiene el criterio de practicar vaciamientos ganglionares en bloque cuando haya adenopatías clínicas. Cuando no se detectan clínicamente los ganglios, se prefiere hacer tratamiento sistemático con radioterapia después de la laringuectomía, sin abrir los espacios vasculares cervicales, y proceder al vaciamiento cervical si aparece algún ganglio posteriormente (65).

AGER (1969): Es partidario de la cirugía en las metástasis cervicales, aunque esté al límite de la operabilidad, y cree que es mejor que la radioterapia intensa. «Ningún tumor metastásico del cuello debe dejar de ser intervenido sea cual sea su tamaño cuando desplace, aunque sea ligeramente el plano prevertebral» (66).

BLANCO IBÁÑEZ (1969): Es la primera referencia en nuestra revista sobre la microlaringoscopia. Comunica su aprendizaje con KLEINSASSER. Reconoce que ya otros han empezado a practicarlo en España como técnica con grandes posibilidades quirúrgicas y terapéuticas, descubiertas por Kleinsasser (67).

BRAVO PACHECO (1969): Publica un artículo titulado «¿que va a pasar con las traqueotomías?» Analiza la pérdida de funciones del ORL, absorbida por otras especialidades. El uso cada vez más frecuente de las traqueotomías por los médicos de guardia y anestelistas han dado lugar a estenosis traqueales importantes (68).

BABE (1969): Aporta lo que según el autor es la primera laringuectomía parcial vertical realizada en España, en que extirpan los tres planos laríngeos en un solo lado, pero que sin embargo, es subtotal porque conserva íntegramente el cartilago cricoides. Se cierra la brecha con la musculatura prelaríngea. Está indicada en cáncer unilateral (69).

POCH VIÑALS (1970): Publica un trabajo sobre los Vaciamientos cervicales con estadísticas y opiniones, manifestando su coincidencia con el criterio de HAYES MARTIN, es decir: incluir en un bloque fascias, músculos, vena yugular y ganglios. POCH hace vaciamientos sistemáticamente, excepto cáncer de Cuerda Vocal,

con buena movilidad. Practica los que llama V. funcionales, incluyendo en un bloque la aponeurosis del ECM, desde el digástrico a la región supraclavicular, disecando la vena yugular. También lo hacen TORRENS Y PULIDO (70).

GONZÁLEZ SALCEDA (1970): Aporta el caso de un paciente con hipertensión portal y varices esofágicas. No existe una técnica quirúrgica que solucione el problema hemorrágico de las varices esofágicas. La inyección de soluciones esclerosantes por vía endoscópica fue descrita por primera vez por CRAFOORD y FLENC-KER en 1939 y posteriormente otros autores la siguieron. Casi todos los autores emplean como sustancia esclerosante el morruato sódico al 5%, utilizando un esofagoscopio de gran diámetro. Este método no pretende curar las varices esofágicas, sino que es complementario de otros tratamientos médicos y quirúrgicos. Recientemente, SCHAVELSON Y KROLL, han tratado cinco casos con un método esclerosante basado en las radiaciones de cobalto (71).

OLAIZOLA (1970): Publica sus aportaciones sobre Microcirugía laríngea: modificando el instrumental de Kleinsasser, idea una pinza que abre en ángulo recto, el bisturí lo reduce de tamaño y modifica su forma y dirección y unas erinas pequeñas compuestas de varias púas, así como un porta diseñado para las agujas de sutura (72).

E. MOLINA (1970): Estudio de 84 enfermos con neoplasia faringolaríngea desde el 1 de enero al 31 de octubre. En su casuística los estados evolutivos son muy avanzados: Estadios III y IV, no coincidiendo con el resto de casuísticas nacionales y extranjeras, sin duda motivado por la tardanza de acudir al especialista (en más de un 33% de los casos, después de un año de haber comenzado su sintomatología clínica). «Es pues necesaria hacer una campaña de divulgación entre los médicos de cabecera para conseguir un diagnóstico precoz, siendo el pronóstico menos sombrío y el resultado terapéutico mejor» (73).

PORTELA DE VILLASANTE: Aporta la creación de un intubador externo que se aplica al laringoscopio, ventilando con balón de oxígeno alternativamente, teniendo el cirujano mayor campo operatorio. Tras resumir la técnica, menciona la creación de un tapón cónico de conglo-

merado de goma, que se adapta perfectamente a la luz de todos los calibres de laringoscopio y que al estar a travesado en toda su longitud por un tubo hueco, que puede ser metálico o de plástico, acodado en su extremo distal, permite oxigenar al paciente cada vez que sea preciso, ya que dicho «intubador externo» está acoplado con un manguito de goma al balón del aparato de oxigenación (74).

PRADES (1970): Comunica las modificaciones acerca de la microcirugía endolaríngea en suspensión creando unos instrumentos adaptados, tubos endotraqueales de diferente calibre, uso de un laringoscopio espátula para ver bien la faringe e hipofaringe. El apoyo autoestático es en una mesa regulable adaptada para este fin (75). Otros muchos autores aportan su experiencia. CIGES, SACRISTÁN SCOLA, MOZOTA, etc., comunican pequeñas variantes: con anestesia local, sedación o anestesia general, etc. Destaca MOZOTA que describe el procedimiento que llama microcirugía transvelopalatina diagnóstica de cavum: en posición de Rose incide el paladar blando por la mitad y puede explorar el cavum aplicando el microscopio de Zeiss con el objetivo de 400, empleando el instrumental de Kleinsasser, el de Prades y Portela (76).

PONENCIA OFICIAL DE 1971 sobre MICRO-CIRUGÍA LARÍNGEA dirigida por PRADES colaborando: ARQUES, BOSCH, COLOMINAS, COLLS, GUIX, RIED, SALVADO, TOLOSA y TOMÁS (77).

ESTEBAN SCOLA Y FERNÁNDEZ VEGA (1971): Dan a conocer las seis primeras intervenciones que se realizan en España con buenos resultados, aplicando la innovadora técnica del doctor SERAFINI, en los que realizan la unión del cartílago traqueal (tras laringuectomía) a la epiglotis, que conservan o al hioides. Comienzan paulatinamente a deglutir por vía natural y la fonación es útil desde el primer momento (78).

GÓMEZ-ULLATE: Revisa la aritenoidectomía para tratamiento de las alteraciones laríngeas postlaringuectomía supraglótica. Comentan su experiencia en más de 350 casos operados por el método que describió R. G. TAPIA por primera vez en 1958. (Se trata de la extirpación de bandas y epiglotis pero por tirotomía, suturando luego la base de la lengua al tejido preepi-

glótico restante.) Las estenosis glóticas quizá por una anquilosis cricoaritenoides por la inmovilidad debida al edema o luxación intraoperatoria de la articulación, la solucionan por aritenoidectomía con cordopexia, según la técnica de GRAAF-WODMAN, ya descrita en España por el profesor CAÑIZO (79).

BARTUAL VICENS (1973): Presenta las indicaciones y contraindicaciones de la técnica de ITALO SERAFINI (1970) y cita a OSKAR FÖEDERL (1899) quien había descrito previamente una técnica semejante. Revisa 10 casos de cáncer laríngeo tratados con la técnica de SERAFINI, en principio con buenos resultados fonatorios pero con serias dificultades en la decanulación definitiva de los enfermos por temor a la aspiración de líquidos. Comentan la necesidad de perfeccionar la técnica (80).

FERRANDO (1973): Comunica un caso clínico de tumoración laríngea donde se realiza como tratamiento quirúrgico la laringuectomía parcial de SOM (por laringofisura se extirpa aritenoides, banda, ventrículo y cuerda vocal de un solo lado, deslizando la mucosa del seno piriforme para cubrir la brecha quirúrgica). El autor describe las dificultades en la práctica y efectúa una modificación de la técnica complementando el tratamiento con radioterapia en sandwich con buenos resultados (81).

BLASCO (1973): El autor expone una nueva técnica quirúrgica en el tratamiento del cáncer laríngeo ideada por el Dr. ÁLVAREZ VICENT y COL.: EL VACIADO LARÍNGEO SUBPERICONDRAL. Comienzan en el año 1970, y en 1973 han operado a 16 enfermos. Presenta un estudio de estos con menos de cinco años de seguimiento. Señala como principal indicación los tumores de cuerda vocal, ventrículo, banda o aritenoides extendiéndose o no a subglotis, todos con cuerda vocal fija. La contraindicación es la extensión del tumor por debajo del borde inferior del cartílago cricoides y la afectación del pericondrio interno (que se comprueba cuando se despega con dificultad —es que está infiltrado—). El autor concluye que mediante esta técnica se evitan mutilaciones innecesarias con las mismas garantías que si se realiza una técnica parcial, siempre que se cumpla el requisito imprescindible de una correcta indicación (82). En el año 1974 lo presenta BRONCHALO

Y CAMARA con 34 casos. Se describe una modificación de la técnica: recomienda mantener aritenoides o 1/3 de epiglotis para que no tengan problemas deglutorios. Siguen conservando el tiroides, extirpan un través de dedo del borde superior de ambas alas tiroideas y mantienen un rollo de calibración laríngea durante 15 días. Decanulan el 97% y degluten el 94% con fonación aceptable en todos ellos (83).

ALGABA J. (1974): Presenta una técnica quirúrgica para el tratamiento del cáncer de laringe, la laringuectomía horizontal transventricular (sección horizontal del cartílago tiroides, por encima de las cuerdas y extirpación de región inferior de la laringe y a veces primer anillo traqueal). Se señalan las indicaciones (lesiones glotosubglóticas, glóticas, subglóticas, aritenoides o interaritenoides, estenosis traqueales altas) y contraindicaciones. Se finaliza exponiendo cuatro casos clínicos con buenos resultados, salvo para la decanulación. Es decir: extirpan CV y subglotis y ascienden la tráquea (84).

BARTUAL PASTOR (1974): Describe una nueva técnica quirúrgica: LARINGECTOMÍA PARCIAL HORIZONTAL INFRAVESTIBULAR. Indicada para los cánceres glóticos y de la región infraglótica. Consiste en la extirpación de la porción infravestibular de la laringe, respetando epiglotis, bandas y cartílagos corniculados (esta zona se sutura a la tráquea). Técnica concebida y desarrollada para obviar los inconvenientes de la laringuectomía reconstructiva de Serafini. Se describe la técnica y tres casos clínicos (85).

CASIMIRO DEL CAÑIZO (1974): El autor publica este trabajo sobre indicaciones de técnicas quirúrgicas en el cáncer de laringe, movido por el creciente abuso de la cirugía funcional que se está produciendo en los últimos años. Describe las distintas localizaciones del cáncer laríngeo y expone las distintas técnicas a realizar en cada caso, aportando su amplia experiencia. Comenta la cirugía por la técnica de Kleinsasser, citando al Dr. PRADES (1968) como introductor de la misma en España. Finaliza analizando la laringuectomía reconstructiva, refiriéndose a la técnica de SERAFINI como una actualización de la técnica de FOEDERL, de finales del siglo pasado. Menciona a GARCÍA HORMAECHE en rela-

ción a la «laringuectomía en campo estrecho». Concluye señalando las indicaciones de la laringuectomía reconstructiva, sus contraindicaciones, complicaciones y resultados (86).

RODRÍGUEZ ADRADOS (1974): Describe una variante de la laringuectomía horizontal supraglótica para el tratamiento de los cánceres de vestíbulo laríngeo. Consiste en la conservación íntegra de los dos senos piriformes, sección del músculo cricofaríngeo y descenso de la base lingual, con sección previa de ambos pilares palatinos anteriores (mucosa y músculo palatogloso mediante), sin elevación de la laringe. Con ello se consigue una muy buena deglución de los pacientes y una rápida decanulación. Aporta 22 intervenciones de este tipo con buenos resultados. La técnica de ALONSO es elevar la laringe, y esta es descender la lengua. Según el autor el descenso de la base lingual según diferentes modalidades técnicas, había sido descrito primero en la cirugía de las resecciones traqueales por DEDO y FISHMANN, por MONTGOMERY y por SOM y NUSSBAUM. También ha sido usado por LABAYLE en la laringectomía reconstructiva, pero los autores creen que es la primera vez que se usa para mejorar la deglución en LHS (87).

FERNÁNDEZ VEGA, SACRISTÁN, E. SCOLA (1975): Se describe una modificación de la laringuectomía reconstructiva realizada en 38 pacientes, en tres años. Se hace una revisión de la literatura citando a BOTEY (1902) en relación con la técnica reconstructiva. Se señalan las indicaciones, describiendo la técnica quirúrgica. Su modificación consiste en la enucleación de la laringe sin conservar epiglotis, manteniendo parte del cricoides o primer anillo traqueal que hará de neoglotis, sección de astas del hioides o del cuerpo del mismo para facilitar un amplio desplazamiento de éste, reconstrucción de senos piriformes en bolsa de tabaco a expensas de la mucosa de la hipofaringe y entrecruzamiento de músculos prelaríngeos para elevar y proteger la tráquea (88). En la neoglotis insertan un tubo de polietileno diseñado especialmente por los autores (89).

MUÑOZ REDONDO: Primera publicación en el Acta Española sobre criocirugía y sus indicaciones en el tratamiento del tejido linfático faríngeo. Se cita al profesor R. POCH VIÑALS, como

promotor de éste procedimiento. Se describe la técnica y se señalan las indicaciones: neoplasias mesenquimatosas, neoplasias epiteliales circunscritas e inoperables, y en las amigdalectomías que por otras causas está contraindicado el tratamiento quirúrgico tradicional (90).

A. DEL CAÑIZO FERNÁNDEZ-ROLDÁN: Presenta un trabajo sobre una modificación de la técnica de Staffieri utilizada para el tratamiento quirúrgico de los cánceres de laringe. Se describe la técnica y sus modificaciones: incisión horizontal en lugar de vertical de la mucosa del esófago o hipofaringe y si existe nucosa suficiente, confección de un repliegue con la mucosa hacia arriba y hacia atrás sobre la abertura de la neoglótis para favorecer la deglución. Los autores aportan su experiencia en 10 enfermos (91).

MARTÍN-CALDERÍN, GARCÍA-MON, SACRISTÁN (1977): Hacen una revisión de la técnica STAFIERI (92).

VERGARA (1978): Presenta su casuística de 26 casos intervenidos de LPHS. La denomina tranhioidea, aportando modificaciones. Su técnica se basa en la hio-tiro-epiglotectomía de HUET y en las modificaciones introducidas por RODRÍGUEZ ADRADOS, diferenciándose de ambas en que respeta, sin seccionar, los músculos prelaríngeos, así como la conservación del hueso hioides, aunque éste es seccionado por el centro. Consigue unos resultados deglutorios y respiratorios excelentes (93).

RODRÍGUEZ ADRADOS (1979): Describe una nueva técnica para la reconstrucción quirúrgica de la cuerda vocal, que realiza en el mismo tiempo de la cordectomía. Está basada en una reconstrucción combinada en dos planos, que denominan MUCOMIOPLASTIA: un plano superficial mucoso, mediante una plastia de la banda ventricular, y un plano profundo muscular, mediante una plastia bipediculada del esternohioideo. Con ello se consigue un cierre glótico durante la fonación sin necesidad de esfuerzo muscular alguno, y en consecuencia una voz potente y no fatigable, que es satisfactoria para los pacientes (94).

SUÁREZ NIETO (1979): Hace una estupenda revisión de los distintos tipos de colgajos usados y de las técnicas reconstructivas de hipofaringe y orofaringe, cierre de faringostomas y

sustitución de la piel cervical. Se examinan los 22 casos intervenidos en los años 1975-1977, presentando los resultados obtenidos (95).

MOZOTA ORTIZ (1981): Comunica su experiencia con la microcirugía laríngea con láser CO₂ en las laringoestenosis: Aporta 13 casos (96).

ALGABA Y COL. (1983): Presentan fistuloplastia fonatoria en laringectomizados. Técnica personal del autor, modificada de Amatsu, de fistuloplastia fonatoria secundaria en pacientes ya laringectomizados, mediante ascenso traqueal. Buenos resultados fonatorios y deglutorios. Básicamente extirpan la laringe con biselado del cricoides (conservando la porción posterior), hacen una incisión en la mucosa atravesando cricoides y esófago, pasan una sonda que sacan por nariz. Cierran el mucopericondrio que queda de la laringe y lo tunelizan para formar el traqueostoma. Indicaciones: Prácticamente las mismas que en la LT, excepto si existe extensión a subglotis y mal estado pulmonar o edad avanzada. Obtienen mejores resultados que la voz erigmofónica de las LT, no presenta los problemas deglutorios de la técnica de STAFIERI (pues en la T. STAFIERI la fístula es horizontal y permanece abierta la neoglótis y ALGABA la practica vertical y virtual, abriéndose solo si pasa aire a presión (97).

BRONCHALO BUTRAGUEÑO, F. y ÁLVAREZ VICENT (1983): Realizan una revisión de 50 casos de laringectomía funcional por la técnica del VACIADO ENDOLARÍNGEO. Técnica personal de los autores. Describen detalladamente los pasos de la intervención y los resultados en una serie de 50 pacientes. Últimamente modifican la reconstrucción, haciendo neocuerda con pericondrio externo y mejoran la fonación y tienen menos incidencia de estenosis. Decanulan un 85%, el postoperatorio es similar a LHSG y resultados oncológicos son similares a la laringectomía total (98).

BARRIOS (1983): Aporta un caso de carcinoma epidermoide de laringe en una niña de 12 años. A destacar por ser el 2º caso en la literatura mundial de afectación en la mujer y el de edad más precoz (99).

A. BELINCHÓN (1983): Comunica un caso de Adenocarcinoma Oncocítico de Laringe. Es el 2º caso en la bibliografía mundial (100).

J. PIÑAS MASSO (1983): Aporta un caso de Laringectomía total y Vaciamiento Cervical funcional en un hemofílico. Refiere no existir ninguna publicación sobre estos casos (101).

AGUSTÍN Y CASIMIRO DEL CAÑIZO: Revisan sus pacientes intervenidos con la técnica de STAFIERI y reconocen mediocres resultados desde punto de vista funcional, aunque los resultados oncológicos son similares (102).

VIDEGAÍN (1986): Expone los resultados quirúrgicos de las técnicas de laringectomías fonatorias de SERAFINI, STAFIERI y AMATSU, con la modificación de ALGABA. Con esta última se consiguen mejores resultados. Se describen las contraindicaciones (103).

ALGABA (1986): Describe su técnica personal de fistuloplastia fonatoria basándose en las técnicas de BLOOM-SINGER y de PANJE. En el año 1986 aporta su estadística de 31 pacientes con buenos resultados (104).

BELINCHÓN (1987): Comunica su variante a la técnica de TUCKER y de JIMÉNEZ CERVANTES acerca de la laringectomía parcial con epiglottoplastia (105).

ALGABA (1987): Los autores en el año 75 concibieron una prótesis fonatoria que por falta de medios no pudieron sacar al mercado, posteriormente comenzaron a usar las inventadas por otros: SINGER-BLOM, PANJE, HERRMANN, STAFFIERI. Ahora han diseñado su prótesis evitando los errores observados en las otras (106).

M. FERNÁNDEZ VEGA (1987): Artículo en que manifiesta su desacuerdo con la quimioterapia de inducción (107).

A. DEL CAÑIZO ÁLVAREZ (1987): Realiza un estudio experimental en perros defendiendo la inyección de pasta de teflón en la parálisis recurrencial unilateral (108).

EN LOS AÑOS 80: Se publican muchos artículos sobre prótesis fonatorias en LT, miotomía del constrictor inferior, etc. (HERRMANN, AMATSU) y los españoles ALGABA, LÓPEZ MARTÍNEZ, MARCO ALGARRA, etc.

IBAÑES CARCAMO (1990): Comunica la primera referencia del tratamiento con liposucción en la enfermedad de Launois Bensaude que es una lipomatosis difusa con predominio cervicofacial troncular de patogenia desconocida cuyo tratamiento es siempre quirúrgico agresivo, complicado y desesperante por el gran número

de recidivas. Con la liposucción como tratamiento los resultados son buenos, rápidos y sin complicaciones (109).

TALAVERA (1993): Comunica su experiencia en Laringectomía parcial horizonte-vertical en la que se asocia una exérésis supraglótica y hemilaringea de un lado y puede ser la cirugía de elección en los tumores supraglóticos con afectación gloaritenoides unilateral. Utiliza esta intervención con esta filosofía desde 1974, revisando los 44 pacientes intervenidos con esta técnica hasta 1986, y que por tanto tienen un seguimiento superior a cinco años. Se analizan los resultados conseguidos, logrando un índice de supervivencia y curación tumor muy alentadores (110).

ALGABA (1994): Hace revisión de 10 años de experiencia en fistuloplastia fonatoria, explicando su evolución con el tiempo y las modificaciones a la técnica (111).

PRIM ESPADA Y GAVILÁN J.: Publican la primera referencia en el Acta Española ORL de la laringectomía near total (112).

J. GUERRERO I. COBETA (1998): Comunican su experiencia sobre la Cirugía del esqueleto laríngeo: tioplastias (113).

BIBLIOGRAFÍA

1. Poch Viñals R. Espacios parafaríngeos. Acta Otorrinolaring Esp 1965; 1: 129-143.
2. Del Cañizo Álvarez A. Modificaciones producidas por la acción de las metástasis cancerosas en la red linfáticas del músculo esternocleidomastoideo. Acta Otorrinolaring Esp 1981; 32: 622-625.
3. Sánchez Rodríguez A. Inervación laríngea. Acta Otorrinolaring Esp 1954; I y II: 7-96.
4. Ariño A. Nota necrológica sobre el Dr. García Vicente. Acta Otorrinolaring Esp 1960; 2: 125-130.
5. Redondo Pizarro F, De Anitua Solano M, Sancho Álvarez A. Sobre anatomofisiología laríngea. Teoría tubofonatoria. Acta Otorrinolaring Esp 1966; III: 49-60.
6. Del Cañizo Suárez C, Rayo Gómez JI, Jiménez JM. Estudio clínico y resultado anatomopatológico de ciento diez polipos y nódulos de la cuerda vocal. Acta Otorrinolaring Esp 1958; IX: 111-117.
7. Barona R, Martorell MA, Basterra J. Citometría de flujo. Su valor pronóstico en el cáncer de cabeza y cuello. Acta Otorrinolaring Esp 1990; 41, 3: 149-153.
8. Sánchez Rodríguez. Laringectomía supraglótica. VI Congreso Nacional de la SEORL. Acta Otorrinolaring Esp 1967; II: 133-168.
9. Poch Viñals, Fernández R. Formas anatómicas de los últimos 50 casos de cáncer de laringe intervenidos. Acta Otorrinolaring Esp 1957; VIII: 63-69.

10. Morera Martínez H. Cáncer laríngeo. Revisión de 342 casos. *Acta Otorrinolaring Esp* 1999; X: 70-73.
11. Del Cañizo Suárez C, Elvira Pisón I, Barca Blanco R, Consuegra R, Martín JE, López Casare F. Los cánceres de la cuerda vocal. *Acta Otorrinolaring Esp* 1960; 4: 5-8.
12. Del Cañizo Suárez C, Viñuela Díaz JA, Moro de la Colina A. Estadística de las metástasis epiteliomatosas en el cuello de los enfermos operados de cáncer de laringe. Tanto por ciento según la localización del tumor. *Acta Otorrinolaring Esp* 1966; II: 1-5.
13. Flórez Saro. Estadística de 522 casos de cáncer de laringe. *Acta Otorrinolaring Esp* 1973; 3: 1-6.
14. Hurtado Ruzafa V, Sabater Pons A, Sánchez Buena-ventura J. Cáncer de laringe: factores de riesgo y estudio epidemiológico de la morbilidad y mortalidad en española. Período 1951-1979. *Acta Otorrinolaring Esp* 1987; 38, 1: 1-7.
15. Medina FJ, Pozo A, Belloso E. Carcinoma de la hipofaringe. Epiteliomas del seno piriforme. Nuestra experiencia. *Acta Otorrinolaring Esp* 1987; 38, 5: 295-297.
16. Fernández Vega M, Scola B, Álvarez M. Revisión estadística del cáncer glótico-supraglótico (1965-1976). *Acta Otorrinolaring Esp* 1977; 5: 73-80.
17. Bartual. Granulomas laríngeos tras intubación anestésica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1954; III: 295-304.
18. Ager Mugerza E, Marín Fondevilla J. Tumores malignos de la base de la lengua. Nuestra experiencia de 49 casos estudiados y tratados en el plazo de siete años. *Acta Otorrinolaring Esp* 1961; XII: 94-102.
19. Capella G. A propósito de la nueva clasificación internacional del cáncer de laringe. *Acta Otorrinolaring Española* 1961; XII: 121-125.
20. Suárez C. Neurinoma de laringe. *Acta Otorrinolaring Esp* 1962; XIII, 1: 33-37.
21. Calderrín AM, Sacristán Alonso T. Sobre un caso de amiloidosis laríngea. *Acta Otorrinolaring Esp* 1963; XIV, 2: 1-6.
22. Marco Clemente J, Sánchez Fernández JM, López Campos JL. Linfangioma quístico del cuello. *Acta Otorrinolaring Esp* 1967; IV: 42-60.
23. García Sto N. Plasmocitoma faringo-laríngeo. *Acta Otorrinolaring Esp* 1973; vol. 3, 7-10.
24. Del Cañizo Álvarez A, Muñoz Herrera A, Lozano Sánchez A. Aneurisma traumático de la arteria facial. *Acta Otorrinolaring Esp* 1986; 37, 2: 133-135.
25. Riederer A, Bujía J, Vogel TH. Manifestaciones ORL en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia adquirida. *Acta Otorrinolaring Esp* 1990; 42, 5: 277-280.
26. Pila Pérez R, Sánchez Báez A, Sosa Martín R. Linfadenitis necrotizante de kikuchi. Caso clínico. *Acta Otorrinolaring Esp* 1992; 43, 1: 53-54.
27. Morillas Blasco PJ, González Martínez MA, Ferrandis Pereperez E, Serrano Badia E, Gualart Domenech F, Ferrer Jiménez R. Enfermedad de Kicuchi -Fujimoto (lindfadenitis necrotizante histiocítica). *Acta Otorrinolaring Esp* 1996; 47: 247-250.
28. Álvarez Zapico MJ, Llorente Pendás JL, Suárez Nieto C, Carreño Villarreal M, Moro Melón M. *Acta Otorrinolaring Esp* 1998; 49: 117-182.
29. Del Valle García R. Laringoscopia directa. Nuevo modelo de laringoscopio. *Acta Otorrinolaring Esp* 1952; III: 729-734.
30. Alarcos A. Estudio espectrográfico en la laringología. *Acta Otorrinolaring Esp* 1969; 5: 52-78.
31. Tolosa A. Microcirugía del cavum. *Acta Otorrinolaring Esp* 1971; 6: 147-150.
32. Mozota Ortiz JR. Diagnóstico precoz estroboscópico del cáncer de cuerda vocal. *Acta Otorrinolaring Esp* 1977; 5: 91-104.
33. Gómez M, Málaga J, Sánchez JM. Nuestro criterio sobre la microcirugía laríngea tras siete años de experiencia. *Acta otorrinolaring Esp* 1977; 6: 73-76.
34. Ramón JL, Sprekelsen M. Método de estudio de las frecuencias fundamentales y análisis espectrográfico de los dos primeros formantes de las vocales castellanas emitidas con voz normal. *Acta Otorrinolaring Esp* 1979; 30: 399-414.
35. Cobeta J, Rivera T, Martín C. Utilidad de la estroboscopia laríngea. *Acta Otorrinolaring Esp* 1990; 41, 6: 369-374.
36. Nieto A, Cobeta I, Kitzing P. La electroglotografía en la investigación y la clínica laríngea. *Acta Otorrinolaring Esp* 1993; 44: 257-263.
37. Jiménez Cervantes J. Tratamiento de la odinofagia por coagulación local. *Acta Otorrinolaring Esp* 1949; I: 467-482.
38. Álvarez Pérez. Radioterapia profunda en el cáncer de laringe. *Acta Otorrinolaring Esp* 1951; II: 337-482.
39. López Mentoso D. La aureomicina en el tratamiento de la pailomatosis laríngea. *Acta Otorrinolaring Esp* 1969; 1: 75-81.
40. Del Cañizo Suárez C, Elvira Pisón I, Barca Blanco R, Consuegra R, Martín, López Casare F. Las quemaduras de esófago por cáusticos y sus problemas. *Acta Otorrinolaring Esp* 1960; 4: 49-57.
41. Molla Rudiez FJ, Gómez Díaz G, Fernández Martín M. Quimioterapia en tumores de cabeza y cuello. *Acta Otorrinolaring Esp* 1986; 37, 3: 155-160.
42. Vilar Sancho. Laringuectomía total en cáncer de laringe. Resultados próximos y tardíos por el método del campo estrecho. *Acta Otorrinolaring Esp* 1951; II: 887-894.
43. Talavera Sánchez J, Paredes Osado JR, Puerto Amorós N, Polo Tomás I, Hurtado García J. Tiroplastias. *Acta Otorrinolaring Esp* 1994; 45, 6: 461-464.
44. Poch Viñals. Otorrinolaringología. En: Laín Entralgo P. Historia universal de la medicina. Salvat Editoriales; 1974; VII: 363-369.
45. Sánchez Rodríguez A. Los problemas de la laringuectomía horizontal supraglótica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1957; vol. VIII: 221-234.
46. Sánchez Rodríguez A, De la Puerta M. La traqueotomía en la laringuectomía horizontal supraglótica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1956; II: 161-188.
47. López de la Torre M. Fundamentos Embriológicos y anatomo-clínicos de la técnica de laringuectomía horizontal supraglótica en el cáncer laríngeo vestibular. *Acta Otorrinolaring Esp* 1958; IX: 7-156.
48. Mozota Sagardía. Experiencia personal en reconstrucciones laríngeas. *Acta Otorrinolaring Española* 1958; IX: 49-52.
49. Bartual R, Simón, Herero Solano. Aportación de la técnica de Justo María Alonso. *Acta Otorrinolaring Esp* 1959; X: 8-25.
50. Portela Villasante J. Consideraciones personales acerca de laringuectomía horizontal supraglótica. Nuestra técnica quirúrgica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1959; X: 36-79.
51. Álvarez Pérez. Nuestra técnica personal en la laringuectomía supraglótica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1959; X: 9-15.

52. Del Cañizo Suárez C, Álvarez R, Berto Román, Elvira Pisón I, Díaz B. Resultados y detalles importantes de la extirpación supraglótica de la laringe. *Acta Otorrinolaring Esp* 1959; X: 1-35.
53. Del Cañizo Suárez C, Elvira Pisón I, Barca Blanco R, Consuegra R, Martín JE, López Casare. El cáncer supraglótico en la mujer. *Acta Otorrinolaring Esp* 1960; 4: 27-30.
54. Mozota. Tratamientos de los tumores malignos de la laringe por su vaciamiento y reconstrucción. *Acta Otorrinolaring Esp* 1956; III: 139-148.
55. Sánchez Mozota Sagardía JR. Algunos problemas de los tratamientos quirúrgicos actuales del cáncer de laringe. *Acta Otorrinolaring Esp* 1959; X: 37-511.
56. Ferichola Lizarbe M. Laringuectomía parcial supraglótica por la vía de laringuectomía total. *Acta Otorrinolaring Esp* 1959; IX: 52-60.
57. Ferichola Lizarbe M. Laringuectomía parcial supraglótica por la vía de la laringuectomía total. Modificaciones a la técnica personal original. *Acta Otorrinolaring Esp* 1970; 5: 27-36.
58. Del Cañizo Suárez C, Elvira Pisón I, Barca Blanco R, Consuegra R, Martín JE, López Casare. El cáncer supraglótico en la mujer. *Acta Otorrinolaring Esp* 1960; 4: 27-30.
59. Del Cañizo Suárez C, Elvira Pisón I, Barca Blanco R, Consuegra R, Martín JE, López Casare F. Nuestras observaciones sobre fistulas y quistes congénitos de la región cervical tratados quirúrgicamente. *Acta Otorrinolaring Esp* 1960; 4: 9-26.
60. Mico A. Laringuectomía supraglótica (a través de la ringofisura). *Acta Otorrinolaring Esp* 1963; XIV: 6: 104-123.
61. Del Cañizo Suárez C, Marín JE, Branco Neves J, Suárez López. Importancia del vaciamiento total de cuello en los operados de cáncer de laringe. *Acta Otorrinolaring Esp* 1963; XIV, 6: 167-174.
62. Pulido R. Estenosis laríngeas cicatriciales. Ponencia Oficial de la SEORL 1964. *Acta Otorrinolaring Esp* 1964; XV, II: 1-83.
63. Rodríguez Adrados F. La sección del músculo cricofaríngeo en la deglución de la laringuectomía horizontal supraglótica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1966; 1: 85-93.
64. Del Cañizo Suárez C, Hernández M, Viñuela Díaz JA. Nuestro punto de vista actual sobre la clínica y la terapéutica del cáncer vestíbulo-epiglótico. *Acta Otorrinolaring Esp* 1968; V: 15-19.
65. Blanco Galindo A, Pérez Ruíz J, Molina Gómez E. Nuevo proceder en las metástasis ganglionares del cuello. *Acta Otorrinolaring Esp* 1968; V: 8-14.
66. Ager E, De la Flor C, Herraiz N. Límite de las posibilidades en la cirugía del cáncer de laringe. *Acta Otorrinolaring Esp* 1969; 1: 1-16.
67. Blanco Ibáñez JM. Microlaringoscopia y microcirugía endolaríngea. *Acta Otorrinolaring Esp* 1969; 5: 115-118.
68. Bravo Pacheco G. ¿Qué va a pasar con las traqueotomías?. *Acta Otorrinolaring Esp* 1969; 5: 125-127.
69. Babe Delgado J. Hemilaringuectomía subtotal. *Acta Otorrinolaring Esp* 1969; 6: 69-76.
70. Poch Viñals. Tratamiento quirúrgico de las adenopatías cervicales. vaciamientos ganglionares. *Acta Otorrinolaring Esp* 1970; 4: 67-82.
71. González Salceda T. Sobre un caso de varices esofágicas. *Acta Otorrinolaring Esp* 1970; 1: 68-73.
72. Olairola Gorbea F. Consideraciones a la microlaringoscopia y microcirugía laríngea. *Acta Otorrinolaring Esp* 1970; 1: 117-123.
73. Molina E, Pfluger A, Vidal AM. Estado evolutivo del carcinoma laríngeo al ingreso en nuestro servicio de la ciudad universitaria «La Paz». *Acta Otorrinolaring Esp* 1970; 2: 27-38.
74. Portela Villasante J. La microlaringología y microcirugía laríngea. Aportación personal al método. *Acta Otorrinolaring Esp* 1970; 4: 103-118.
75. Prades J. Microlaringoscopia y microcirugía endolaríngea. *Acta Otorrinolaring Esp* 1970; 5: 61-66.
76. Mozota Ortiz JR, Mozota Sagardía JR. Microcirugía transvelopalatina diagnóstica en cavum. *Acta Otorrinolaring Esp* 1972; 1: 97-100.
77. Prades J. Microcirugía endolaríngea. Ponencia Oficial de la XVII Reunión anual de la SEORL 1971. *Acta Otorrinolaring Esp* 1971; 4: 1-257.
78. Scola E, Fernández Vega M, Bachiller C. La nueva técnica de la laringuectomía con reconstrucción de las vías aereodigestivas. *Acta Otorrinolaring Esp* 1971; 6: 59-62.
79. Gómez-Ullate Alvear R, Gutiérrez Zabala JA, Unamunzaga Arriola C. Aritenoidectomía en las parálisis laríngeas postlaringuectomía supraglótica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1971; 6: 63-66.
80. Bartual Vicens R, Bartual Pastor J, Otero Gómez Quintero M. Sobre laringuectomía total reconstructiva. Técnica de Serafini. *Acta Otorrinolaring Esp* 1973; 2: 1-16.
81. Ferrando JM. Laringuectomía parcial de Som. *Acta Otorrinolaring Esp* 1973; 2: 51-54.
82. Blasco Huelva A. Nuestros resultados con la técnica del vaciado laríngeo subpericondral. *Acta Otorrinolaring Española* 1973; 6: 73-76.
83. Bronchalo Butragueño, Cámara Jiménez. Revisión de 34 casos de laringuectomía reconstructiva por vía de vaciado subpericondral. *Acta Otorrinolaring Esp* 1974; 3: 117-120.
84. Algaba J, Infante E, Vérguez A. Nueva técnica quirúrgica de laringuectomía conservadora (laringuectomía horizontal transventricular). *Acta Otorrinolaring Esp* 1974; 3: 121-136.
85. Bartual Pastor J, Portela de Villasante J. Laringuectomía parcial horizontal infravestibular. Indicaciones y técnica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1974; 6: 81-94.
86. Del Cañizo Suárez C. Comentarios sobre las actuales técnicas quirúrgicas empleadas por nosotros para el tratamiento del cáncer laríngeo según sus localizaciones. *Acta Otorrinolaring Esp* 1974; 5: 99-138.
87. Rodríguez Adrados F, Infante Sánchez JC. Laringuectomía supraglótica con descenso de base lingual. *Acta Otorrinolaring Esp* 1974; 6: 1-16.
88. Fernández Vega, Sacristán T, Scola E. Cirugía reconstructiva de la laringe. Estudio de resultados a 3 años. Técnica quirúrgica modificada. *Acta Otorrinolaring Esp* 1975; 1: 33-48.
89. Bachiller C, Murueta-Goyena F, Scola Basaguren E. Laringuectomía total funcional. *Acta Otorrinolaring Esp* 1975; 6: 7-10.
90. Muñoz Redondo M. Criocirugía en la faringología. *Acta Otorrinolaring Esp* 1976; 3: 167-172.
91. Del Cañizo Fernández Roldán A, García González C, Gómez González JL. Laringuectomía total según la técnica de Staffieri con algunas modificaciones personales. *Acta Otorrinolaring Esp* 1976; 4: 47-52.

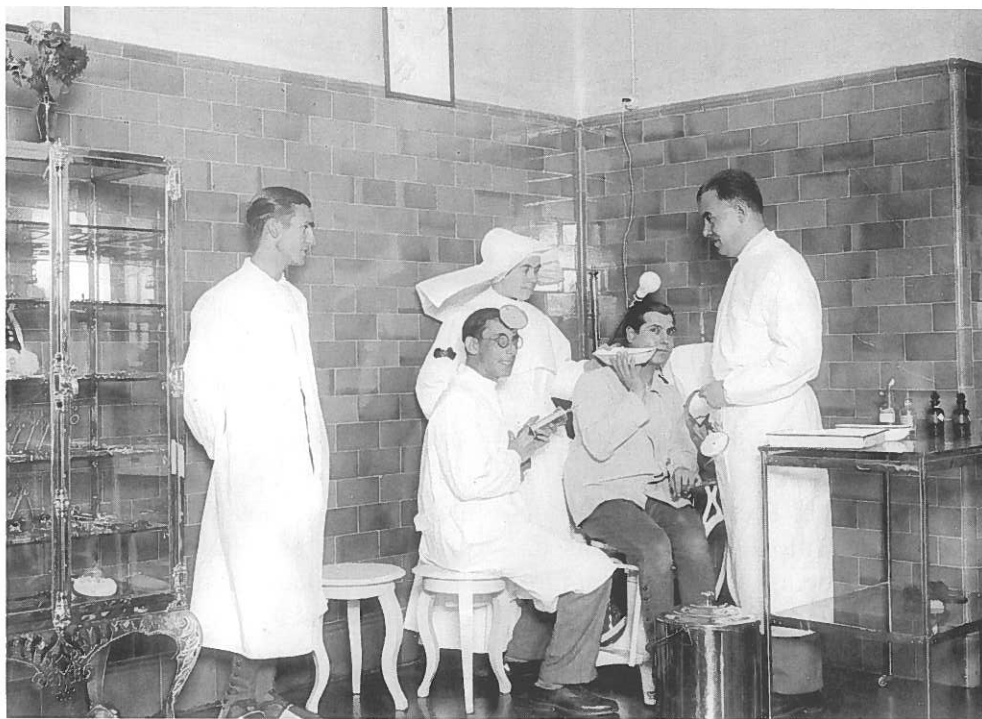
92. Martín Calderín A, García-Mon Marañés F. Nuestra experiencia en la técnica de Staffieri. Conclusiones. *Acta Otorrinolaring Esp* 1997; 1; 67-72.
93. Vergara J, Palomar V, Guillén F. La deglución tras la laringuectomía supraglótica transhioides. *Acta Otorrinolaring Esp* 1978; 3: 273-278.
94. Rodríguez Adrados F, Muñoz F. Cordectomía reconstructiva con mucomioplastia. *Acta Otorrinolaring Esp* 1979; 30: 215-228.
95. Suárez Nieto C, Mirelis E, Bernardo MJ. Problemas reconstructivos en la cirugía oncológica de cabeza y cuello. *Acta Otorrinolaring Esp* 1979; 30: 457-476.
96. Mozota Ortiz. Microcirugía con láser de CO₂ en las laringostenosis. *Acta Otorrinolaring Esp* 1981; 32: 625-760.
97. Algaba J y Col. Fistuloplastia fonatoria en laringectomizados. *Acta Otorrinolaring Esp* 1983; 34: 3-8.
98. Bronchalo Butragueño F, Álvarez Vicent JJ. Revisión de 50 casos de laringuectomía funcional por la técnica del vaciado endolaríngeo. *Acta Otorrinolaring Esp* 1983; 34: 8-15.
99. Barrios y Col. Carcinoma epidermoide de laringe en una niña de 12 años. *Acta Otorrinolaring Esp* 1983; 34: 15-18.
100. Belinchón A y Col. Adenocarcinoma oncocítico de laringe. *Acta Otorrinolaring Esp* 1983; 34: 19-20.
101. Piñas Masso J y Col. Laringuectomía total y vaciamiento cervical funcional en un hemofílico. *Acta Otorrinolaring Esp* 1983; 34: 42-45.
102. Del Cañizo Suárez C, Del Cañizo Álvarez A. Resultados de la laringuectomía total con la técnica reconstructiva de Staffieri. *Acta Otorrinolaring Esp* 1982; vol. 33: 3-6.
103. Videgáin Salavarría G, Aguirregaviria Zabaleta I. Nuestra experiencia en las laringuectomías fonatorias. *Acta Otorrinolaring Esp* 1986; 37, 1: 5-8.
104. Algaba J, Zulueta A, Camacho JJ. Fistuloplastia fonatoria. Técnica de la punción traqueal. *Acta Otorrinolaring Esp* 1986; 37, 2: 83-87.
105. Belinchón A, Cuadrado F, Pérez E. Laringuectomía parcial con epiglotoplastia: aportación técnica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1987; 38, 2: 71-73.
106. Algaba J, Zulueta A, Camacho JJ. Nueva prótesis fonatoria para laringectomizados. *Acta Otorrinolaring Esp* 1987; 38, 4: 231-234.
107. Vega MF, Scola B, Carrión R. Quimioterapia de inducción en los tumores de cabeza y cuello. *Acta Otorrinolaring Esp* 1987; 38, 4: 235-237.
108. Del Cañizo Álvarez C, Del Cañizo Álvarez A, Martín Martín C. Aspectos histológicos de la inyección de pasta de teflón como tratamiento de las parálisis recurrenciales unilaterales. *Acta Otorrinolaring Esp* 1987; 38, 6: 374-376.
109. Ibanes Cárcamo E. La liposucción como tratamiento en la enfermedad de Launois Bensaude. *Acta Otorrinolaring Esp* 1990; 41, 3: 181-182.
110. Talavera Sánchez J, Paredes Osado JR, Puerto Amorós N, Polo Tomás I, Hurtado García J. Laringectomía parcial horizontovertical: experiencia en 44 casos (seguimiento mayor de 5 años). *Acta Otorrinolaring Esp* 1993; 44, 3: 187-190.
111. Algaba L y col. Revisión de 10 años de experiencia en fistuloplastia fonatoria. *Acta Otorrinolaring Esp* 1994; sup. 1: 41-49.
112. Prim Espada MP, Rabanal Retolaza I, De Nieto Sastre JI, Gavilán Bouzas J. Laringuectomía «casi total»: Resultados funcionales. *Acta Otorrinolaring Esp* 1996; 47: 135-137.
113. Guerrero J, Cobeta I. Nuestra experiencia en la cirugía del esqueleto laríngeo: tiroplastias. *Acta Otorrinolaring Esp* 1998; 49, 1: 45-49.

CAPÍTULO VII

OTRAS ENTIDADES DEL ÁMBITO DE LA ORL:

- **La otorrinolaringología en las Fuerzas Armadas**
- **Los hospitales infantiles: Hospital Niño Jesús**

LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LAS FUERZAS ARMADAS



Cura en el Hospital de Carabanchel. Cap. Med. alumno Álvarez Pérez. 1930.

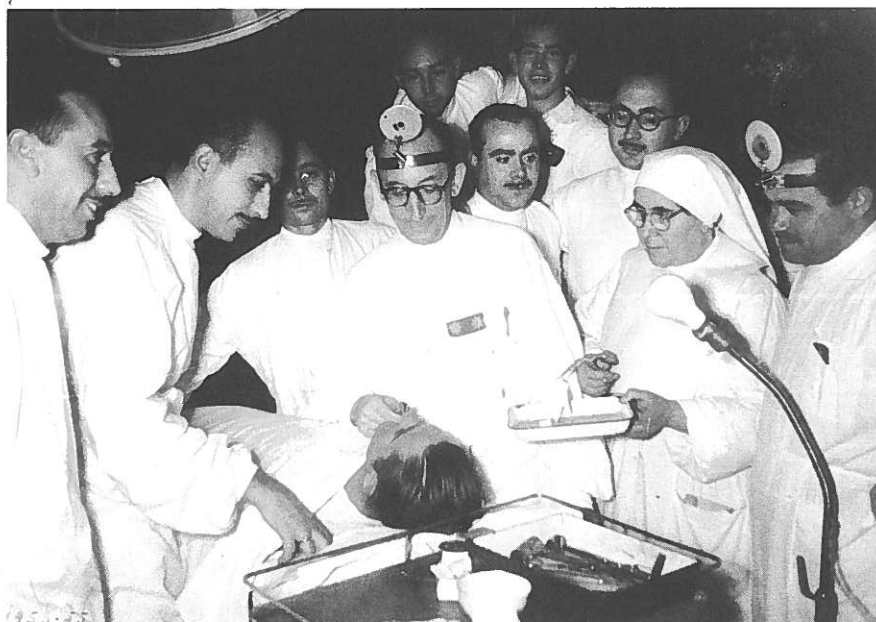
Dr. J. J. Álvarez Vicent

Quizá antes de comenzar con la historia puramente de la otorrinolaringología castrense, deberíamos recordar como en el siglo XVIII se crearon en la Armada y en el Ejército las escuelas de cirujano más expertas en aquella época de toda España. Así se creó el Real Colegio de Cirugía de Cádiz, cuyo fundador fue el cirujano de la Armada D. Pedro Vigil, que posteriormente se hizo cirujano militar. Este real Colegio fue inaugurado en 1750 y ya seguía unos planes de estudio semejantes a los de facultades de medicina extranjeros. Estos estudios se realizaban ya en

plan de internado y los alumnos una vez terminado el internado eran destinados a los buques de guerra o a los regimientos del Ejército de Tierra.

El éxito de este tipo de escuelas de cirujanos militares se hace patente, pues 10 años más tarde, en Barcelona, se crea otro Real Colegio de Cirugía en el que no era tan indispensable la disciplina castrense como el de Cádiz, pues los alumnos eran externos, pero también había un grupo de alumnos militares internos.

Posteriormente a finales del siglo XVIII, ya en 1787, se crea el Colegio de San Carlos de Ma-



Promoción 1953-1955.

Tte. Coronel R. Álvarez Pérez.
Ct. M. Ferinchola. Capt. Segoviano,
Cusi (Ejército Tierra), Del Valle,
Campos, Montesinos (Armada) y
Sor Sara.

drid a imagen del de Barcelona, en donde se formaron numerosos cirujanos militares.

En 1846 la Reina Isabel II crea el Cuerpo de Sanidad Militar, unificando las enseñanzas de la Medicina y de la Cirugía, y quizá adelantándose el Cuerpo de Sanidad en esta enseñanza a la sanidad civil.

También es de justicia recordar la formación de especialistas en el ambiente militar. Así los primeros esbozos empiezan el 25 de noviembre de 1902 cuando el Teniente General Beiler dicta una circular convocando cursos de especialidades médicas. La necesidad de formación de cirujanos para las numerosas guerras que España tenía en aquella época (Cuba, Filipinas, Marruecos) obliga de alguna manera a la especialización de los cirujanos.

Todos estos cursos que se imparten en el Hospital de Carabanchel, al que posteriormente se le denomina Hospital Gómez Ulla. Se engloban en una organización llamada la Escuela Práctica de Especialidades Médicas y como dato curioso vamos a recoger unos puntos de como se formaban estas especialidades ya en 1916 según una Real Orden del 17 de abril de ese año, publicada en el diario oficial número 82, así lo describe Pérez Piqueras en su historia de la Sanidad Militar.

«Por lo tanto es conveniente crear, fomentar y desarrollar entre el personal médico de sani-

dad militar, no solo las aficiones sino la especialización de la cirugía moderna, estimulando el espíritu de los oficiales médicos para emprender esta especialidad».

A continuación dicta una serie de puntos para la formación de los especialistas.

Punto 1. A título de ensayo sin aumento de los presupuestos ni modificación de las plantillas se establecen cursos de ampliación de cirugía y prácticas de servicio de ambulancias.

Punto 2. Los cursos comenzarán el 1 de septiembre y terminarán a fin de junio siguiente.

Punto 3. Y se calificará la aptitud de los alumnos y se apuntará en su hoja de servicios.

Como observación en estos 3 apartados del primer punto podríamos completar esta observación diciendo que la economía en aquellos momentos ya privaba en el Estado español, «cursos de ampliación que no modifican los presupuestos». Establecen ya un curso completo para la especialización, de septiembre a junio. Posteriormente una calificación de los alumnos.

En su artículo 9º del mismo diario podemos leer: «El cirujano consultor nombrado para la enseñanza tendrá los siguientes cometidos:

- A) Enseñanza teórico-práctica, más práctica que teórica, de ampliación de cirugía y ampliación cavitaria.
- B) Ejecutará operaciones quirúrgicas en los generales jefes y oficiales que lo necesiten.
- C) Dará conferencias a los oficiales médicos asistentes del curso.
- D) Tiene obligación de concurrir a todas las juntas o consultas profesionales en los casos de cirugía.
- E) Designará operaciones que deben practicar los médicos asistentes a su curso de ampliación.
- F) Asistencia a los actos quirúrgicos que se acordará practicar por otros jefes de clínica y será obligatoria su asistencia.
- G) Podrá convenir con los respectivos jefes de clínica con anuencia y conocimiento del director del hospital, se estudiarán los casos de operaciones cavitarias y los de gran interés operatorio para que en su práctica sirva de enseñanza a los alumnos.
- H) Podrá recabar la cooperación de otros jefes de la clínica del hospital y de entre los oficiales médicos que asistan a dicho curso designará los ayudantes que crea necesarios para cada intervención quirúrgica.
- J) Presenciará y dirigirá todas las autopsias.
- K) Propondrá a fin de curso a aquellos de sus alumnos que habiendo asistido a los cursos completos o a cuantos medios cursos considere aptos y competentes para ser conceptuados como especializados en alta cirugía, en la verdadera acepción de la palabra.

Así establece:

- 1º La formación especial del profesor.
- 2º El material necesario asistencial para la formación de especialistas y la propia formación continuada del profesor.
- 3º Por la calificación de estos alumnos.

Esto sin duda es el primer conato de especialización reglamentada en nuestro país.

Realmente cuando empiezan los primeros conatos de la otorrinolaringología castrense de

una manera oficial es en 1910, con el médico mayor D. Alberto Ramírez Santaló. Este médico militar tenía afición ya a la otorrinolaringología y publica un trabajo titulado «Importancia médico-social de la otorrinolaringología en el ejército». Su intranquilidad por la enseñanza y por la asistencia al ambiente militar de la otorrinolaringología y su también intranquilidad científica le hace crear una clínica en el Hospital de Carabanchel de otorrinolaringología, con consulta los lunes, miércoles y viernes, que es pasada en una sala de cirugía, esto es que está como secundario por llamarlo de alguna manera o ayudante en una sala de cirugía, y pasa la consulta desde las nueve de la mañana, y se mantiene durante varios años hasta que se reglamenta oficialmente en 1922 para la formación de los diplomas de la especialidad militar en nuestra ORL castrense.

El carácter organizativo de Ramírez Santaló le hace proponer una clínica de la especialidad con una consulta para individuos del ejército y sus familias en todos los hospitales militares del país, a imagen de la que él ha organizado en el Hospital de Madrid (Carabanchel).

La importancia de la especialidad en este año de 1910 se refleja en uno de los apuntes de quirófano, en el que se lee «para proceder en su oportunidad a la Laringotomía que reclama la presencia de un tumor laríngeo de naturaleza maligna en la persona de un señor teniente coronel fue intervenido por el Dr. Gamir, Jefe de la Clínica de Oficiales, y auxiliado por los Dres. Pérez Ortiz y Ramírez Santaló. Esto es que no solo establecía su consulta y el estudio clínico de los enfermos sino que ayudaba en las grandes intervenciones a los cirujanos renombrados en las operaciones más dificultosas, como es en este caso en una Laringuectomía.

Lógicamente comienza el prestigio de la especialidad militar en España con estas intervenciones como es en aquella época precisamente una Laringuectomía de tan difícil resolución. No obstante todavía no existe realmente la especialidad como decretada y oficialmente en el ejército, de otra manera, no existe todavía el diploma otorrinolaringológico militar. Según van pasando los años se van creando distintos diplomas de distintas especialidades anteriores a la especialidad de otorrinolaringología. Estas se



Promoción Especialistas
ORL 1963.
Cap. Médico Álvarez
Vicent; Cap. Armada
Cristóbal Deza;
Cap. Médico Sánchez
Tovar; Profesor Ctc.
Médico M. Ferichola.

van creando según las necesidades que van surgiendo, así en 1918 se crean las especialidades de bacteriología, se crea también la de radiología y electroterapia y así se van formando y haciendo en el Ejército distintas especialidades según van necesitando para la asistencia en el ejército en la distintas campañas militares o de guerra.

Desde 1910 hasta 1922 la consulta de otorrinolaringología se sigue pasando en el Hospital Militar de Carabanchel, pero en 1922 se establece oficialmente el diploma de enseñanza de la especialidad de otorrinolaringología, esto es una especie de MIR ya en 1922. La Especialidad obligaba a hacer un examen-oposición para entrar al diploma, luego permanecían dos años haciendo la especialidad anexos a un servicio de otorrinolaringología, siempre como es lógico en aquella época en el Hospital Militar de Carabanchel. El curso duraba dos años y tenían que estar presentando trabajos prácticamente mensualmente y eran calificados por su jefe del servicio o por su profesor y por el director del hospital, estas calificaciones eran cada 2-3 meses y en el caso de no tener notas aceptables eran dados de baja en el curso, esto es, que aun habiendo sacado la oposición si no demostraban aptitudes para continuar la especialidad, como realmente no se le perjudicaba económicamente

a nadie ya que permanecían sin duda ninguna en sus destinos militares, se les daba de baja en el curso. No obstante al terminar los dos años de especialización se les volvía a hacer otro examen de aptitud y posteriormente se les daba el diploma de la especialidad. Así ha ido manteniéndose hasta 1975 en el que se crea el MIR civil y entonces el Ejército crea exactamente el mismo título de MIR militar con las mismas obligaciones que en el civil, esto es, que en 1975 se publicó la Ley de Especialidades Médicas y su reglamento en 1978 y nace así la formación de especialistas en el sistema MIR. 70 años después de que el ejército realizara en el Hospital Militar de Carabanchel de una manera organizada la formación de especialidades, la Sanidad Civil consigue, afortunadamente, establecer el sistema MIR en el ámbito civil y por consiguiente también en el castrense.

Antes de describir realmente la historia y la evolución de la otorrinolaringología desde 1922 con la creación de los diplomas de la especialidad, debemos resaltar la personalidad de tres grandes otorrinolaringólogos españoles que perteneciendo al Cuerpo de Sanidad Militar no fueron especialistas otorrinolaringólogos militares pero si eminencias en la otorrinolaringología civil. Así fue D. Antonio García Tapia, D. Adolfo Hinojar y también fue D. Julio Ariño.

Los dos primeros opositaron a la Sanidad de la Armada consiguiendo plaza que posteriormente por necesidades personales abandonaron, pero fueron y pertenecieron a la sanidad militar.

D. Antonio García Tapia fue Teniente Médico de la Armada y en 1896 fue destinado a Filipinas, y por problemas que salud tuvo que volver a la Península. El día de su jubilación se le otorgó la Gran Cruz del Mérito Naval y reza así «al Teniente Médico D. Antonio García Tapia», tal y como lo describe en su libro de historia Cañizo y en la necrológica que relata perfectamente y con un cariño enorme de D. Rafael Bartual.

D. Julio Ariño llegó a comandante de Sanidad Militar y estuvo destinado en Zaragoza.

D. Guillermo Hinojar, sobrino de D. Adolfo, fue General de Sanidad.

Justo es recordar que si bien no pertenecieron al cuerpo de otorrinos militares si fueron sin duda ninguna unas figuras señeras de la otorrinolaringología, y desde aquí y estas líneas les rendimos homenaje.

La verdadera otorrinologingología castrense como especialidad realizada dentro del ambiente militar comienza en 1922 y en el Hospital Militar de Carabanchel.

El primer Jefe de Servicio que hubo fue el comandante médico D. Alberto Fumagallo Medina, que fue alumno de Sluder y de Killiam, que introdujo en España precisamente la técnica del Sluder. Las dos técnicas tanto la de la Amígdalolectomía como la de resección submucosa de tabique (subpericondral) fue transmitida de D. Alberto Fumagallo a todo su alumnado y como cosa curiosa todos los otorrinolaringólogos militares realizaban o han realizado perfectamente estas dos técnicas.

El alumno predilecto quizá de D. Alberto Fumagallo fue el Capitán Médico D. Rafael Álvarez Pérez, éste a finales de los años 20 y principio de los 30 hizo el diploma de Sanidad Militar y quedó agregado en el Hospital, hasta nuestra desgraciada Guerra Civil.

Es curioso, pero todavía a mí como hijo del capitán Álvarez Pérez y nieto científico de D. Alberto Fumagallo he podido ver algunas radicales ático-mastoideas y mastoidectomías realizadas por el fundador teórico de la especialidad castrense, Fumagallo, realizadas con gubia y martillo que son verdaderas obras de arte.

D. Alberto era un gran cirujano, habilidoso, amante de sus alumnos y por lo tanto sus alumnos tuvieron un respeto y un cariño excepcional hacia su figura.

Muy delicado de salud al final de los años 20 (29-30) hasta que es prácticamente retirado de la cirugía activa en la pre-guerra para desgraciadamente morir durante la guerra civil en Madrid.

Álvarez Pérez, nace en Logroño, hace la carrera de Medicina en Madrid y oposita a Sanidad Militar. Sale teniente médico a los 21 años y es destinado a África, hace la campaña de África, desembarcó de Alhucemas, y vuelve a la Península para realizar la especialidad ORL.

A Fumagallo le sucede en la jefatura del servicio del Hospital de Carabanchel el ya Comandante Médico Rafael Álvarez Pérez en el año 40, ya en la post-guerra, que sabe rodearse de gente trabajadora, hábil y bien formada como lo es el capitán médico Manuel Ferichola Lizarbe, que le sucedió posteriormente en la jefatura del servicio del Hospital y llegó a general de división.

En estos cursos y en esta época comienza la formación de los distintos especialistas de los tres ejércitos: Tierra, Mar y Aire.

En aquella época el ya Hospital Gómez Ulla de Carabanchel era el hospital central del Ejército y prácticamente era el hospital central de las Fuerzas Armadas. Pero en Madrid existía también el Hospital de Urgencia en el antiguo Hospital Obrero, que posteriormente ha pasado a la Comunidad de Madrid. Este Hospital antiguo Hospital de Maudes hizo su función perfectamente y descargaba sin duda ninguna de trabajo al Hospital Gómez Ulla, su jefatura estaba desarrollada por el comandante médico Serrano. Posteriormente por el comandante médico Cándido López Chaves. Este Hospital de Maudes, hospital de urgencia, fue trasladado posteriormente al Hospital de Isaac Peral, Hospital denominado del Generalísimo Franco.

Un detalle del funcionamiento del Hospital Gómez Ulla en el año 57, podemos leer en sus anales en el que el Servicio de Otorrinolaringología llegó a realizar 2.307 intervenciones en el año, ésto da la pauta de la magnitud del Servicio y de la calidad del mismo. Podemos recoger en los anales por ejemplo en el año 1953 trabajos realizados por el Servicio de Otorrinolaringología y publicados por el Teniente Coronel,

entonces, jefe de servicio Álvarez Pérez «Elementos de elección en el tratamiento del cáncer de laringe e hipofaringe», y es curioso ya en este trabajo que se habla de las supracricoideas con conservación de movilidad de los aritenoides como cirugía funcional de la misma en el cáncer de laringe. Se hace una revisión total de todo el planteamiento terapéutico de los cánceres laringe y de sus recidivas y recidivas ganglionares. El número de intervenciones de naturaleza aguda era muy elevado, pues la clientela que tenían estos hospitales militares eran procedentes del ejército, de los reclutas y chicos que estaban haciendo el servicio militar, esto era, jóvenes de 20 años; en aquella época (años 40-50) pues era corriente ver las tromboflebitis de senos lateral, los abscesos cerebrales de origen otógeno, no existía la terapéutica antibiótica que posteriormente ha ayudado tanto, entonces los procesos de naturaleza aguda eran muy corrientes y tenían que resolverse inmediatamente con la cirugía. Sin embargo como dato interesante en el Hospital Gómez Ulla, fue el primer Centro donde se utilizó las sulfamidas en España. Por aquella época ya se realizaban en el Servicio de 15 a 20 laringectomías al año, sin embargo la realidad otológica era verdaderamente impresionante y las cifras eran muy elevadas en esta parte de la especialidad, de tal manera que la preparación de técnicas de

timpanoplastia o de radicales ático-mastoideas que se realizaban en aquella época era muy apreciadas y muy bien realizadas por todos los alumnos.

Si bien el mérito principal fue de la Armada en la formación de médicos militares con el Hospital de Cádiz, no es menos cierto que el peso fuerte quizá de la formación de especialistas estaba en el Ejército de Tierra. Pero justo es recordar las siguientes fechas, pues si hasta 1939 la Aviación Española era una Arma en 1939 se crea el Ejército del Aire y por lo tanto se crea el Cuerpo de Sanidad del Aire. En 1944 se inaugura el Hospital Central del Aire en la calle de la Princesa de Madrid, al lado de la Iglesia del Buen Suceso. Como es lógico en este Hospital existe el Servicio de Otorrinolaringología, pero también había otro destino otorrinolaringólogo militar, el CIMA y este se instauró en principio en el Pabellón IV de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

En 1953, y seguimos con el Ejército del Aire, se inaugura el Hospital de Sevilla, Pabellón Vasco y por fin en 1969 se inaugura de nueva planta el Hospital del Aire en la calle de Arturo Soria de Madrid, firmando en 1974 el primer convenio entre la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y el Hospital del Aire.



Hospital Militar Generalísimo, 1968. Visita del Dr. Tato. Dr. Álvarez Vicent, Dr. Bronchalo, Dr. Tato y Dr. Chaves.

De esta manera quedaba tanto el Hospital Gómez Ulla como el Hospital del Aire dependientes en docencia pre-grado de la Universidad Complutense de Madrid.

De esta manera queda establecido los puestos de otorrinolaringólogos en los tres Ejércitos (Tierra, Mar y Aire). La Armada con los Centros Hospitalarios de Cartagena, Cádiz, Ferrol y la Policlínica de Madrid. El Aire, como hemos dicho, con el Hospital de Arturo Soria, Hospital Central del Aire y la Policlínica de Sevilla. Y el Ejército de Tierra con un Hospital en cada región militar.

Si últimamente se ha unificado la Sanidad Militar de los tres Ejércitos y prácticamente existe una sola Sanidad Militar con una cabeza dirigente de los tres Ejércitos existiendo prácticamente ya una sola escala en la Sanidad Militar, denominada como es lógico Sanidad de las Fuerzas Armadas.

Existen varias generaciones de otorrinolaringólogos militares, los primeros formados por D. Alberto Fumagallo, los segundos por Álvarez Pérez, los terceros por Ferichola, posteriormente Álvarez Vicent y Gallego Aranda, aunque lógicamente antes de la unificación, pues el Ejército del Aire y la misma Armada formaban sus especialistas independientemente.

Justo es recordar los oficiales formados de la Armada como Primitivo del Valle, Pomareda, Campos, oficiales que llegaron en su escalafón militar a las máximas categorías, formados en el Hospital Gómez Ulla.

Más modernamente y con la ayuda de hospitales civiles como es el Hospital 12 de Octubre se formaron dentro del ámbito de la Armada especialistas como Pomareda (hijo), Luque (de Cádiz). Formados también en el Gómez Ulla, que fueron jefes de servicio en el Hospital del Aire fueron los Dres. Suárez Granda, Dr. Bedolla, Dr. Gómez Cabezas y posteriormente desarrolla la jefatura de ese Servicio el Dr. Muñoz Colado, ya formado incluso en hospitales civiles como complemento a su formación con colaboradores como Óscar Álvarez. En Sevilla, en la Policlínica de Tablada, se instauran todas las especialidades, y en ORL, desarrolla su labor el Dr. Muñoz Cariñano.

De los primeros especialistas formados después de la Guerra Civil recordamos el Dr. Mo-

zota, que posteriormente desarrolló la jefatura del Servicio de la Fundación Valdecilla de Santander, Dimas Ibáñez Toledano de pura cepa y Alfranca padre.

Si bien la mejor manera de hacer historia es recordando los hospitales de cada región y las jefaturas de servicio que esos hospitales han tenido, vamos a recordar primero el Hospital Gómez Ulla, entonces las fechas que en el Hospital Gómez Ulla han sido jefes de servicio, como es lógico, el primero fue Santaló en 1910, posteriormente Fumagallo Medina en 1922, en 1940 el Dr. Álvarez Pérez, posteriormente el Dr. Ferichola Lizarbe después el Dr. Gallego Aranda, Álvarez Vicent y últimamente el Dr. Pérez Arroyo, actual Jefe de Servicio desde 1994. En este Hospital se formaron los distintos especialistas que fueron posteriormente a otros servicios hospitalarios como jefe de servicio o destinados en los mismos, así en Madrid se han mantenido especialistas como el Dr. Peñarrocha, Alonso Tomás, Rodríguez Tejedor y García Pérez y actualmente hay que añadir Brinquis, Relanzón, Muñoz Sánchez, etc.

En el Hospital de La Coruña recordamos Pérez Hervada, Leiro y posteriormente Argila.

En Burgos Dr. Cusi y posteriormente Sierra y el actual jefe del Servicio Huerga.

En Barcelona Dicenta y Sánchez Tovar.

En Valladolid García Vaquero y Carrillo de Albornoz.

En Valencia Gil Espasa.

En Sevilla Jiménez Andrade, Segoviano, Arjona e incluso también estuvo destinado Godoy.

En Granada Cabello, Delgado.

En Ceuta al principio Cabello luego fue Leiro y por último Godoy.

En Melilla Artalejo.

En Zaragoza Martínez Berganza hasta 1970 y después Pérez Peña con colaboradores como Pérez Sánchez y Abad.

En Baleares López Biota y Victoriano Fernández Vila.

En Canarias Manuel Fernández y Felipe Dávila.

En los años 60 se crea de nueva planta el Hospital Militar del Generalísimo Franco en la calle Isaac Peral con Donoso Cortés. Este Hospital es el que va a venir a sustituir al Hospital de Urgencia de Maudes u Hospital Obrero. En rea-

lidad si bien es de nueva planta toda la plantilla de médicos y personal sanitario del Hospital de Maudes es trasladado a este Hospital. Ahí inaugura el nuevo Centro como Jefe del Servicio el Dr. Cándido López Chaves y se instauran unas consultas por la tarde en distintas especialidades. Sustituye al Dr. López Chaves el Dr. Álvarez Vicent hasta el año 76 en que pasa a un destino civil (12 de Octubre).

El Hospital Gómez Ulla, también en esta época (los años 70) se realiza un nuevo Centro con un hospital con 20 plantas, totalmente nuevo y dotado con el material más moderno existente. Toda esta época hasta el año 76-77 es una época de organización del nuevo Hospital Gómez Ulla, de nueva planta. La esbeltez de su construcción puede verse desde distintos puntos de Madrid.

Si bien con romanticismo recordamos el año 1923, cuando el Hospital de Carabanchel (Gómez Ulla) se amplió a 1.200 camas, los profesores que había en aquella época eran, en Cirugía D. Mariano Gómez Ulla y D. Manuel Bastos, en Otorrinolaringología D. Alberto Fumagallo, en Dermovenereología D. José de la Quintana Du-

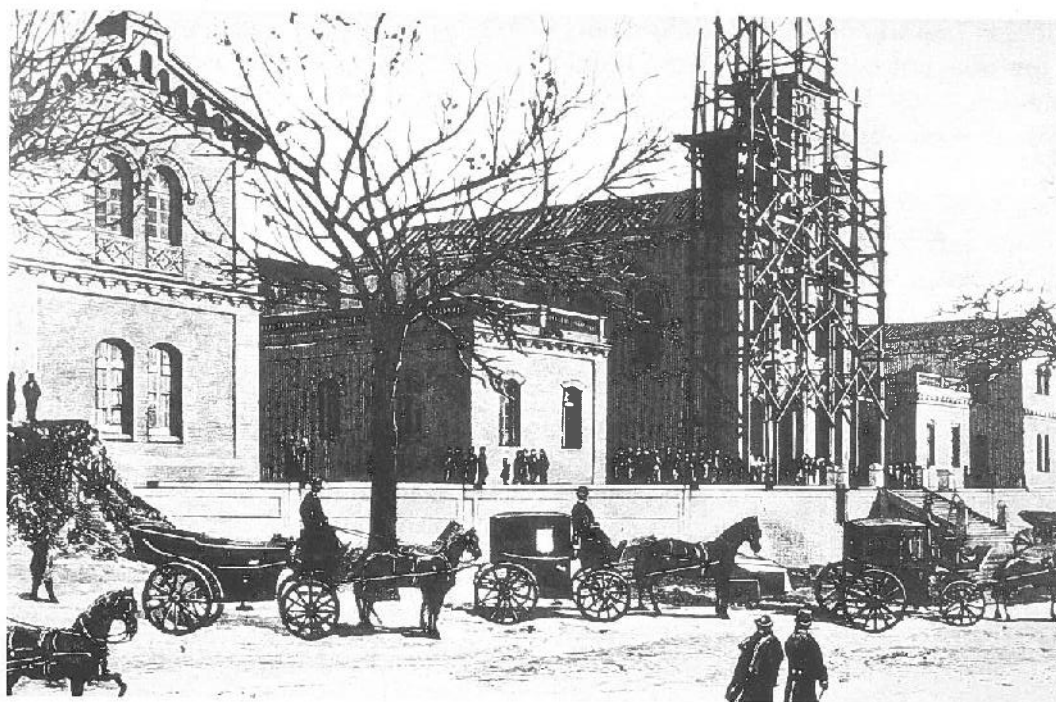
que, en Neuro-Psiquiatría D. Antonio Vallejo Nájera, en Radiología D. Francisco Muñoz Cortázar y en Fimatología D. José Valdés Lambea.

Sin duda ninguna en aquella época era lo más selecto y de los médicos más prestigiosos de la época, pues bien, justo es reconocer que pasado el tiempo las plantillas actuales son selectas y cumplen perfectamente la misión para la que se les ha destinado.

Como colofón diremos que la Otorrinolaringología militar ha estado siempre integrada en la Otorrino civil y desde la fundación de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial con el Dr. Álvarez Pérez, como Socio Fundador ocupando cargos importantes en diferentes Juntas Directivas, ha estado integrada absolutamente en la Sociedad Española e igualmente su hijo y continuador, el Dr. Álvarez Vicent, formó parte de la Junta Directiva al ser Secretario General de la misma durante una época en sustitución de D. Andrés Sánchez Rodríguez.

Desde estas líneas no queda más que expresar nuestra admiración y cariño a toda la otorrinolaringología militar.

LOS HOSPITALES INFANTILES. HOSPITAL NIÑO JESÚS



Construcción del Hospital Niño Jesús.

***Dr. J. J. Cervera Escario y
Dra. M. Bartolomé Benito***

El primer Hospital español, con dedicación a la pediatría exclusivamente, fue el Hospital del Niño Jesús, que fue inaugurado el 14 de enero de 1877. Estaba situado en la calle Laurel número 23. Fue construido a instancias de la Duquesa de Santoña, por Real Orden de S.M.D. Alfonso XII, del día 26 de marzo de 1876. El primer director fue D. Manuel Arnús, y contaba con 70 camas. Dada la ocupación hospitalaria, que fue creciendo hasta llegar al 98%, se autorizó a la Duquesa de Santoña, el 26 de julio de 1878, a la edificación de

un nuevo Hospital en la actual ubicación en la calle Menéndez Pelayo. Se empezó a construir en noviembre de 1879, de estilo neomudéjar en ladrillo. Comenzó su actividad clínica el día 1 de diciembre de 1881. Al principio contaba con 100 camas, distribuidas en 4 salas, 2 de cirugía y 2 de pediatría. Posteriormente fue aumentándose su capacidad.

Durante el siglo XIX, los procesos ORL en los niños eran tratados por Pediatras o Cirujanos, no existiendo en el Hospital del Niño Jesús un Servicio de ORL propiamente dicho.

De las publicaciones que disponemos en la Biblioteca del Hospital, existe una Revista que data del año 1885, llamada ARCHIVOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LOS NIÑOS, que es el órgano de las clínicas del llamado: Hospital del Niño Jesús, Inclusa y Colegio de la Paz de Madrid, cuyo Director Fundador fue el Dr. González Álvarez, que era el encargado de la Sección de Medicina. En esta revista, se publicaban artículos científicos de indudable valor histórico. En relación con los procesos Otorrinolaringológicos, voy a tratar de resumir los más interesantes por su valor científico e histórico.

En el mes de mayo de 1885, se publica un artículo, firmado por el Dr. González Álvarez, titulado: Pólipos en el conducto auditivo externo. En esta publicación resume las causas de las otitis de la infancia. Resulta sorprendente que ya en aquella época los pólipos del CAE los aso-



Duquesa de Santoña. Fundadora del Hospital Niño Jesús.

ciaban a patología del oído medio, posiblemente colesteatomas.

Otro artículo publicado, cuyo autor es el Dr. D. Lope Carralero, especialista en enfermedades de la garganta y oídos, que se titula: Angina de Ludwig en un niño de 6 años. En este describe con bastante precisión esta patología, y el tratamiento prescrito que es el siguiente: Un gramo de bisulfato de quinina con vino de Málaga y jarabe, para tomar a cucharadas cada dos horas, gargarismos con cocimiento de malvavisco, colutorios con agua de cal, cataplasmas emolientes de harina de linaza, y para bebida usual, infusión de flor de malva y violeta; caldos con vinos de Jerez cada tres horas. Con este tratamiento no mejora y al noveno día, realiza un drenaje de pus con colocación de un tubo de desagüe, con el enfermo mejora en un plazo de otros 10 días.

Este mismo autor, Dr Carralero, publica un interesante artículo titulado: Otitis media supurada con perforación de la membrana del tambor, en un niño de 4 años. En el que describe con exactitud la progresión de las otitis media agudas supuradas consecutivas a catarros nasofaríngeos: una primera fase de dolor intenso con posterior supuración abundante, que tras limpiar el oído con inyecciones de agua templada y secarla con una torunda de algodón observa una perforación del tamaño de la cabeza de un alfiler. El tratamiento que aconseja es: Lavado del conducto, instilación en el oído de una disolución de sulfato de zinc al 1 por 30, templada al baño María y taponamiento con algodón salicílico. Gargarismos con clorato potásico.

En la misma revista hay otro artículo publicado el 31 de marzo de 1886, por el Doctor Pedro Verdós, que era profesor libre de Otología, Rinología y Laringología, titulado: ¿Las otorreas consecutivas a las fiebres eruptivas de los infantes, deben siempre tratarse?

Otros artículos publicados fueron: Sobre las caries y Necrosis del Peñasco en los Niños, escrito por el Dr. González Álvarez, en el mes de junio de 1886, en el que cuenta los peligros y la gravedad de esta enfermedad en los niños.

Escribe el Dr. Baltasar Hernández Briz, médico de número del Hospital General, Jefe de la consulta de enfermedades de los niños; sobre: Los Adenoflemones del cuello en los niños. En el dice que es una enfermedad frecuentísima, ha-

biendo asistido en un trimestre, 30 enfermitos, 12 niños y 18 niñas. Cuenta que es una enfermedad de inusitada gravedad. Sobre sus causas, que son muy variadas, cita a la cabeza de todas ellas, la escrófula y el linfantismo, en niños mal alimentados, que viven en malas condiciones higiénicas, en habitaciones húmedas y sombrías en que no entra el sol. Describe los hallazgos clínicos: el adenoflemón se sitúa delante de la aponeurosis cervical, se extiende de una oreja a la otra y pende como un grueso bocio. En cuanto al tratamiento emplea la aplicación de compresas empapadas en ácido bórico al 4%, un 2% de ácido fénico. Si el ganglio está solamente infartado, pone una embrocación de tintura de yodo, se les administra aceite de hígado de bacalao, jara-be de quina. Si amenaza supuración, se desbrida y se pone un algodón fenicado para evitar su cierre. Si es tuberculoso pone una gran cantidad de iodoformo pulverizado en la abertura.

El Dr. Mario González de Segovia, Profesor de la Maternidad de Madrid, publica un artículo titulado: Reflexiones sobre la etiología, patogenia y tratamiento de la difteria, el 31 de diciembre de 1886. En el narra datos sobre la epidemia de difteria del año 1884 en Madrid, los medios diagnósticos de los que disponían, que no eran otros que la exploración visual de las amígdalas, con la suposición de que existía una inflamación de la laringe, que era lo que producía la muerte por asfixia de los niños.

El Dr. D. Bernardo Gil y Ortega, publica el 31 de marzo de 1889, un artículo titulado: Cuerpo extraño en la Tráquea, en éste se reflexiona sobre las distintas posibilidades existentes en las soluciones a la presencia de un cuerpo extraño alojado en la tráquea, y llega a la conclusión que la única forma de tratamiento era la traqueotomía. Como en este caso la familia rechazó la intervención, resultó que al cabo de varios días, el niño que tenía 5 años, expulsó de forma espontánea el piñón que se había aspirado.

Podríamos narrar otros muchos artículos muy interesantes, que más que por su calidad científica, nos apasionan las reflexiones a que nos hacen llegar los médicos del siglo XIX, con los medios que disponían entonces.

En el año 1913, siendo Director-Decano Luis Guedea se creó el Servicio de Otorrinolaringología, nombrándose para hacerse cargo del mismo

Adolfo Hinojar y Pons, quién en este primer año ingresó en el Hospital un total de veinticuatro enfermos, número que iría aumentando progresivamente en los años sucesivos. En el año 1918 acudieron a consulta 1.269 pacientes, distribuidos de la siguiente manera, 701 de oídos, 246 de nariz y 322 de la laringe y faringe. Se practicaron 161 operaciones en las salas de hospitalización, y 720 operaciones en las consultas.

Durante el año 1919, fueron tratados 1.026 pacientes en la consulta, con 645 operaciones.

Fue este médico un gran especialista. También dejó algo de su obra científica en publicaciones, que en estos primeros años aparecieron exclusivamente en La Pediatría Española.

De su obra publicada cabría mencionar los siguientes trabajos:

«La inflamación aguda primitiva del Laberinto o enfermedad de Voltolini». Este artículo describe la enfermedad de Voltolini, consiste en una meningitis con afectación ótica y laberíntica, en la que además de la sordera, el enfermo sufría un cuadro de inestabilidad, al cabo de varias semanas se compensaba el equilibrio, pero persistía la sordera. Si la edad de presentación de la meningitis era prelocutiva, ocasionaba el síndrome de la sordomudez.

Otros temas publicados fueron:

- «Reeducación auditiva», es el resumen de una conferencia pronunciada, en la que explica los diferentes métodos empleados para la estimulación auditiva, porque él decía que órgano que no trabaja, se atrofia y anula. Era el principio de la logopedia.
- «Un nuevo síndrome de parálisis bulbar».
- «Tratamiento post-operatorio en los vaciamientos retromastoideos de los niños».
- «Malformación congénita de la laringe»: Describe mediante examen laringoscópico la existencia de una membrana delgada que une las dos cuerdas vocales, tapando por completo la glotis fonatoria, aunque deja libre la glotis respiratoria. El Dr. Hinojar pretende sencillamente incidir la membrana en línea media, y si las dos mitades no se retraeran por si solas, se vería obligado a realizar una intubación.
- «Utilidad de la anestesia general por la mezcla etéreo-oleosa en inyección rectal

en las intervenciones quirúrgicas otorrinolaringológicas».

– «Crup primitivo y apirético».

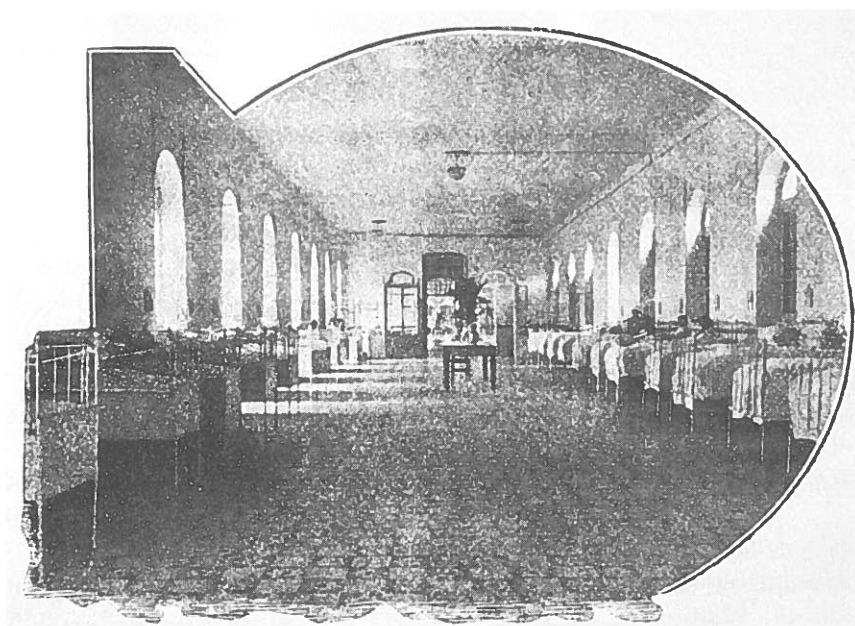
Dentro de este Servicio de Otorrinolaringología, colaboraron con Adolfo Hinojar, Ezequiel Barrio Sánchez y Francisco Layna Serrano.

En la misma revista *La Pediatría Española*, se publicaron también artículos de otros autores como el Dr. D. Martín González Álvarez, Profesor del Hospital del Niño Jesús, en el que hace una reflexión muy interesante con el título: *Las amígdalas, ¿deben respetarse?* Fechado el 30 de septiembre de 1921, con el número 108. Comienza escribiendo: A las amígdalas palatinas y a la amígdala de Luschka, se le atribuyen generalmente una porción de afectos de los que ellas no son responsables en la mayoría de los casos, pero que se prestan como víctimas propiciatorias, ya que no hay otro órgano más a mano a quien achacar la enfermedad. Después dice que no hay que culpar a las amígdalas de la causa eficiente del estado de nutrición lán-guida. En la enuresis nocturna y en el terror nocturno. A poco exista, aunque sea ligera la hipertrofia, se piensa enseguida con cariño su culpabilidad y son extirpadas; pero lo regular es que el niño siga orinándose por las noches o despertando sobresaltado por el miedo. Lo mismo afirma en los casos de catarros de vías

altas. Recuerda el papel defensivo de las amígdalas y que no puede aceptarse que la hipertrofia predisponga a la difteria. Comenta que antes de la amigdalotomía debe intentarse la curación por métodos incruentos como son los toques suaves con Cloruro de Zinc (1 por 30); duchas de aire caliente, aspiración de las amígdalas y cauterización. Por último hace su disconformidad ante el método que generalmente se emplea en la extirpación de las vegetaciones, con la cucharilla cortante fenestrada de Beckmann, la cual corta el pedículo, pero no del todo y este puede volver a crecer, reproduciendo la vegetación. Realmente este artículo es todo una premonición de lo que se piensa en la actualidad sobre esta patología.

En la misma Revista de *La Pediatría Española*, también en el año 1921, se publica una Sesión Científica del Cuerpo Facultativo del Hospital del Niño Jesús, en la se discute sobre Un caso a Diagnosticar, referente a un Tumor del maxilar superior izquierdo en que se discute las diferentes posibilidades diagnósticas de tumores, tanto benignas como malignas del maxilar superior.

Existen publicaciones muy variadas, de mucho interés que sería imposible resumir, pero durante estos años transcurridos hasta el año 1939, en *La Pediatría Española* se publicaron muchísimos casos de patología Otorrinolaringo-



Sala de hospitalización.

lógica Pediátrica, que marcaron las pautas de tratamiento de lo que vendría a ocurrir después de la guerra.

El siguiente Jefe del Servicio de ORL del Hospital del Niño Jesús, fue nombrado el año 1943, fue el Dr. Molina Colomer, que estuvo hasta el año 1966, posteriormente el Dr. Leiras y finalmente el Dr. Molina Gómez.

A partir del año 1980 se comienza a trabajar en patología de la vía aérea, con especial dedicación a la Papilomatosis Laríngea, y en general a la patología congénita de la vía respiratoria. También el Hospital del Niño Jesús es Centro de referencia en la patología de la aspiración de cuerpos extraños en laringe, tráquea y bronquios, teniendo una media de 30 casos cada año. Asimismo se inicia en los tratamientos de la vía aérea, la aplicación del Láser CO₂, sobre todo para la patología congénita, atresias de coanas, papilomatosis, etc.

A finales del año 1998, se realiza el primer Implante Coclear en un niño de 4 años.

En Madrid existe un Hospital Privado, dependiente de la Orden de San Juan de Dios, que es el Hospital de San Rafael, cuya asistencia ha sido a lo largo de muchos años de dedicación a los niños.

A partir de la década de los 60 cuando se empezaron a construir los grandes complejos Hospitalarios de la Seguridad Social, varios de ellos tuvieron anexos de Hospitales Materno Infantiles con personalidad propia, en los que trabajan Otorrinolaringólogos con independencia de las Residencias Generales, en los que su actividad es únicamente dedicada a la ORL Pediátrica.

De estos destacamos:

Badajoz:	Hospital Materno Infantil.
Barcelona:	Hospital Materno Infantil del Vall d'Hebron.
Granada:	Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves.
Madrid:	Hospital Infantil del Hospital de La Paz.
Madrid:	Hospital Materno Infantil del Doce de Octubre.
Málaga:	Hospital Materno Infantil.
Sevilla:	Hospital Materno Infantil del Hospital Virgen del Rocío.

Valencia: Hospital Materno Infantil de La Fe.

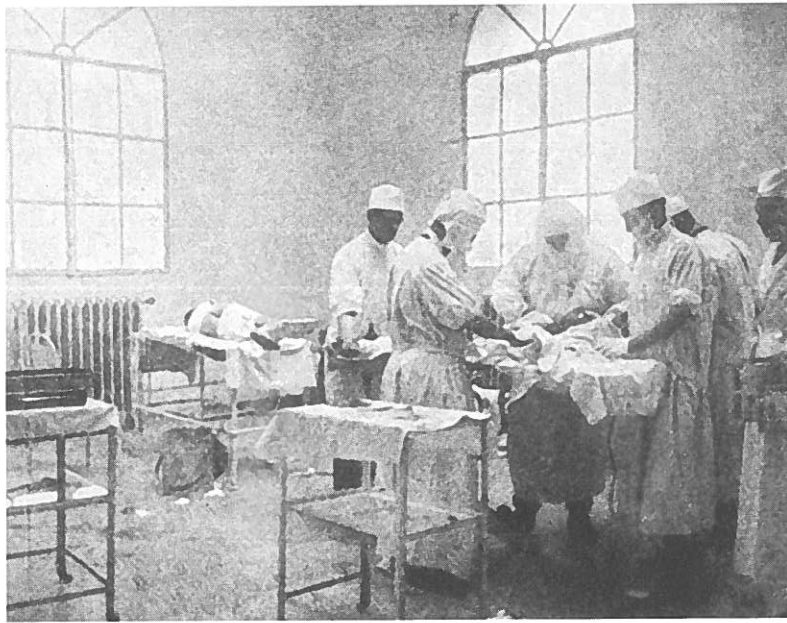
Vizcaya: Hospital Materno Infantil de Cruces.

En Cataluña, la ORL Pediátrica no empieza a tener personalidad propia hasta el año 1945, en el que las Cátedras de la Facultad de Medicina de ORL de Barcelona que dirigía el Profesor Fernando Casadesús y la de Pediatría del Profesor Rafael Ramos inician una íntima colaboración interdisciplinaria al objeto de valorar al máximo los problemas que les plantea la patología ORL pediátrica que son en su mayoría procesos rinofaríngeos y óticos, muchas veces con importante repercusión en su estado general. Es designado el Doctor Rosendo Poch Viñals adscrito al Servicio de ORL para que se ocupe de la patología correspondiente en la Clínica de la Cátedra de Pediatría fundando desde aquel momento un departamento de ORL en dicho Servicio Hospitalario.

Fueron estudiados temas como la endoscopia traqueo-laringoscópica, presentando una comunicación al «IV Congreso Internacional de ORL» celebrado en Londres en 1949. «La Broncoscopia en el Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Ganglionar Mediastínica en el niño». A remarcar también sus investigaciones sobre la Tuberculosis faringo-amigdalina y muy especialmente su dedicación a la otitis media del lactante divulgando sus experiencias a través de publicaciones y sesiones clínicas.

Al mismo tiempo en la década de los años 40 se reorganiza el antiguo Hospital San Juan de Dios de Barcelona que sólo atiende a niños hasta la edad de 15 años, haciéndose cargo del Servicio en 1941 el Doctor Andrés Clarós Domènech. En la década de los años 50 coincidiendo con el desarrollo de la otología, se recibe y atiende el mayor porcentaje de patología crónica del oído medio de la época.

En aquellos años todos los actos quirúrgicos ya se practicaban bajo una pre-anestesia. Las endoscopias aero-digestivas se practicaban de forma rutinaria bajo anestesia general y sin complicaciones y los cuerpos extraños y las broncoscopias pediátricas adquirieron gran prestigio.



Sala de curas.

En el año 1970, la orden Hospitalaria de San Juan de Dios decidió vender los terrenos del antiguo Hospital situado en la Diagonal de Barcelona y compró unos terrenos donde edificó el actual Hospital Universitario San Juan de Dios de Barcelona. A partir de este momento la Otorrinolaringología Pediátrica adquiere una madurez y reconocimiento estatal, transformándose en Hospital de referencia para pacientes del territorio nacional, afectos de malformaciones craneofaciales, laríngeas, patología traqueobronquial, así como los Implantes Cocleares y el resto de la patología otológica.

En el año 1980 el Hospital San Juan de Dios y Hospital Clínico organizaron un Curso de Otorrinolaringología Pediátrica de un mes y medio de duración. Fue dirigido por los Doctores A. Clarós, J. Traserra, R. Avellaneda y P. Clarós.

La Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial, decide crear la Sección de Pediatría el año 1995, y esta tiene su primera reunión oficial en el XV Congreso de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial, celebrado en el mes de octubre de 1996 en Palma de Mallorca. A dicha reunión asisten los Dres Pedro Clarós, Jaime Marco, y Blas Pérez. Posteriormente se nombra coordinador de la misma al Dr. Javier Cervera

Escario. Desde entonces dicha Sección ha tratado de divulgar la enseñanza de la ORL Pediátrica en Cursos, Mesas Redondas y Simposiums, de los que cabe destacar el Simposium Internacional «Patología Infecciosa en Otorrinolaringología Pediátrica», celebrado en febrero 1998, en La Laguna. Tenerife. Organizado por el Dr. Blas Pérez, que contó con la presencia del Dr. Bluestone. También el Simposium sobre: Manejo de la vía aérea en los niños, celebrado en el curso del Congreso Nacional de Las Palmas de GC. Octubre 1998, que fue moderado por el Dr. Cervera Escario, en el que se contó con la asistencia del Prof. R. Cotton.

Durante el año 1999 la divulgación de la ORL Pediátrica, sigue con la misma intensidad, celebrándose 3 Cursos, uno en Sevilla, organizado por el Prof. Gómez Ángel, de ORL Pediátrica, que contó también con la presencia de los Dres. Cotton y Bluestone, otro en Valencia organizado por el Prof. Marco, en el que se trataron a fondo los problemas de las infecciones de las vías altas, otro en Madrid, organizado por el Hospital de San Rafael, de Madrid, sobre Urgencias en ORL Pediátrica. Para el Congreso Extraordinario del 50 Aniversario de la SEORL, está previsto que se celebren 2 mesas redondas y 2 Workshop monográficos sobre pediatría.

CAPÍTULO VIII

LA ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LAS DIVERSAS REGIONES Y COMUNIDADES ESPAÑOLAS. LA IMPORTANCIA DE LAS SOCIEDADES REGIONALES

- Andalucía
- Aragón
- Castilla:
 - Castilla y León
 - Castilla-La Mancha: Cuenca, Guadalajara y Ciudad Real
 - Valladolid
 - Salamanca
- Cataluña
- Extremadura
- Galicia
- Valencia

Coordinador J. J. López Moya

LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN ANDALUCÍA



Reunión de la Sociedad Andaluza, noviembre 1982. F. Navarro, Álvarez Vicent y Bartual.

Dr. Fernando Navarro Ortiz

Los orígenes de la SOCIEDAD OTORRINOLARINGOLÓGICA ANDALUZA se remontan a los años de la posguerra. Por aquella época muchos otorrinolaringólogos andaluces sentían el deseo de agruparse en una asociación que organizara reuniones periódicas y facilitara el contacto entre ellos.

Durante un curso en Madrid, en el que coincidieron los doctores Morote y Alemán, de Sevilla, González Salceda, de Huelva y Navarro Giménez de Córdoba, decidieron crear una asociación que aglutinara a todos los especialistas andaluces y pensaron que el Dr. Navarro Moreno era la persona indicada para llevar adelante

las gestiones, por ser conocido, querido y respetado por todos.

Se daba además la circunstancia de que los intentos de fundar una sociedad de ámbito nacional habían fracasado. Únicamente en Cataluña existía una sociedad regional de Otorrinolaringología.

Todo esto llevó al Dr. Navarro Moreno, en la primavera de 1948 a convocar una reunión para constituir la SOCIEDAD ANDALUZA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA, enviando una circular en la que entre otras cosas decía:

«En conversaciones tenidas con algunos compañeros especialistas de Andalucía, he

podido comprobar el deseo de buen número de ellos, de organizar reuniones anuales de otorrinolaringólogos, que para mayor confraternidad y esparcimiento podrían ser cada año en una capital andaluza, con el nombre, por ejemplo, de ASAMBLEAS REGIONALES DE ORL ANDALUCES, y en las que se pudiera exponer y discutir nuestros casos clínicos, comunicar nuestras opiniones sobre tratamientos, para aleccionarnos mutuamente en conferencias dialogadas con directrices siempre eminentemente prácticas.»

Fueron numerosas las contestaciones adhiriéndose a la idea. De entre todas ellas es especialmente significativa la del Dr. Esteban de Granada:

«Ya que está visto que no se puede conseguir en España una Asociación de carácter nacional, hagamos nosotros lo que está a nuestro alcance; lo que se pierda en extensión se ganará, sin duda, en intensidad. Las reuniones serán más fáciles, y más íntimas y más cordiales, y por ello, más útiles.»

La reunión, que en principio se pensaba tener en el mes de junio de aquel año de 1948, tuvo que ser aplazada, celebrándose finalmente el día 1 de noviembre de ese año, en el Colegio de Médicos de Córdoba.

A esta reunión asistieron los siguientes especialistas:

Prof. D. Antonio Marín Calderín, catedrático de Cádiz.

D. José Memán Caballero, D. Eduardo Cobos Gutiérrez, D. Eduardo Pardo Pineda y D. Antonio Morote Calafat de Sevilla.

D. Tomas González Salceda y D. Bobo García, de Huelva.

D. José Esteban Navarro, de Granada.

Dr. Segovia Morán y D. Juan de Dios Peñas Bellón (Úbeda), de Jaén.

D. José Martínez Zamora, de Almería.

De Córdoba asistieron los Drs. Navarro Moreno, Romaguera Mora, Ramírez Mohedano, Molina Beca y Navarro Giménez.

Se recibieron las adhesiones de: Prof. Sánchez Rodríguez, a la sazón catedrático de Gra-

nada, Dr. Escribano García-Sola, D. Julio Carcellé, D. Eduardo Díaz, D. Rafael Romero Rodríguez, D. Enrique Ruiz Bermúdez, D. Juan Portela Rodríguez, D. Joaquín Portela Villasante, D. Federico Alcázar García, D. Ignacio Lazarraga y D. Francisco Olmo Toral.

La reunión fue presidida por D. Antonio Martín Calderín, a quién fue ofrecida la presidencia de la Sociedad, pero declinó en favor de D. José Navarro Moreno, en ella quedó constituida la sociedad y se nombró la Junta Directiva, que fue la siguiente:

Presidente: D. José Navarro Moreno.

Vicepresidente: D. Juan Romaguera Mora.

Secretario General: D. Fernando Navarro Giménez.

Tesorero-Contador: D. Enrique Molina Beca.

Vocal por Córdoba: D. Manuel Ángel Ramírez Mohedano.

Vocal por Sevilla: D. Antonio Morote Calafat.

Vocal por Huelva: D. Tomás González Salceda.

Vocal por Cádiz: D. Juan Portela Rodríguez.

Vocal por Granada: D. José Esteban Navarro.

Vocal por Málaga: D. Ignacio Lazarraga.

Vocal por Almería: D. José Luis Martínez Zamora.

Vocal por Jaén: D. Manuel Segovia Morón.

El Ministerio de la Gobernación autorizó la constitución y su funcionamiento con fecha 21 de enero de 1949, lo que le fue comunicado al Dr. Navarro Giménez por el Gobierno Civil de la Provincia de Córdoba el día 29 de ese mismo mes.

De lo expuesto hasta aquí se puede concluir que la creación de la SORLA fue acogida con entusiasmo por los otorrinolaringólogos andaluces. Algunos de ellos manifestaron su adhesión al proyecto, otros asistieron a la reunión constituyente y otros, por no poder asistir a esta reunión, excusaron su asistencia a la misma. En total, 43. Por aquella época había unos 90 especialistas en Andalucía, por lo que casi el 50% de ellos participó en su fundación.

El día primero de febrero de 1949 se celebra una reunión en el Colegio de Médicos de Córdoba, en la que la SORLA queda oficialmente constituida. En ella el presidente, Dr. Navarro

Moreno informa de la aprobación de los estatutos por el Ministerio de la Gobernación, y la autorización de la constitución y funcionamiento de la sociedad. Asimismo se confirma a la Junta Directiva y se acuerda imprimir los estatutos.

También se acuerda celebrar la primera Asamblea (Congreso) en Córdoba, que tendría lugar en octubre de ese mismo año de 1949.

Pero antes de que tuviera lugar esta Asamblea se produjo un hecho de trascendental importancia en la historia que nos ocupa: se fundó de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA lo que movió a D. José Navarro a ponerse en contacto, con fecha 24 de febrero de 1949, con los vocales provinciales para que recogieran la opinión de los especialistas de su provincia sobre la oportunidad de seguir adelante con la SOCIEDAD ANDALUZA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA o disolverla, ya que en aquella fecha la Sociedad Andaluza estaba ya constituida, sus estatutos aprobados y su funcionamiento autorizado.

A la vista de las conversaciones recibidas, el Dr. Navarro envía en el mes de junio otra circular a todos los otorrinolaringólogos andaluces, en la que les dice:

«Aprobados éstos (los estatutos), y ya con carácter oficial de la Asociación Andaluza, surgió la creación de la Asociación Nacional y, a la vez, la duda de si tenía razón de ser la Regional que habíamos constituido y por ello se pasó una circular a los delegados de provincia para que consultaran la opinión de todos los compañeros.»

A tenor de las respuestas recibidas se decide seguir adelante con la SORLA, aunque hubo de aplazar la I ASAMBLEA (CONGRESO) para el otoño de 1949, para no coincidir con el I CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA.

El discurso inaugural de esta I ASAMBLEA lo pronunció el Dr. Navarro Moreno en su calidad de presidente.

La ponencia fue desarrollada por el Dr. Martín Calderín entonces catedrático de Otorrinolaringología de la facultad de Medicina de Cádiz y llevaba por título «CONCEPTO ACTUAL DE

LA FISIOPATOLOGÍA Y CLÍNICA DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO», tema que hoy, muchos años después sigue siendo de actualidad.

Se presentaron 32 comunicaciones, todas de la máxima calidad y actualidad en aquellos momentos.

El día 15 de octubre, coincidiendo con el Congreso, se celebró una Junta General de la SORLA, según lo dispuesto en el artículo 34 de sus estatutos. En él se acordó nombrar socios de honor a los profesores García Tapia y Martín Calderín y al doctor Navarro Moreno.

Desde entonces la SORLA ha celebrado un total de veinte congresos y varias reuniones de un solo día de duración.

La periodicidad de los congresos es bianual, alternándose capitales de la provincia de Andalucía Occidental y Oriental. El próximo a celebrar, en año 2000, tendrá como sede Jaén.

La actual Junta Directiva de la SORLA está constituida de la siguiente forma:

Presidente de honor: D. Tomás González Salceda.

D. Miguel Ciges Juan.

D. Manuel Otero Gómez-Quintero.

Presidente: D. Fernando Navarro Ortiz.

Vicepresidente 1º: D. Miguel González Pérez.

Vicepresidente 2º: D. Juan Bartual Pastor.

Vicepresidente 3º: D. Francisco Morote Jurado.

Secretario: D. Ricardo Bermúdez Polonio.

Tesorero: D. Manuel Ballesteros Navarro.

Contador: D. Enrique Ruiz Carmona.

Secretario de Actas: D. Salvador Rueda Casola.

Vocal por Almería: D. Juan Cano Hernández.

Vocal por Cádiz: D. Jorge Roquete Gaona.

Vocal por Córdoba: D. Juan Roldán Nogueras.

Vocal por Jaén: D. José Antonio Toseil Antón.

Vocal por Huelva: D. Juan Saldaña Manzanas.

Vocal por Granada: D. Antonio Fernández Sánchez.

Vocal por Málaga: D. Lorenzo Zaragoza Contreras.

Vocal por Sevilla: D. Francisco Delgado Moreno.

Secretario de Actas: D. Salvador Rueda Casola.

LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN ARAGÓN

Dr. Sevil Navarro

Dr. Leache Pueyo

Dr. Damborenea Tajada

La Otorrinolaringología surge como una especialidad médica hacia la segunda mitad del siglo XIX, en esta época se produjo la integración la Otología, la Laringología y la Oftalmología, con estudio de las enfermedades nasosinusales. La posterior excisión de la Oftalmología dejó a la ORL como la especialidad que hoy conocemos.

Parece ser que fue Jearsley, en la década de los cincuenta del pasado siglo, el primero en practicar como especialista de Otorrinolaringología, fundando en Londres el Hospital Metropolitano de Oído, Nariz y Garganta. En España, el profesor Botey fue quien introdujo la palabra «Otorrinolaringología» hacia el año 1887 aunque ya en 1878 el Dr. Rubio había realizado la primera laringectomía total.

Los primeros antecedentes otorrinolaringológicos aragoneses los encontramos en dos profesionales de la medicina, el Dr. Agustín García Juliá y el profesor D. Hipólito Fairén y Andrés. Don Agustín García Juliá nació en Zaragoza. Siendo médico titular de Murillo de Gállego, cambió su residencia a la capital aragonesa en 1890, al obtener el doctorado. En ella se dedicó al estudio de la ORL pudiendo considerarse como el creador de dicha especialidad en Aragón. Fue socio fundador de la Sociedad Española de ORL, presidente de Eléctricas Reunidas Zaragoza y académico de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, cargo para el que fue nombrado junio de 1893. Su discurso de entrada en dicha institución trató sobre la traqueotomía, sus indicaciones y sus resultados en el crup. Falleció el 29 de mayo de 1928.

D. Hipólito Fairén y Andrés nació en Zaragoza en noviembre de 1856. Sus estudios de Medicina los cursó en la Facultad de Zaragoza, obteniendo la licenciatura en 1878, con clasificación de Sobresaliente. Se doctoró en Madrid en 1879 y fue nombrado profesor auxiliar interino de la Facultad de Zaragoza. Desde 1880 trabajó como profesor ayudante de clases prácticas de las Cátedras de Fisiología y Terapéutica hasta 1883, cuando fue nombrado por oposición, Catedrático de Terapéutica, Materia Médica y Arte de Recetar la Facultad de Medicina de Cádiz. Mediante concurso de traslado, pasó a dirigir en la Facultad de Zaragoza Cátedra de Higiene privada y pública. En 1886 fue elegido académico de la Real Academia de Medicina de Zaragoza donde pronunció el discurso inaugural del Curso 1887 sobre el tema: «El peligro del tuberculoso es hacerse tísico». Ocupó la vicepresidencia de la Real Academia desde 1903 a 1908 y fue miembro, así mismo de la Academia Médico-Quirúrgica de Zaragoza. Fue nombrado decano de la Facultad de Medicina en 1912 y en ese mismo año al crearse la asignatura de Otorrinolaringología, se le acumula la enseñanza de la misma, convirtiéndose en uno de los primeros cultivadores de la especialidad en España. Falleció el 25 de mayo de 1918. Sus méritos no solo fueron académicos, si no también sociales ya que su labor en la epidemia de cólera de 1885 hizo que fuera propuesto para la Cruz de la Epidemia, distinción que no aceptó. Al morir se encargó de la asignatura su hijo D. Víctor Fairén Gallan.

En esta primera mitad de nuestro siglo, doctores como el Dr. Lorente Laventana, Olivan

Yebra, García Abrines y Alonso Lej, que practicó la ORL hasta su muerte en 1936. Se encargan del ejercicio de la especialidad en Zaragoza. En Huesca destaca la figura de D. Antonio Carcésa, otorrinolaringólogo de Sanidad Nacional.

Uno de los más importantes otorrinolaringólogos que empezaron su labor durante estos años fue D. Julio Ariño Cenzano. El Dr. Ariño fue el creador del Servicio de ORL en el Hospital Nuestra Señora de Gracia donde llegó a ser Jefe de Servicio. Fue comandante médico del Cuerpo de Sanidad Militar y Otorrinolaringólogo del dispensario Oficial Antituberculoso. Ingreso en la Real academia de Medicina de Zaragoza en 1944 y fue presidente de la SEORL desde 1957 hasta su muerte en septiembre de 1968.

Su formación la realizó con grandes figuras de la ORL, como Jansen y Fraenkel, Killian. Rutin: Newman, Luc y Lermoyez. Fue presidente del Real Zaragoza Club de Fútbol entre 1938 y 1941, y viendo un partido de su equipo encontró la muerte. Recibió la medalla de oro de la SEORL como tributo a la labor, realizada en la misma. Su servicio junto con el del Dr. Víctor Fairén constituyeron la fuente de muchos otorrinolaringólogos aragoneses desde los años treinta a la setenta.

Nombres de especialistas que formados bajo la tutela de D. Víctor y D. Julio, y que ampliando conocimientos en las escuelas de Madrid con Tapia e Hinojar, o de Barcelona con Casadesús, desarrollaron su labor en Aragón una vez finalizada la Guerra Civil española, son los de Acín Puyol, Aznar Fora, Barrau, García Esteras Lorente Valle, los hermanos Obón Sierra, Ortiz Monzón o Vallés Morera. En Huesca trabajó D. Mariano de Estropá, en Barbastro D. Saturnino Hernández y en Jaca el Dr. Carlos Cenjor. En el hospital Provincial de Teruel ejerció su labor el Dr. D. Luis García Ibáñez.

De esta época, también tenemos que señalar al Dr. Bermejo. D. José María Bermejo Correa, nació en Valencia, hijo de padre zaragozano y de madre nacida en Báguena (Teruel). Realizó sus estudios de ORL con el Dr. Antonio García-Tapia. Trabajó como otorrinolaringólogo de la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Zaragoza, Aragón y Rioja, así como especialista de Sanidad Nacional. Entre sus méritos también

consta de ser Jefe de Departamento de ORL de la sección de Estudios Médicos Aragoneses en la Institución Fernando el Católico de la D.P.Z. y ser académico de la Real Academia de Medicina de nuestra ciudad donde ingresó en 1962 con el discurso: «Los laringólogos españoles y la cirugía del cáncer de laringe». Fue Jefe de Servicio de ORL en el Hospital Provincial. Murió en 1975.

El ejercicio de la profesión de todos estos compañeros presentaba en estos tiempos pasados unas barreras, que venían dadas por tres hechos importantes, que no valoramos hoy adecuadamente: La falta de antibióticos, Los problemas transfusionales, El desarrollo de la Anestesiología.

La penicilina fue obtenida en USA en 1943 en cantidad suficiente para abastecer a las fuerzas aliadas que luchaban en la II Guerra Mundial y no llegó a España hasta finales de los años cuarenta. La estreptomycinina principio antituberculostático, fue aislada en 1944; la clortetraciclina se introdujo en 1948, el cloranfenicol en 1947 y la rifampicina se obtuvo a partir de 1959 sólo la sulfamida que surgió en 1930, podía ser usado como agente antimicrobiano.

El factor Rh no fue descubierto hasta 1940 y el éter y el cloroformo, que eran usados como anestésicos generales y aplicados con mascarilla, podían causar accidentes anestésicos graves.

Esta carencia de medios, no arredraba a estos compañeros que tuvieron que enfrentarse a enfermedades mortales como la difteria laríngea. que llevaba, irremediablemente a la traqueotomía en muchas ocasiones. En el brote epidémico ocurrido entre diciembre de 1947 y enero de 1948 la Cátedra de ORL sólo disponía de una cama para este tipo de pacientes.

Antes de la era antibiótica las complicaciones de las otitis agudas se daban en un 50% de los casos y en un porcentaje similar en las formas crónicas. La principal complicación era la mastoiditis. Cuyo tratamiento además de la miringotomía consistía en la mastoidectomía realizada con martillo y gubia. La otitis gonocócica del recién nacido, era un proceso que causaba. entonces en la población infantil de la incluida Provincial de Zaragoza un buen número de bajas.

La tuberculosis laríngea se presentaba con una frecuencia mayor que la actual, debido a la gran incidencia de tuberculosis pulmonar en la población, cuyo tratamiento en 1936 era básicamente la buena alimentación y el reposo. Esta carencia terapéutica hacía que su tratamiento fuese muy complejo. Como podemos ver en el trabajo de otro antiguo compañero. El Dr. Joaquín Mateo Linares. Forense y otorrinolaringólogo, poseedor de la Cruz de la Orden de Cisneros (Beneficencia y Servicios Sociales). En este trabajo titulado, «La tuberculosis laríngea» que fue publicado en 1931 en la Revista Española y Americana de Laringología, Otología y Rinología se nos indican diversos tratamientos según cual fuese el estado de la enfermedad:

- Pincelaciones oleosas a base de mentol. gominol y creosota si la laringitis estaba en su comienzo.
- Ácido acético y galvanoterapia en las formas erosivas y ulcerosas, en las que estaba contraindicado el tratamiento quirúrgico. Ya que se abría al exterior una herida difícilmente curable.
- Traqueotomía en las formas estenosantes.
- Raspado con cucharilla en las lesiones muy localizadas.

El nitrato de plata era utilizado para cauterizar pólipos del conducto auditivo, o los bordes de perforaciones timpánicas para facilitar su cierre. Las laringectomías se realizaban en ocasiones con anestesia local, así como la laringofisura. El Dr. Bermejo Correa en su tesis doctoral, «Cura radical de la sinusitis fronto-etmoidal», realizada en 1933, nos habla del tratamiento quirúrgico de esta patología, valorando según la bibliografía y el estudio de casos clínicos, el tratamiento por vías endonasal, frontal, orbitaria y frontonasal.

Para terminar con este repaso, llamémosle anecdótico, de la patología nombraremos el trabajo presentado por el Dr. Daniel San Pío, en las jornadas Médicas Españolas. En él, D. Daniel, nos habla de tratamientos como la roentgenterapia, la radiumterapia o la diatermocoagulación, para tratar afecciones amigdalares, como otras terapéuticas a usar junto a la amigdalectomía.

Dichas Jornadas se celebraron en Zaragoza en el año 1943. La sección de ORL fue presidida por el Dr. Víctor Fairén y el Dr. San Pío Bouza y contó con la presencia del Dr. José María Bermejo Correa, el Dr. Joaquín Clavero Juste y el Dr. Manuel Fairén como otorrinolaringólogos aragoneses y con los doctores García-Tapia y Sánchez Rodríguez entre otros especialistas de gran prestigio nacional e internacional.

La labor de estos profesionales nombrados se realizaba en la mayor parte de los casos de forma pública y privada al crearse, tras la Guerra Civil, el que fue antiguo Seguro Obligatorio de Enfermedad y el Instituto Nacional de Previsión. Tampoco debemos olvidar que en 1949 se creó en el Hospital Militar de Zaragoza una plaza de Otorrinolaringología que ocuparía el Dr. Martínez Berganza, hasta pasado 1970, y que posteriormente dependería de la jefatura de D. Antonio Pérez Peña; que trabaja con el Dr. Pérez Sánchez y el Dr. Abad actualmente. Otro foco de actuación fue la plaza de otorrinolaringólogo de Sanidad Nacional, que tras el Dr. Bermejo, pasó a ocupar hasta hoy el Dr. Julio Knaster del Olmo.

La ampliación de la cobertura de lo que se llamaría Instituto Nacional de la Salud, dio lugar a la edificación de los grandes hospitales de la red nacional de salud, la creación de los cupos quirúrgicos y la posterior aparición de los Servicios Jerarquizados.

En 1955 se inauguró en Zaragoza la Residencia Sanitaria José Antonio, hospital del que pasaría a depender algunos especialistas nombrados y en el que posteriormente se formó el Servicio Jerarquizado de ORL cuyo primer jefe de servicio fue del Dr. Domingo de Miguel Hernández, que contó con la colaboración como Jefe de Sección del Dr. Víctor Palomar. El Dr. de Miguel, nació en Almudévar del Campo (Ciudad Real), sus estudios de medicina los realizó en Salamanca, ciudad en la que se formó como otorrinolaringólogo con el Dr. Cañizo. Su trabajo en Zaragoza lo realizó primero como especialista de un cupo quirúrgico de ORL y posteriormente como creador y jefe del servicio en el que hoy es Hospital Miguel Servet. Trabajó así mismo, en la Facultad de Medicina, en la que ocupó plaza de profesor titular de la Cátedra de ORL. Su calidad personal, ha hecho que sea

uno de los profesionales más recordados de toda la ORL aragonesa y española. Murió en septiembre de 1991.

En los años 70 el antiguo Clínico de Zaragoza fue sustituido por el que hoy es el hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; en él que la labor asistencial se complementa con la de la enseñanza de la especialidad, de lo que posteriormente hablaremos. En los años 70 se creó el Servicio Jerarquizado de Otorrinolaringología del Hospital S. Jorge de Huesca con los doctores Escolan y Marín, que complementaron la labor asistencial de los doctores Estropá, Ramiro Campos y José Víctor Tísner en esa ciudad. Este servicio junto con la labor del doctor Castejón en Jaca y la creación en 1985 del Hospital de Barbastro, en el que los doctores Dalmau Galofré, Virgilio Ayerlbe (que trabajaba como especialista de cupo) Marcos Morais y Bernat Gili, crearon el servicio de ORL, cubrieron y cubren la asistencia otorrinolaringológica pública de Huesca.

En Teruel hemos de señalar la existencia del servicio de ORL del Hospital Obispo Blanco bajo la dirección del Dr. Fermín Cámara y de la labor asistencial en Alcañiz que cubrieron y cubren los doctores Aznar, Gañet, De Francisco, Fumanal, Micó, Millán, Vizmanos o Sevil. En Zaragoza además de los anteriormente comentados, la labor asistencial es cubierta por el servicio del Hospital de Calatayud, donde trabajaron los Dres. Millán y Royo y que ahora cubren los doctores Vizmanos y Gaiteiro; del servicio del Hospital Nuestra Señora de Gracia con los doctores Berinelo y Castellote con el conjunto de especialistas de cupo formado por los doctores Tísner, Almárcegui, Gil, Tejero, Rivas. Gracia Nogueras, Gañet, Lorente. Lasso y García Bonet. En 1963 Calatayud contaba con el trabajo del Dr. Restituto Martínez Martínez.

Esta década, entre los años 60 y 70, constituye la época del despegue quirúrgico de nuestra especialidad, y el desarrollo de la cirugía de la sordera, de la cirugía ganglionar de cuello, de la cirugía parcial horizontal de laringe. o de la microcirugía de laringe entre otras. Estos hechos han sido vividos por profesionales como Aznar Bartolomé, Bermejo Zapatero, Contín Pellicer, Coderque Giménez, García de Abrines, García Guzmán, Jiménez Sosa, Marín Fondevila, Mateo

Blanco, Ortiz García Porquet Bueno o San Pío, a los que se añadieron posteriormente los doctores Bretos Rodrigo, Sanz Licirta, Ibero Gáldez, Jiménez Vergara, Lacasa Laliena., Martínez-Berganza y Asensio y Vallés Varela entre otros.

Todos los nombrados en los párrafos anteriores y otros como Abenia, Adiego, Alfaro, Alfonso, Baena, Bon, Damborenea, de Miguel García, Fernández Liesa, Fraile, García Solans, Gómez Díaz, Liguna, Lahoz, Leache, Rivas, Romero, Valero o Vicente hemos de enfrentarnos actualmente con el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas y quirúrgicas como las laringectomías parciales, la cirugía con láser o la cirugía endoscópica nasosinusal, para cumplir con la misión iniciada hace unos cien años, en esta tierra aragonesa y que los médicos residentes que actualmente se forman en los hospitales aragoneses han de confirmar.

Antes de terminar con el repaso histórico, hemos de recordar a los doctores Palomar y Fernández, jefes de servicio y sección respectivamente en los Hospitales Arnau Villanova de Lérida y Hospital de Vinaroz, así como a los doctores Blanc Curto, Garzón Cales, Pardo Laplana, Pérez Obón, Tormo Tormo, Viñuela Díaz y a un grupo de aragoneses, que tras los pasos de la doctora Cervera realizan su labor en la provincia de Cádiz.

LA CÁTEDRA DE ORL DE ZARAGOZA

Como hemos comentado anteriormente la asignatura de otorrinolaringología fue creada en 1912 y le fue acumulada como asignatura a D. Hipólito Fairén. Tras la muerte de este se ocupó de ella su hijo D. Víctor y tras él, el profesor D. Manuel Fairén Guillén, que años más tarde se convirtió en el último catedrático con nombramiento que ha habido de esta especialidad médica. Actualmente se encuentra en situación de retiro por jubilación y de él hay que destacar su afición y conocimientos de la Anatomía Patológica de los procesos malignos de cabeza y cuello, sus estudios sobre la tuberculosis y la amplia cantidad de libros escritos dedicados a la especialidad.

Antes de Don Manuel fueron catedráticos: D. José Traserra, que se formó con el Profesor Azoy

en el servicio de la Facultad de Medicina de Barcelona. Fue nombrado catedrático en 1971. Don Andrés Sánchez Rodríguez, que fue secretario de la SEORL e introductor y defensor en España de las técnicas de laringectomía horizontal supraglótica creadas por el Dr. Justo Alonso en 1939. Alumnos suyos como el Dr. Sebastián Contín. Alfonso Mateo Blanco, junto con Carlos Cenjor y Domingo de Miguel organizaron en Jaca en septiembre de 1985, la X reunión anual de antiguos discípulos y colaboradores del Dr. Sánchez Rodríguez.

Junto con Domingo de Miguel Hernández, otro de los profesores de renombre que nos han enseñado esta asignatura ha sido el profesor Joaquín Poch Broto. Tras la jubilación de Don Manuel, el profesor Héctor Vallés Varela se ha hecho cargo de la asignatura, con la colaboración de otros compañeros que trabajan en el HCU, como Alberto García Guzmán o Juan Royo entre otros.

LA SOCIEDAD ARAGONESA DE ORL

El día 6 de junio de 1990, tuvo lugar en la sede del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza, el acto fundacional de la Sociedad Aragonesa de Otorrinolaringología. En él, los doctores Ortiz García, Bretos Rodrigo, Martínez-Berganza Asensio y Jiménez Josa, pusieron su firma en los estatutos que rigen dicha sociedad. Posteriormente, el día 10 de junio de 1991, se procedió a realizar la primera Asamblea General Extraordinaria de dicha Sociedad en la que se nombra la que sería la primera Junta Directiva de la SEORL.

Los miembros electos que constituyeron esa junta fueron los siguientes:

Presidente: Dr. Héctor Vallés Varela.
Vicepresidente: Dr. Luis Aznar Bartolomé.
Secretario: D. José Víctor Tísner Nieto.
Tesorero: D. Antonio Pérez Peña.
Vocal por Zaragoza: José Marín Fondevila.
Vocal por Huesca: Aquileo Baena Arévalo.
Vocal por Teruel: Fernando Vizmanos Sevilla.

En esta asamblea se acordó Conceder a título póstumo al Dr. Domingo de Miguel Hernán-

dez, la distinción de Miembro Honorífico de la Sociedad por su inestimable aportación y abnegada dedicación a la otorrinolaringología aragonesa.

La Sociedad contó en un principio con 87 miembros numerarios y con los Laboratorios Juste S.A., como socio benefactor. Actualmente existen 107 socios numerarios, cuatro nuevos socios honoríficos, que son Luís García Ibáñez, George Lawson, Teodoro Sacristán Alonso y Juan José Álvarez Vincent, y dos nuevos socios benefactores, los Laboratorios Glaxo y Schering Ploug.

Desde su fundación la labor de nuestra Sociedad ha sido principalmente científica aunque ha intentado colaborar en aquellas cuestiones de interés para nuestro colectivo. La primera actividad científica promovida por la Sociedad la constituyó la conferencia sobre «Progresos terapéuticos en la compensación central de un déficit vestibular periférico» a cargo del Dr. Michael Toupet el 29-X-91. Posteriormente, el 1-11-92, se celebró la Sesión «In Memoriam» del Dr. Domingo de Miguel Hernández. Que contó con la colaboración de figuras de la ORL como el Dr. Sacristán, Dr. Álvarez Vicent. Dr. Cañizo y Dr. Viñuela, Dr. Ortiz García y Dr. Fairén entre otros. La primera Jornada Aragonesa de ORL tuvo lugar el 31-X-92 en el Hospital S. Jorge de Huesca donde se leyó la ponencia «Micosis del conducto auditivo externo».

Otras sesiones científicas de la SEORL han sido:

- Conferencia del Dr. Claussen sobre «Las modernas experiencias topodiagnósticas y terapéuticas en los trastornos del equilibrio en las personas ancianas», Zaragoza (1-IV-92).
- Sesión sobre «Rinitis crónicas vasomotoras», Zaragoza (5-XI-92).
- Colaboración en la Mesa de Oncología de Cabeza y Cuello del III Congreso Aragonés de Medicina y Cirugía, con el tema «Problemática actual del carcinoma de laringe en Aragón», por el Dr. Vallés (10-I-92).
- Reunión conjunta de las Sociedades Aragonesa y Navarra de ORL, sobre el tema «Otoclrosis» Jaca (13-IV-93).

- Mesa redonda sobre «Alergia en ORL: aspecto de su valoración médico-legal», Hospital Militar de Zaragoza (18-IV-93).
- Ponencia sobre «Vaciamientos ganglionares cervicales en el cáncer de laringe e hipofarínge» Zaragoza (29-V-93).
- Ponencia sobre «Fisiopatología de la Trompa de Eustaquio», Alcañiz (20-XI-93).
- Mesa redonda sobre «Miringoplastias. Técnicas y resultados», Barbastro (26-XI-94).
- «Aplicación quirúrgica del láser en ORL», sesión dada por el Dr. George Lawson en Calatayud (2-XI-95).
- «Pasado, presente y futuro de la Otología» con los doctores Luis García Ibáñez, Emilio García-Ibáñez Fernández, Luis García-Ibáñez Cisneros, Diputación Provincial de Zaragoza (23-XI-96).
- Primera Jornada Científica Blanca de la SEORL, donde se estudiaron las reuniones: Profilaxis antibiótica en intervenciones ORL y Protocolo de actuación en otorreya, alergia nasal y síndrome vertiginoso en Benasque (Abril 1997).
- Mesa redonda sobre traumatismos nasales moderada por el Dr. Víctor Palomar García en Huesca (12-IV-97).
- Reunión sobre la «cirugía funcional del cáncer de laringe» impartida por el Dr. Talavera Zaragoza (22-XI-97).
- En la Asamblea Extraordinaria realizada en marzo de 1993 en Jaca se aprobó la creación del Premio Científico «Domingo de Miguel Hernández». Los premiados han sido hasta ahora:
 - Dr. José Víctor Tísner Nieto por su trabajo «Plasmocitomas extramedulares solitarios de vías respiratorias superiores. Presentación de cuatro casos.
 - Dra. Isabel Adiego Leza por: «Rara asociación de tuberculosis secundaria amigdalar y cerebral».
 - D. Javier Pérez Obón por: «Estudio de las urgencias externas otorrinolaringológicas en un hospital terciario».

- D. Ángel Urpegui García por: «Exploración de las fosas nasales mediante rino-manometría acústica».
- D. José M. Abenia Ingalaturre por su línea de investigación basada en el estudio experimental de una nueva prótesis traqueal de diseño propio.

Las metas últimas que se ha propuesto la SEORL son la creación de la Revista «ORL ARAGÓN» que represente a nuestra Sociedad, y la organización del primer Congreso Aragonés de ORL.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrew V. y cols. Atlas de cirugía del oído. Ed. Panamericana S.A. Buenos Aires 1988.
2. Antolí-Candela F y García Ibáñez L. Cirugía funcional de las Otorreas. Acta ORL Esp. 1957. Año VIII, Vol. I.
3. Ariño Cenzano J. Nota necrológica. Acta ORL Esp. 1968, Año XIX, Vol. II.
4. Belmonte Vicente A. Terapéutica antimicrobiana. RUAN S.A., Madrid 1982.
5. Bermejo Correa. Nota necrológica. Acta ORL Esp. 1975, Año XXVI, Vol. IV.
6. Bermejo Correa J. María Cura radical de la sinusitis fronto-etmoidal crónica. Rev. Esp. y Am. de laringol. Otol. Rinol 1933, Año XXIV, nº 8 y 9.
7. Cañizo Suárez C, at cols. Indicaciones especiales de la laríngeotomía horizontal supraglótica. Acta ORL Esp. 1962, Año XIII, Vol. II.
8. García González J, García Silo N. Consideraciones sobre cien años de cirugía del cáncer de laringe. Acta ORL Esp. 1974, Año XXV, Vol. 1.
9. Guerrier Y. *Traté de Techniques Chirurgicales d' ORL et cervico-faciale*. Tomo III. Masson et C. Paris 1984.
10. Mateo Blanco A y Contín Pellicer S. Un siglo de Otorrinolaringología en Zaragoza (1870-1970). Actas del IX Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Vol. II. Zaragoza 1989.
11. Mateo Linares J. La Tuberculosis laríngea. Rev Esp y Am de Laringol Otol y Rinol 1931. Año XXII, nº 11.
12. Solsona Motrel F. Catedráticos de la Facultad de Medicina de Zaragoza a finales del siglo XIX Imp. Octavio y Feler N.A. Dep. legal 7 2468/91.
13. Zubiri Vidal F. Historia de la Real Academia de Medicina de Zaragoza. Edt. RAM. Zaragoza 1976.
14. Jornadas Médicas Españolas. Libro de Actas. Tomo II. Zaragoza 1943.

LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN CASTILLA: CASTILLA Y LEÓN

Dr. Luis María Gil Carracedo

Nos insta la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial a que colaboremos aportando una breve historia de la ORL en Castilla y León, con el fin de sumarla a otros trabajos para reunir en una obra lo más interesante del devenir de nuestra especialidad en España. Ante la premura de tiempo tomo la decisión, tal vez algo injusta, de basarme en los datos requeridos a Valladolid y Salamanca, pues pensamos que la vida de la Otorrinolaringología en nuestra Comunidad Autónoma puede estar dignamente representada por lo acaecido en las Cátedras y Hospitales Universitarios de las Facultades de Medicina de estas dos prestigiosas Universidades. Pido disculpas a las restantes siete provincias, pero no ha habido tiempo material para recabar en ellas más datos que poder añadir a lo que diremos. Sabemos que Cañizo en Segovia, Escapa en Palencia, Martín en Zamora, Barthe en León, Sánchez en Burgos, etc., son nombres importantes en nuestra disciplina que mantuvieron un gran nivel profesional en sus distintas localidades, tanto para los que están con nosotros como para los que nos representan ya en la otra vida vaya nuestro cariñoso recuerdo.

Con el fin de llevar a cabo esta modesta y breve historia otorrinolaringológica de Castilla y León pedí a dos compañeros, que sabía que iban a responder a partes iguales con el corazón y la cabeza, que hicieran el favor de aportar los datos y anécdotas que quisieran glosar. Efectivamente Agustín del Cañizo Fernández-Roldán y Ángel Sancho Álvarez, profesores titulares de ORL de Salamanca y Valladolid respectivamente, cada uno con el estilo tan personal que les

caracteriza, han cumplido a la perfección el encargo; cuentan, entrañablemente, su percepción del palpito de ambas Cátedras. Por supuesto, no he modificado ni una coma de sus excelentes textos originales.

Como bien dicen Cañizo Fernández-Roldán y Sancho, en 1902 se establecen oficialmente como asignaturas independientes los estudios de la ORL en ambas Universidades. En el siglo XIX se habían impartido, dentro de otras asignaturas, los capítulos que sobre Otología y Faringo-Laringología se estimaban de necesario conocimiento para los médicos de la época, pero no se había logrado todavía establecer el nexo necesario que obligaría más tarde a cohesionar las distintas materias que integran nuestra ciencia.

La Otorrinolaringología moderna comienza realmente en Valladolid en 1922, cuando se hace cargo de la asignatura don Marcelino Gavilán Bofil (fig. 1). Su trabajo, con los medios de la época, fue ingente; Le fue posible introducir las técnicas quirúrgicas más novedosas a la sazón gracias a su conocimiento exhaustivo de la morfología humana. Era un anatómico excepcional, su incomparable traducción del libro de Rouvière «Anatomía Humana, Descriptiva, Topográfica y Funcional»¹, continúa siendo la obra más consultada por los estudiantes de medicina de habla hispana. Durante once años fue el colaborador predilecto de don Ramón López Prieto, posiblemente el mejor morfológico español de su época. Cuando comencé la carrera de Medicina, don Marcelino estaba ya jubilado, fue muy longevo y recuerdo verle pasear por el centro de nuestra ciudad rigurosamente vestido con cuello duro, corbata y sombrero en todas



Fig. 1. Don M. Gavilán Bofil. Primer Catedrático de ORL de la Facultad de Medicina de Valladolid (1940-1959).



Fig. 2. Don A. Martín Calderín. Segundo Catedrático de ORL de la Facultad de Medicina de Valladolid (1962-1966).

las épocas del año. César y Javier Gavilán, que han recogido espléndidamente el testigo de su padre y abuelo, no deben olvidar su entronque con la Cátedra de Valladolid.

Con don Antonio Martín Calderín (fig. 2), segundo catedrático de ORL de la Facultad de Medicina de Valladolid apenas tuve relación. Mi incorporación a la Cátedra de Otorrinolaringología tuvo lugar en 1973 cuando ya estaba dirigida por Don Felipe Rodríguez Adrados (fig. 3). Entonces tuve la suerte de coincidir con una generación de especialistas anterior a la mía, de gran calidad científica y humana; Gonzalo Gutiérrez, Sancho y Alarcos me enseñaron otorrinolaringología y... muchas más cosas.

Don Felipe nos lo dio todo; hacía docencia continuamente, hasta cuando no lo pretendía, su ejemplo era la mejor lección. Era un organizador riguroso y un trabajador infatigable, al ser

cirujano meticuloso y perfeccionista resultaba lento pero espectacularmente limpio y eficaz. Su calidad humana y su sentido de la profesionalidad y la ética nos impresionaron y marcaron para siempre. Empezar el quirófano a las ocho de la mañana no era comenzar ni a menos cuarto ni a y cuarto, era a las ocho; en la sala de hospitalización había siempre enfermos graves, sobre todo oncológicos, el que estaba de guardia era consciente de que podía aparecer don Felipe a cualquier hora, bien fuera sábado, domingo, fiesta, vacaciones o Navidades, y en esa visita inesperada recababa —y generalmente conseguía— una información completa de la situación de todos los ingresados y unas historias clínicas que en todo momento debían ser impecablemente precisas.

Cuando el profesor Rodríguez Adrados decidió trasladarse a Sevilla —donde, jubilado de



Fig. 3. Don F. Rodríguez Adrados. Tercer Catedrático de ORL de la Facultad de Medicina de Valladolid (1967-1976).

su Cátedra, continúa ejerciendo la especialidad con brillantez— nos dejó a todos sumidos en una triste orfandad científica. Durante esta época la cátedra de ORL de Valladolid tuvo una espectacular producción científica que ahora no es momento para pormenorizar, sí decir que los cursos de perfeccionamiento, las tesis doctorales y las numerosas publicaciones en los medios nacionales e internacionales, eran comentados y respetados por toda la comunidad otorrinolaringológica.

Don Felipe era muy trabajador, otros lo tenían por machacón e insistente. Recuerdo un paciente (todavía veo su cara nítidamente y no se me olvida su nombre ni su entorno familiar) que desarrolló un carcinoma epidermoide naso-paranasal sobre unas barritas de acrilina que se le habían introducido previamente según técnica de Eyries. Ante la posibilidad de publicar una nueva potencial capacidad oncogénica de los materia-

les plásticos, don Felipe decidió que él y yo teníamos que estudiar la química inorgánica, los derivados de los hidrocarburos y del silicio, sus composiciones de uso comercial y protésico, etc. Conseguida abundante bibliografía me mantuvo encerrado con él seis u ocho fines de semana de ocho de la mañana a nueve de la noche, en su despacho de la Facultad o en su chalet de Viana (eso sí parábamos un par de horas y me invitaba a comer opíparamente en el bar Rojo). Estas y similares fatigas ocurrían cada vez que el jefe quería que las ideas y los hechos se plasmaran en publicaciones que, antes de ir a imprenta, revisaba una y otra vez, frase por frase hasta que el contenido y la forma le resultaban convincentes.

Decían las lenguas de doble filo que don Felipe, de tan pensador cuanto propenso a la reflexión y al análisis minucioso de todas las cuestiones, resultaba un poco «lento». Tenían razón, si no en lo referente a lo profesional sí en lo personal y social; en las animadas merienda-cenas trimestrales de la cátedra, tras engullir un buen lechazo y degustar abundantemente los tintos de la Ribera del Duero o los claretes de Cigales se desarrollaba la sesión de chistes, en las que Sancho era siempre protagonista. No era infrecuente que don Felipe se riera un cuarto de hora después de terminado el cuento y algunos guasones decían que a veces se reía al día siguiente.

Mis pares en aquella época fueron compañeros entrañables, Sancho los cita a todos en su parte de esta historia; Juan Carlos Infante dejó una estela bien diferenciada de su paso por la Cátedra, apenas coincidí con él; Luis Antonio Román influyó notoriamente en el devenir de la otorrinolaringología vallisoletana desde los años setenta hasta nuestros días, su descripción personal: seriedad, rigor, amor a la profesión. Aparejado a Román andaba siempre don Emilio García-Vaquero, profesional prestigioso que desde su jubilación acudía diariamente a la Cátedra como colaborador científico desinteresado, traducía con soltura alemán, inglés y finases, era un bibliófilo sobresaliente; su aportación a la ORL universitaria hasta su fallecimiento, en agosto del 96 siendo ya ampliamente octogenario, es impagable.

En 1978 llega un nuevo jefe a la Cátedra, todos sospechábamos que Miguel González Pérez (fig. 4) iba a ser transitorio en nuestra Uni-



Fig. 4. Don M. González Pérez. Cuarto Catedrático de ORL de la Facultad de Medicina de Valladolid (1978-1985).

versidad, le tiraba mucho su Andalucía natal. González aportó a Valladolid la metodología docente e investigadora de su escuela; se comunicaba con gran frecuencia con Miguel Ciges, su mentor y patrón, así la influencia granadina nos llegó y enriqueció de manera harto beneficiosa. Siempre agradeceré a Miguel González que no ahorrara esfuerzos por transmitirme los mecanismos íntimos del trabajo docente, hombre peculiar y valioso daba sin que se notase y creo que ni siquiera él sabía que estaba dando; su seriedad, introversión y carácter reflexivo eran confundidos por los poco avisados con la indolencia. Siempre recordaré su paciencia al aguantarme horas y horas en la pequeña aula de la novena planta del Hospital Clínico Universitario. Repasó conmigo tema por tema cuando preparaba las oposiciones primero a Profesor titular y después a la Cátedra; sus consejos, siempre atinados, reflejaban su principal caracterís-

tica, una fina inteligencia. Al final de este período nuestro grupo constaba de un catedrático (González), tres profesores titulares (Redondo, Alarcos y yo mismo) y seis profesores asociados (Sancho, Román, Condado, Juan Alonso, Mate-sanz y Bachiller).

Por aquellos años se formaron en nuestra escuela colegas que actualmente son especialistas relevantes: Represa de la Guerra, Escapa, Raouf, Rodríguez Pampliega, Morais, Nabil, Cámara, Benito Orejas, Maite Hernández, Vicario, Pablo Santos,...

En esta época bajo la dirección de Miguel González la actividad fue intensa, pero la plantilla era amplia, experta y dedicada, con lo que el trabajo resultaba agradable y gratificante. Por entonces pasaron por la cátedra, como alumnos internos, colegas muy destacados por su personalidad: Luis Ángel Vallejo Valdezate, hoy Profesor asociado de la Cátedra, que por entonces realizó una interesante tesina de licenciatura sobre la morfología del seno esfenoidal; Teresa Rivera, en la actualidad jefe de sección del Hospital de Alcalá de Henares, era todo interés y afición por la ORL; María Antonia Carranza era pariente de Redondo, hoy es FEA de ORL en el Hospital de Medina del Campo; Peral Disdier y la doctora Bahamonde —que leyeron su tesina sobre la región petroclival y la microbiología de la otitis media secretoria respectivamente— derivaron hacia campos de la Medicina Interna.

Las vicisitudes de mis tres primeras oposiciones a Cátedra de ORL son francamente curiosas, Sancho las conoce bien, pero se apartan del asunto que tratamos en estas páginas por lo que obvió su relato. Oposité a las de Bilbao, Badajoz y Oviedo. En estas tres ocasiones se me felicitó, me palmearon amablemente ambos omóplatos, superé todos los ejercicios, obtuve votos, pero no logré resultado positivo; miento, inicié o reforcé unas amistades que me acompañarán siempre, tuve en todas las ocasiones copositorres dignos y en mi espíritu no resultó lesión alguna que me haga guardar mal recuerdo de aquellas situaciones. No sé si en alguna otra parte de esta historia de la ORL española se narrará lo acontecido en la famosa oposición de Oviedo (fig. 5). Después de transcurridos cerca de quince años se debe olvidar lo tormentoso para recordar solo lo festivo y anecdótico, de



Fig. 5. C. Suárez, Catedrático de ORL de la Facultad de Medicina de Oviedo y Gil-Carcedo, Catedrático de ORL de la Facultad de Medicina de Valladolid, en San Francisco (California) en septiembre de 1997.

aquellos días recuerdo bien el cariñoso trato con Carlos Suárez —somos amigos desde los primeros años en el Colegio Auseva de la capital del Principado, la excelente fabada que disfrutamos Sancho, Alarcos y yo en Casa Conrado y las numerosas copas nocturnas del día del último ejercicio.

En fecha 3 de octubre de 1987 obtuve por oposición la Cátedra de ORL de la Facultad de Medicina de Valladolid, inmediatamente tomé posesión comenzando a trabajar en mi nuevo cargo en una extraña situación administrativa. Miguel González (Catedrático y Jefe de Departamento) se había trasladado el año anterior a Málaga, Redondo (Profesor Titular y Jefe de Servicio) se jubiló unos días antes. Se estaba en los comienzos de la vigencia de la poco adecuada y peor aplicada Ley de Reforma Universitaria, esta ley otorgaba un plazo de un año para la conclusión de los Concursos Universidad e Insalud. En esta situación, en posesión por oposición de la Cátedra y de plaza clínica en el Hospital Universitario, ocupé el despacho del Jefe de Servicio y en íntima colaboración con Sancho, Román, Alarcos y el resto de los compañeros continuamos a total satisfacción el trabajo asistencial, docente e investigador.

En estos años se establecieron tres líneas de investigación: sobre ruido traumatizante, sobre aparato olfatorio y sobre actualización de técni-

cas quirúrgicas en el tratamiento de los tumores de cabeza y cuello. Principalmente con relación a estos temas, la producción científica fue muy satisfactoria; las comunicaciones, conferencias, mesas redondas, cursos de perfeccionamiento, publicaciones, etc., que vieron la luz aquellos años dan buena cuenta de ello. José Ignacio Benito Orejas (entonces MIR) y María Consolación Martín Pascual (también MIR del Servicio) realizaron excelentes Tesis Doctorales sobre ruido traumatizante. José Luis Alonso Treceño (Jefe del Servicio de ORL del Hospital de Palencia) tras un trabajo exhaustivo de investigación clínica expuso una magnífica Tesis sobre la olfacción en el paciente laringectomizado. La doctora Marcos Ordóñez superó todo tipo de dificultades y confeccionó su Tesis sobre colgajos libres microvasculares en el conejo. El doctor Sanz Sanz, por entonces miembro de la cátedra de Anatomía de don Pedro Gómez Bosque, realizó con nosotros una curiosísima Tesis Doctoral; don Pedro tiene registrado en el catálogo internacional una cepa de *Cricetus auratus* que padece una epilepsia audiógena, no existía descripción morfológica o funcional del aparato auditivo de estos hámster. Sanz estudió al microscopio electrónico la cóclea de estos animales y determinó su umbral de audición mediante PEATC. Mención especial merece la investigación clínica sobre cáncer de laringe efectuada

por la doctora Rosa Sancho, su excelente trabajo mereció el Premio Anual de Investigación de la Diputación de Valladolid. Ibáñez Cárcamo culminó un excelente estudio sobre el órgano olfatorio periférico de la rata, la doctora Alonso Quintana investigó las conexiones entre el órgano periférico de la olfacción y el bulbo olfatorio, Villalba Hervella se dedicó a la exploración funcional de la audición en el animal de experimentación, y tantos otros, pero una referencia, aunque fuera mínima a todas las colaboraciones a la investigación de la Cátedra mediante tesis, tesinas, trabajos publicados etc., haría excesivamente prolija la lectura de estas letras.

Se llevaron a cabo distintos Cursos de Perfeccionamiento. En 1988 el Curso sobre Tumores naso-paranasales; en 1989 el Curso sobre Hipoacusia Infantil e Implantes Cocleares, con la colaboración del profesor Pedro Abelló Vila y del doctor Emilio García Ibáñez, de Barcelona, que contó con más doscientos alumnos inscritos; en 1990 el Curso sobre Afasias, con la colaboración del neurólogo Fernández Marcos, del neurólogo especialista en trastornos del lenguaje Justino Nieto y del otorrinolaringólogo y foniatra Jesús Málaga Guerrero, la inscripción oficial fue de ciento sesenta alumnos. Así se ha continuado a un ritmo de un curso anual.

Los que me conocen saben que la calumnia y la maledicencia son dos de los pecados en los que nunca he caído, lo digo como preámbulo a una breve descripción de la decapitación de una Cátedra hasta entonces ejemplar; la incurria, el dogmatismo político unido a la intransigencia, la desaprensión intelectual y oscuras pasiones que no debo aclarar porque su relato tendría que ir acompañado por nombres propios, dieron al traste con una institución docente que, desde que en 1922 el profesor Gavilán inició su trayectoria moderna hasta la primera mitad de los años noventa, sostuvo la línea ascendente necesaria para justificar el orgullo de sus componentes y el respeto de la comunidad científica.

Aprovechando que todavía en la primera mitad de los años noventa, en contra de lo dispuesto por la Ley de Reforma Universitaria, no se había ultimado el Concierto Insalud / Universidad de Valladolid no se me permitió vincular mi plaza docente con la asistencial, ambas

obtenidas por oposición. El cerco de los conjurados (personas con respaldo político, impregnadas de los más obsoletos dogmas y modos stalinistas y por supuesto todas ellas con nombramientos «a dedo») fue implacable. Exponer los detalles sería interesante como vademécum de datos de la persecución política a que fueron sometidos los médicos docentes en la Facultad de Medicina de Valladolid. Varias cátedras fueron principalmente afectadas y entre ellas la de Otorrinolaringología. La metodología fascista empleada fue tal que narrarla podría dar sensación de que el que escribe está realizando excursiones alrededor del círculo de la paranoia, por ello lo evito. Aprovecho este párrafo para agradecer el apoyo que se me prestó en aquella difícil época por parte de los profesores titulares Sancho y Alarcos, de todos los asociados, Luis Román, Alonso Benito, Condado, etc., por compañeros de otras cátedras que colaboraban con nosotros en el Laboratorio de Investigación, Gayoso, Fernández, Al Magdalawi, Íñiguez, etc. (de Histología), Represa de la Guerra (otorrinolaringólogo y catedrático de Anatomía), Gómez Bosque, Mari Cruz Coca y otros (del Departamento de Ciencias Morfológicas), y muy especialmente por Carlos Vaquero Puerta (fig. 6), Profesor titular de Cirugía, jefe del servicio de Cirugía Vascular y director del Laboratorio de Cirugía Experimental; estos y otros colegas hicieron llevadera una época de ingrato recuerdo.

Fueron años duros pero no improductivos; soportando el exilio político a que fuimos sometidos, se continuaron las líneas de investigación y se amplió de manera muy notable la actividad docente. En 1992 se crean en nuestra Facultad los estudios de Logopedia. La Escuela de Logopedia imparte docencia desde entonces constituida en una Diplomatura de nuestra Universidad. Son estudios de tres años, a los que se accede mediante la selectividad común y proporcionan la obtención del título universitario de Diplomado en Logopedia. La Cátedra de ORL se implica de manera importante en el trabajo docente de esta diplomatura, desarrollando e impartiendo el programa de seis asignaturas: Acústica y Audiología en el primer curso; Patología de la Audición y del Lenguaje y Evaluación y Diagnóstico del Lenguaje, el Habla y la Voz en el segundo curso; Intervención Logopé-



Fig. 6. C. Vaquero Puerta y Gil-Carcedo en el Curso de Cirugía ORL Experimental en 1995.

dica en la Adquisición del Lenguaje, Rehabilitación en el Implante Coclear, Rehabilitación de la Voz en el Laringectomizado, e Intervención Logopédica en la adquisición del Habla y la Voz, en el tercer curso.

En 1993 se crea en la Facultad de Educación la titulación para Maestro Especialista en Trastornos de la Audición y el Lenguaje. La Cátedra de ORL se responsabiliza de dos asignaturas: Anatomía, Fisiología y Neurología de la Audición y el Lenguaje en el primer curso; Patología de la Audición y el Lenguaje en el segundo curso.

Llevar a buen puerto el trabajo de este ingente cúmulo de asignaturas hubiera sido misión imposible para la Cátedra sin la labor organizativa y docente desarrollada por Emilio Alarcos Tamayo. Me ha ayudado de manera fundamental. El y el resto de los profesores han llevado con precisión la orientación de los estudios otorrinolaringológicos de la Diplomatura de Logopedia y de la Facultad de Educación y han hecho posible que la Cátedra haya logrado sobrellevar esta pesada carga educativa.

En la primavera de 1992 convoqué en la cátedra de ORL de Valladolid a distintos compañeros de Castilla y León, acudieron: Káiser de Segovia, Ruiz de Burgos, Cristino Casas de León, Cañizo Fernández Roldán de Salamanca, Alonso Treceño de Palencia, Luis Agustín de

Ávila, Garzón de Soria y Sancho de Valladolid. El motivo de la reunión era meditar sobre la posibilidad de crear una Sociedad autonómica de ORL, se analizaron los pros y contras y se decidió comenzar con el proyecto; para celebrarlo terminamos comiendo, muy bien por cierto, en la Taberna del Hidalgo, restaurante de gran «tradición universitaria» próximo a la Facultad de Medicina. Efectivamente, se crearon los estatutos, se decidió celebrar un congreso anual localizado cada vez en una de las capitales sucesivamente y por orden alfabético, se promovió una junta directiva provisional, y comenzó la vida de la nueva sociedad científica.

La Sociedad Castellano-Leonesa de ORL se confirmó con su primer congreso en León en el mes de mayo de 1993 —Cristino Casas fue el que voluntariamente quiso romper el fuego—, desde entonces cada primavera ha tenido lugar el evento con gran éxito científico y social, en 1994 en Palencia presidido por Alonso Treceño, en 1995 en Salamanca presidido por Gómez Toranzo, en 1996 en Segovia bajo la dirección de Carlos Káiser, en 1997 en Soria organizado por Garzón y en 1998 en Valladolid bajo mi dirección. En 1996 se propuso en Segovia y en 1997 se aprobó por la asamblea general en Soria la ampliación de la joven entidad. Rama Quíntela de Santander y Juan Carlos Infante de Logroño habían solicitado que sus respectivas autono-

mías entraran a formar parte de nuestra Sociedad; aprobada la ampliación, se hizo oficial con la obligada creación de unos nuevos estatutos y la votación de la junta directiva que tuvo lugar en el congreso de Valladolid en junio del 98. La denominación pasa a ser Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja, y la junta directiva electa fue: Presidente Gil-Carcedo, Vicepresidente Del Cañizo, Secretario Káiser, Tesorero Alonso Treceño, Vicepresidente Ruiz, vocales Casas (León), Escapa (Palencia), Cañizo Fernández-Roldán (Salamanca), Rosa Sancho (Segovia), Garzón (Soria), Sancho (Valladolid), Martín Avedillo (Zamora), Luis Agustín (Ávila), Suárez Muñoz (Burgos), Rama (Santander) e Infante (Logroño). Desde el primer germen de la Sociedad en la reunión de 1992 se decidió que don Casimiro del Cañizo fuera Presidente de Honor Perpetuo.

En este período continúa la producción científica con numerosas publicaciones en distintos medios. Cabe destacar el volumen «Tratamiento Quirúrgico de los Tumores de Cabeza y Cuello», publicado por Ed. Garsi, fue la ponencia oficial de la Sociedad Española de ORL y Patología Cérvico-Facial en el año 1992. El libro «Otología», publicado por la editorial Vila Sala Hnos. ve la luz en 1995, en 593 páginas comprime la doctrina actual de esta parte de nuestra especialidad; en el momento que escribo

estas líneas se está gestando la aparición de su tercera edición.

En 1994 tiene lugar en nuestra Cátedra el Curso Internacional de Rinoplastia, dirigido por Juan Trinidad de Puerto Rico, Primitivo Ortega de Madrid y yo mismo. En el participan como profesores, además de los directores, Gras de Alicante, Pedroza de Bogotá, Jurado de Córdoba, Fabra de Barcelona y otros prestigiosos especialistas con especial dedicación a la Rinología.

Durante 1995 se gesta por fin el concierto In-salud / Universidad de Valladolid que, conforme a la Ley —que debía haberse aplicado siete años antes— aclara perfectamente la vinculación docente-asistencial. En el mismo concierto se define la coordinación teórico-práctica del segundo ciclo de los estudios de Medicina, para ello se cuenta con los medios convencionales de la Cátedra y con los Servicios de ORL del Hospital Universitario del Río Hortega (fig. 7) y del Hospital Clínico Universitario.

En estos cuatro últimos años —y esto más que historia es crónica de actualidad— la actividad de la cátedra retoma su ritmo normal. Últimamente, Manuel Acuña, Profesor asociado de la cátedra, ha presentado su Tesis Doctoral sobre injertos de nervio facial en la rata Wistar; están próximas a su lectura dos tesis más, una sobre cirugía reconstructiva en las estenosis laringo-traqueal, excepcional trabajo de investiga-



Fig. 7. Servicio de ORL del Hospital Universitario del Río Hortega, en la festividad de San Blas en febrero de 1998.

ción de técnicas quirúrgicas que llega a su culminación tras un decenio de esfuerzo llevado a cabo por uno de los más prestigiosos jefes de servicio de ORL del país, y otra sobre el estudio comparativo entre la voz erigmofónica, la voz en el paciente sometidos a laringectomía near total y el grupo testigo con voz normal.

Además de mantener las líneas experimentales tradicionales de la cátedra, la inquietud de Vallejo Valdezate (fig. 8) ha abierto nuevos campos: un amplísimo estudio epidemiológico de los factores intrínsecos y extrínsecos que inciden en la génesis de la hipoacusia, la investigación de las proteínas ligantes de calcio de los polimorfonucleares intratumorales en el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello, y una constatación de las modificaciones de la presión en el oído medio con la utilización de distintos gases anestésicos, están en pleno desarrollo.

Es obligada una breve referencia a la presencia de nuestra Cátedra en distintos medios ORL del ámbito internacional, es imposible resumir aquí las actividades científicas desarrolladas en distintos países ya en los tiempos de los profesores Gavilán, Calderín y Rodríguez Adrados. Personalmente y acompañado por distintos profesores de la cátedra hemos tenido presencia activa en todos los Congresos Mundiales desde el XIII celebrado en Budapest en 1981, el XIV

en 1985 en Miami (Florida, a USA), el XV en Madrid en 1989, el XVI en Estambul en 1993, y el XVII en 1997 Sydney (Australia). Estimulados por Primitivo Ortega de Madrid, Carlos Suárez de Oviedo, Marco Algarra de Valencia, Trinidad de Puerto Rico y Honrubia de Los Ángeles, en el año 1994 nos incorporamos a la American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery y asistimos a su 99th Annual Meeting que se celebró en San Diego (California), desde entonces hemos asistido y participado activamente todos los años, en 1995 en el 99th Annual Meeting de la American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery en New Orleans (Louisiana), en 1996 en el 100 th Annual Meeting en Washington D.C., en 1997 al 101 th Annual Meeting en San Francisco (California) y en 1998 en el 102 th Annual Meeting en San Antonio (Texas). La Academia Americana es, hoy por hoy, el mejor foro para recibir y ofrecer conocimientos y experiencias dentro del panorama internacional. Para no aburrir, resumimos la actividad internacional diciendo que la cátedra de ORL de Valladolid, en los últimos quince años ha tenido participación científica activa en publicaciones y eventos en Suecia, Dinamarca, Finlandia, Bélgica, Holanda, Francia, Italia, Portugal, Reino Unido, Suiza, Grecia, Turquía, Checoslovaquia, Hungría, Brasil, USA y Australia.

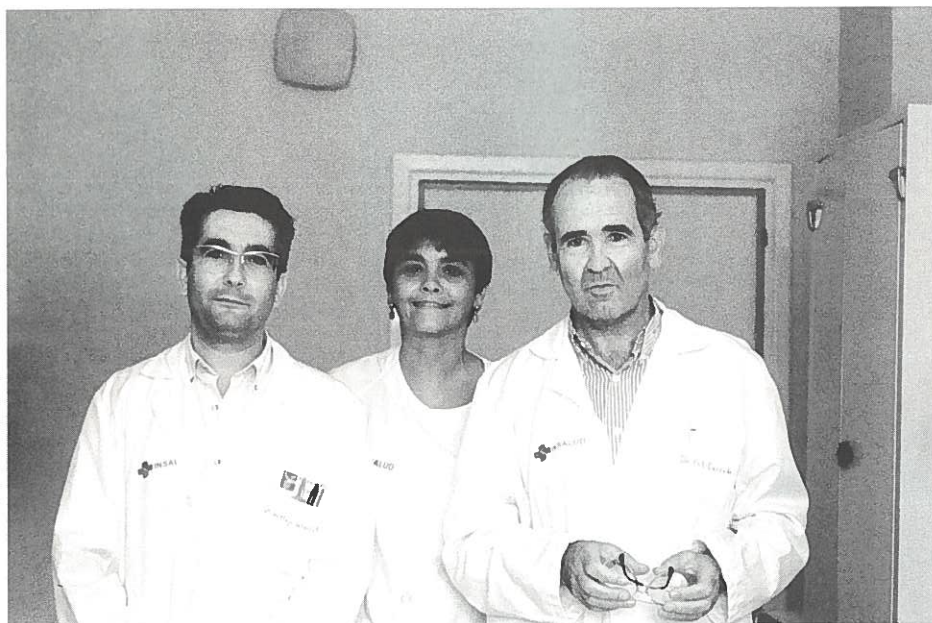


Fig. 8. De izquierda a derecha: Vallejo Valdezate, M. E. Menéndez y Gil-Carcedo (Julio de 1998).

La Cátedra de ORL de Valladolid desde los tiempos de don Marcelino Gavilán hasta ahora bajo mi dirección, ha tenido siempre una muy estrecha relación con la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial, que ahora conmemora su cincuenta aniversario; en todas las épocas todos los profesores han sido socios, el profesor Rodríguez Adrados es Presidente de Honor y yo me honro con pertenecer a la Junta Directiva. Soy socio desde 1972, en estos años la Sociedad ha estado presidida por tres compañeros entrañables, los doctores Beltrán, Navarro y Sacristán. Mi admiración y respeto por Teodoro Sacristán son ilimitados, me acogió con cariño y me enseñó todo lo que yo fui capaz de aprender, cuando era jefe de servicio del Gregorio Marañón, fue para mí modelo y guía de comportamiento en los ya numerosos años de convivencia frecuentísima en la Junta Directiva y en la «Minijunta» de la sociedad, me ha demostrado su amistad a toda prueba y yo a mi vez le veo

como un ejemplo a seguir en lo personal y en lo profesional.

Creo que es bueno terminar pidiendo disculpas a aquellos que habiendo trabajado para la Cátedra de ORL de Valladolid en estos últimos veinticinco años no hayan aparecido en esta pequeña historia, seguro que Sancho en su relato y yo en el mío nos hemos olvidado involuntariamente de alguno de los mejores. La Cátedra en el momento presente, comienzo del curso académico 98-99, realiza su labor en la Facultad de Medicina, en el Hospital Universitario del Río Hortega y en el Hospital Clínico Universitario, y está constituida por: Luis María Gil-Carcedo,

1 Catedrático; Antonio Alarcos y Ángel Sancho, Profesores titulares; Luis Román, Emilio Alarcos, María Ángeles Condado, Ernesto Guerra, Luis Ángel Vallejo, Milagros Marcos, Enrique Ibáñez, Nabil al Chaal, María Eugenia Menéndez y Manuel Acuña, Profesores asociados, y Dolores Torres Agudo, médico.

LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN CASTILLA: CASTILLA-LA MANCHA: CUENCA, GUADALAJARA Y CIUDAD REAL

Dr. A. Herrera Casado

C. García Linares

El Doctor Don Dionisio Lozano Contreras fue históricamente el iniciador en Cuenca, capital y provincia, del ejercicio de la otorrinolaringología, como especialidad médica. Antes, como ocurriera en otros lugares, la patología que presentaba la población correspondiente a esta especialidad estaba en manos de médicos que ejercían la medicina general y ellos trataban a su manera los problemas clínicos que les eran presentados, enviando en su caso al cirujano general los casos susceptibles de ser tratados mediante la cirugía.

No fue hasta el año 1929 que los problemas clínico-quirúrgicos concernientes a la patología ORL pudieran ser tratados de forma integral por un especialista en la materia. En este año 1929 se estableció en Cuenca, en la Calle Doctor Chirino, nº 6, DON DIONISIO LOZANO CONTRERAS. Allí ejerció la especialidad hasta mediados de 1936, año en que perseguido por los responsables en Cuenca del Partido Comunista se vio obligado a huir abandonando su consulta con sus libros e instrumental. Lo hizo a Madrid donde permaneció refugiado en una de sus embajadas hasta el final de la guerra civil. Entonces regresó a Cuenca, pero, afectado por los incidentes de la guerra que en su caso tuvo que sufrir de forma especialmente cruel, no quiso volver a su consulta. Fue condenado a muerte en alguna ocasión y esperó ser fusilado. Ello le destrozó moralmente y le dejó sin fuerzas para ejercer la especialidad, además de que físicamente regresó a Cuenca en 1939, pura

piel y huesos, según testimonio de uno de sus sobrinos.

Vivió hasta los 78 años, en que falleció, retirado en una de sus fincas a pocos kilómetros de la capital.

Durante el período en que ejerció la especialidad lo hizo con gran eficacia y a un alto nivel, como se deduce de la parte de su biblioteca e instrumental que ha llegado hasta nosotros. Aunque la mayor parte de sus libros e instrumental fueron destruidos durante los primeros días de la guerra civil como consecuencia de la persecución a la que fue sometido, su familia pudo recuperar una parte que es la que nos ha cedido.

El servicio de ORL del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, del INSALUD, se creó en 1973. El Dr. D. Juan Manuel Barrios, llegó en octubre de 1976, como primer Jefe de Servicio del mismo. Hubo un especialista ORL en el Hospital provincial de Santiago, con título pero sin remuneración, el Dr. D. Julio Izquierdo, ORL de cupo de la Seguridad Social, que ejerció hasta su jubilación en 1985. Entonces pasó a ser también el Dr. Barrios el encargado de dicho Servicio, hasta 1992, en que el hospital de Santiago pasó a ser residencia de pensionistas y dejó de ser hospital como tal. El Dr. Barrios ha realizado diversos estudios de investigación. Los más destacados son uno sobre sordera infantil, realizado explorando a los 4.500 niños en edad escolar de la ciudad de Cuenca, subvencionado por el Ayuntamiento y otro sobre el cáncer de laringe en la provincia de Cuenca, subvencionado por la Diputación.

GUADALAJARA

No conocemos la existencia de ORL alguno activo en Guadalajara hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX. Aunque anteriormente los cirujanos generales, especialmente el doctor Sanz Vázquez, hicieron intervenciones del área de nuestra especialidad, solamente con la llegada de los especialistas Alfredo Juderías y García Blanco, desde Madrid, puede decirse que se inicia la actividad de la especialidad en esta ciudad castellana.

La creación e inauguración de la Residencia de la Seguridad Social «Fernando Primo de Rivera» en 1951 supone la creación de un Servicio de Radioterapia que atiende a muchos afectos de cánceres, previamente operados, o como único tratamiento, y para ello se nombra a especialistas madrileños como Jefe de Servicio de ORL de este centro guadalajareño, en calidad de Consultor. En este sentido, acudieron desde Madrid el profesor Guillermo Núñez, y los doctores Gavilán y García Blanco. Posteriormente, cuando se retiró la unidad de Radioterapia, volvió a quedar la Residencia Sanitaria sin atención especializada de ORL dándola solamente en el Ambulatorio de la calle Cervantes el doctor don Antonio Jiménez.

Organizados los servicios jerarquizados en los Centros Hospitalarios, en 1973 se creó el de la Residencia de Guadalajara, ganando la plaza de Jefe de Servicio del mismo el Dr. Inocencio Gámez Alguacil, que hasta ahora lo ha dirigido, habiendo creado una escuela de especialistas de gran prestigio en toda la provincia y región. El Servicio de ORL del actual Hospital General y Universitario del Insalud, de Guadalajara, da enseñanza pregraduado a los alumnos de 5º Curso, en su asignatura de Otorrinolaringología, de la Universidad de Alcalá de Henares, y también enseñanza de postgraduado, habiendo realizado amplios trabajos de investigación, especialmente clínica y epidemiológica.

CIUDAD REAL

En la provincia de Ciudad Real se comienza a tener noticias de actividad profesional relacionada con la ORL a principios del siglo XX.

Fue concretamente en 1918 que el doctor don José Martín Serrano, colegiado número 2 de dicha provincia, y Presidente de dicho Colegio, ejercía de médico titular y de especialista en enfermedades de la Garganta, la Nariz y los Oídos.

Años después figura también la actividad del doctor don Prudencio Herrero Vior, con el nº 492 de Colegiado, quien en octubre de 1934, con 27 años de edad, se especializó en ORL en el Hospital de Valdecilla de Santander, adquiriendo una formación muy completa, médico-quirúrgica, y un gran prestigio en los ámbitos profesionales, pudiendo decirse de él que fue el creador del Servicio ORL del Hospital Provincial de Ciudad Real. Durante la Guerra Civil llegó a la ciudad el doctor don Magdaleno Martín García, procedente de Valdepeñas, quien se hizo cargo del Servicio ORL de dicho Hospital Provincial, y al finalizar la contienda, de la asistencia de nuestra especialidad en la Obra Social del 18 de julio, siendo además el primer jefe de zona de la especialidad ORL en el por entonces creado Seguro Obligatorio de Enfermedad.

En 1944 llegó a Ciudad Real el doctor don Rafael Gómez Ullate, como médico militar, ejerciendo como jefe de la Clínica Militar, y médico del Regimiento de Artillería. Ejerció además como médico ORL y traumatólogo en el Hospital Provincial. Además inició su andadura especializada en los hospitales privados de la capital, primeramente en el «Sanatorio del Prado» y posteriormente en su continuadora la «Clínica Coreisa», donde gozó siempre de un merecido prestigio.

Otro especialista que ejerció en Ciudad Real fue el doctor don Rafael Cárdenas Ballester, que se licenció en 1944 y se formó como ORL en la Facultad de Valladolid en el Servicio del Hospital General de Madrid junto a don Adolfo Hinojar. Actuó en nuestra provincia como ORL de zona.

La última y más brillante etapa de la especialidad ORL en Ciudad Real se ha vivido desde el Servicio jerarquizado del Hospital «Nuestra Señora de Alarcos» de la capital. En junio de 1974, a raíz del concurso a nivel nacional, ganó la plaza de Jefe de Servicio el doctor don Carlos García Linares, formado junto a

los profesores Sánchez Rodríguez y Cañizo Suárez, en Madrid y Salamanca. Con él se inició, junto con su amplio equipo de colaboradores, la actividad quirúrgica de primera línea, con intervenciones de todo tipo sobre laringe, senos, oídos, etc.

En el Hospital Provincial de Ciudad Real se vivieron también épocas de gran actividad en la especialidad, concretamente dirigidas por los doctores don Julio Peñarrocha, desde 1951, a quien siguió don Carlos Roja Dorado, y conti-

nuados por don Juan Crespo Serrano, quien tras quedar integradas la actividad asistencial del Hospital Provincial en la Seguridad Social y el Insalud, pasó a colaborar e integrarse en el Servicio jerarquizado de ORL del referido «Hospital Nuestra Señora de Alarcos» en el que hoy en día se centra gran parte de la actividad especializada de la provincia, aunque también ésta se desarrolla hoy en hospitales de las localidades manchegas de Puertollano, Manzanares, Valdepeñas y Alcázar de San Juan.

LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN CASTILLA: VALLADOLID

Ángel Sancho Álvarez

Era el 5 de marzo de 1982. Ese día los componentes de la Cátedra de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid y del Servicio del Hospital Clínico Universitario, nos reunimos en torno a Piedad Rodríguez, como homenaje en el día de su jubilación.

Piedad, enfermera del Servicio y de la Cátedra de ORL, llegó de la mano de D. Marcelino Gavilán en 1944, y en la misma y en el antiguo Hospital Clínico permaneció 38 años. En aquella época, la Facultad y el Hospital, que ahora se denomina «Hospital Viejo», eran una misma cosa. Ambos edificios estaban unidos, no sólo físicamente, si no en su espíritu y eran en todo una sola entidad.

Los que hemos vivido y nos hemos formado en el Viejo Hospital y en la Facultad, y no sólo los de Otorrinolaringología, recordamos a Piedad, que era como Teodora en Patología General. Constituían toda una institución.

Pues bien, en ese día yo leí unas cuartillas recordando algunas fechas, y bastantes nombres de las personas que habían pasado por la Cátedra junto con algunas anécdotas y que en conjunto en el transcurrir de la vida de Piedad, vienen a constituir un poco la historia Otorrinolaringológica en la Facultad de Medicina de Valladolid.

Pasados unos años y recogiendo datos más recientes me he animado a escribir estas líneas y completar así estos recuerdos de la revista AXIS.

Hablar de la vida de Piedad en la Facultad de Medicina y en el Hospital, en el Servicio de Otorrinolaringología es recorrer la historia del mismo y de las personas que han pasado por él,

pues Piedad podría ser el biógrafo de nuestra Cátedra de la Facultad.

Pero primero me vais a permitir que haga un bosquejo de nuestra Cátedra, Según algunos datos que he podido recoger. Nuestra disciplina fue creada en la Facultad de Medicina de Valladolid en 1902. El primer Profesor encargado de explicarla fue el Dr. D. FERMÍN PÉREZ MACÍAS, quien por R.O. de 23-11-1903 fue nombrado Profesor de la disciplina que se titulaba «Enfermedades de los oídos con su clínica», con una gratificación anual de 1.000 pesetas. Tomó posesión el 4-3-1903 y cesó por fallecimiento el 26-3-1909.

A su fallecimiento y por orden de la Subsecretaría del Ministerio de Instrucción Pública de 7-5-1909 fue nombrado Profesor interino de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de esta Universidad con la gratificación anual de 1.000 pesetas el Dr. D. ENRIQUE SUÑER Y ORDÓÑEZ, quien tomó posesión el 10-5-1909 y que era al mismo tiempo Profesor titular de la asignatura de Pediatría. Cesó el 27-1-1921.

Por R.O. de 25-5-1921 fue nombrado Profesor Interino de la Especialidad el Auxiliar temporal de la Facultad de Medicina D. JOSÉ PÉREZ TORRES, quien cesó en la Cátedra el 30-11-1922.

En esta fecha se ocupó de la explicación de la asignatura el DR. D. MARCELINO GAVILÁN BOFILL, quien al principio se ocupó de la Cátedra de forma interina, obteniéndola después por Oposición en 1943.

El 1 de enero de 1944 D. Marcelino trae a Piedad a la Facultad y se incorpora a la Cátedra de Otorrinolaringología. En este año conoció a

Mario Cuevas, Carlos Gavilán, Juan Antonio de la Puente, Miralles, Lombardía, Albertos y Ángel Ortega, y más tarde como Alumnos Internos a Antonio Alarcos y García Monge, y como alumno agregado a Vázquez Cantero.

Los que conocéis Valladolid y recordáis aquellos años, sabréis que fallecieron Mario Cuevas y Carlos Gavilán (que hasta hace 5 años fue Jefe de Servicio en el Hospital Río Hortega). De la Puente, fue Jefe de Servicio de ORL en el Hospital de la Concepción de Madrid.

Antonio Alarcos, que por aquel entonces era Alumno Interno de la Cátedra, permanece en ella como Profesor Titular. Yo era Alumno Interno de Microbiología con D. Emilio Zapatero y mi vocación por la Otorrinolaringología fue más tardía, llegando a Profesor Titular por Oposición en 1989. El otro Alumno Interno, Ernesto García Monge, es desde hace años Jefe de Servicio en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Albertos es Jefe de Servicio en el Hospital del Bierzo en Ponferrada (fig. 1).

El 7-4-1959 se jubiló D. Marcelino Gavilán y a Piedad le dijeron que su nuevo Jefe era su hijo César. César Gavilán ha sido hasta hace unos

meses, que se ha jubilado, Jefe de Servicio en el Hospital «La Paz» de Madrid, donde ha formado una de las escuelas de mayor prestigio.

Yo no he vivido esa época en la Cátedra y poco os puedo contar, pero puedo decir que para Piedad, tan unida siempre a la familia Gavilán, César no fue santo de su devoción. En esos años en que el encargado de la Cátedra era César Gavilán hicieron la especialidad Juan Hilanderas y López-Viguri, que ejerce en Vizcaya, y eran alumnos agregados o asistentes Emilio Rodríguez-Cordovilla, que es Odontólogo y Federico Bastera, que posteriormente hizo la especialidad de Radiología y como sabéis ejercen en Valladolid, y Alumno Interno: Mario González Guillén, que hizo la especialidad de ORL.

El 18 de octubre de 1962 por Concurso de acceso se hace cargo de la Cátedra el Profesor D. Antonio Martín Calderín, y de la mano de Redondo Pizarro, nos incorporamos Gonzalo Gutiérrez y yo, y otra etapa comienza también para Piedad, con nuevo jefe y nuevas personas. De todos se gana la confianza con su personal estilo, con su trabajo y dedicación, tanto para los médicos como para los enfermos. También por



Día de San Blas. Fachada de la Iglesia del Salvador. La ORL de Valladolid a finales de los años cincuenta. Al lado del cura, con sombrero, don M. Gavilán, a su derecha C. Gavilán y a su izquierda Alarcos.

A la izquierda de la foto, con bigote, Sancho y a su lado J. L. Gredilla. A la derecha de la foto, con las manos en los bolsillos C. Gavilán, junto a don L. Suárez Sinova. Contra el fondo negro de la puerta se ve la cabeza de J. M. Sánchez y delante de él a la derecha Ojeda y a la izquierda M. Cuevas, detrás vestido de uniforme Pérez Caminero. La cabeza sonriente de J. Hilanderas asoma detrás de Alarcos.

mi parte procuré rápidamente ganar la confianza, pues me di cuenta enseguida que si no era así, iba a ir de cráneo, ya que Piedad conocía todos los secretillos del Departamento, y hacía y deshacía a su manera naturalmente no en cosas transcendentales.

En aquella época y (lo cuento para los más jóvenes y como recuerdo para los que no lo somos tanto) el departamento de Otorrino, ocupaba un, fijaros que digo un local, es decir, que no era más que una sola habitación rectangular, de unos 10x8 metros, de altos techos, situada en un pasillo de la facultad en la planta baja del ala derecha del Hospital, cerca del anfiteatro grande de anatomía y junto a la Sala de Pediatría. Esa habitación era todo. Era consulta, los viejos sillones estaban junto a las paredes, unos a la derecha y otros a la izquierda. Los pacientes esperaban en una galería exterior guardando cola; era una galería fría e inhóspita y que yo siempre conocí con varios cristales rotos. El despacho del Jefe de Departamento y Catedrático de la asignatura era una vieja mesa adosada a la pared izquierda, donde nos reuníamos para comentar los enfermos más interesantes o consultar algún problema. Lo que era consulta un día o unas horas, era gabinete de operaciones al cabo de un rato, y allí operábamos las amígdalas, las vegetaciones, los tabiques, etc. Pero al día siguiente era sala de operaciones; ya podéis figuraros las condiciones. En un rincón a la derecha estaba el aparato de esterilización y en el centro y al fondo del local, frente a la única ventana que estaba en la pared opuesta a la puerta, se encontraba la mesa de operaciones. Esa ventana, muy alta, tenía un curioso método de contraventanas para oscurecer la sala. Era un raro y antediluviano sistema, que yo nunca entendí, no sé si Alarcos lo sabía manejar, pero allí estaba Piedad para hacerlo. Eran unas maderas finas adosadas a los cristales, que subían y bajaban manejadas por un sistema de cuerdas; bueno, aquello era un lío de tres puñetas.

Allí se constituía el quirófano, en esa época y en las anteriores de D. Marcelino y de César. Y se operaba de todo: Oídos, Laringes, Senos, etc. Sobre la asepsia os diré, que encima justo encima, el techo estaba algo descascarillado y de vez en cuando caía alguna cascarilla del mismo y caía porque estaba algo húmedo. Esto

era debido a que encima, como os digo justo encima, estaban los wateres de la Sala de San Antonio de Ginecología, y debía filtrarse algo. Pero las operaciones iban bien y los postoperatorios normales y la gente se curaba. Yo creo que no debían existir aún las bacterias aerobias y anaerobias, o se iban de allí asustadas.

Por si era poco, para completar en lo posible el Servicio, como yo había estado en mi etapa de alumno interno, como agregado en el Laboratorio de Análisis clínicos en la Cátedra de Cirugía de D. Leopoldo Morales, monté nuestro Laboratorio de Análisis, pues cada Cátedra de Medicina o Cirugía tenía el suyo propio (era como los Reinos de Taifas) y para no depender de los demás, como digo monté el Laboratorio, y allí hacía yo los análisis ayudado por Paco Agundez (ATS). Era una mesa junto a la ventana, con un microscopio y unas estanterías para los reactivos. Al mismo tiempo que las consultas hacíamos las tomas de sangre; de vez en cuando los niños chillaban al hacerles las extracciones o se armaba algún pequeño alboroto, como un día que entró un sujeto especial con aires de protagonismo, y que decía que tenía las venas verdes. Era como un mercadillo. Pero allí aprendíamos, trabajábamos y quizá éramos felices. También se daban las lecciones prácticas, y como digo cumplía las múltiples necesidades de una policlínica.

Como aquello era tan antiestético, para hacer una fotografía que perpetuara aquellos años, el Profesor Calderín, D. Antonio, nos dijo un día que fuésemos al Departamento de Anatomía, y en un antedespacho de D. Pedro Gómez Bosque, nos hicimos una fotografía (fig. 2). En ésta foto del año 1964 Piedad está como una reina sentada en primera fila. Alarcos con cara de jovencillo y sin bigote a su derecha y D. Antonio Martín Calderín y Redondo a su izquierda. Detrás y de derecha a izquierda, está José M^a Sánchez Fernández, hoy Catedrático de la asignatura en el País Vasco; Alfredo Arcocha que hizo la especialidad con nosotros y que ejerce en Bilbao; Mozota que es hoy Jefe de Servicio en el Hospital de la Seguridad Social en Pamplona; y que entonces estaba en Anatomía Patológica y comenzaba la especialidad de ORL; Gonzalo Gutiérrez, tieso como un palo, y yo con una bata muy ancha, que no sé de quien la había heredado.



La señorita Piedad, a su derecha A. Alarcos y a su izquierda don A. Martín Calderín, que tiene sentado a su lado a Redondo Pizarro, detrás de pie y de derecha a izquierda: Sancho, G. Gutiérrez, Mozota, Arcocha y J. M. Sánchez.

También estuvo dos años en nuestra Cátedra como Profesor Ayudante de Clases Prácticas, José Luis Gredilla.

A pesar de todas las dificultades y penuria de medios, hacíamos investigación. En 1966 a D. Antonio Martín Calderín, que tenía gran prestigio en la Societas ORL Latina le encargaron un trabajo experimental a desarrollar por nuestra Cátedra sobre «hipo e hipo e hipervitaminosis en la mucosa nasal. En tales circunstancias, el Dr. Redondo, siempre sagaz y que se metía por el ojo de una aguja, con tesón e interés por el Departamento, encontró una casa, un piso, así como suena, y además era un piso cercano. Eran unas habitaciones, creo que tres y una cocina, que estaban junto al anfiteatro grande de Anatomía, y que tenía unos ventanucos que daban a la galería. Era la vivienda del conserje de la Facultad, Gregorio Niflo, que allí vivía con sus hijos Joaquín (bedel de Anatomía), y en ella nació su hermano Julián (bedel de Anatomía Patológica). Al morir Gregorio, la casa quedó vacía, y allí montamos un animalario y también una biblioteca, pues no había otro lugar para guardar los libros. Piedad compraba las ratas y los cobayas; llegamos a tener bastantes y les daba de comer pues tenía experiencia de su cuidado por su trabajo en la Cátedra de Anatomía. Los trabajos propiamente de Laboratorio los hacíamos Alarcos y José M^a Sánchez en

la Cátedra de Anatomía de D. Pedro Gómez Bosque, y yo en la de D. Antonio Pérez Casas (q.e.p.d.).

Recuerdo que un día se inundó el piso, y entre todos los componentes del Servicio deprimisa y corriendo tuvimos que evacuarlo, llenando el agua parte de la galería donde estaban los enfermos y los estudiantes, con los libros, las jaulas con los animales y algunos enseres.

Las salas de enfermería eran las de San Blas, que estaba en la planta baja, con 8 camas para hombres, y que compartíamos con las Cátedras de Oftalmología y Dermatología. Y en la primera planta la sala de la Milagrosa con otras 8 camas para las mujeres. La sala de San Blas tenía en medio una vieja estufa, además de calentar la sala, servía también para calentar alguna comida y para hervir las cánulas. En un rincón de la misma, César Gavilán construyó una cabina audiométrica con paredes de mampostería. De tal manera que para hacer una exploración audiométrica, teníamos que ir a la sala atravesando medio Hospital. Junto a la sala también había un cuarto muy frío, que era un laboratorio de investigación para hacer trabajos en el temporal, para ensayar la cirugía del oído.

Más tarde nos dieron otras camas en las salas de Médica y Quirúrgica de San Miguel, San José y San Germán; es decir, que siempre vivíamos de prestado.

En 1961, nos trasladamos a la parte moderna de la Facultad, a la 4ª planta. El traslado desde «la cueva» a la parte moderna lo hicimos nosotros mismos ayudados por algún enfermero, cargado con todo el instrumental, los sillones y todos los muebles. Recuerdo que yo bajé a unos sótanos que hay en la Facultad, acompañado de Baldomero, el padre de Julia (secretaria del Decanato). Esos sótanos son como unas catacumbas llenas de telas de araña y algunas ratas no precisamente de laboratorio. Allí había algunas cosas de utilidad y encontré unos bancos muy hermosos, largos y que una vez pintados han estado y creo que están en una de las salas de espera y en los pasillos de la 4ª planta de la Facultad.

También hallé dos o tres mesas que prestaron gran utilidad. Recuerdo que en ese «paseo» por 105 sótanos de la Facultad, vi a Ricardo Landínez (hoy catedrático de Microbiología), que creo encontró dos sillones en buen uso.

En esa época de D. Antonio Martín Calderín, acudimos en julio de 1966 a un Congreso en Toulouse. Redondo organizó un viaje en autocar con todos nosotros y con los discípulos de D. Antonio de Madrid, los del viejo Hospital de Santa Isabel, antiguo Hospital Provincial, con el Dr. Sacristán, Marañés, Angolotí y el hijo de D. Antonio. También fue Piedad que se lo pasó bomba; fue un Congreso por todo lo alto y Piedad terminó con toda la comida de la buena cocina francesa.

También hicimos otra excursión de todo el Servicio. Esta fue más corta, fue a Wamba, el cercano pueblo vallisoletano, fuimos a coger cráneos al osario que está junto a la Iglesia de dicho pueblo. En este osario creo que han llegado a existir hasta 10.000 cráneos adosados a las paredes como los libros de una biblioteca. Llevábamos un permiso especial del Arzobispado, y nos trajimos un buen número, varios de ellos con mechas de pelo y todo. Recuerdo que iba mi hermano Pedro y yo en mi Vespa, cargados con un saco lleno de cráneos, menos mal que ya no existían los consumidores o empleados de fieltros a la entrada de la ciudad. Con estos cráneos trabajamos unos años y creo que aun existe alguno. Los utilizábamos para la disección del hueso temporal.

Se jubiló D. Antonio M. Calderín el 11 de noviembre de 1966, encargándose de la Cátedra el Dr. Redondo hasta que llegó el Profesor D. Feli-

pe Rodríguez Adrados, por concurso de traslado desde Cádiz el 15 de febrero de 1967.

Hasta entonces Piedad había sido todo: enfermera de quirófano, instrumentista, recepcionista, encargada del archivo de historias clínicas, etc. Siempre pidieras lo que pidieras, Piedad decía: «no se preocupe, que lo tengo todo preparado», y efectivamente al poco rato ya tenías lo que habías pedido.

Al llegar D. Felipe, a Piedad la encargó del archivo y recepción en el nuevo Servicio de la 4ª planta, y allí montó su vida, rodeada de gente por todas las partes. Piedad conoce a casi todo el mundo, a todos saluda y sabe la vida y milagros de muchos de los pacientes. En su mesa, en un cajón bajo llave siempre había y ella te proporcionaba los medicamentos y muestras más difíciles de obtener y también algún caramelo, unas pastas o unas rosquillas para combatir la hipoglucemia de media mañana. Para pasar los enfermos los días de mucho trabajo, Piedad siempre se busca sus recomendados, pero a decir verdad casi siempre eran sus protegidos los más necesitados; sus pobres de la Beneficencia, casi todas las monjas de Valladolid, los amigos de su pueblo y los más desheredados, los que más necesitan de nuestra ayuda. Piedad te da una palmadita o te coloca el cuello de la bata y sin que te des cuenta ya tienes en la mano la historia del enfermo y éste sentado en el sillón frente a ti, antes de que té de tiempo a decir nada.

En esos años se incorporaron al Departamento Maribel Lerma y posteriormente Tere Blasco (secretarias) y como enfermeras instrumentistas. Cristina, posteriormente María Jesús, Tere Vicente, Mari Carmen Casado, Carmen Tamayo, Sagrario Plaza y también Sor Arieta que cumplía múltiples facetas. Como médicos: Infante, Benjamín García, Félix Holgado, Ruano, Jesús Herrán, Román, Fernando Cuadrado, Gil-Carcedo, Allúe, Matesanz, Teodomiro Pascual y Ricardo Heras. Muchos se han establecido y viven en diversos lugares de España, prestigiando la Escuela Vallisoletana.

Juan Carlos Infante, que ganó las oposiciones de Profesor Titular, dejó la Cátedra y desde hace años es Jefe de Servicio en el Hospital San Millán de Logroño, que es su tierra natal. Benjamín García, que junto con Infante, vinieron con el Catedrático Dr. Felipe Rodríguez Adrados, se

integraron perfectamente en Valladolid. Benjamín se trasladó posteriormente a Soria y luego a Cáceres, su patria chica, y es también allí Jefe de Servicio de ORL.

Félix Holgado ejerce la especialidad en Alicante y Ruano trabajó en el Hospital de Segovia, ciudad donde ha fallecido hace tres años.

Jesús Herrán en Avilés; Fernando Cuadrado en el Ferrol; Allúe en el Hospital «La Fe» de Valencia; Teodomiro Pascual en el Hospital de Victoria; Ricardo Heras en el Hospital Clínico, lo mismo que Román, éste también en nuestra Cátedra de la Facultad, Gil-Carcedo, es actualmente el Catedrático de Otorrinolaringología.

También formaba parte del grupo, Maribel López Aramburu, que en aquellos años era la Médica Anestésista habitual del Servicio.

Hacia 1972 se incorpora a nuestra Cátedra el Dr. D. Emilio García Vaquero, eminente otorrinolaringólogo, que en calidad de visitante, sin nombramiento alguno, iba todos los días al Hospital, y así ha seguido hasta su fallecimiento hace dos años. A todos ayudaba y daba consejo tanto a la hora de la práctica clínica diaria con el enfermo, como en la de buscar la bibliografía para cualquier trabajo. Pero hablar del Dr. Emilio constituiría un capítulo aparte.

Siempre que alguno de los médicos deja la Cátedra y el Servicio de ORL para ir a trabajar otros lugares, Piedad pasa mal rato. Todos la besan y la dan un abrazo, es como la despedida de uno de los hijos que Piedad no ha tenido, y siempre que vuelven a Valladolid y van al Hospital lo primero que hacen es ver a Piedad y darla un abrazo.

En esa época se realiza en el Hospital un concierto con la Seguridad Social y el trabajo se duplica, y aunque no teníamos sueldos, hacíamos un reparto de los ingresos con arreglo a una puntuación. Todos participaban; médicos, enfermeras, auxiliares y secretarias. Pero una gran parte se destinaba a la compra de libros, revistas, instrumental y aparataje, incluso hasta la mesa y sillas de la biblioteca de ORL actual del Hospital Clínico.

En 1974 se incorporó como ATS Víctor Rendueles, de grato recuerdo y que hoy ejerce su profesión en su tierra, Gijón y en 1976 las ATS. Esther Juárez y Pilar Sanz, que siguen actualmente en el Servicio de ORL del Hospital Clínico, igual-

mente Mari Pili de Diego (sobrina de Piedad) y Seví Carranza (que se jubiló hace unos años).

En esa época, con el Profesor Adrados, también estuvieron los ATS Francisco Agundez y Carlos Casas y como Alumnos Internos figuraban Gerard Morisset y López de Letona, que luego se decantó por la Obstetricia y Ginecología. Agundez, aún después de su jubilación en Fasa Renault sigue asistiendo a nuestro Servicio de ORL del Hospital.

El 30 de septiembre de 1976, cesa como Catedrático el Profesor Rodríguez Adrados, por traslado a la Universidad de Sevilla, donde se ha jubilado hace pocos años, y se hace cargo nuevamente de la Cátedra y del Servicio de ORL el Dr. Redondo Pizarro, Profesor Adjunto.

En octubre de 1977 se produce el traslado al actual Hospital Universitario, donde comenzamos la etapa actual.

El 25 de abril de 1978 Piedad va a conocer otro nuevo Jefe. En esa fecha se incorpora como Catedrático el Profesor D. Miguel González Pérez, por concurso de acceso. Me consta que por parte de D. Miguel, Piedad recibió toda clase de consideraciones y que ella correspondió siempre con su trabajo diario, con su puntualidad y con su esfuerzo. Yo pocas veces la he visto cansada, siempre de un lugar a otro del Servicio, y con su atiplada voz llamando a los enfermos, declamando sus nombres, aún a expensas de alguna broma de Víctor para que pasase a la consulta José Antonio Primo de Rivera. En esta nueva etapa del Hospital actual, forman parte del Servicio: Bachiller, Alonso, María Ángeles Condado, Raouf, Escapa, Santoveña, Urueña, Represa y Morais.

Jesús Bachiller, Juan Alonso y María Ángeles Condado continúan en el Hospital Clínico y Darío Morais, era médico Residente. Desde hace siete años es el Jefe de Servicio, demostrando su buena preparación clínica y quirúrgica y su capacidad de trabajo. Raouf y Escapa están en el Hospital Río Carrión de Palencia. Carmen Urueña en el Hospital Río Hortega, Esther Santoveña, ejerce en el Servicio médico de Empresa en Fasa-Renault Juan Represa que era también médico Residente, es actualmente Catedrático de Anatomía de nuestra Facultad; dejó la Otorrinolaringología, para dedicarse más a la investigación. Es Director del Instituto de Biología y Genética Molecular.

En 1979, se incorporó como enfermera Feli Rebaque y en 1981 como médicos asistentes para hacer la especialidad, Enrique Ibáñez, que ejerce en Valladolid y forma parte actualmente del Profesorado de la Cátedra y Julián Rodríguez-Pampliega que trabaja en el Hospital Río Carrión de Palencia. También Héctor Arias, que está en el Hospital Militar de Burgos.

En esos años se incorporan como Médicos Residentes en el Servicio de ORL Maite Hernández, que ejerce en Castellón y Fernando García Vicario, en Burgos.

Como Médico Adjunto, con el Profesor González llegó Lorenzo Zaragoza, que hoy día es Profesor Titular en la Facultad de Medicina de Málaga. Eran alumnos Internos en esos años.

Teresa Rivera y Emilio Alarcos, como se ve, alumnos aventajados, ya que la primera es especialista ORL en el Hospital de Alcalá de Henares y Alarcos está en la Cátedra y en el servicio del Hospital Clínico Universitario.

El 29 de abril de 1986 cesa como Catedrático D. Miguel González Pérez, por traslado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga, que es su tierra, marchando también con él, Lorenzo Zaragoza.

Con respecto al Profesor González debo decir que me ayudó mucho para preparar mis oposiciones a Profesor titular de la Universidad, apoyándome y dándome ánimos, guiándome con sus grandes dotes docentes en el planteamiento de las lecciones y en los ensayos de los ejercicios.

De nuevo el Dr. Redondo Pizarro queda como encargado de Cátedra y Jefe del Servicio de ORL del Hospital, hasta su jubilación el 14 de diciembre de 1987. En este año obtiene por oposición la Cátedra de Otorrinolaringología el profesor Luis María Gil-Carcedo, tomando posesión de la misma el 1 de diciembre de 1987. Desde hace dos años es Jefe del Servicio en el Hospital Río Hortega, que por concierto con la Universidad es también Hospital Universitario, donde igualmente se imparte docencia de la Licenciatura de Medicina y la de post-gradó.

Gil-Carcedo es hoy día una de las figuras señeras fieras de la especialidad en España. Autor de numerosas publicaciones en las revistas nacionales y extranjeras de mayor prestigio, así como de un libro de Otología, que sirve de texto para el alumnado y de consulta para licencia-

dos y especialistas. También ha dirigido y publicado la Ponencia Oficial de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial de 1992, sobre «Tratamiento quirúrgico de los tumores de cabeza y cuello». Ha sido Director de numerosas tesis doctorales y es requerido continuamente como ponente y Profesor en cursos y foros nacionales e internacionales de la especialidad. Posee una gran capacidad de trabajo; muchos domingos y días festivos, a las 6 o las 7 de la mañana ya está en su despacho de la Facultad de Medicina o en el Laboratorio de Cirugía Experimental, en la investigación básica.

En el Hospital Río Hortega está desarrollando una gran labor asistencial y docente, sobre todo en Cirugía Oncológica, uno de sus campos preferidos.

Su capacidad docente es valorada positivamente por los alumnos Yo, que le he acompañado en varias de sus oposiciones a Cátedra en Madrid, Oviedo, etc., he presenciado sus magníficos ejercicios y exposiciones magistrales, donde superó con creces a los demás opositores, aunque tuvo que esperar a la oposición a la Cátedra de Valladolid, en vez de la de Oviedo, su tierra natal. Pero eso hemos ganado los vallisoletanos y nuestra Facultad de Medicina.

Es Fundador y Presidente de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León-Cantabria y La Rioja, y Tesorero de la Sociedad Española de la especialidad.

Para concluir estas páginas, es mi deseo exponer los nombres de las personas que actualmente forman el profesorado de la Cátedra, que además de la Licenciatura de los alumnos de Medicina, imparte docencia en la Diplomatura de Logopedia y la Asignatura de Anatomía, Fisiología y Neurología de la Audición y el Lenguaje en la Escuela Universitaria de Profesorado de EGB.

Los profesores son: Catedrático, Luis María Gil-Carcedo. Profesores Titulares: Antonio Alarcos y Ángel Sancho. Profesores Asociados: Luis Antonio Román, María Ángeles Condado, Emilio Alarcos, Milagros Marcos, Ernesto Guerra, Luis Ángel Vallejo, Enrique Ibáñez y Nabil Al Chaal. Ayudante de Escuela Universitaria: Dolores Torres (Logopeda).

Espero que en los próximos lustros alguien continúe esta pequeña historia.

LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN CASTILLA: SALAMANCA

Dr. Roldán Agustín del Cañizo Fernández

*AD CAEDES HOMINUM PRISCA
AMPHITEATRA PATEBANT
NOSTRA UT LONGUM VIVERE DISCANT.*

Q ueda así plasmado en letra impresa lo que con sangre de toro figura en el escrito que corona la entrada al viejo anfiteatro anatómico de la ya abandonada, como sede de la Facultad de Medicina, Hospedería del Palacio del Arzobispo Fonseca en Salamanca. Antes los anfiteatros servían para la muerte de los hombres. Ahora sirven para enseñar a que vivan más tiempo; se puede libremente traducir esta sentencia latina.

Siendo la Otorrinolaringología, especialidad que se pretende rememorar dentro del ámbito de influencia de la Universidad de Salamanca, fruto de la mentalidad anatomoclínica ochocentista, no parece impertinente, a manera de introducción, reseñar algunos antecedentes del método anatómico en la primera cátedra de Anatomía que, en el siglo XVI, se crea en el Estudio salmantino. Cosme de Medina fue quien primero estuvo al frente de la misma, habiendo previamente trabajado con Pedro Jimeno y descubriendo con él el huesecillo estribo; cuestión que señala Prieto Carrasco al tiempo que la pone en duda. Hoy se sabe que el primero, al menos en publicar este hallazgo, fue Ingrasio, sin menoscabo de que otros anatómicos pudieran haberlo encontrado simultáneamente.

Antes de la decadencia de la universidad española a partir del siglo XVII, la enseñanza de la Anatomía se basaba en un mínimo de disecciones humanas y animales. Entre otras se exigía:

Fuera de la lectura ha de ser obligado a hazer a la hora de su cathedra doze disecciones particulares, tres de ojos, tres de coraçones, tres de riñones, tres de larynges.

Añade la obligatoriedad de practicar disecciones de la *ceruiz y cabeça*, incluyéndose esta curiosa práctica de vivisección:

En la sexta se haga con un perro viuo, para que puedan ver los estudiantes el mouimiento del coraçon y el vso de los neruios recurrentes que siruen a la voz.

Estos párrafos extraídos de los estatutos universitarios vigentes en la época, dan cuenta de la enseñanza de una anatomía práctica, la cual incluía en su estudio los órganos que, posteriormente por motivos fisiopatológicos y técnicos, van a constituir la especialidad de Otorrinolaringología.

Hasta ese momento las enfermedades que afectaban a estos órganos eran atendidas, en sus respectivas facetas, por médicos o cirujanos generales. Sirva de ejemplo curioso el que en el siglo XVIII, una sociedad médica convocara un concurso de disertaciones sobre la pregunta:

Por qué, fiendo el regular domicilio de las Lombrices el canal inteftinal, producen picazón en las narices?

Cuando la Otorrinolaringología aparece como especialidad a finales del siglo XIX, las voces del positivismo empiezan a despertar de su letargo a la universidad española, al tiempo

que en Salamanca su universidad se despereza con la vibrante y estimulante voz de Miguel de Unamuno. En esta época la escuela médica salmantina se encuentra en la situación más precaria de su historia. Unos estudios que habían comenzado mediado el siglo XIII, de repente se vieron interrumpidos a consecuencia de la ley Moyano de 1857, siendo restablecidos de nuevo en 1868 por una Junta revolucionaria que, con el apoyo económico de la Diputación y el Ayuntamiento, permiten su reanudación bajo la condición de Facultad libre. Y esta situación persiste en 1902, año en que, con la Dermatología y la Oftalmología, se hace obligatoria la enseñanza de la Otorrinolaringología, siendo el primer profesor de la misma Ceferino Sánchez Domínguez. Es obligado reseñar que desde 1886 se venía impartiendo en esta escuela libre una asignatura de Otología con carácter voluntario a cargo del citado profesor. Para la enseñanza de las asignaturas clínicas, la Facultad contaba desde el principio con el Hospital de la Santísima Trinidad, en su antigua ubicación anterior a 1905, cuyos servicios de consultas se ampliaron en 1902 al incorporarse las nuevas disciplinas, entre ellas la Otorrinolaringología.

En 1903 la Facultad de Medicina de Salamanca retoma su carácter estatal. Desde el año anterior figuraba la Otorrinolaringología como asignatura obligatoria de los planes de estudio

de Medicina. En la nueva facultad el encargado de su enseñanza fue el catedrático de Anatomía D. Godeardo Peralta. Existen multitud de anécdotas referidas por sus discípulos en torno a este carismático profesor. Recogemos alguna con la prudencia debida a las cuestiones que se basan en la transmisión oral.

La más conocida es la del torero «Machaquito», que mientras era arrastrado por el toro, con un cuerno clavado en el cuello, y al tiempo que el público gritaba: —«¡Lo ha matado!» D. Godeardo Peralta exclamó desde el tendido: —«¡No pasa nada. Solo le ha afectado el ligamento cervical posterior!» Diagnóstico que se confirmó después.

Tenía costumbre, muy extendida hasta épocas recientes, de llevar enfermos a clase. En una ocasión quiso aprovechar la llegada de un niño que se había introducido un hueso de aceituna en la nariz para extraerlo ante los alumnos. Una vez localizado el cuerpo extraño, durante la maniobra de extracción, el pequeño paciente estornudó violentamente y el hueso salió disparado a la cara del profesor.

Además del cometido docente, D. Godeardo Peralta ejerció privadamente la especialidad, llevando a cabo numerosas amigdalectomías, muy frecuentes entonces, no sólo por la patología que producían, sino también para eliminar posibles portadores del bacilo diftérico. Bajo esta indicación y tras haber padecido la enfer-



El Prof. A. Sánchez Rodríguez durante una alocución en el III Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología celebrado en Salamanca (1957).

1. Dr. Ariño. 2. Redondo Pizarro.
3. Beltrán. 4. G. Núñez.
5. P. García Tapia.
6. A. Sánchez Rodríguez.
7. Maraños. 8. Álvarez Pérez.

medad, operó al que posteriormente sería otorrinolaringólogo en Segovia, Agustín del Cañizo Suárez.

Mediada la década de los treinta se hace cargo de la enseñanza de la Otorrinolaringología en la facultad salmantina Vicente Santos Mirat y tras la contienda civil lo hace Tomás de Juan. Ambos son ya otorrinolaringólogos con plena dedicación a la especialidad y ejercicio profesional de la misma en la ciudad, atendiendo además el servicio asistencial del nuevo Hospital Provincial que había sustituido, para fines docentes, al de la Santísima Trinidad. Tomás de Juan Rodríguez acude a Salamanca requerido por el, entonces, decano de la Facultad de Medicina Prof. Fermín Querol y comienza su labor universitaria en 1941 como profesor adjunto. Después de haber tenido un problema con una enfermera que, en cierta ocasión, le dio cargada la jeringa para amigdalectomía con anestesia tópica, Tomás de Juan siempre tomaba personalmente el contenido de la ampolla, comprobando que se trataba de anestesia local. Actitud que devino ley consuetudinaria de la escuela salmantina. En 1945 publica una monografía sobre «La tromboflebitis en la angina de Ludwig» que es el primer trabajo otorrinolaringológico editado por la Universidad de Salamanca, y que constituye el nº 1 del Tomo I de la serie de Medicina del Acta Salmanticensia. En dicho estudio aporta una casuística de 38 casos, de los cuales 10 fueron atendidos en el Hospital de la Facultad de Medicina de Salamanca y el resto en la Casa de Salud de Valdecilla cuyo servicio de Otorrinolaringología regentaba su hermano.

En esa época se incorpora al servicio, como enfermera, Teresa Hernández Núñez que permanecerá en el mismo hasta su jubilación en 1988. Testigo maternal y amiga de las sucesivas generaciones médicas formadas en la clínica otorrinolaringológica salmantina, presenció los esfuerzos para llegar a dominar la cirugía menor de amígdalas, vegetaciones y tabique nasal y vio como alguno llegó a tirar con rabia mal contenida el sluder, después de vanos intentos de amigdalectomizar a un niño, inmovilizado con una sábana, técnica esta última que Teresa dominaba a la perfección. Con estilo ejemplar dirigió al personal y estudiantes de la escuela de

enfermería que fueron sucesivamente pasando por el consultorio.

El primer catedrático numerario que obtiene por oposición la plaza de Salamanca es Guillermo Núñez Pérez que la ocupa de 1948 a 1950. Explicó, pues, dos cursos académicos a razón de dos lecciones semanales teóricas, más la dirección de las clases prácticas y del servicio hospitalario en el cual, durante ese período, se practicaron 321 intervenciones de cirugía mayor y menor. Además impartió un curso de extensión universitaria para postgraduados en el que colaboraron los doctores Porto y Costa Quinta de Portugal. En el Colegio Mayor femenino Santa María de los Ángeles pronunció una conferencia sobre «Cirugía estética nasal» y otra sobre «Mecanismo de la voz hablada» en la Universidad Pontificia de Salamanca.

Tras la marcha a Madrid del Prof. Núñez, en 1950, Andrés Sánchez Rodríguez, catedrático en Granada, pasa a ocupar por traslado la cátedra de Salamanca en la que permanecerá hasta 1966. A partir de este momento se puede hablar ya, realmente, de una escuela otorrinolaringológica de la Universidad de Salamanca. Además de la docencia de pregrado se desarrolla una importante labor de formación de especialistas. El servicio hospitalario de Otorrinolaringología contaba con un dispensario para consultas externas, en el cual se llevaba a cabo la cirugía menor, y la sala nº 8 de hombres y nº 8 de mujeres, ambas compartidas con Oftalmología, para la hospitalización.

Sánchez Rodríguez proviene de la prestigiosa escuela del Prof. Antonio García-Tapia y destaca, sobre todo, en la cirugía del cáncer laríngeo, siendo uno de los introductores en España de la técnica de laringectomía horizontal supraglótica, a la que aporta modificaciones personales, desarrollando posteriormente la operación en un solo tiempo quirúrgico. En 1957 organiza y preside el III Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología que se celebró en Salamanca durante el mes de junio. A este congreso acude Justo M. Alonso, de Montevideo, promotor del método de cirugía parcial supraglótica y, en ese momento, Presidente del Comité Mundial de Lucha contra el Cáncer Laríngeo. Alonso presenta una comunicación sobre «Tratamiento global del canceroso larín-



El Profesor T. de Juan (en primer plano a la derecha) durante una sesión del Congreso Nacional de Otorrinolaringología de Salamanca (1957).

geo». Como homenaje al autor de la técnica, el Prof. Sánchez Rodríguez contribuye con una conferencia sobre «Los problemas de la laringectomía horizontal supraglótica». La aportación extranjera al congreso se completa con un trabajo del italiano Ettore Bocca, de Milán, titulado «Nuevos conceptos sobre presbiacusia y sus aplicaciones prácticas». Las principales contribuciones a este Congreso Nacional fueron publicadas por la Universidad de Salamanca en un tomo prologado por el Rector, Prof. Beltrán de Heredia, que inaugura una nueva serie del Acta Salmanticensia. Entre ellas llama la atención una sobre «El Neohipocratismo en su proyección a la Patología Nasosinusal», presentada por el Prof. Calderín.

Durante todo este tiempo sigue de profesor adjunto Tomás de Juan. En esa época eran pocos los cursos del doctorado que se impartían en la Facultad de Medicina de Salamanca. En el curso académico 1958-59, el Prof. Sánchez Rodríguez dirige uno sobre «Cáncer de Laringe». Hasta hacía poco tiempo los trabajos para obtener el grado de doctor tenían que ser presentados en la Universidad Central. La primera tesis doctoral de Otorrinolaringología que figura en los archivos de la Facultad de Medicina de Salamanca, es la realizada por Felipe Rodríguez Adrados sobre «La Radiografía del Oído en Incidencia Transorbitaria. Estudio anatómico, ra-

diológico y clínico», dirigida por el Prof. Sánchez Rodríguez que, como vocal ponente, formó parte del tribunal presidido por el Prof. Fernando Cuadrado, que juzgó la misma el 6 de marzo de 1958, mereciendo la calificación de Sobresaliente «cum laude».

La inauguración del curso académico siempre ha sido un acto solemne en la Universidad de Salamanca y la lección inaugural era impartida por un catedrático del claustro salmantino, siguiendo un riguroso orden de antigüedad. En 1963 el Prof. Sánchez Rodríguez fue el encargado de este discurso académico, el primero pronunciado por un catedrático de Otorrinolaringología, que versó sobre «Fisiopatología de la voz cantada» y fue editado por la Universidad.

Como ocurriera en otros lugares los límites de la especialidad eran, a veces, difíciles de determinar y muchas técnicas quirúrgicas estaban en manos de cirujanos generales. Estas delimitaciones se basaban, fundamentalmente, en el respeto a la experiencia de cada cual. Así, en Salamanca, y a pesar de lo destacado de la cirugía cervical que practicaba la escuela del Prof. Sánchez Rodríguez, la cirugía del tiroides fue cometido de estos cirujanos, entre los cuales merece mención aquí Guillermo Marín, colaborador de la cátedra de Patología Quirúrgica, que realizaba la tiroidectomía con anestesia local y, durante la intervención, pedía al paciente que

hablara (por ejemplo le mandaba contar), con objeto de que un cambio en la voz pudiera advertirle de la proximidad del nervio recurrente.

Uno de los médicos más carismáticos de la clínica otorrinolaringológica, muy conocido en Salamanca, era apodado Pepe Botica. Una enferma que desconocía su nombre, queriendo ser respetuosa con él, le llamaba D. José Farmacia. Preparaba los injertos de fascia de temporal para las timpanoplastias, rebajándolos al máximo, de tal modo que se podía ver al trasluz a través de ellos.

Con la muerte de Tomás de Juan, al comienzo de la década de los sesenta fueron profesores adjuntos de la cátedra Casimiro del Cañizo Suárez y Felipe Rodríguez Adrados. Cada uno de ellos tenía a su cargo una sala, bien la de hombres o la de mujeres, cambiando periódicamente junto con los médicos que formaban el respectivo equipo. Rodríguez Adrados marcha, en 1966, a ocupar la cátedra de Otorrinolaringología de la Universidad de Cádiz y le acompañan dos de los médicos asistentes al servicio de Salamanca: Juan Carlos Infante, que sería profesor adjunto en Valladolid y luego jefe de servicio del Hospital San Millán de Logroño; y Benjamín García García que, tras su paso por Soria, será jefe del servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Cáceres. Ese mismo año abandona Salamanca el Prof. Andrés Sánchez Rodríguez y queda como encargado de la cátedra Casimiro del Cañizo Suárez, el cual finalmente la obtiene por oposición en 1968, siendo por tanto el tercer titular de la misma.

Desde su incorporación como ayudante de clases prácticas, en 1954, el Prof. Casimiro del Cañizo venía trabajando en estrecha colaboración con su hermano Agustín que ejercía de otorrinolaringólogo en Segovia y que había aportado al Congreso Nacional de Salamanca una nueva teoría sobre la función de los senos paranasales y celdas mastoideas, como amortiguadores de los cambios bruscos de presión que se producen en fosas nasales y rinofaringe, teoría posteriormente citada por Flottes en el capítulo de fisiología sinusal de la Enciclopedia Médico-Quirúrgica francesa y más recientemente también en la norteamericana. Asimismo Agustín del Cañizo Suárez había colaborado en la obra del especialista argentino Anselmo Her-

nández, «Clínica y Cirugía Otológica», como autor del capítulo 22 sobre «Las complicaciones venosas y las septicemias de origen otógeno» (Buenos Aires, 1958).

En el campo de la otología, Casimiro del Cañizo tiene descrita una técnica quirúrgica para extirpación, en dos tiempos, de los tumores glómicos yugulares: un primer tiempo en el que se ligan vena yugular interna y arteria carótida externa, con apertura y taponamiento del seno lateral del lado de la lesión; y un segundo tiempo de ablación tumoral. En 1971 organiza en Salamanca un Simposium de Otología, con sesiones teóricas e intervenciones quirúrgicas, en el que participan, junto a destacados especialistas españoles, algunos extranjeros como los italianos Bocca y Calearo y el francés I. Guerrier.

La escuela de Salamanca sigue con especial dedicación a la cirugía oncológica laríngea. Durante el curso 1966-67 se vuelve a impartir un curso de doctorado sobre cáncer de laringe, que posteriormente queda institucionalizado. El Prof. Casimiro del Cañizo aporta también modificaciones a la técnica supraglótica, reconstruyendo la herida de aritenoides con mucosa del seno piriforme, e introduce en Salamanca la laringectomía reconstructiva de Staffieri. No es de extrañar pues que, cuando en 1974 es elegido académico de número de la Real Academia de Medicina de Salamanca, su discurso de ingreso trate de «Como debe comportarse el ORL con los problemas que plantea el cáncer de laringe ante la sociedad», verdadero compendio deontológico y que fue contestado por el Prof. Guillermo Núñez como académico numerario de la Real Academia Nacional de Medicina.

En 1979, por segunda vez en la Universidad de Salamanca, un catedrático de Otorrinolaringología es el encargado de impartir la lección inaugural del curso académico. Casimiro del Cañizo habla de «La enseñanza del alumno de medicina y la del post-graduado en las escuelas de especialidades» y, como viene siendo tradicional, su discurso se edita por la Universidad. En estos momentos se encuentra al frente de una escuela de Otorrinolaringología cuyos antiguos alumnos acuerdan reunirse periódicamente celebrando un congreso. Después de uno preliminar en Salamanca, lo hacen en Santiago de Compostela (1976) y Segovia (1978), continuan-



Los Doctores C. y A. del Cañizo Suárez con algunos miembros de la Escuela de Otorrinolaringología de la Universidad de Salamanca en 1962.

do posteriormente en Las Palmas de Gran Canaria (1980), Almagro (1982), Alicante (1984), Badajoz (1986) y Logroño (1988).

Cabe también destacar como hecho relevante la celebración en Salamanca, en junio de 1982, del III Congreso Hispano-Luso de Otorrinolaringología que preside el Prof. Cañizo. Conjuntamente organizado por la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial y la Sociedad Portuguesa de Otorrinolaringología y Broncoesofagología, el congreso consta de tres mesas redondas celebradas durante la mañana y la presentación de comunicaciones libres por la tarde. La primera mesa redonda versa sobre «Indicaciones, complicaciones y resultados de la cirugía parcial del cáncer laríngeo» y es presidida por el Prof. Sánchez Rodríguez, que retorna a un congreso en Salamanca para seguir en la línea establecida por él. El moderador de dicha mesa es el Prof. Carlos Migueis, de la vecina Universidad de Coimbra. El programa científico se completa con otras dos mesas redondas: una sobre «Tratamiento quirúrgico de las sinusitis crónicas» y la última que va a tratar de «Parálisis laringeas puras y asociadas». Por las tardes se leen las comunicaciones libres, una de ellas presentada por el Prof. Cañizo sobre su técnica para extirpación de tumores glómicos. Durante el período en que se celebra el congreso es alcalde de Salamanca

el otorrinolaringólogo y foniatra Jesús Málaga Guerrero, que como tal figura en el Comité de Honor y que obsequia a los congresistas con un vino español en el Huerto de Calixto y Melibea, propiedad del Ayuntamiento.

Son muchos los hechos anecdóticos ocurridos en tan dilatado período de tiempo. Algunos tuvieron como protagonista al prestigioso vetrílocuo Wences Moreno que acudía con regularidad a la consulta del Prof. Cañizo. Una de estas veces se encontraba sentado en la sala de espera, repleta de personas, junto a una madre con su hijo lactante de solo unos meses de edad. De pronto el niño empezó a hablar pidiendo el pecho a su madre y diciendo que se aburría, ante el asombro de la gente y el susto de la madre que miraba al señor serio y callado que tenía al lado y de donde provenía lavoz. La broma continuó hasta que llegó Teresa Hernández, la enfermera, para llamar a otro paciente y dándose cuenta de lo que ocurría, explicó lo sucedido produciéndose la carcajada general. En otra ocasión, para practicarle una laringoscopia, el Prof. Cañizo le pidió a un médico asistente mexicano que le aplicara la anestesia tópica. Se encerraron ambos, médico y vetrílocuo, en el cuarto de curas destinado al efecto, cuando de repente se comenzaron a oír voces que llamaban al mexicano por su nombre y que decían una serie de cosas relacionadas con su vida fa-

miliar. El joven médico preguntaba con suspicacia al paciente si oía alguna cosa y este, completamente serio, le respondía que no. Su asombro creció al máximo cuando las voces persistían mientras exploraba al enfermo. Finalmente sudoroso y creyendo tener alucinaciones acudió al Dr. Cañizo que le contó lo sucedido, pues había sido él quien había suministrado los datos del mexicano a Wences Moreno. Este ventrílocuo actuó en la cena homenaje ofrecida al Prof. Cañizo con motivo de la obtención de la cátedra.

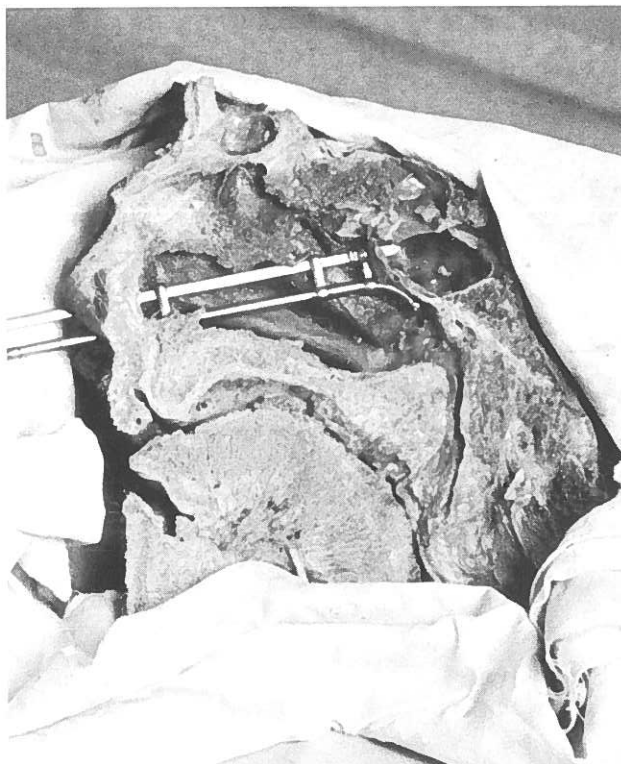
Un médico joven de la clínica atendió en cierta ocasión a una mujer que acudió al servicio de urgencias porque, en el curso de una reyerta, una vecina le había seccionado de un mordisco la mitad inferior del pabellón de la oreja. Al requerir el trozo amputado, para intentar la reimplantación, la enferma manifestó que no lo tenía. Como venía de un pueblo lejano se procedió a suturar el muñón. Cuando vuelve al cabo de ocho días para retirar los puntos de sutura, la mujer trae consigo el trozo de oreja cortado. Al explicarle que ya no se puede hacer

nada con él, la paciente sugiere que se seccione el mismo trozo de oreja a la vecina agresora para aplicárselo a ella. Se le responde que eso, además de inmoral, no daría resultado porque seguramente no sería histocompatible. Finalmente la sentencia inmunológica con la que concluyó esta mujer fue: —«¡Claro. De una persona mala a otra buena no puede pegar nada!».

Venía siendo tradicional en Salamanca la celebración de la festividad de San Blas, que comenzaba con una misa seguida de desayuno y finalizaba con cena y fiesta nocturna. Algunos se presentaban adornados de la clásica gargantilla y ese día se suspendía toda actividad. En 1986 se aprovechó fecha tan señalada para tributar un caluroso homenaje a la enfermera Teresa Hernández Núñez, al que acudió en pleno la escuela de Otorrinolaringología de la Universidad de Salamanca como muestra de agradecimiento y cariño. Desde Tomás de Juan era la persona más antigua de la clínica y constituía la memoria viva de la escuela. Ese mismo año se retira el Prof. Casimiro del Cañizo merced a una ley que adelantaba la edad de jubilación, no aceptando participar en ningún acto de reconocimiento. Dos años después se jubila Teresa Hernández.

Con la incorporación a la cátedra del Prof. Casimiro del Cañizo Suárez se implantaron dos líneas claras de investigación, siempre en colaboración con el Dr. Agustín del Cañizo Suárez: una sobre patología sinusal y otra de estudio filológico de los órganos constitutivos de la especialidad.

Arranca la primera de las tesis doctorales de ambos especialistas. La realizada sobre la operación de Ermiro de Lima por Casimiro del Cañizo, que está ilustrada con dibujos de Cerra, médico que se dedicaba a esta actividad artística y conocido, posteriormente, por los dibujos que aparecían en las cajas de cerillas. Alguna de las ilustraciones de esta tesis fueron reproducidas, citando la misma, en el capítulo correspondiente a la cirugía sinusal de la Enciclopedia Médico-Quirúrgica francesa. La segunda, de Agustín del Cañizo Suárez, sobre sinusitis esfenoidales en la que su autor describe un método de punción de este seno, mediante un trocar diseñado por él. La técnica de punción del seno esfenoidal se amplía con las exploraciones de ventilo-



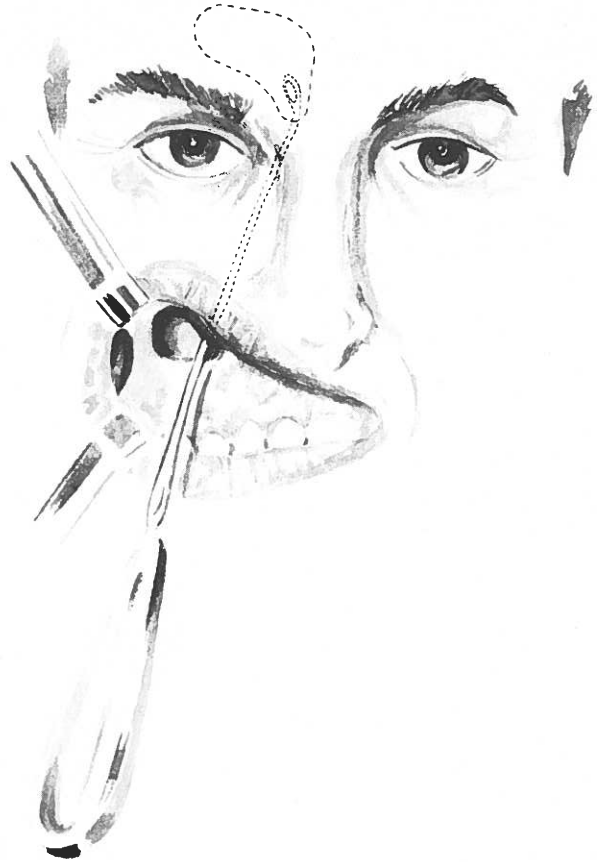
Preparación anatómica mostrando la técnica de punción del seno esfenoidal con el trocar diseñado por el Dr. A. del Cañizo Suárez.

metría y ventilografía de dicho seno lo cual, tras varias publicaciones, culmina en una monografía titulada «La exploración del antro esfenoidal en las sinusitis crónicas», editada en Salamanca en 1973 por ambos autores. Esta metodología es aplicada también al seno maxilar. Consecuencia de ello son las tesis doctorales, «Investigaciones sobre las pruebas de ventilografía del seno esfenoidal y antro de Hihgmore» de Julio Knaster del Olmo, y la que sobre cateterismo y punción del seno esfenoidal lleva a cabo Carlos García González, que habían sido precedidas por otra de cirugía del seno frontal, realizada por José Eduardo Martín Hernández.

La segunda línea de investigación filogenética da lugar a varias publicaciones de Agustín del Cañizo Suárez, algunas en colaboración con Alfredo Garcillán, y se proyecta en las tesis doctorales: «Investigación filogénica de la trompa de Eustaquio» de Felipe Gómez Toranzo, que sería profesor adjunto de la cátedra y posteriormente jefe del servicio ORL del Hospital Virgen de la Vega de Salamanca; y «Evolución y filogenia de la larínge y del lenguaje articulado» realizada por Domingo Miguel Hernández que, tras ser profesor adjunto en Salamanca, es nombrado jefe de servicio del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, obteniendo asimismo plaza de profesor adjunto de Otorrinolaringología en esa Universidad y siendo uno de los más brillantes representantes de la escuela salmantina. La serie termina con una tercera tesis titulada «Estudio filogénico de la adaptación del oído medio a los cambios de presión».

Para juzgar algunas de estas tesis vuelven a Salamanca, como miembros del tribunal, los profesores Guillermo Núñez Pérez y Andrés Sánchez Rodríguez.

Otros especialistas del servicio abren sus propios campos asistenciales y de investigación, algunos pioneros como la Otoneurología, desarrollada por Luis Beltrán Mateos que diseña un modelo de oído artificial en su tesis doctoral, y la Foniatría, actividad a la que se dedica Jesús Málaga Guerrero, responsable de esta sección asistencial y catedrático de Psicopatología del Lenguaje en la Universidad Pontificia de Salamanca, el cual realiza su tesis doctoral sobre «Investigaciones de las imágenes patoló-



Abordaje del seno frontal por vía transmaxilar.
Ilustración de la Tesis Doctoral del Prof. C. del Cañizo,
realizada por el célebre dibujante Cerra.

gicas de la larínge con fluoresceína por visión microscópica». Línea de investigación seguida también por Manuel Gómez Benito y Juan Luis Gómez González con sus tesis sobre microcirugía laríngea y sobre electroglotografía, respectivamente. Ángel Muñoz Herrera tiene a su cargo la sección de oncología de cabeza y cuello y Leandro Benito García dedica preferentemente su labor a la cirugía nasal.

En 1990 se celebra otro Congreso Nacional en Salamanca. Esta vez se trata del primero organizado por la Sociedad Médica Española de Foniatría. Precisamente la Universidad de Salamanca fue la primera y, hasta el momento la única, en establecer un título propio de médico especialista en foniatría. En dicho congreso, además de las comunicaciones libres, se presentaron dos ponencias oficiales: «Trastornos

del desarrollo del lenguaje. Disfasias» y una segunda de «Hipoacusias leves y trastornos del lenguaje». El congreso fue presidido por María Garrido Gallego, la primera mujer que, como médico residente, obtuvo el título de especialista en Otorrinolaringología por la escuela salmantina. La siguió, ya por el sistema MIR, Milagros Coloma Milano que posteriormente obtiene plaza en el Hospital de Leganés. Ambas fueron precedidas por la venezolana Marta García de Mena que ejerció la especialidad en Caracas.

Presidido por el Prof. Felipe Gómez Toranzo, en 1995, tiene lugar en Salamanca el III Congreso Autonómico de la Sociedad Castellano-Leonesa de Otorrinolaringología, foro de intercambio científico y confraternización de los especialistas de esta comunidad y plataforma para los médicos residentes que se forman en ella, todos los cuales participaron entusiastamente en el mismo.

Finalmente hay trabajos, con aplicación clínica, que se están llevando a cabo desde departamentos básicos, como es el caso de Agustín del Cañizo Álvarez, que sucede a su padre en la cátedra y está desarrollando en Salamanca la técnica de aplicación de implantes cocleares, completada y fundamentada en una investigación sobre la vía acústica; pero esto

aún no es historia y se entra en el terreno de la crónica.

FUENTES

1. Actas del I Congreso Nacional de la SOMEF. Salamanca, 1990.
2. Congreso Nacional de Oto-Rino-Laringología. Conferencias del Ciclo organizado por la Universidad. Acta Salmanticensia. Medicina. Tomo V, núm. 1. Salamanca, 1957.
3. Estatutos de la Universidad de Salamanca de 1594. «De las lecturas de Medicina». Disposiciones sobre la cátedra de Anatomía. Título décimo tercio, pág. 21. Archivo histórico de la Universidad de Salamanca.
4. Granjel LS. La Medicina Española del siglo XVIII. Ediciones Universidad de Salamanca, 1979.
5. Granjel LS. La Facultad Libre de Medicina de Salamanca (1868-1903). Centro de Estudios Salmantinos. Salamanca, 1989.
6. Juan Rodríguez T. de. La tromboflebitis en la angina de Ludwig. Acta Salmanticensia. Medicina. Tomo I, núm. 1. Salamanca, 1945.
7. Libro Homenaje al Profesor Guillermo Núñez: Cincuenta años de Otorrinolaringología. Madrid, 1962.
8. Libros de Actas (desde 1914). Archivo de la Secretaría de la Facultad de Medicina de Salamanca.
9. Libros de Registro de Cirugía Menor. Servicio de ORL del Hospital Universitario de Salamanca.
10. Prieto Carrasco C. Dos estudios sobre la enseñanza de la Medicina en la Universidad de Salamanca. Edición de Luis S. Granjel. Ediciones Universidad de Salamanca, 1986.

LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN CATALUÑA

Dr. Manuel Dicenta Sousa

INTRODUCCIÓN

Este artículo no pretende ser un repaso exhaustivo a la evolución de la otorrinolaringología en Cataluña, pues esto requeriría no sólo una mayor extensión sino una labor investigadora de varios años. Ante la imposibilidad de cumplir con estas dos premisas, hemos preferido limitar el alcance de nuestro texto: aunque hablemos de «otorrinolaringología en Cataluña», la dificultad para encontrar en breve tiempo datos de todo el principado nos obliga a la hora de estructurar nuestra narrativa, optar por la tradicional aproximación biográfica, centrada en figuras que de alguna manera han representado lo más valioso de nuestra especialidad.

En cuanto a las fuentes documentales hay que dejar constancia de que no existe ninguna historia de la otorrinolaringología catalana, pero sobre la española en general hay dos estudios de gran interés que pueden y deben ser la base para cualquier investigación sobre este tema: uno es el de R. PULIDO, *Notas para una historia de la otorrinolaringología en España* (1933) y el otro el de J. PERELLÓ, *Historia de la otorrinolaringología en España* (1979); ambos nos han sido de gran utilidad a la hora de redactar estas líneas en lo referente a la otorrinolaringología de la provincia de Barcelona, siendo para el resto de las provincias los correspondientes jefes de servicio de los Hospitales de la Seguridad Social Dr. Liern para Girona y Prof. Víctor Palomar para Lleida.

SUÑÉ Y BOTEY: DE LA SOCIEDAD BARCELONESA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA A LA SOCIEDAD CATALANA (1911-1926)

En las dos primeras décadas de este siglo la otorrinolaringología barcelonesa está representada por las figuras de Luis Suñé (1852-1914) y Ricardo Botey (1855-1927). El primero se licenció en 1874, pero ya en su período de estudiante había dado muestras de sus inquietudes científicas fundando con un grupo de compañeros «El Laboratorio», primer instituto de fisiología experimental de España, que pasados los años se fusionaría con la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña, de la cual Suñé fue presidente durante el bienio 1890-92.

Sus primeros intereses investigadores fueron de tipo farmacológico, obteniendo una medalla de la Academia en 1876 por su trabajo «La acción de la digital», pero pronto comenzó a especializarse en la otología y adquirir cierta reputación. Sus publicaciones en este campo —más de 60— tuvieron una gran acogida en el mundo científico internacional, ya que fueron elogiadas por el ilustre Politzer [OLIVER y cols., 1979]; el primer artículo, titulado «De la otoscopia en las enfermedades del oído», apareció en la *Gaceta Médica Catalana* en 1879. También frecuentó congresos en España y el extranjero, siendo el responsable del Congreso Español de Otología celebrado en Barcelona en 1899. A nivel asistencial sus técnicas fueron exclusivamente médicas, ya que la cirugía le parecía un método agresivo y de eficacia dudosa, pero co-

nociendo el estado del arte quirúrgico en aquellos tiempos es una opinión que no se puede criticar.

Fuera de sus actividades médicas, Suñé hizo suya aquella frase tan certera como lapidaria de Letamendi, «El médico que sólo sabe de medicina, ni de medicina sabe», y cultivó la faceta humanística con encomiable habilidad: *dilettante* del violín y del piano, era un wagneriano entusiasta que no se perdía ninguna representación liceísta de las obras del genio de Bayreuth, y en 1883 publicó una curiosa novela que satirizaba algunos aspectos de la sanidad barcelonesa, *Los misterios del Hospital*, que firmó con el seudónimo «Emilio Solá», una evidentísima y pintoresca transcripción del nombre del novelista francés Emile Zola.

En 1911 se funda la Sociedad Barcelonesa de Otorrinolaringología y Suñé es nombrado presidente. El vicepresidente Botey, que por aquel entonces era la personalidad indiscutible de la especialidad en Cataluña. A diferencia de Suñé, Botey (que se había licenciado en 1881) se interesó desde el primer momento en las enfermedades de oído, nariz y garganta y fue el primero en España que se refirió a ellas con el término «Otorrinolaringología». A partir de 1884 empezó a visitar centros extranjeros que le permitieran adquirir los conocimientos que en España le estaban vedados, conociendo a ilustres personalidades de la ciencia europea [CAMPMAJÒ, 1972], y en 1886 publicó su primer libro especializado: *Higiene, desarrollo y conservación de la voz*. En 1889 consiguió que el antiguo Hospital de la Santa Cruz le concediera un espacio para montar una consulta dedicada a la todavía no bien reconocida especialidad. En 1891 inaugura el «Dispensario y Clínica del Dr. Botey», donde aparte de pasar visita y operar ejercía la docencia por libre, organizando unos solicitadísimos cursillos (para el primero, de tres meses de duración, la matrícula costaba tres pesetas y el alumno debía traerse el instrumental). En 1893, a partir de la inauguración del Hospital definitivo del Sagrado Corazón situado en la calle Roselló, carretera de Sarriá, ocupa la jefatura de servicio de enfermedades del oído, que por aquella época se en-

contraba desvinculada de las enfermedades de garganta y nariz, hasta aquel entonces a cargo de Juan Mañé.

Otra diferencia con Suñé es que Botey no hizo ascos al abordaje quirúrgico de las cavidades, introduciendo en España técnicas renovadoras que van de la endoscopia a la extirpación de tumores laríngeos pasando por las resecciones de tabique y aplicaciones terapéuticas de radioterapia. Muchas de las piezas de instrumental que utilizaba eran de diseño propio, igual que una curiosa prótesis fonatoria para laringectomizados. En el plano teórico su labor fue también formidable: en 1890 funda una revista, los *Archivos Internacionales de Laringología, Otología y Rinología*, que con ligeros cambios de nombre se mantuvo hasta 1925, y en 1902 publica la que será su *magnum opus*, el *Tratado de Otorrinolaringología*, texto de consulta imprescindible durante más de veinte años.

Un año antes de morir, Botey pudo asistir a la creación de la Sociedad Catalana de Otorrinolaringología, constituida el 16 de abril de 1926 a partir de aquella Sociedad Barcelonesa de cuya gestación también había sido uno de los puntales. La nueva entidad, sobre la que no hubo ninguna duda en nombrar a Botey primer presidente, fue durante más de veinte años la única asociación otorrinolaringológica oficial de España. Una de las actividades de la sociedad era la publicación de un boletín, pero desgraciadamente sólo duró cuatro años; para encontrar por fin revistas de la especialidad de más larga vida tendremos que esperar a los años 50.

LA «ERA CASADESÚS» (1925-1951)

El día 25 de septiembre de 1902 aparece un Real Decreto del Ministerio de Instrucción Pública según el cual «desde el curso próximo será obligatoria en la Licenciatura de la Facultad de Medicina el estudio de (...) las enfermedades de los oídos, nariz y garganta con su clínica...». En Barcelona se nombra profesor encargado de esta disciplina a Francisco Sojo (en algunos textos el apellido aparece precedido de genitivo), cuya dedicación a la otorrino-

laringología era casi tan nueva como la disposición ministerial, pues aparte de ejercer de pediatra, psiquiatra y cirujano, también hizo sus pinitos en la ginecología, llegando a presentarse a la cátedra de esta especialidad en 1893, sin éxito. Cuando accede a la plaza era ya bastante mayor, pues había nacido en 1847 [PERELLÓ, 1979] o en 1850 [CORBELLA, 1996], pero esto no le impidió dirigir con gran entusiasmo la enseñanza de la nueva asignatura hasta el curso 1919-1920 (desde 1915 ya como catedrático numerario). Organizó una serie de cursos prácticos de posgrado que tuvieron muy buena acogida y puso en marcha una revista, *La Oto-rinolaringología*, aunque como sucedió con iniciativas similares sólo pudo sacar unos pocos números. A su jubilación la cátedra fue llevada de forma interina por su hijo, Francisco Sojo Pratdesaba, hasta que en 1925 se sacó a concurso. Sojo se presentó a las oposiciones, pero sus posibilidades de éxito eran muy escasas a causa de las inmejorables prendas de su adversario Casadesús.

Fernando Casadesús (1881-1972) había nacido en Madrid, aunque sus padres eran catalanes. Empezó la carrera en la capital pero la acabó en Barcelona, volviendo a Madrid en 1911. Gracias a una ayuda estatal puede visitar centros hospitalarios en París, Berlín y Londres, y poco después obtiene por oposición la plaza de Profesor Auxiliar de Otorrinolaringología en la Universidad Complutense. Hábil cirujano, fue uno de los primeros en nuestro país (después de García-Tapia) en abordar con rigor la laringectomía pero también sus consecuencias, ya que en sus últimos años fue un ardiente defensor de las técnicas de cirugía parcial en la línea preconizada por Justo Alonso y desde sus comienzos dedicó parte de sus esfuerzos a conseguir la fonación artificial en los laringectomizados: PULIDO [1933] cita el caso de un juez de Barcelona que después de operarse podía ejercer normalmente su profesión gracias al aparato fonatorio de Casadesús. Sus habilidades prácticas corrían parejas con su facilidad para la exposición teórica y las relaciones públicas, por lo que no le costó hacerse en Madrid una espléndida reputación que sería fundamental a la

hora de presentarse a la cátedra de Barcelona: su candidatura fue apoyada por importantes personalidades. En la capital catalana toda la comunidad universitaria reconoció los méritos del nuevo catedrático, empezando por el mismo Sojo, a pesar de que éste podía reivindicar derechos adquiridos por su larga permanencia en la plaza.

El servicio de Otorrinolaringología del Clínico barcelonés no contaba con grandes medios y sus salas eran compartidas con el servicio de Urología. Entre sus colaboradores destacaron especialmente José María Roca (1903-1963) y Luis Suñé Medán (1881-1967).

De Roca (que había modificado su apellido uniendo el materno, Viñals, con un genitivo) es curioso destacar que sus primeras inclinaciones iban hacia las Bellas Artes, y su máxima ilusión era instalarse en París para dedicarse a la pintura en plena *vie de bohème*, pero su padre, médico en Haro, se lo quitó rápidamente de la cabeza. Según SALVÀ [1983], parece que la frustración de sus inquietudes artísticas hizo que sus comienzos en la Facultad de Medicina fueran algo accidentados, pero lo cierto es que pronto encarriló su futuro hacia la otorrinolaringología, entrando en 1926 como alumno interno por oposición en el servicio del recién llegado Casadesús, que sería su maestro y al que guardó siempre una gran devoción. En 1932 fue nombrado especialista ORL del Instituto Antituberculoso y en 1934 ganó la plaza de profesor adjunto en la Facultad de Medicina. En cuanto a Suñé Medán, se trataba del hijo del «pionero» Suñé Molist, y su principal peculiaridad era su dedicación, dentro de la otorrinolaringología, al estudio por la imagen de los territorios anatómicos: lo que entonces se denominaba *roentgendiagnóstico*. Esta dicotomía disciplinar, única en aquel momento, constituía una importante originalidad del Servicio ORL del Hospital Clínico.

Cuando estalla la Guerra Civil, Casadesús consigue escapar a Italia y de ahí pasa a la zona nacionalista, ejerciendo la docencia en Sevilla hasta el final de la contienda. Esta opción política le permitirá recobrar la cátedra sin dificultades y evitar la «depuración» de que fueron objeto algunos de sus compañeros (el mismo Roca tendrá problemas, aunque no demasiado

graves, al haberse tenido que alistar en el ejército republicano), permaneciendo en su puesto hasta la fecha de su jubilación, en 1951. Un año antes, Casadesús tiene el honor de ser el «padrino» de la que será una de las principales revistas españolas de la especialidad, *Acta Otorino-laringológica Ibero-Americana*, que desde ese momento hasta la actualidad ha sido el escaparate de los avances de la investigación en otorrinolaringología. En 1952 se editó un número monográfico dedicado al ex catedrático, un inequívoco homenaje a la figura que consolidó la enseñanza y la práctica de la otorrinolaringología en Barcelona.

DE LA POSGUERRA A LA «ESPAÑA DEL DESARROLLO»

Tras la jubilación de Casadesús, la cátedra es cubierta de forma interina por Roca, en espera de que se convoque oficialmente. El viejo maestro anima a su discípulo a presentarse, no a la plaza de Barcelona —que todavía no sale a concurso— sino a las de Sevilla y Granada, pues una vez instalado en una de ellas no ha de ser ningún problema dar el salto a la capital catalana. La experiencia resulta un fracaso para Roca [PERELLÓ, 1979]. La plaza de Sevilla la gana Adolfo Azoy (1901-1988), que a finales de 1954 conseguirá el traslado a Barcelona.

Al llegar al Clínico, Azoy decide plantearse una renovación completa de plantilla; Roca fue el único que se quedó, pero no por mucho tiempo. Aunque es indudable que la experiencia fue traumática el equipo se repartió por otros centros de la ciudad y de esta forma se diversificó enormemente la oferta científica: Roca, por ejemplo, pasó al Hospital de San Pedro Claver con R. Pulido y E. Berini, donde no sólo hizo labor asistencial sino que organizó reuniones y cursos; R. Poch Viñals hizo importantes contribuciones a la otología infantil; J. Torrents fue pionero en cirugía parcial de la laringe; J. Salvà se labró una merecidísima fama internacional como cirujano otológico y dirigió con gran empeño las actividades de la especialidad en la Quinta de Salud La Alianza; J. L. Yturriagagoitia dio a conocer una técnica quirúrgica, la «radical concluida y aumentada

con audición», que se adelantaba en muchos aspectos a las actuales operaciones reconstructivas; J. Perelló se convirtió en una autoridad en patología de la voz, y G. Capellà dirigió durante más de veinte años el servicio de Otorrinolaringología en el Hospital de San Pablo. Y por lo que respecta al nuevo equipo del Clínico, sería injusto no reconocer la valía de personas como M. Mañós, adjunto de Azoy que después dirigiría el servicio ORL de la residencia de Bellvitge, o de J. Traserra, que a partir de 1972 sería el nuevo catedrático de la asignatura y con el cual el Servicio se configuró como un centro de referencia en el campo de la cirugía laríngea.

Mención especial merece el Dr. J. Pradés Plá, cuya formación iniciada en el Hospital Militar de Barcelona junto al Dr. J.L. Dicenta Seguí, jefe de servicio del mismo, pasa después, de su completa formación en el extranjero, a dirigir el servicio de ORL del Hospital Central de la Cruz Roja de Barcelona, siendo pionero en muchas técnicas y principal artífice del uso del microscopio en la especialidad en la esfera rinológica.

Durante la época de Azoy tuvieron lugar algunos hechos dignos de mención: el más importante se refiere a la actitud de los especialistas barceloneses hacia la Sociedad Española de Otorrinolaringología, que durante algún tiempo fue vista, quizá no con absoluto rechazo, pero sí con cierta displicencia.

Cuando en 1959 accede Julio Ariño a la presidencia de la Sociedad Española se inicia un viraje hacia el entendimiento, ya que Ariño, aparte de ser muy amigo de Casadesús, era un hombre afable y contemporizador. El primer paso es nombrar al ex catedrático barcelonés Presidente de Honor, y el segundo forzar la celebración de un Congreso Nacional en Barcelona. La iniciativa, de todos modos, no prospera fácilmente; tras el cuarto congreso (1961), que tiene lugar en Palma, y el quinto en Bilbao (1963), Ariño hace lo imposible para que en 1966 sea por fin Barcelona el punto de reunión de los otorrinolaringólogos españoles; Azoy, en su posición de catedrático y por ello primera figura local, será el organizador del acontecimiento. La buena voluntad de Ariño queda reflejada en su discurso de inauguración.

Otra anécdota importante de estos años es la creación de los «Premios San Blas» de la Sociedad Catalana. Al hablar de estos premios es imposible no recordar al que fue su principal artífice y «secretario perpetuo» —como él gustaba autodefinirse—, Antonio Campmajó (1927-1986), que además de su competencia en el terreno estrictamente médico era un acucioso historiador, como lo demuestra su magnífica biografía de Botey, y un difusor incansable del esfuerzo científico de sus compañeros, a los que ofreció en 1973 la revista *ORL-Dips*, que con los *Anales Otorrinolaringológicos Ibero-Americanos* (continuación de las *Acta* de 1950) y *Acta Otorrinolaringológica Española* constituye la tríada mediática por excelencia de nuestra especialidad. Para dar nombre a los premios de la Sociedad Catalana se comenzó invocando los de personalidades como Suñé, Botey, Sojo, etc., pero tras unos años de dudas se optó por un valor más seguro, concretamente el del Santo Patrón de la especialidad. El primero se dio en 1959, siendo agraciado el trabajo sobre *Glomus jugulare* de Capellà, Ciges y Vergès; desde entonces hasta la fecha ha sido un acicate para los jóvenes investigadores ya que, con muy buen criterio, se ha descartado la nominación repetida de un mismo autor.

Al ser el Hospital Clínico de Barcelona la sede de la primera cátedra universitaria de la ciudad, es lógico que este centro haya adquirido un cierto protagonismo en la historia de la otorrinolaringología catalana, pero no sería justo recordar las actividades en este terreno del otro gran hospital barcelonés, el Hospital de San Pablo o, con más propiedad, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. En este centro la principal figura otorrinolaringológica fue el tarracense Joaquín Abelló (1893-1982), en donde ejerció diversos cargos desde 1917, un año después de acabar la carrera, hasta su jubilación en 1963: en 1948 fue nombrado jefe de sala y en 1954 director del Servicio ORL.

De la personalidad de Abelló destaca un rasgo original, que es su dedicación a la defensa de los derechos profesionales de los médicos, en especial con su entusiasta contribución al nacimiento en marzo de 1920 del Sindicato de Médicos de Cataluña y Baleares, del que fue nombrado secretario. A pesar de los orígenes

campesinos de Abelló (su padre era molinero), conviene precisar que su actividad sindical estaba desmarcada de la política, y muy en especial de la de los partidos de izquierda [FERRER, 1982]. Los objetivos del sindicato eran claramente gremiales: rechazar el intrusismo, defender a los médicos rurales ante el poder de los caciques, conseguir unas buenas retribuciones en los puestos públicos y fijar unos baremos mínimos para las visitas privadas, crear acuerdos con Cajas de Ahorros para un mejor rendimiento de los beneficios profesionales, etc..

El sucesor de Abelló fue Andrés Pinart (1908-1964), que había entrado en el servicio de Neumología del hospital en la inmediata posguerra y que a base de practicar exámenes laringoscópicos a los enfermos acabó orientando su carrera hacia la otorrinolaringología, llegando a la dirección del servicio en 1963. Sin embargo, el Destino le impidió desarrollar cumplidamente sus proyectos: en noviembre del año siguiente fallecía con su esposa en un accidente automovilístico, cuando volvían de un congreso en Burdeos. Gabriel Capellà (1913-1988), que desde 1955 estaba en el Hospital, se hizo cargo de la plaza, desde 1972 con el cargo añadido de Profesor Titular de Otorrinolaringología de la Universidad Autónoma.

Mención especial merece en el desarrollo de la otorrinolaringología catalana la puesta en marcha por la Seguridad Social de su Residencia Sanitaria en aquel entonces llamada Generalísimo Franco, hoy día Ciudad Sanitaria Vall d'Hebrón, en donde diferentes especialistas atendían a los pacientes y el Hospital Militar Generalísimo Franco inaugurado antes de la guerra civil y cuyo primer jefe militar fue el Dr. D. José Dicenta Seguí, en donde eran atendidos la guarnición militar de los tres ejércitos, policía y guardia civil así como sus familiares.

Hoy día son varios los Hospitales Comarcales que repartidos por la geografía de la provincia hacen que la Otorrinolaringología barcelonesa sea moderna con la tecnología más avanzada.

No se disponen de datos históricos sobre la historia en la provincia de Girona de la ORL anterior a la década de los años 50, alrededor de dichos años se crea el Servicio de ORL del

Hospital Provincial de Santa Catalina, perteneciente a la Beneficiencia Provincial ocupado hasta su jubilación por el Dr. Ordis. En 1956 se inaugura la residencia Sanitaria de la Seguridad Social «General Álvarez de Castro», que en sus inicios funciona como institución abierta, en cuya etapa recordaremos los Dres. Lara, Xercavins y Palomero. En 1975 se inaugura el servicio jerarquizado incorporándose como médicos adjuntos los Drs. Viscasillas, Vila y posteriormente Huerta. En 1978 se incorpora como jefe clínico el Dr. Sánchez Palomero, para en 1981 ocupar la plaza de jefe de servicio el Dr. M. Liern como primer jefe del centro de ORL. En 1984 consigue la acreditación docente desde cuya época se han formado diez especialistas dos de ellos con Tesis Doctorales calificadas «cum laude».

El Hospital Provincial de Santa Catalina hoy día a pasado a denominarse de Santa Caterina actualmente el servicio de ORL esta ocupado por el Dr. Massegur como jefe de servicio y el Dr. Lluans como médico adjunto.

Existe una serie de hospitales comarcales que hoy día completan la red hospitalaria asistencial como son el hospital comarcal de Olot, Blanes, Palamós y Figueras.

En lo referente a la Otorrinolaringología en la provincia de Lleida nos referiremos a la que se refiere posterior a la guerra civil española al no tener datos feacientes a épocas anteriores, pero si que se adolecía de falta de medios y escaseaban los médicos especialistas. Para atender a los pacientes se contaba con el Hospital Provincial, gestionado por la Diputación, la Casa de Socorro que dependía del Ayuntamiento y una clínica privada, llamada Clínica del Dr. Batllori, algo más tarde se construyó la clínica del Dr. Vázquez de Parga. En esta época los otorrinos de nombre eran los Dres. José Rabasa Fontseré y Ramón Sanvicens.

En la década de los cuarenta se construyeron las clínicas Nuestra Señora de Montserrat y Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, así como la Clínica Quinta Salud Alianza a cargo del Dr. Ramón Martínez Esteban.

Al crearse el Seguro Obligatorio de Enfermedad, la Seguridad Social adquirió la ya citada clínica Vázquez de Parga, donde fueron nombrados los Dres. Martínez Lage, Bordalla Ar-

mengol, Pallás Rabasa y más tarde Martínez Esteban para la atención de los pacientes ORL, iniciándose la construcción de la llamada Residencia Sanitaria General Moscardó y el Ambulatorio General Mola.

En 1977 se producen dos hechos que van a cambiar el rumbo de la especialidad en Lleida como es la jerarquización de los servicios hospitalarios y la reinstauración de los estudios de Medicina. La Universidad de Lleida tiene su origen en una iniciativa de la propia ciudad de fundar el «Studium Generale» en 1293, siendo Jaime II en 1300, quien otorga el privilegio de la fundación con carácter exclusivo para el conjunto de la tierras de la Corona de Aragón, sendo cerrada el 9 de octubre de 1717 por orden de Felipe V. Lo que hoy día es Universidad de Lleida fue creada el 12 de diciembre de 1991 por el Parlament de Catalunya y promulgada por el Presidente de la Generalitat en nombre de Rey, creándose como primera cátedra de dicha Universidad la de Otorrinolaringología, ocupada tras la correspondiente oposición por el ya nombrado Dr. Víctor Palomar.

La residencia Sanitaria hoy día denominada Hospital Universitario Arnau de Vilanova fue inaugurada en 1956, con 102 camas, poseyendo a partir de 1970, 226 camas y ocupando como primer jefe de servicio el hoy día catedrático de ORL Dr. Víctor Palomar García natural de Zaragoza y como primer colaborador el Dr. Esteban Sarroca Capell hoy día jefe de sección.

En lo referente a la Otorrinolaringología de la provincia de Tarragona diré que los primeros especialistas que se recuerdan fueron los Dres. Mateu, que falleció en la década de los cincuenta, el Dr. Holtofer que dedicó parte de su actividad a los hospitales de la fundación Sant Pau y Sta. Tecla y el Dr. Juez. En el año 1967 se inauguró la Residencia Sanitaria de la seguridad Social Juan XXIII, cuyo primer jefe de ORL fue el Dr. Domènech Miró, estando en la actualidad el Dr. J. Risco Arenas. No olvidaremos los hospitales de «Verge de la Cinta» de ciudad de Tortosa en funcionamiento desde 1978, el de Sant Juan de Reus, en donde como Unidad Docente dependiente de la U. de Barcelona se imparte la licenciatura de Medicina y el Pius Hospital de Valls.

APÉNDICE: PRESIDENTES DE LA SOCIEDAD
CATALANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
(1940-1999)

1940	F. Casadesús, F. Cavaller
1950	F. Casadesús, J. Perelló
1952	J. Abelló, J. Perelló
1956	J. M. Roca, G. Capellá
1960	J. Pinart, R. Pulido
1963	J. Torrents, P. Abelló
1965	J. Torrents, J. M. Montserrat
1970	R. Pulido
1973	R. Pulido
1974	A. Clarós
1975	A. Clarós
1977	G. Capellá
1981	J. M. Montserrat
1982	M. Mañós
1983	M. Mañós
1984	E. Berini
1986	R. Avellaneda
1988	P. Abelló
1989	P. Abelló
1990	P. Quesada
1991	P. Quesada
1992	V. Palomar
1993	V. Palomar
1994	J. M. Fabra
1995	J. M. Fabra
1996	M. Liern
1997	M. Liern
1998	M. Dicenta
1999	M. Dicenta

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Campmajó A (1958). La ORL barcelonesa en el pasado. *Acta ORL IberAmer* IX/3:220-227.
- Campmajó A (1971). Notes històriques sobre l'otorinolaringologia catalana. *Actes I Congrés Internacional d'Història de la Medicina Catalana*, vol. III, pp. 11-19.
- Campmajó A (1972). *Proyección científico-histórica del Dr. R. Botey*. Tesis doctoral, Barcelona.
- Campmajó A (1985). El profesor Fernando Casadesús Castells. *ORL-Dips* XII/4: 232-236.
- Corbella J (1996). *Història de la Facultat de Medicina de Barcelona, 1843-1985*. Barcelona: Uriach.
- Ferrer M (1982). El Dr. Joaquín Abelló Roset. *ORL-Dips* X/6: 389-397.
- Oliver B, Suñé E, Oliver Clapés B, Rodríguez B (1979). Contribución al estudio biográfico-médico de las más ilustres familias de académicos, 2: Los Suñé-Oliver. *Anales de Medicina y Cirugía* 257:315.
- Perelló J (1979). Historia de la otorrinolaringología en España. *Anales ORL Iber-Amer* VI/6: 405-481.
- Pulido R (1933). Notas para una historia de la otorrinolaringología en España. *Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina*, tomo I, curso 1932-33:475-509.
- Salvá ML (1983). Biografía del Prof. José María Roca de Viñals. *ORL-Dips* XI/1:29-40.

LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN EXTREMADURA

Dr. V. Guillén Asensio

La Otorrinolaringología, como las restantes especialidades médicas, necesitó para su nacimiento la concatenación, de una serie de factores diversos: Tecnológicos, científicos, sociales, demográficos, económicos, etc. Surgiendo en nuestra Patria, al mismo tiempo que en el resto de Europa, a finales del siglo XIX, como agrupación de los saberes específicos de enfermedades de garganta, nariz y oídos, muy relacionados entre sí y que necesitan además de un sistema de iluminación (Manuel García, 1805-1906) y de unas exploraciones especiales. Esta se vio potenciada como el resto de las especialidades médico-quirúrgicas al superarse los problemas de la hemorragia (Pean, 1830-1898), del dolor (Morton, en 1846 y Simpson en 1847) y de la infección (Lister, en 1865).

En los siglos anteriores, al no tener nuestra especialidad unas raíces tan profundas en el tiempo como la Urología, Ginecología o la misma Oftalmología, las enfermedades de los oídos, nariz y garganta eran cometidos de cirujanos y médicos generales.

La referencia más antigua que hemos encontrado en relación con la medicina extremeña y nuestra especialidad, se remonta al siglo X, en ella como en otras recogidas del siglo XVI, lo más anecdótico a la luz de los conocimientos posteriores, es su forma de tratar procesos como las otitis o la difteria.

La medicina que se ejercía en la zona de al-Andalus era la de los Mozárabes, los que a su vez practicaban la medicina de los Visigodos, sus inmediatos antecesores. En el siglo X destacaba como clínico ABD ALLAH YAHYA IBN ISHQ, cristiano gran parte de su vida, pero que se convierte al mahometismo. Algún historia-

dor, según el doctor J. Enríquez Anselmo en Alminar, nº 48-Octubre, 1983, lo hace oriundo de Mérida (Marida, nombre árabe del romano Emérita, por entonces importante ciudad de al-Andalus) aunque viviera mucho tiempo en Córdoba, donde adquirió renombre de sabio.

Llegó a ser nombrado Visir y Gobernador de Badajoz. Entre los relatos que demuestran su buen hacer médico, figura el que refiere lo ocurrido al Califa ABD AL-REHMAN III afecto de una otitis muy dolorosa, que ninguno de los médicos de la Corte aciertan a calmar. Uno de ellos aconseja enviar un mensajero a Badajoz para que el famoso YAHYA IBN ISHQ acudiera junto al Califa. Los síntomas de la enfermedad que le exponen le dejan perplejo y como en el viaje habían de pasar junto a un cierto Monasterio cristiano (no situado geográficamente por las crónicas) se detuvo para hablar con un viejo monje médico. Siguiendo sus consejos aplicó sobre el oído enfermo sangre caliente de pichón recién degollado y el Soberano se curó.

Ya en el siglo XVI entre la gran contribución de España a la Medicina Renacentista, encontramos un grupo de eminentes médicos nacidos en Extremadura, que realizaron importantes aportaciones a la medicina de la época entre los que destacan Juan Sorapán de Rieros, Luis de Toro y en especial Alonso Núñez y Francisco Arceo, por tratar respectivamente dos temas tan relacionados con nuestra especialidad como la difteria y la rinoplastia.

Sorapán de Rieros, nacido en Logrosán provincia de Cáceres (1572-1638). En su obra «Medicina Española contenida en proverbios vulgares de nuestra lengua» aparecen enjundiosos comentarios de interés médico-farmacéutico y



Hospital Provincial
«San Sebastián» de Badajoz.

servió durante muchos años como libro de texto en la Escuela médica de Granada. Es considerado como un «divulgador científico» por el profesor Francisco Teixidó Gómez en su obra «Científicos extremeños». Badajoz, 1977. En donde expone de una forma amena y al mismo tiempo rigurosa y exhaustiva las biografías, entre otras, de los médicos extremeños.

Luis de Toro nació en Plasencia en 1526. La Obra que le ha inmortalizado es un interesante tratado sobre la «Fiebre punticular» o Tabardillo publicada en latín, en Burgos, en 1574. Podemos considerarla junto a la descripción del «*Morbus Lenticularis*» de López Corella, como las mejores descripciones del tifus exantemático de su época.

El doctor J.M. Palacios Sánchez en sus interesantes «Notas sobre la Medicina Española del siglo XVI» publicada en M. Menarini Nº 141 Octubre 1985, nos describe como en esta época aparecen ya algunos «Médicos Epidemiólogos» como el citado López Corella y Juan de Villarreal natural de Úbeda que nos legó un estudio muy digno sobre el garrotillo en su «*De signis, causis, essentia, pronóstico et curatione morbi soffocantis*» publicado en Alcalá en 1611, a los que uniríamos los extremeños Luis de Toro ya citado y fundamentalmente Alonso Núñez, que nació en Llerena en 1559, siendo médico de cámara de Felipe IV y protomédico general del

reino. Estudió en la Universidad Salmantina donde se doctoró, ejerciendo su profesión en Plasencia. Su obra más significativa es la que dedicó al garrotillo, la hoy casi erradicada difteria que por aquellas fechas asolaba al continente Europeo, «*De gutturis et faucium ulceribus anginosis, vulgo garrotillo*», publicada en 1615 en Sevilla, solamente cuatro años después de la publicación de Juan de Villarreal, y en la que Alonso Núñez, basándose en la experiencia adquirida durante las epidemias acaecidas en Plasencia los años 1600, 1603 y 1605, describe minuciosamente los síntomas de la enfermedad y recomienda para su curación, los tratamientos tan en boga en aquella época es decir, las sangrías y en los niños menores de tres años las sanguijuelas. En cuanto a la traqueotomía (También conocida por aquellas fechas con los nombres de laringotomía o broncotomía) Alonso Núñez no se define sobre su eficacia en razón de lo variable de los resultados por él observados. Lo cual consideramos muy razonable si tenemos en cuenta que la relación existente entre la Difteria y la traqueotomía, fue definiéndose a partir del siglo XVIII (y aún entonces había eminentes cirujanos que la desaconsejaban) al conocerse con más perfección el importante compromiso que ocasionaba la enfermedad sobre la vía respiratoria, terminando en muchas ocasiones por producir la muerte por asfixia.

Fue Bretonneau (1778-1862) el que definitivamente preconizó la traqueotomía en aquellos casos en que se presentaban síntomas de asfixia, al estudiar perfectamente la gran epidemia que se produjo en Francia durante los años 1881-1882, nada menos que doscientos ochenta años después de que el extremeño Alonso Núñez estudiase las epidemias de Plasencia.

Para describir brevemente la vida y la labor desarrollada por el cirujano Francisco Arceo nada mejor que transcribir algunos párrafos de su biografía realizada por el ya citado historiador F. Teixidó Gómez: «Un año después del Descubrimiento nace en Fregenal de la Sierra (Badajoz) uno de los más eminentes médicos de la España de la época, Francisco Arceo. Su vida estuvo ligada a Extremadura: Se formó en la Universidad Alcalaina primero y en los hospitales de Guadalupe después (donde sabemos que trabajaba en 1516) y ejerció su profesión en Llerena, Fuente de Cantos y Badajoz»; «En el siglo de oro de la cirugía Española, Francisco Arceo fue un eminente cirujano que todavía ejercía su profesión cuando frisaba los ochenta años»; «Poco antes de su muerte, acaecida en 1580 y por influencia de su paisano Benito Arias Montano, escribe una obra que viene a ser un auténtico compendio de su labor profesional y científica: *“De recta curandorum vulnerum ratione et aliis artis eius praeceptis libri II. Eius-*

dem de Febrim curandorum ratione”, La obra ve la luz en Amberes en 1574»; «En un rápido esquema de la obra médica del extremeño diremos que a lo largo de las casi trescientas páginas que forman *De recta curandorum*, se dan cita diferentes temas médicos y quirúrgicos cuyos títulos nos dan clara idea de su contenido. La primera parte consta de seis capítulos de asunto quirúrgico-craneal y de uno dedicado a las heridas de la cara»; «Del texto del extremeño se han resaltado especialmente su técnica y descripción del trépano, su descripción de la rinoplastia que practicó a un paciente de Fregenal»; «Además en *De recta curandorum* se dan cita ejemplos en los que muestra su buen hacer profesional; llega a reparar una herida que afectaba a las cejas, huesos nasales, maxilares superiores, piezas dentarias, labios, etc. De manera que su labor ha sido considerada una de las más importantes aportaciones europeas a la cirugía plástica».

El Dr. J.M. Palacios Sánchez al escribir sobre la cirugía en su ya citado trabajo sobre la Medicina Española del siglo XVI dice que Bartolomé Hidalgo de Agüero fue «especialista» en la curación de heridas por arma blanca, que Luis Mercado era lo que hoy llamaríamos traumatólogo, que Dionisio Daza Chacón se «especializó» en heridas por arma fuego y que Francisco Arceo «dirigió su actividad hacia la Rinoplastia,



Hospital «San Juan de Dios» de Mérida. Hoy sede de la Asamblea de Extremadura.

sabemos de él que realizó la compostura de una nariz con resultado satisfactorio».

Finalizando el siglo XVIII un conocido político extremeño activo y liberal, primer ministro de Carlos IV, Manuel Godoy Álvarez de Farla, nacido en Castuera, laboriosa villa de la provincia de Badajoz en 1767 y fallecido en París el año 1851, describía en el Tomo II de sus Memorias su gran preocupación ante la situación de total abandono en que se encontraba la educación de los «tristes e infelices» sordomudos y como una noche del verano de 1794 expuso al Rey, el estado y las necesidades de los infortunados sordomudos, la mayoría niños. Carlos IV, monarca con pocas dotes para reinar, pero muy caritativo, especialmente si de proteger al niño se trataba, quedó tan impresionado que inmediatamente fundó en Madrid la 1ª Escuela Real y gratuita de sordomudos de España en el Colegio de los Padres Escolapios de Avapies. Godoy escribe textualmente en sus memorias «esta nueva enseñanza fue un objeto especial de mi cariño y mis dones». Se considera pues al extremeño Don Manuel Godoy «Príncipe de la Paz» como el artífice del primer Colegio de sordomudos de España.

Tanto por razones cronológicas, como de prestigio dentro de nuestra especialidad no podíamos tratar este capítulo sobre la otorrinolaringología en la Comunidad Extremeña, sin recordar en primer lugar a un ilustre extremeño, fundador de la laringología española, D. Juan Cisneros y Sevillano, nacido en Cáceres en 1859.

En el Acta ORL Española, correspondiente a los meses Abril-Mayo-Junio de 1951, el Dr. Fernando Beltrán, lo describe «de pequeña estatura, vivo de genio, de mirada inteligente y con marcado acento extremeño». Realizó los estudios de medicina en Madrid y como todo médico que en el pasado siglo quisiera aprender la especialidad de otorrinolaringología tuvo que marchar a Viena, Berlín y París, ya que en España la especialidad estaba en sus balbuces. Fue jefe del primer servicio hospitalario de la especialidad en España, en el Hospital Provincial de Madrid y primer catedrático de otorrinolaringología de la Facultad de Medicina Madrileña, En 1902 según J. Perelló, siguiendo la disposición oficial de 25 de septiembre, los Claustros de las

Facultades de Medicina eligen interinamente a aquellas personas que creen más adecuadas para impartir la enseñanza de ORL, siendo elegido Cisneros para la cátedra de Madrid. En 1911 es nombrado Profesor numerario y a su fallecimiento en mayo de 1925, el Dr. Tapia obtiene por oposición dicha Cátedra.

Según D. Julio Ariño «En 1890, Cisneros presentó a la Academia Médico-Quirúrgica su primer operado de laringuectomía total hecho que en aquel momento causó verdadera sensación en el ámbito médico nacional, pues hasta esa fecha sólo se habían realizado en España, siete y con no buenos resultados». En 1908 tenía ya una estadística impresionante con 78 laringuectomías totales realizadas, introduciendo modificaciones técnicas para evitar la neumonía por aspiración. Fue un ardiente defensor de la laringuectomía total en dos tiempos al contrario de Tapia que difundió y modificó la técnica de laringuectomía total de Gluck en un tiempo, que fue la que finalmente se impuso. Cisneros fue testigo presencial de las hemilaringuectomías realizadas por J. M. Alonso en 1916.

No puede dudarse pues, que el extremeño Cisneros fue un gran precursor de esa gran cirugía junto a otros nombres ilustres como: Tapia, Casadesús e Hinojar que la elevaron a las más altas cotas, marcaron un camino y crearon una brillantísima escuela de cirujanos de la laringe que se mantiene en nuestros días.

El ejercicio de la otorrinolaringología, como tal especialidad en la primera mitad de este siglo en la Comunidad Extremeña contaba con un grupo de compañeros si no muy numeroso; si bastante selecto. Los datos más antiguos de que disponemos fijan el comienzo de la andadura de nuestra especialidad en Extremadura y concretamente en Badajoz en la década de los años veinte con los hermanos Tomás y Pascual de Juan, de familia pacense, que finalizada la especialidad, Tomás marcha a Salamanca y se agrega a la cátedra de ORL, colaborando durante años con el profesor Andrés Sánchez Rodríguez, Pascual ejerce la especialidad en Badajoz, pero posteriormente marcha a Santander a la Casa de Salud Valdecilla. Ya, en la primera relación de miembros de la Sociedad Española de Otorrinolaringología, publicada en el número 1 del Acta Otorrinolaringológica Española corres-



El Dr. Fernández Domínguez (1907-1967),
que ejerció la ORL durante 35 años en Mérida.

pondiente a Enero-Febrero-Marzo de 1951 (anteriormente solo se había publicado un grueso volumen, que representaba el conjunto de todos los números del año anterior), figuran como socios fundadores por orden alfabético: El Dr. Alfonso Ambel Albarrán de Badajoz, el Dr. José Fernández Domínguez de Mérida, el Dr. Manuel García Gil, de Badajoz, el Dr. Luis Infante Sánchez, de Cáceres, el Dr. Santiago Jalón Rodríguez, de Don Benito y el Dr. Tomás Martín Gil de Plasencia y como socios numerarios los Doctores: Manuel Checa Sagra de Cáceres, Luis María Gil y Gil, también de Cáceres y José Pérez Ruiz de Plasencia. Curiosamente, estos tres compañeros son los autores de las primeras Comunicaciones Extremeñas al Acta ORL Española, así en el número correspondiente a los meses de Abril-Mayo-Junio, 1951. Año II, Vol. II, figura la comunicación del Dr. Luis María Gil y Gil «Megaesófago-operación de Heller». En el número del Acta de ORL Española correspondiente a Julio-Agosto-Septiembre, 1951, Año II.

Vol. III, el Dr. José Pérez Ruiz presenta la Comunicación «Miasis en Otorrinolaringología» y el Dr. Checa Sagra presenta a la Reunión Anual de la Sociedad Española de ORL. Madrid, Octubre 1955 la comunicación «Divertículo quístico branquiogeno de pabellón».

También, los otorrinolaringólogos extremeños presentaban ya por aquellos años, comunicaciones a las Asambleas de la Sociedad Otorrinolaringológica Andaluza, así el Dr. Jalón Rodríguez, presentó a la II Asamblea, Cádiz 1950, la Comunicación «Hechos clínicos con motivo de un caso de tiroiditis» y el Dr. Checa presentó varias comunicaciones a la IV Asamblea, Sevilla 1953, sobre cuerpos extraños en esófago y en hipofaringe, así como, sobre los resultados de la maniobra de BELTRÁN y CASTILLO en las epístaxis.

Importante labor la desarrollada a partir de los años veinte por los servicios de ORL de los Hospitales Provinciales dependientes de las Diputaciones, para decaer en las últimas décadas y ser finalmente incorporados a la red de hospitales del Insalud.

En Badajoz, el Hospital Provincial San Sebastián, es un magnífico edificio obra de Diego de Villanueva, que data de mediados del siglo XVII. Por la ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849 y Decreto de 17 de diciembre de 1868 pasa a ser establecimiento Provincial, regido, gobernado y administrado por la Diputación, según datos recogidos por nuestra compañera ORL la Doctora Mercedes Guerra Camacho y publicados en la revista Alminar Nº 15, Mayo 1980. Para estudiar los comienzos y avatares del servicio de ORL nada mejor que describir la biografía del Dr. Alfonso Ambel Albarrán, organizador y primer jefe de dicho servicio durante más de cuarenta años, y que nos ha sido cedida amablemente por su hijo el Dr. A. Ambel Villanueva. Finalizó la carrera el año 1921 en la facultad de Medicina de Cádiz, se formó como especialista de ORL en Madrid con el Dr. García-Tapia. Comenzó a ejercer la especialidad en Badajoz en el año 1923, ingresando en el H. Provincial como médico supernumerario el 3 de agosto de ese año al no tener asignación presupuestaria, el Servicio de Cirugía general de dicho Hospital le cede seis camas, tres de hombres y tres de mujeres. En 1930 es nombrado

médico agregado en el cuerpo de la Beneficencia Provincial y el 25 de marzo de 1946 es nombrado Médico Profesor de Sala, inaugurándose el nuevo Servicio de ORL en 1952 con veinte camas de hombres, dieciocho de mujeres y doce de niños, el cual ha permanecido hasta el año 1984, que fue derribado por realización de obras en el Hospital. El Dr. Ambel Albarrán es jubilado por edad el 5 de agosto de 1965.

Durante estas cuatro décadas la ORL Provincial se desarrolla fundamentalmente en este Hospital, así la primera radical petromastoidea se realizó en el año 1923, durante aquella época pre-antibiótica los colesteatomas y sus frecuentes complicaciones constituían el mayor porcentaje de los actos quirúrgicos de la incipiente ORL.

El problema de la difteria seguía golpeando a la población infantil extremeña en sucesivas epidemias, siendo la traqueotomía la intervención de urgencia más realizada, hay datos de practicarse hasta seis intervenciones al día, coincidiendo con los mayores brotes de la enfermedad.

Llamaba la atención el gran número de cuerpos extraños animados, vivos (sanguijuelas) extraídos de faringe, vestíbulo laríngeo y fosas nasales, sobre todo en épocas estivales, en ambiente rural, al beber en fuentes y riachuelos y que no han vuelto a detectarse desde los primeros años de la década de los setenta. Sobre estos cuerpos extraños, se presentó una comunicación al segundo Congreso Internacional de ORL, que se celebró en Madrid del 27 al 30 de Noviembre de 1932 con Tapia como presidente y Fumagallo como secretario.

Ya en el año 1951 se incorpora como médico adjunto al Servicio de Guardia y al Servicio de ORL del Hospital Provincial el Dr. Alfonso Ambel Villanueva, que sustituiría en la jefatura de Servicio a su padre a la jubilación de este. En la década de los sesenta en las primeras oposiciones a la Seguridad Social (Examen de Actitud) obtiene plaza en Badajoz, siendo posteriormente jefe del servicio de ORL de la Residencia Sanitaria de la S.S. «Nuestra Sra. del Perpetuo Socorro».

En el año 1954 por el Dr. Ambel Villanueva se realiza la primera laringectomía total en el servicio de ORL del Hospital Provincial, teniendo

como primer ayudante al Dr. Ricardo Casas Lozano, como instrumentista el ATS D. Manuel Terrón Sanguino y como anestelistas al Dr. Fermín Guisado y el ATS D. Leopoldo Albarrán Jiménez, el paciente intervenido vivió más de veinte años.

Igual labor la desarrollada en Cáceres en su Hospital Provincial «Nuestra Señora de la Montaña», construido a finales del pasado siglo y que inicia su andadura en 1890, prestando asistencia a los enfermos de la beneficencia. El servicio de ORL fue atendido en primer lugar por el Dr. Luis Infante Sánchez, hasta el año 1949 en que el Dr. Manuel Martí Valverde, de 34 años de edad, accede a la jefatura del servicio como «Médico de Sala», por oposición celebrada en Salamanca en noviembre de 1948.

El Dr. Martí Valverde hizo la licenciatura en Madrid y se especializó en los Servicios del Profesor Andrés Sánchez Rodríguez. En su



Portada de la ponencia a la II Asamblea de la Sociedad Extremeña de ORL (Zafra, 16 de mayo de 1987).

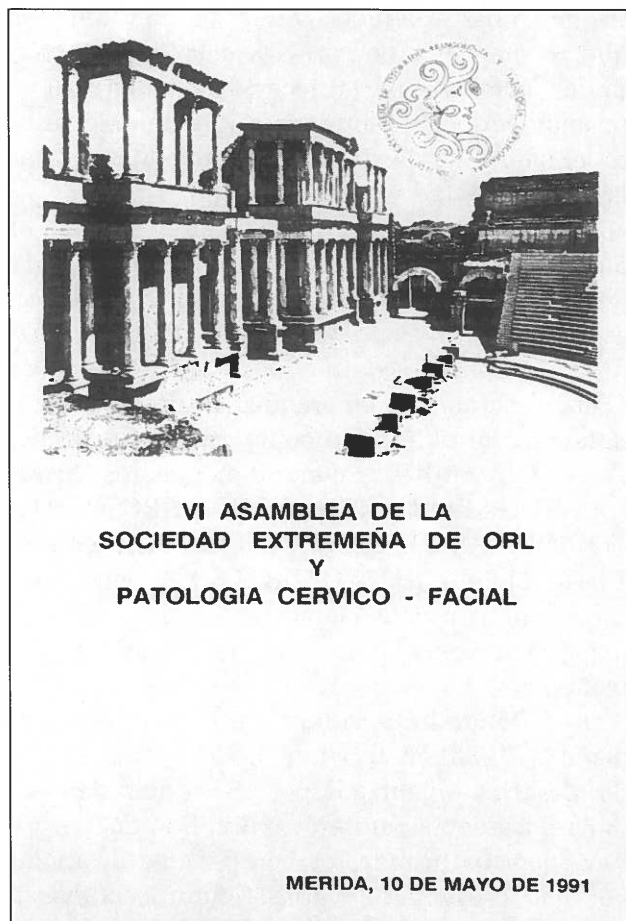
equipo figuraba también el Dr. Checa Sagra, especialista en Otorrinolaringología por la Facultad de Salamanca.

Las 33 primeras laringuectomías totales fueron realizadas con anestesia locorregional y de base, a partir del año 1955 bajo narcosis. Las primeras radicales petromastoideas se realizaron con gubias, escoplos y teléupas para beneficiarse posteriormente de las fresas y del microscopio. Igualmente se trataron varias tromboflebitis del seno lateral y dos abscesos cerebrales con supervivencia, tumores maxilares, hendiduras velopalatinas, etc. El tremendo problema de las esofagitis cáustica por álcali, llevó a realizar más de 100 dilataciones en 7 años. Las esofagoscopias y broncoscopias tanto diagnósticas como por cuerpos extraños se realizaron inicialmente con anestesia local, felizmente reemplazada posteriormente por la general. Las intervenciones ascendieron a unas 13.500. En 1956 en el Nº 4 de la revista Ibero-Americana de ORL se publicó un trabajo del servicio de ORL por los Dres. Martí Valverde, Márquez Broncano y Checa Sagra titulado «Aportación a la cirugía laríngea bajo anestesia general» en donde se recoge la experiencia de sus propias intervenciones.

En el año 1983 se remodeló el Hospital, contando el servicio con mayor número de camas en salas de dos y cuatro enfermos, gabinetes de exploración con audiómetros, cámaras insonoras, impedanciómetros y ENG. En el año 1985 se jubiló por cumplir la edad reglamentaria el Dr. Martí Valverde, sustituyéndole como jefe del Servicio el Dr. Checa Sagra, hasta el año 1989, colaborando con él el Dr. Martí Peña.

Es de resaltar en esta aportación, la ingente labor asistencial llevada a cabo en la segunda mitad de este siglo que finaliza, por un grupo de compañeros, otorrinolaringólogos, que como los ya citados anteriormente ejercieron la especialidad con brillantez y entrega en las distintas ciudades de la extensa geografía extremeña, muchos han fallecido, el resto están jubilados, pero todos aportaron su «grano de arena» al desarrollo y engrandecimiento de nuestra especialidad: Así en Badajoz recordamos a los Dres. José María Macho Alonso, que fue el organizador en Badajoz en 1966 del IV Congreso de la Asociación Española de Logopedia, Foniatría y

Audiología, fundada en 1960 y siendo su presidente el Dr. J. Perelló, Ángel Mancha Pérez, Antonio Rodríguez-Belvis Sánchez de la Escuela de la Casa de Salud de Valdecilla dirigida por el Dr. Pascual de Juan y Juan Ignacio Rayo Gómez, de la Escuela de Salamanca fallecido en 1992 y autor de una interesante fórmula magistral compuesta por: Vit. A, Ac. Bórico, Acetato de Hidrocortisona y Aceite de Ricino, en instilaciones óticas, como tratamiento en las otitis medias crónicas supuradas, previo a la cirugía y que detalla en una publicación junto a su hijo J. M. Rayo en el Acta ORL Española Vol. 35, Nº 1. Enero-Febrero 1984. En Cáceres a los Dres. Infante Sánchez, Sánchez Tovar, también médico militar, Gil y Gil, fallecido el 4 de noviembre de 1994 y Nicolás Pérez Toril, nacido el 14 de septiembre de 1922, realizó la especialidad en Madrid con el Profesor Guillermo Nuñez y fallecido en el año 1994. En Mérida al Dr. José Fernández Domínguez, nacido en Mérida el 4 de octubre de 1907, finalizó la carrera en 1929 realizando la especialidad en Madrid. Hombre de carácter abierto, noble y cordial con sólida preparación científica, ejerció en su ciudad natal durante treinta y cinco años, falleciendo el 8 de julio de 1967, al Dr. Carlos Gálvez, que también ejerció como médico militar y a los Drs. Manuel García Gil y Juan González Sánchez, ambos ejercieron durante muchos años, hasta su reciente jubilación, en el Ambulatorio «Obispo Paulo» y en el Hospital San Juan de Dios, fundado en una fecha intermedia entre 1494 y 1520 y que desde el año 1988 es la sede actual de la Asamblea de Extremadura. En Navalmoral de la Mata al Dr. Sánchez Fuentes. En Don Benito a los Drs. Basilio Díaz Cano, discípulo de D. Casimiro del Cañizo y Antonio Rodríguez Sánchez, Jefe del Servicio de ORL del Hospital de la Seguridad Social, cuyo fallecimiento recientemente en plena madurez nos sobrecogió a todos. En Zafra recordamos a los Dres. Julián Cascón y Joaquín Castillo y a nuestro compañero en tareas de la Sociedad, Manuel Pizarro Díaz, discípulo del profesor Poch Viñals, cuyo corazón le traicionó y ha tenido que jubilarse joven. En Azuaga y Llerena al Dr. José Samaniego Barrilado que finalizaría ejerciendo la especialidad en Jaén su ciudad natal. En Coria al Dr. Leopoldo Gutiérrez Robles que compagina durante mu-



Portada del programa de la VI Asamblea de la Sociedad Extremeña de ORL. Mérida, 10 de mayo de 1991.

chos años la otorrinolaringología con la Medicina Forense. Y seguramente alguno más que no recuerdo a los que pido perdón por su posible omisión.

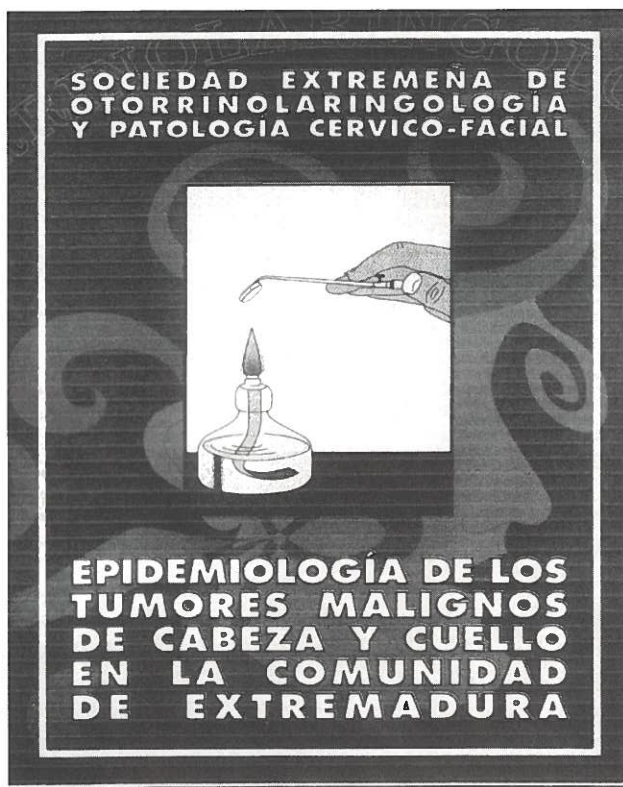
Con gran éxito de asistencia, de los importantes temas tratados en las Conferencias, Mesas Redondas, films y vídeos así como de organización se celebraron en Badajoz a partir del año 1971 las Jornadas de ORL, organizadas por el Dr. Ambel Villanueva. En el año 1975 se celebraron las II Jornadas, los días 9 al 12 de abril. Las III de 16 al 18 de marzo de 1978. Las IV, como homenaje a los Drs. Sánchez Rodríguez, Antolí-Candela Cebrián y García Ibáñez, los días 15, 16 y 17 de diciembre de 1983 y finalmente las V Jornadas los días 4, 5 y 6 de mayo de 1989, que se hicieron coincidir con la IV Asamblea de la Sociedad Extremeña de ORL encargándose su Junta Directiva de la organización.

Ante la imposibilidad de citar a tantos destacados compañeros nacionales y extranjeros que intervinieron como profesores, enumeraremos entre los segundos a los Dres. Mario Staffieri de Piacenza, C. Zini de Parma, Mario Andrea, Rui Penha y Campos Enríquez de Lisboa, C. Migueis de Coimbra, A. Ferreira Da Costa de Oporto, I. Guerrier de Momtpellier, Jean Cause de Beziers y P. M. Stell de Liverpool el cual protagonizó algunas anécdotas derivadas de sus 2 metros y diez centímetros de estatura.

En 1973, mediante Real Decreto, se crea la Universidad de Extremadura (Este año celebramos con diversos actos su XXV Aniversario) que potencia y abre nuevas perspectivas a las limitadas posibilidades de carácter educativo de la Región, contribuyendo a su desarrollo, dinamizando su vida cultural y facilitando el acceso a estudios superiores. Con la creación de la Facultad de Medicina de Badajoz por decreto 2713/1973 de 11 de Octubre (1ª Promoción 1973-1979) ya los jóvenes extremeños que querían estudiar medicina no tenían que marchar obligatoriamente a Madrid, Salamanca o Sevilla... como hicimos las generaciones anteriores.

La Disciplina de Otorrinolaringología fue impartida en principio por el Dr. Ambel Villanueva hasta la llegada en 1979 del Prof. Daniel López Aguado que obtiene la plaza de Profesor Agregado de ORL con un tribunal compuesto por los Profesores Poch Viñals, Rodríguez Adrados, Pita, Ciges y Traserra, marchando en 1981 a la Universidad de La Laguna. El curso 1984-1985 fue impartido por el Profesor Rama Quintela, que marcharía seguidamente a Santander, siendo sustituido ese mismo año por el Profesor José Morales López, que desde entonces ocupa la Cátedra hasta la actualidad.

La posibilidad de poder impartir la especialización en ORL, mediante la concesión en la década de los ochenta por la Comisión Nacional de Especialidades de la acreditación para la Docencia a los Servicios de ORL de los Hospitales de la Comunidad: «Infanta Cristina» de Badajoz, Jefe de Servicio Dr. Antonio Blasco Huelva, «San Pedro de Alcántara» de Cáceres, Jefe de Servicio Dr. Benjamín García García y «Hospital General» de Mérida, Jefe de Servicio Dr. Vicente Guillén Asensio, supuso un hito importante para nuestra especialidad. Ya no



Portada de la ponencia a la X Asamblea de la Sociedad Extremeña de ORL. Cáceres, 13 de mayo de 1995.

sólo se podía estudiar medicina en Extremadura, sino que empezaron a formarse especialistas, hoy ejerciendo en diversos Hospitales de nuestra Patria. Además los médicos residentes con su presencia y participación impregnan de energía, ilusión y deseos de saber, cuantos actos científicos celebramos en nuestra comunidad.

Los primeros pasos encaminados a la creación de la Sociedad Extremeña de Otorrinolaringología, datan del año 1968, en que llegó a celebrarse en Salamanca una Reunión en la que participaron el Dr. Casimiro del Cañizo Suárez y los Dres. Ambel Villanueva y Barrantes Celaya de Badajoz, para tratar y estudiar la fórmula de creación de una Sociedad de ORL que implicara a Castilla y Extremadura. Se hicieron unos Estatutos, pero al final no hubo entendimiento y aquello se abandonó.

En la década de los ochenta volvió a surgir con fuerza la idea de la creación de la Sociedad Extremeña de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial, la cual tuvo una gestación de años, durante los cuales un grupo de compañe-

ros de ambas provincias, en las cinco reuniones que se mantuvieron, previas a la constitución de la Sociedad ven la necesidad de agruparse, promoviendo encuentros que intenten elevar el nivel científico de sus componentes y estrechar lazos de amistad y compañerismo.

La primera Reunión tiene lugar en Mérida, el 5 de febrero de 1983, en el Salón de Actos de la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social, organizada por el Servicio de ORL de dicho Hospital, celebrándose una Mesa Redonda sobre «Estado actual de los grandes síndromes vestibulares», interviniendo como moderador el Dr. ALFONSO AMBEL y como Ponentes los Doctores BENJAMÍN GARCÍA, JOSÉ MARCOS, ANTONIO BLASCO, LEOPOLDO ELVIRA, VICENTE GUILLÉN y JUAN CABALLERO seguidas de un coloquio y una Asamblea donde se trató el tema de la creación de la Sociedad ORL Extremeña.

La 2ª Reunión tiene lugar en Badajoz el 28 de mayo de 1983, en el Salón de Actos del Colegio de Médicos, organizada por el Servicio de ORL de la Residencia Sanitaria «Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro», donde los compañeros de dicho Servicio presentaron varias Comunicaciones y en cuyo programa figuraba «Proyecto de creación de una Sociedad Extremeña de Otorrinolaringólogos».

En Cáceres el 11 de febrero de 1984, se realiza la 3ª Reunión, organizada por el Servicio de ORL de la «Residencia Sanitaria, San Pedro de Alcántara», presentando varias comunicaciones y figurando también, en su programa: «Estado actual de la creación de la sociedad ORL Extremeña».

El 6 de octubre del mismo año organizada por el Servicio de ORL del Hospital de la Seguridad Social de Don Benito Villanueva de la Serena se celebró la 4ª Reunión donde presentaron comunicaciones los Servicios de ORL de los hospitales de Don Benito-Villanueva, Mérida, Badajoz y Cáceres.

La 5ª y última Reunión previa, tiene lugar en Badajoz el 2 de febrero de 1985, en el Salón Noble de la Excm. Diputación, organizada por el Servicio de ORL del Hospital Provincial «San Sebastián». El conferenciante invitado fue el Profesor MARIO ANDREA, y el tema «La importancia de las sistematizaciones de la

caja del tímpano en la cirugía del colesteatoma», seguida de varias comunicaciones presentadas por los Servicios de ORL de la Comunidad.

La fundación oficial de la Sociedad Extremeña de Otorrinolaringología tiene lugar el día 18 de enero de 1986 en la ciudad de Plasencia, es la que conocemos como «Reunión de constitución de la Sociedad Extremeña de ORL», y que coincide con la I Asamblea de nuestra Sociedad.

Fue organizada por el Servicio de O.R.L. del hospital «Virgen del Puerto» y Ambulatorio «Luis de Toro» de Plasencia. Dres. GARRO GARCÍA, VICENTE GARCÍA, PÉREZ TORIL, RAMOS VALCÁRCEL y MARTÍN MONTES. Contamos con la presencia de nuestro Presidente de la Sociedad Española de ORL y patología Cérvico-Facial, Dr. TEODORO SACRISTÁN, que pronunció la Conferencia Magistral «Cirugía reconstructiva cervical». Seguidamente, se procedió a la elección de la primera Junta Directiva, quedando formada así:

Presidente:	Dr. ALFONSO AMBEL VILLANUEVA.
Vicepresidente 1º:	ANTONIO BLASCO HUELVA.
Vicepresidente 2º:	BENJAMÍN GARCÍA GARCÍA.
Secretario:	Dr. LEOPOLDO ELVIRA PISÓN.
Tesorero:	Dr. JUAN MANUEL PEREDA TAMAYO.
Vocal 1º:	Dr. VICENTE GUILLÉN ASENSIO.
Vocal 2º:	Dr. ANTONIO BERNART GILI.

Los cargos se eligen por cuatro años, renovándose la mitad cada dos.

La Sociedad agrupa a la mayor parte de los especialistas de la Comunidad Autónoma Extremeña, en la actualidad somos 56 socios, y tiene su Sede en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz. Según sus Estatutos, sus fines fundamentales son el estudio técnico y práctico de dicha especialidad en relación con las Ciencias Médicas y Biológicas, cooperando al desarrollo de las Actividades asistenciales, docentes y de investigación de la Especialidad, en beneficio de la Comunidad. Fomentar relaciones científicas con otras Sociedades de similar naturaleza y promocionar la progresiva mejora de los niveles científicos y culturales de sus socios. Para alcanzar estos fines, anualmente venimos celebrando tres reuniones, en las dos primeras de una mañana o día de duración se invitan a profesionales, preferentemente de ámbito Nacional que hayan destacado, de forma notoria, en trabajos monográficos o puntuales, seguidos de animados coloquios y comidas de trabajo, que contribuye a mejorar las relaciones humanas.

En el mes de mayo, organizamos la Asamblea Anual, reunión de uno o varios días, donde presentamos comunicaciones todos los Servicios de ORL de la Autonomía, se desarrollan Ponencias sobre temas monográficos cada dos años, se programan Conferencias Magistrales o Mesas Redondas y al final de la misma se realiza la Junta general, en cumplimiento de los Estatutos. Todas nuestras reuniones se realizan rotando por diferentes lugares de nuestra Comunidad, pretendiendo siempre que sea posible utilizar los incomparables marcos, de nuestras ciudades y monumentos, muchos de ellos Patrimonio de la Humanidad. ☺

LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN GALICIA

T. Labella

J. C. Vázquez

C. Martín

A. Franco

1. LOS COMIENZOS

Como ha puesto de manifiesto uno de nosotros (1) de cuya tesis doctoral se han tomado muchos de los datos históricos que hemos empleado para este estudio, la Otorrinolaringología en Galicia, nace algo más tarde que en otras zonas de España (Madrid, Barcelona o Andalucía). Y esto se debe, siguiendo los criterios de Rosen expuestos magistralmente por Ciges en su «Nacimiento y Evolución de las Especialidades Médicas» (2), a que el desarrollo económico-social, industrial, las comunicaciones y el trasvase de población desde el campo a las ciudades fueron en nuestra región, en cierta manera, algo más tardío.

El primer germen que aparece sobre temas médicos o quirúrgicos relacionados con la especialidad en Galicia, se producen en Santiago de Compostela. Desde el punto de vista científico, de la mano del Prof. Antonio Novo Campelo, catedrático de Farmacología que ejerce la Otorrinolaringología tangencialmente y en 1901 publica ya un trabajo sobre las otomastoiditis y su tratamiento, primero de una larga serie de los que dedica a nuestra especialidad. Igualmente, por estos primeros años de nuestro siglo, Otro profesor de la Facultad, por entonces todavía de Clínica Quirúrgica, dedica buena parte de su labor científica y profesional a nuestra especialidad; se trata del Prof. Francisco Romero Molezún. Por otra parte, la gran cirugía otorrinolaringológica, representada entonces por la larin-

guetomía total, la practica en nuestra región durante los años 10, el Dr. Ángel Baltar Cortés, famoso cirujano general establecido en la Ciudad del Apóstol. Herrera Casado (3), en su conocida tesis doctoral sobre la Otorrinolaringología en España, presenta una reseña de las 156 laringuectomías totales hechas en nuestra patria hasta 1912. Baltar, en Santiago, con 11 es el quinto cirujano español por número de operaciones realizadas después de Cisneros, García-Tapia, Lazárraga y Santiuste.

Sin embargo, el primer especialista tal y como lo entendemos hoy, ejerce en La Coruña desde 1907. Se trata del Dr. Galo García Baquero y Sáenz de Vicuña.

Entre 1910 y 1919, ya se puede registrar la presencia de otros dos médicos dedicados exclusivamente a nuestra disciplina. Uno es el vallisoletano D. Miguel Rodríguez-Vila que se establece en Vigo en 1915 y que sin contar a Baltar, es el primer otorrinolaringólogo que hace laringuectomías totales en Galicia. El otro es, D. Ángel Varela Santos, que en 1916 abre consulta en Santiago de Compostela, y por lo tanto se une a Novo Campelo y a Romero Molezún en el desempeño de la especialidad.

En los años 20 y 30, el crecimiento económico que se produce en La Coruña y especialmente Vigo, con el auge de los astilleros y la industria conservera, favorece el aumento poblacional de ambas ciudades, lo que favorece el establecimiento —muchas veces por emigración— de médicos en estas dos ciudades que se dedi-

can a profesar las nuevas especialidades médicas, entre ellas la nuestra. En La Coruña son los años de D. Ramón Jiménez Facio, que llega desde Andalucía en 1920, de D. Eduardo López Lacarrere, que se establece en 1923 y de D. Diego Martínez Rumbo, que lo hace en 1934. En Vigo, se establece D. Manuel Salgado Urtiaga, en 1930; algunos años después lo hace D. Antonio Grobas Lago.

En Santiago, si bien no se da el fenómeno de gran crecimiento poblacional debido a la industria o la administración, como ocurrió en Vigo y en La Coruña, la presencia del Hospital Real y de la Facultad de Medicina, hace que durante estas dos décadas destaquen las figuras de D. Argimiro Silva Gil, que comienza su actividad profesional en 1922, y D. Manuel González Romero, profesor de la Facultad, que se establece en 1931 y se traslada a Vigo en 1935 siguiendo el desarrollo económico de la Ciudad Olívica.

Durante los años 20 y 30 es cuando la Otorrinolaringología aparece como especialidad en las otras ciudades gallegas. En Orense ejerce D. Arturo López Trasancos; en Lugo, D. Ángel Vega Barrera; en Ferrol, D. Miguel Martínez Falero y Cardona, natural de Cuenca, que se establece en 1923 en la Ciudad Departamental, y por fin, en Pontevedra, D. Fernando Lorente Sanjurjo, que comienza su actividad profesional en 1931, y un año más tarde, el salmantino D. Cándido Álvarez de la Cruz.

Es curioso, que mientras en Santiago de Compostela se hacía una indudable labor científica y clínica en otorrinolaringología, sin embargo no hay al principio muchos especialistas dedicados de pleno a la disciplina. Según pensamos, contribuyen a ello dos particularidades. La primera, que cuando comienza a desarrollarse la otorrinolaringología, la demanda ya estaba cubierta, además de por Novo Campelo y por Romero Molezún, por Baltar, cuyo prestigio rebasó los límites de Galicia, y que si bien era cirujano general, dominaba la cirugía de la laringe, pero tenía sólo un interés tangencial por la otorrinolaringología no interesándole más que la cirugía de la especialidad como otro aspecto de su profesión. En segundo lugar, en 1902 aparece como asignatura la otorrinolaringología. En la Facultad de Medicina de Santiago, al contra-

rio que en otras de España, no se da la feliz coincidencia —como veremos más tarde— de que hubiera entonces un profesor interesado por la especialidad, y los docentes, durante los primeros 28 años no hicieron otra cosa más que cubrir el trámite de enseñar a los alumnos de la licenciatura.

Sin embargo dos catedráticos de la Facultad, Novo Campelo, de Farmacología y Romero Molezún, de Cirugía, desde el mismo comienzo de siglo, como hemos dicho antes, desarrollan una importante labor científica sobre temas de la especialidad. El primero ejerce la otorrinolaringología junto la Hidrología, a la que realmente dedica la mayor parte de su tiempo.

Vemos así, como en Compostela, ciudad pequeña pero con Facultad de Medicina y disponiendo del único centro hospitalario digno de su nombre en la región, el Hospital Real, se da la paradoja, de que la presencia de tres fuertes personalidades médicas que ejercen parcialmente la otorrinolaringología y podrían haberla desarrollado (Baltar, Novo Campelo y Romero Molezún) no lo hacen porque, para ellos, no era más que una parte de su trabajo. No obstante, estos tres médicos compostelanos, junto con García Baquero y Sáenz de Vicuña, son los que realizan en Galicia la labor científica otorrinolaringológica más importante durante los primeros cuarenta años de nuestro siglo.

2. LAS SAGAS

Hay una regla que se ha cumplido a lo largo de la historia en todas las profesiones y oficios: que los hijos tiendan a ejercer la profesión de sus padres. Y en España, como en todos los quehaceres, se cumple esta norma dentro de la Medicina y sus especialidades hasta que el sistema MIR lo impide. Galicia no constituye una excepción, y dentro de nuestra especialidad, hasta hace bien poco, los hijos de los otorrinolaringólogos frecuentemente se dedicaron a la disciplina. Creemos que es interesante reseñar brevemente los especialistas cuyos hijos fueron o son también otorrinolaringólogos, y por lo tanto, en cierta manera, crearon escuela, ya que esto enmarca gran parte del panorama actual de la otorrinolaringología en Galicia.

En los albores de nuestro siglo, el primer médico que se consagra completamente a la otorrinolaringología en Galicia, es el Dr. Galo García Baquero y Sáenz de Vicuña, como hemos reseñado antes. Asturiano de Luanco, vive en La Coruña desde niño hasta que muere en 1969. Se establece como otorrinolaringólogo en la Ciudad Herculina en 1907 después de estudiar en Valladolid y doctorarse en Madrid. Se forma en París con Castex y Sebilleau y más tarde con Pasow y Von Eicken en Berlín. Su preparación se pone de manifiesto, además de por el prestigio que como profesional adquiere en toda la región, también por medio de algunas publicaciones y conferencias impartidas en la Real Academia de Medicina de Galicia, institución a la perteneció, primero como miembro de número, y luego como presidente. Asiste y participa en los congresos de París en 1922 y de Copenhague en 1928 presentando comunicaciones en ambos.

Durante nuestra Guerra Civil, su hijo, el Dr. Pedro García Baquero Méndez, antes de acabar la carrera ya está aprendiendo la Especialidad al lado de su padre, que bien orientado, recibe una buena formación al lado de Hinojar, Lerroux-Robert, Justo Alonso y Pietrantoni. Establecido en La Coruña, fue otorrinolaringólogo de la Cruz Roja. Nombrado miembro de número de la Real Academia de Medicina de Galicia en 1959, fue más tarde su secretario perpetuo y organizó el 1.º Congreso Nacional de Reales Academias de Medicina de España. Murió sin descendencia en 1992 (3).

En Vigo brilla la personalidad de D. Miguel Rodríguez-Vila Fernández, nacido en Valladolid en donde también estudia la carrera. Se especializa en Madrid con Casadesús después de lo cual, en 1915, se traslada a Vigo. Como hemos dicho antes, es después de Baltar, el segundo que realiza laringectomías en Galicia, en este caso en la Ciudad Olívica. Su hijo Don Eusebio Rodríguez-Vila también es otorrinolaringólogo, estudió la carrera en Santiago, y después de acabarla en 1950, se formó en Madrid durante los primeros años de la década de los 50 junto con Sánchez Rodríguez. Acabada la especialidad volvió a Vigo en donde ejerció en su consulta privada hasta su jubilación. Fue otorrinolaringólogo de La Cruz Roja y de los Hermanos

de San Juan de Dios, en la Ciudad Olívica, en donde actualmente vive.

Otro de los otorrinolaringólogos que dejó continuidad para la especialidad, fue el médico militar salmantino D. Cándido Álvarez de la Cruz, que había estudiado la carrera en su ciudad natal y es destinado a Pontevedra en 1932, donde comienza a ejercer la especialidad. Después de la Guerra se traslada a La Coruña donde continuó el ejercicio de la otorrinolaringología y en donde muere en 1993. Su hijo, D. Ignacio Álvarez Paredes, después de estudiar la carrera en la Universidad de Santiago, se especializa durante los últimos años de la década de los 60 en el Hospital de San Pablo de Barcelona, con Capellá y actualmente es jefe de sección de otorrinolaringología Infantil en el Hospital Juan Canalejo de La Coruña.

En 1933, y recién terminados los estudios de licenciatura en la Facultad de Medicina de Santiago, es nombrado médico interno y ayudante de clases prácticas de otorrinolaringología, uno de los especialistas que tendrá durante los años posteriores más relieve en Galicia. Se trata del Prof. José García González, que además de médico militar, desempeña la docencia de la Otorrinolaringología en la Universidad de Santiago durante 36 años, desde 1940 hasta que muere en 1976. Por esto muchas generaciones de médicos gallegos le deben a García González sus conocimientos de Otorrinolaringología, que por otra parte destaca como un magnífico cirujano de la especialidad (y también general); posiblemente el más completo de Galicia en su época. Comienza su formación en el Hospital Real y la termina con George Portmann. Durante la II Guerra Mundial estuvo en Riga con la División Azul. Un cuñado de García González, D. César Soto Velasco, se forma con él a finales de los 40, y después, durante una temporada con Portmann. Más tarde ejerce en Orense hasta su jubilación. Su hijo, D. César Soto Sánchez, también hizo la especialidad de Otorrinolaringología con Cabanas en el Hospital de SERGAS de Orense, en cuyo servicio es médico adjunto.

Su hijo, el Prof. Nicolás García Soto, hijo de García González sigue los pasos de éste y a mediados de los 60 se especializa en Otorrinolaringología con Poch Viñals en el Hospital Clínico de Madrid. Se desplaza a Estrasburgo en

donde hace su tesis doctoral con Conraux y Greiner. De vuelta a Santiago es nombrado profesor ayudante de clases prácticas, hasta que en 1974 obtiene por oposición la plaza de profesor adjunto de Otorrinolaringología, que desde entonces ocupa en la Universidad Compostelana, junto con la de jefe de sección de nuestra especialidad en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. García Soto también obtiene por oposición, aunque sin llegar a tomar posesión, la plaza de jefe de servicio de Otorrinolaringología del Hospital Montecelo de Pontevedra.

Otro de los pioneros de la Otorrinolaringología gallega, que deja descendencia otorrinolaringológica, es D. Diego Antonio Martínez Rumbo, que estudia Medicina en Santiago y se especializa en Estrasburgo Con Canuyt. Se establece en La Coruña en 1934, en donde ejerce toda su actividad profesional, hasta que muere en 1967. Martínez Rumbo tuvo el privilegio de corresponder con la deuda de agradecimiento que contrajo con su maestro por los conocimientos que le transmitió, ya que cuando Canuyt en su huida hacia Hispanoamérica pasó por España, estuvo alojado durante una corta temporada en su casa de La Coruña.

Uno de los hijos de Martínez Rumbo, D. Antonio Martínez Rumbo y del Castillo, formado junto a Montserrat y Pinar en el Hospital de San Pablo de Barcelona durante los años 60, es jefe de sección en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Juan Canalejo de La Coruña, aunque actualmente desempeña el cargo de director en el Hospital de Oza de La Coruña.

D. Ildefonso Gallego Asorey, estudió en Santiago y fue alumno interno de Otorrinolaringología durante los años 20. Se especializa en Barcelona al lado de Casadesús. En 1941, siguiendo el auge económico de Vigo, este compostelano, se establece en la Ciudad Olívica, en donde ejerce hasta que se jubila en 1974. Uno de los hijos de Gallego, D. Alfonso Gallego Díez, después de acabar la carrera en Santiago en 1958, se especializa en Madrid desde esta fecha hasta 1961, en el Hospital Clínica de San Carlos con Núñez y también con Antolí-Candela. Estuvo una corta temporada con Portmann en Burdeos. Después vuelve a Vigo en donde, además de ejercer en su clínica privada, es jefe de cupo y

Jefe de servicio de Otorrinolaringología en el Hospital Municipal Nicolás Peña.

En 1943 vuelve desde Madrid a Galicia, después de especializarse durante tres años con García-Tapia, D. José Manuel Valenzuela Otero, y se establece en Pontevedra en donde había sido nombrado otorrinolaringólogo del Instituto Provincial de Sanidad. Valenzuela además de ejercer en su clínica privada y de ser otorrinolaringólogo del Instituto Social de la Marina, gana por oposición una plaza de especialista en el Hospital Provincial de Pontevedra. Destacó en la práctica de la cirugía parcial en el cáncer de laringe, en consonancia con el maestro que tuvo y con la labor quirúrgica que durante la guerra desempeñó al lado del ya mencionado Baltar. Uno de sus hijos, D. Daniel Valenzuela Fernández, imbuido por la profesión de su padre, se especializó en Otorrinolaringología durante los años 70 en Barcelona, junto a Prades. Después de volver a Pontevedra, obtuvo por concurso oposición la plaza de jefe de servicio de Otorrinolaringología del Hospital Montecelo de esta ciudad, centro en donde desde entonces ejerce.

Nacido en San Clemente, provincia de Cuenca, D. Victoriano Martínez Ortega, estudia la carrera en la Universidad de Madrid, en donde se especializa al final de los años 20 con Bertrán Castillo responsable por entonces del servicio de Otorrinolaringología del Instituto Rubio. Acabada su formación se traslada a Alicante, en donde ejerce la especialidad hasta el comienzo de la Guerra Civil. Después de ésta se traslada a la Coruña sin llegar a tomar posesión, en Bilbao, de una plaza de especialista de la Cruz Roja que había ganado por oposición. En La Coruña desempeña su labor profesional en su consulta privada y en la Jefatura Provincial de Sanidad. Martínez Ortega inculca la vocación por la Otorrinolaringología a dos de sus hijos, D. Antonio Martínez Vidal, que ejerce en Madrid, y el Dr. José Martínez Vidal, que continúa la labor de su padre en La Coruña. Este último se especializa en Madrid con Gavilán Alonso, después de lo cual vuelve a La Coruña, y ocupa la plaza de jefe de servicio de la especialidad en el Hospital Juan Canalejo, al haberla ganado por oposición. También es profesor de la Escuela de Logopedia de la Universidad de La Coruña.

D. Daniel Cajade Rey nacido en 1910 en Santiago, es otro de los otorrinolaringólogos que dejan descendencia en la especialidad. Estudia en su ciudad natal, finalizando la carrera en 1933. De estudiante fue alumno interno de otorrinolaringología en el Policlínico de la calle del Hórreo, con su maestro el Dr. Ballesteros, otorrinolaringólogo del que no hemos podido recoger ningún dato más que éste. Durante la guerra se incorpora al equipo quirúrgico de Ballesteros en el Hospital de Lugo, en donde aprende a dominar la cirugía. Finalizada la guerra, perfecciona la especialidad en Barcelona junto a Abelló y posteriormente en París y Lyon. Ejerció en su ciudad natal, en donde fue especialista de cupo y director del Sanatorio 18 de Julio. Se jubila en 1980 y fallece en 1990. El hijo menor de Cajade Rey, D. Daniel Cajade Bao, sigue los pasos de su padre, y después de terminar la carrera en Santiago, comienza la especialidad en el Hospital Clínico de esta ciudad junto a García González, después de haber sido un año alumno interno con él. Más tarde se traslada a Barcelona para ampliar conocimientos junto a Prades. Al volver a Santiago ejerce en el Hospital Universitario, en donde gana por oposición una plaza en el servicio de Otorrinolaringología, después en un cupo de especialista de la Seguridad Social. Un nieto de Cajade Rey, D. Juan Cajade Frías, después de hacer el MIR, obtiene una plaza de residente en Otorrinolaringología en el Servicio del Complejo Hospitalario de Santiago, en donde es, actualmente residente de 4º año.

Otras importante saga de otorrinolaringólogos gallegos es la de los Carrero, encabezada por D. Narciso Carrero Nine, que nace en Santiago en 1906, ciudad en la que estudia la carrera de Medicina que finaliza en 1930. Comienza su formación junto a Romero Molezún, hasta que en 1936 es movilizado y trabaja en Lugo, en el equipo de Ballesteros, junto a su amigo Cajade.

Recién finalizada la Guerra Civil se traslada a Madrid y termina su formación con García-Tapia hasta que en 1945 regresa a Compostela, en donde se establece. Además de ejercer la otorrinolaringología en su clínica privada y en un cupo de la Seguridad Social, fue profesor ayudante de clases prácticas de Anatomía en la Facultad de Medicina de Santiago. Estuvo en Lyon

para ampliar conocimientos. Murió en 1978. Dos hermanos de Carrero, también fallecidos, fueron otorrinolaringólogo⁵ D. Luis en Orense y D. Antonio en Lugo. La saga de los Carrero se continua en la actualidad con D. Juan Carrero Fernández, hijo de D. Narciso, que después de estudiar en Santiago, y formarse con su padre, se establece en esta ciudad. Hace cortas estancias en Barcelona con García Ibáñez, Mañós, Traserra, Abelló y Monserrat.

Por último, hay que reseñar a un contemporáneo nuestro, fallecido hace dos años, momento hasta el cual estuvo ejerciendo la Especialidad en Santiago. Se trata de D. Antonio Pensado Iglesias, cuyo hermano mayor, D. Julio, muerto prematuramente a los 28 años, también fue otorrinolaringólogo. Precisamente la temprana muerte de éste hace que Pensado se incline por la especialidad, después que en 1946 acabara la carrera. Gracias a una beca, se traslada a Francia en donde se especializa con Lerroux-Robert, Aubry, Labayle, Fournier, Calvet y Portmann. Más tarde, hace cortas estancias en Italia, con Pietrantonio, en Alemania con Wullstein, y en Sudamérica con Alonso y Ermiro de Lima. Practicó las más variadas facetas médicas y quirúrgicas de la disciplina, tanto como especialista de cupo de la Seguridad Social como en su consulta privada. Una de sus hijas, doña Isabel Pensado Benet, se especializa, en Otorrinolaringología junto a Abelló Vila en el Hospital de S. Pablo de Barcelona. Después regresa a Santiago en donde trabaja en su clínica privada y en el cupo que, al morir, dejó su padre.

3. LA INFLUENZA DE LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN GALICIA

Durante el 4º Gobierno de la Restauración que presidía D. Práxedes Mateo Sagasta, se crean en las Facultades de Medicina de España nuevas asignaturas; entre ellas se encuentra la denominada «Enfermedades de los oídos, nariz y garganta con su clínica». El decreto lleva la firma del ministro de Instrucción Pública D. Álvaro de Figueroa y Torres, conde de Romanones y vio la luz el 21 de septiembre de 1902.

En la Facultad de Medicina de Santiago, se ven en la necesidad de improvisar profesores

para dar cumplimiento al decreto mencionado. Los responsables de la Universidad acuerdan nombrar provisionalmente para impartir la Otorrinolaringología al Prof. Miguel Gil Casares, a la sazón catedrático de Patología y Clínica Médica desde 1901, y antes de Enfermedades de la Infancia con su Clínica. Gil Casares, magnífico clínico en lo que hoy sería la neumología y la cardiología, imparte por compromiso la docencia de la disciplina durante los cursos 1902-03 y 1903-04. No debía gustarle mucho la nueva asignatura, ya que durante los dos cursos siguientes —1904-05 y 1905-06— se hace cargo de ella, a sus 64 años, el Prof. e Jesús Novoa López, a la sazón catedrático de Higiene Pública y Privada desde 1876 (antes había desempeñado las cátedras de Patología General y su Clínica y de Obstetricia y Enfermedades de la Mujer). Siguiendo el baile de profesores cada dos años, durante los cursos académicos 1906-07 y 1907-08, aparece como encargado de la docencia en Otorrinolaringología, el Dr. Martínez de la Riva, y durante los dos posteriores, 1908-09 y 1909-10, el Dr. Ferreiro Herba. En 1911 se hace cargo de la docencia de la Otorrinolaringología Gil Casares, y aunque no es seguro, como ha puesto de manifiesto Vázquez Barro (1), es posible que la desempeñe de forma ininterrumpida hasta 1930.

En 1930, el Prof. Francisco Romero Molezún, hasta entonces catedrático de Clínica Quirúrgica pasa a impartir la docencia de la Otorrinolaringología junto con la de la Oftalmología, hasta que en 1938 fallece a los 66 años.

En el curso 1933-34, y para ayudar a Romero Molezún, es nombrado profesor ayudante de clases prácticas al entonces joven médico D. José García González, que más tarde, a partir de 1940 desempeñará la docencia de la disciplina ininterrumpidamente hasta que muere en 1976. Al principio como ayudante de clases prácticas, y a partir de 1942 hasta su muerte como catedrático interino de Otorrinolaringología.

Después de García González, se hace cargo de la asignatura su hijo, el profesor adjunto por oposición, Dr. Nicolás García Soto, hasta 1978. En 1978, después de haber obtenido por oposición la plaza de profesor agregado de Otorrinolaringología, se traslada a la Universidad de Santiago desde la de Granada, el discípulo de

Ciges, Torcuato Labella Caballero, hasta entonces profesor adjunto. También desempeña la jefatura de servicio de la especialidad en el Hospital General de Galicia y más tarde, por oposición, la del Hospital Provincial de Santiago. Ambos centros se fusionaron más tarde en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. En 1981, en virtud de concurso de acceso, pasa a catedrático numerario, y sigue encargado de la docencia de la asignatura, junto con los profesores titulares García Soto, Martín Martín y Santos Pérez y los profesores asociados Lozano Ramírez, Porto Golpe y Soto Varela. Labella, ocupa el sillón de Otorrinolaringología en la Real Academia de Medicina de Galicia.

4. LA SOCIEDAD GALLEGA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Si bien desde los años cuarenta de nuestro siglo hubo inquietud en Galicia por nuestra especialidad, no fue hasta el día 13 de marzo de 1971 cuando tuvo lugar la reunión fundacional de la Sociedad Gallega de Otorrinolaringología. Se llevó a cabo en el Hostal de los Reyes Católicos de Santiago. Esta reunión que fue convocada siguiendo las normas legales de la época, por una comisión gestora formada por los especialistas de Santiago, García González, Carrero Nine, Cajade Rey, Abraldes Puértolas, Pensado Iglesias, García Soto y Barca Blanco. En dicha reunión se llevó a cabo la votación para presidente, tanto por los presentes, como por los que no pudieron asistir, que enviaron su voto por correo certificado. Así el 13 de marzo de 1971, resultó elegido primer presidente de la Sociedad Gallega de Otorrinolaringología García González, cargo que desempeñó hasta el 29 de noviembre de 1973. Le sucedió Carrero Nine, que ocupó el cargo hasta que el 12 de febrero de 1977 pasa a ser presidente Pensado Iglesias. El 4 de febrero de 1984, elige la sociedad nuevo presidente en la persona del otorrinolaringólogo de Vigo D. Jaime Iglesias Cendón, que ejerce el cargo hasta el 18 de junio de 1988, en que es elegido García Soto. Por último, en junio de 1996, toma posesión del cargo Labella, que es el sexto y actual presidente de la Sociedad Gallega de Otorrinolaringología. Es curioso que de

los seis presidentes que hasta ahora ha tenido nuestra sociedad, cuatro de ellos formaron parte de la primitiva comisión gestora (García-González, Carrero Nine, Pensado Iglesias y García Soto).

A la Sociedad Gallega de Otorrinolaringología, desde su fundación, estuvieron estrechamente ligados los colegas del norte de Portugal de los cuales un considerable número son socios de pleno derecho y asisten participando trabajos científicos en las reuniones periódicas.

En los 27 años de vida que tiene nuestra sociedad, ha desarrollado una fecunda actividad que se ha plasmado en la organización de una reunión científica por año. Los especialistas de cada una de las siete ciudades más importantes de Galicia (El Ferrol, La Coruña, Lugo, Orense, Pontevedra, Santiago y Vigo), y siguiendo un orden alfabético rotatorio, se encargan de organizar la reunión anual. La XXVII, que fue la última, se celebró este año en Vigo. Cada tres años, nuestra reunión anual es organizada conjuntamente con los colegas portugueses y entonces adquiere el nombre de Reunión Galaico Portuguesa de ORL. La IV y última de éstas se celebró en Santiago entre el 30 y 31 de mayo de 1997 y fueron sus organizadores Martín Martín, Santos Pérez y Soto Várela.

Además de las reuniones anuales también organiza nuestra sociedad reuniones comarcales, en éste caso dirigidas a los médicos generalistas. En ellas se tratan temas de interés, habitualmente por su novedad y de los que se da información a los compañeros no especialistas.

Aparte de las reuniones mencionadas, nuestra sociedad organizó en Santiago el Primer Congreso Hispano-Luso de Otorrinolaringología

entre el 15 y el 18 de marzo de 1973, siendo presidente García González. Dichos congresos han tenido continuidad desde entonces, y de forma alternativa y periódica se celebran en diferentes ciudades de España o de Portugal. También el último de los realizados en España, que fue el VII, organizado por Labella, tuvo lugar en Santiago de Compostela entre el 25 y el 27 de marzo de 1994. Desde éste pasaron a denominarse congresos ibéricos.

Por último destacar, que a nuestra sociedad le cupo el honor de organizar el X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología. Su celebración tuvo lugar entre el 3 y el 7 de junio de 1978, siendo presidente Pensado Iglesias. Este congreso, fue realmente de toda Galicia más que de Santiago, ya que sus sesiones científicas se celebraron, además de en Compostela en las ciudades de La Coruña, y Vigo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez JC. «Los orígenes de la Otorrinolaringología en Galicia (1875-1936)». Tesis Doctoral. Universidad de Santiago, 1998.
2. Ciges M. «Nacimiento y Evolución de las especialidades Médicas». Discurso de Apertura de Curso en la Real Academia de Medicina de Granada pronunciado el 29 de enero de 1988. Arte y Cía. Maracena (Granada), 1988.
3. Herrera A. «Nacimiento y Desarrollo de la Otorrinolaringología en España». Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Madrid, 1987.
4. Labella T. «Mecanismo productor de la fonación como soporte del lenguaje hablado». Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Galicia pronunciado el 30 de noviembre de 1995. Imprenta Universitaria de la USC. Santiago, 1995.

LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN VALENCIA

F. Ferrer Baixauli

J. L. Fresquet Febrer

L. Blay Galaud

J. Marco Algarra

1. INTRODUCCIÓN

Con el presente trabajo pretendemos estudiar cuáles fueron los orígenes y cómo se constituyó la otorrinolaringología como especialidad en Valencia.

El material que hemos utilizado está constituido, sobre todo, por fuentes impresas: revistas, libros, folletos y comunicaciones a congresos, editados en Valencia desde 1841, año en el que comenzó a publicarse el *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, y 1950.

Para el estudio del personal científico hemos recurrido al análisis prosopográfico de los principales productores de la información científica que tuvieron un papel protagonista en el proceso de constitución de la otorrinolaringología como especialidad en Valencia. La información relativa a tres de ellos (Jaime Marco Clemente, Francisco Antolí-Candela y Luis García Ibáñez) se ha recogido mediante entrevista personal. Por otra parte, el estudio de los contenidos de la información científica se ha realizado en las obras de los principales productores.

Hemos estructurado este estudio de la siguiente forma: Tras esta introducción, presentamos un breve resumen del marco institucional de la época estudiada (1841-1950). El tercer apartado se corresponde con los antecedentes históricos. El cuarto se dedica al estudio de la constitución de la otorrinolaringología como especialidad en Valencia, incluyendo los condicionantes médico-sociales, el nacimiento de la

especialidad y la consolidación de la misma. El quinto apartado se consagra al estudio de la difteria en Valencia. Por último, se incluye un estudio bibliométrico sencillo de las publicaciones médicas valencianas sobre otorrinolaringología de la época.

2. MARCO INSTITUCIONAL

Vamos a establecer cuatro etapas en el estudio del marco institucional, que constituían el ámbito en que se establecieron los cimientos y consolidación de la otorrinolaringología en Valencia. Realmente, hasta el último cuarto del siglo XIX no se dieron las circunstancias sociales, culturales y científicas necesarias para constituirse esta especialidad en Valencia, tal como refleja la tesis doctoral de F. Ferrer, dirigida por J. L. Fresquet sobre la historia de la otorrinolaringología valenciana.

Estas cuatro etapas que vamos a sistematizar han sido descritas por López Piñero en sus trabajos sobre la historia de la medicina valenciana:

1. El hundimiento del primer tercio del siglo XIX.
2. La asimilación de las nuevas corrientes durante «la etapa intermedia».
3. El florecimiento circunstancial de la Restauración.
4. La decadencia y el nuevo intento de recuperación del primer tercio del siglo XX.

2.1. El hundimiento del primer tercio del siglo XIX

A finales del siglo XVIII el avanzado desarrollo de la medicina valenciana quedó frustrado ante la España ilustrada. En 1799 la Facultad de Medicina de Valencia fue suprimida junto a las demás escuelas médicas universitarias, por un intento de reorganización que limitó la enseñanza a los colegios de cirugía de Cádiz, Barcelona y Madrid. Esta situación duró menos de un año, pero en 1807 el plan de estudios del rector Vicente Blasco fue sustituido en la Facultad de Valencia por otro impuesto por disposición ministerial a todas las escuelas médicas del país. La licenciatura de medicina, constituida por seis cursos, se podía estudiar en Valencia, pero no así la profesión de «cirujano», ya que continuaría impartándose su enseñanza en Cádiz, Barcelona y Madrid. La crisis general de la España ilustrada se manifestó dramáticamente en los años de la Guerra de la Independencia (1808-1814) y del reinado de Fernando VII (1814-1833).

Durante los 18 meses en los que Valencia estuvo ocupada por los franceses (1812-1813), la enseñanza continuó funcionando, aunque con sólo 23 estudiantes en el curso académico 1811-12, cifra que ascendió a 102 el curso siguiente. Al terminar la guerra, la Universidad quedó arruinada económicamente, y los profesores afrancesados o «intrusos» fueron destituidos en un claustro. La hegemonía que poseían los docentes de orientación liberal quedó anulada en 1816, al nombrarse como rector al canónigo Gregorio Joaquín de Piquer, quien subordinó la institución a los intereses del absolutismo.

Las cortes del trienio liberal (1820-1823) proyectaron una reforma de inspiración francesa, donde pretendían anular la enseñanza médica en las facultades universitarias y su sustitución por «escuelas especiales de medicina, cirugía y farmacia». El regreso al poder de los absolutistas no solamente significó la anulación de este proyecto, sino un endurecimiento de la represión. Nuevamente se depuró el profesorado de ideología liberal, destituyendo en Valencia a 14 catedráticos, quedando sólo uno en la Facultad de Medicina de Valencia.

En octubre de 1824 se promulgó el plan de estudios del ministro Calomarde, que reiteró básicamente el de 1807, aunque con modificaciones

de significado ideológico inequívoco, como la reinstauración del latín como lengua académica, la enseñanza obligatoria de la religión y la recomendación para el aprendizaje clínico de comentarios del siglo XVI a los textos hipocráticos. El año siguiente se creó una «inspección de enseñanza» que ejerció el más estricto control ideológico de todos los aspectos de la actividad universitaria. En estas duras circunstancias resultaba imposible que surgiera en Valencia una institución que sirviera de contrapeso al profundo hundimiento de su Facultad de Medicina. La Real Academia de Medicina de Valencia, creada en 1930 por el propio Calomarde, constituía un instrumento más de control del gobierno absolutista.

El colapso de la medicina valenciana durante este primer tercio del siglo queda patente también en el número de publicaciones de tema médico, suponiendo un descenso significativo en este primer tercio del siglo XIX, editándose sólo en Valencia 50 libros entre 1801 y 1833, lo que equivale a una media de 1,5 anuales. Este período constituyó en Europa occidental una rápida expansión del periodismo médico, no así en España, donde antes de la Guerra de la Independencia se habían fundado trece revistas médicas, una de ellas en Valencia; y durante el reinado de Fernando VII se fundaron sólo cinco, dos en Madrid y Barcelona, y una en Cádiz.

2.2. La «etapa intermedia»

Esta etapa se caracteriza por la asimilación de las nuevas corrientes, considerándose un período de transición entre el hundimiento anterior y la recuperación que se produciría durante la Restauración. La desaparición de la represión absolutista supuso el regreso de científicos exiliados por motivos políticos y un notable crecimiento en la publicación de libros y revistas médicas.

Tal como nos describe López Piñero en el estudio de esta etapa de la España isabelina, la enseñanza médica en Valencia continuó estando condicionada por la sucesión de reformas universitarias de orientación centralista. En 1837 se dispuso la supresión de la enseñanza anatómica en la Facultad de Medicina de Valencia, por un dictamen de la comisión de ins-

trucción pública de las Cortes. Ese mismo año había 415 estudiantes matriculados en la Facultad. Ante esta situación, se presentó una enérgica protesta firmada por la Diputación Provincial y claustro de profesores, ya que consideraban a la Universidad de Valencia *«la cabeza de la medicina española, ya que el resto de facultades están totalmente desiertas»*. Además, nos describieron los medios disponibles en los siguientes términos: *«Para la enseñanza de la anatomía tiene la Universidad un anfiteatro situado en uno de los jardines del Hospital General; este establecimiento, el mejor de España en su clase, tiene continuamente sobre ochocientos enfermos en sus salas, circunstancia esencial para que no falten cadáveres en las mesas anatómicas; este mismo establecimiento reúne la casa de locos y el departamento de niños expósitos, y éstas son ventajas utilísimas para el estudio de la clínica y de la anatomía patológica porque en un mismo año pueden verse mayor número de enfermedades en sujetos de ambos sexos, de diferentes edades y circunstancias, y la anatomía patológica, tan esencial para el adelanto de la ciencia, tendrá más casos prácticos sobre qué instruir a los alumnos de clínica y mayor proporción para establecer un gabinete de piezas preparadas, tan indispensable para el estudio de la ciencia médica. Esta escuela reúne, además, un jardín botánico y otros recursos necesarios para el estudio de las ciencias naturales»*. Ante este escrito, Diego de Argumosa, representante de las Cortes e importante cirujano de la época, defendía las posturas típicamente agresivas de los colegios de cirugía. Se permitió hablar con los siguientes términos de la enseñanza anatómica valenciana: *«El catedrático de Anatomía de esta Universidad se vale de una varita para no tener que tocar con la mano las vísceras que demuestra y tiene durante la lección flores en la otra mano para neutralizar el olor del cadáver»*. Tras demostrar que esta serie de preceptos no eran ciertos, la protesta consiguió que no tuviese efecto la proyectada supresión.

La circunstancias propias de «la etapa intermedia» permitieron la fundación del Instituto Médico Valenciano, institución completamente opuesta a los principios de la Real Academia, típica representación del control ideológico abso-

lutista establecido durante el reinado de Fernando VII. El Instituto, no promovido oficialmente, fue fundado en 1841 por un grupo de médicos y farmacéuticos encabezados por Luís Beltrán Besante. Esta institución se convirtió durante medio siglo en una de las organizaciones médicas españolas de mayor relieve, especialmente en el terreno de la farmacología y la terapéutica. Podemos resaltar importantes aportaciones de Peregrín Casanova y de Faustino Barberá en el campo de la Otorrinolaringología. Este último presentó un interesante discurso sobre «la intubación laríngea», que sería publicado con posterioridad.

Su revista, el *Boletín del Instituto Médico Valenciano* (1841-1896), fue un eficaz medio de difusión de las novedades europeas de la época y, al mismo tiempo, consiguió convertirse en un fiel reflejo de los problemas médicos de la sociedad valenciana. Además del Boletín, se publicaron durante este período en la Comunidad Valenciana otras 16 revistas médicas y farmacéuticas. Todas ellas se editaron en la ciudad de Valencia, con la excepción de *El progreso médico* (1851), publicación homeopática que apareció en Alcoy y de *La Unión Médica* (1872), órgano del Centro Médico-Farmacéutico de Castellón.

Aunque la constitución de las modernas especialidades, incluyendo la otorrinolaringología, se inicia en Valencia durante la Restauración, algunos médicos empezaron en esta «etapa intermedia» a defender el especialismo. El más temprano fue la oftalmología, que contó entre sus cultivadores a José Iborra, Nicolás Ferrer y Julve y a Vicente Chiralt, todos ellos discípulos de Rafael Cervera Royo, médico valenciano que fue uno de los fundadores de la oftalmología en España. En el caso de la otorinolaringología, al igual que el resto de especialidades, el desarrollo fue más tardío. Destacar en el campo de la ORL valenciana a Casanova Ciurana como uno de los fundadores de la especialidad, resaltando sus publicaciones sobre otología en diferentes revistas médicas valencianas.

2.3. El florecimiento circunstancial de la Restauración

Durante la Restauración se produjo una clara elevación del nivel científico de la medicina va-

lenciana. Entre 1875 y 1895 Valencia volvería a ser un escenario destacado del cultivo de las ciencias médicas, al menos dentro del panorama español.

La Facultad de Medicina de Valencia contó en esta época con un claustro mayoritariamente seguidor de la nueva «medicina de laboratorio». Ocupaban las cátedras de anatomía Peregrín Casanova, uno de los fundadores de la especialidad de la Otorrinolaringología en Valencia e introductor de la morfología basada en el evolucionismo darwinista, y Santiago Ramón y Cajal, que inició en este ambiente su obra histológica.

La enseñanza se impartió hasta 1886 de acuerdo con el plan de estudios de 1875, que era de contenido muy anticuado. A partir de esa fecha se introdujeron la histología, la anatomía patológica y la pediatría como asignaturas independientes. El número de estudiantes matriculados en la Facultad de Medicina de Valencia osciló entre cuatrocientos y quinientos. Entre ellos figuraron las tres primeras mujeres que cursaron medicina en nuestra Universidad.

Las dificultades que planteaba la dispersión de las instalaciones de la Facultad en distintos puntos del Hospital Provincial (antes llamado General) intentaron superarse con su reunión en un nuevo edificio de dos plantas en la esquina de las calles del Hospital y Guillem de Castro. Tras la construcción de este nuevo edificio continuaron dispersos ciertos servicios como la tocoginecología y la pediatría, por lo que en 1894, sólo nueve años después de la inauguración de este edificio, la Facultad comenzó a gestionar la construcción de otro mayor.

Durante este período se editaron en Valencia veintidós revistas médicas valencianas, diecinueve de ellas en Valencia, dos en Castellón y una en Alicante.

2.4. La decadencia y el nuevo intento de recuperación del primer tercio del siglo XX

La recuperación de la medicina valenciana durante la Restauración quedó frustrada a finales del siglo XIX. Uno de los motivos fue la disgregación del importante grupo experimentalista a mediados de los años noventa, por traslado a las Universidades de Madrid y Barcelona, lo

cual favoreció la desmoralización, el pragmatismo y un excesivo provincianismo dentro de una organización universitaria que hace imposible que llegue a tener personalidad y peso propios.

A lo largo de los años noventa el *Instituto Médico Valenciano* dejó de ser una institución viva y en 1894 cesó por completo la actividad de su Comisión Central de Vacunación.

El plan de estudios en la Facultad de Medicina de Valencia introdujo como modificaciones, las debidas al decreto de Romanones de 1902, que introdujo la otorrinolaringología, la oftalmología y la dermatovenerología como asignaturas obligatorias. Juan Bartual Moret fue nombrado profesor interino de la primera «cátedra de enfermedades del oído, nariz y laringe» en Valencia hasta 1932, un año antes de su jubilación. Le sucedió José Campos Igual que fue encargado de curso hasta que en 1945 se incorporó Rafael Bartual Vicens como primer catedrático de la especialidad.

Los recursos materiales de la Facultad durante este período eran prácticamente los mismos que en el anterior. Vistas las deficiencias del nuevo edificio hospitalario en Guillem de Castro motivaron, como hemos dicho, la creación de la actual Facultad y Hospital Clínico. La primera piedra del nuevo edificio se colocó en 1913 y las obras se terminaron en 1935, pero la guerra civil impidió que fuese ocupada hasta un cuarto de siglo más tarde. En 1960 se inauguró finalmente el Hospital Clínico de Valencia.

A lo largo de esta etapa ocuparon una posición destacada el Hospital Provincial y el Cuerpo Municipal de Sanidad, de Valencia. Varios jefes de los servicios del Hospital Provincial participaron en la enseñanza que se impartía en la Facultad como profesores de distintos niveles.

El número de estudiantes matriculados oscilaba alrededor de quinientos a comienzos de siglo y fue ascendiendo lentamente a lo largo de este período, llegando a casi un millar en 1935.

En lo que respecta al periodismo médico, desde comienzos de siglo hasta la guerra civil se fundaron 52 revistas médicas valencianas, 40 de ellas en la ciudad de Valencia, siete en la de Castellón y cinco en la de Alicante. En su mayor parte tuvieron una pervivencia muy limitada.

3. ANTECEDENTES

A continuación exponemos una visión histórica previa a la aparición de la otorrinolaringología como especialidad, presentando las aportaciones de una serie de médicos valencianos que estudiaron alguna faceta de la otorrinolaringología.

3.1. La producción científica medieval

En la Baja Edad Media existía una sociedad integrada por tres comunidades socio-culturales diferentes en el nuevo Reino de Valencia. Por una parte, la cristiana, dominante a partir de la conquista; por otra, la musulmana y la judía, condicionadas por la creciente intolerancia de la primera, que culminaría con la expulsión de las dos últimas.

En la medicina de la Europa medieval cabe destacar: la asimilación de la medicina clásica de origen griego, iniciada en la ciudad italiana de Salerno durante los siglos XI y XII; la labor sistemática de traducción del árabe al latín de las principales obras médicas, realizada en Toledo y en otras ciudades españolas a lo largo de los siglos XII y XIII; y el desarrollo de la medicina en las universidades europeas, como la de Montpellier, que durante su período de esplendor estaba ligada a la Corona de Aragón.

La obra terapéutica saleriana «De aegritudine curatione» contiene unos prácticos consejos para tratar las supuraciones óticas, los cuerpos extraños, parásitos, sordera y zumbidos.

En esta época destacamos la labor del médico valenciano más importante en todo el período medieval, reconocido como uno de los de mayor relevancia en Europa. Se trata de Arnau de Vilanova. Perteneciente a una de las familias que se instaló en Valencia después de la conquista, nació alrededor de 1240. Su estrecha vinculación a Valencia a lo largo de su vida está sólidamente demostrada, denominado por el Papa Clemente V: «clericus valentinae diocesis, physicus noster». En los años sesenta estudió medicina en Montpellier y después de conseguir el título de magister, regresó a Valencia, donde ejerció su profesión hasta que en 1281 se trasladó a Barcelona como médico de cámara,

primero de Pedro III y después de sus sucesores Alfonso III y Jaime II: en la última década del siglo XIII fue catedrático en Montpellier, convirtiéndose en la principal figura de su facultad de medicina. Entre su amplísima producción científica escrita podemos destacar de nuestro ámbito otorrinolaringológico, la exposición en el *Brevarium* de diferentes métodos de tratar las enfermedades del oído. Tal como explicara Pablo de Egina en el siglo VII, describe el método de autoinsuflación para las sorderas crónicas. Falleció en el transcurso de uno de sus numerosos viajes por mar, en 1311.

3.2. El Renacimiento

El Renacimiento puede considerarse como un redescubrimiento de la naturaleza a través de la observación y de algunos métodos de experimentación. Los anatomistas y filósofos italianos jugaron un papel de gran importancia.

Berengario da Carpi (1470-1550), el más importante de los anatomistas prevesalianos, fue el primero en descubrir los huesecillos del oído en 1521, denominados por Vesalio como el martillo y el yunque.

Andrés Vesalio (1514-1564) estudió los dos primeros huesecillos de la cadena, y trata de explicar la transmisión del sonido a partir de las relaciones entre la membrana timpánica, el martillo y el yunque. También señala la presencia de las dos ventanas, el músculo del martillo y las diferentes cavidades del laberinto.

Gian Filippo Ingrassia (1510-1580) de origen siciliano, anatomista, epidemiólogo y uno de los creadores de la medicina legal, parece que descubrió el estribo en 1546 por azar. Otros anatomistas españoles e italianos se atribuyeron también el descubrimiento con posterioridad. Entre ellos, Pedro XIMENO, Luis COLLADO, Juan Valverde de Hamusco, Realdo Colombo, Bartolomé Eustaquio y Falopio.

Pedro Ximeno, discípulo de Vesalio, catedrático de Anatomía en la Universidad de Valencia entre 1547 y 1549, fue uno de los que convirtió la Universidad de Valencia en una de las principales de Europa, donde se aplicaba la enseñanza anatómica, según el modelo vesaliano, efectuando la disección de cadáveres humanos

y explicando su anatomía por el mismo profesor. Además fue el primero en publicar el primer texto anatómico, posterior a *De humani corporis fabrica* (1543), de su maestro Vesalio. Su título abreviado es *Dialugus de re medica*, impreso en Valencia en 1549. Puede que realmente no fuese el primero en observar el estribo, pero sí se le atribuye la primera descripción impresa: «*en la cavidad destinada al órgano del oído hemos encontrado recientemente tres huesecillos. Dos de ellos, después de mucha observación, por mi maestro Andrés Vesalio, médico del emperador y hombre incomparable. El tercero, de poca importancia, por mí. Estos huesecillos no fueron imaginados por Galeno ni en sueños, cosa que dije hace tiempo en nuestras disputas públicas, de acuerdo con las ideas de mi bien amado maestro y en contra de Galeno. He encontrado el tercer huesecillo a menudo en los cráneos disecados que constantemente tengo ocasión de ver, y después lo he observado con cuidado en todos los que numerosas veces he disecado recientemente con esta finalidad. Este tercer huesecillo tiene la peculiaridad de estar oculto en la parte interna de la cavidad del órgano del oído, en frente del hueso de la mejilla y el músculo temporal; allí tiene el hueso una pequeña excavación destinada al huesecillo, donde en cierto modo se esconde. Su forma nos parece coincidente con la letra delta o bien un triángulo equilátero, el vértice superior del cuál, donde los dos lados se unen, se espesa un poco con una sustancia ósea muy tenue. Se forma de esta manera un acetábulo visible, muy pequeño, que se articula elegantemente a modo de las enartrosis con el pie un poco más grande del huesecillo yunque*».

Luís Collado, en sus «*Enarrationibus illustratus*», denominó estribo al huesecillo del oído en 1555. Collado nació en Valencia en una fecha un poco posterior a Ximeno. Fue el principal responsable de la consolidación de la escuela anatómica valenciana y de su firme adhesión a la reforma vesaliana. Se formó como anatomista junto a Vesalio: «*Él fue mi único maestro en el conocimiento de la anatomía (lo confieso abiertamente) y toda mi habilidad en la disección se la debo a él, y a nadie más, se lo debo*.» Después de ser profesor de cirugía en 1546 y 1547, ocupó alternativamente la cátedra

de anatomía y simples, la de *principis* y la de práctica desde 1550 a 1574, según el sistema rotatorio vigente en la Universidad de Valencia. Figura médica principal de la Valencia de la época, fue «*protomédico y visitador del Reino*» desde 1576 hasta su muerte en 1589.

4. LA CONSTITUCIÓN DE LA OTORRINOLARINGOLOGÍA COMO ESPECIALIDAD EN VALENCIA

4.1. Los condicionantes médico-sociales

Una de las principales características de la medicina moderna es la especialización de la misma. Las diferentes especialidades médicas surgieron por una serie de condicionantes médicos y sociales, y se debe a Rosen la formulación del modelo explicativo más difundido, reflejado en su conocido trabajo: «*The specialization of Medicine*». Los factores que provocaron esta división en la medicina los podemos simplificar en:

1. La presencia de un grupo de médicos interesados por la otorrinolaringología y con experiencia en su terapéutica.
2. La existencia de instituciones especializadas en otorrinolaringología.
3. El rápido crecimiento urbano de la población, con alta incidencia en la morbilidad y mortalidad.
4. El desarrollo de las comunicaciones que facilitó el intercambio de conocimientos médicos y prácticas específicas.

Las condiciones médico-científicas se basan en la amplitud y complejidad de la medicina «en general», por el extraordinario desarrollo del conjunto de saberes y técnicas durante la segunda mitad del siglo XIX. Este punto fue causa de grandes discusiones entre los que defendían la medicina como un saber global y aquellos que respaldaban que una nueva especialidad surgía con suficiente envergadura para dedicarse a ella. Los primeros se justificaban con la premisa de que la ciencia médica es única e indivisible, considerando además, ciertos factores económicos o de posición social.

En esta época también comenzó a aumentar el número de revistas médicas, donde la información que se facilitaba, si bien era menos extensa que en los libros, tenía la virtud de su rápida difusión, lo cual facilitaba la puesta al día en los conocimientos científicos de la época. En Valencia hubo una amplia difusión de la prensa médica francesa, aunque también fueron importantes las publicaciones alemanas, inglesas, norteamericanas, belgas e italianas. Debemos resaltar que las revistas extranjeras sólo estaban al alcance de unos pocos médicos, por lo que en su mayor parte, la difusión de esta información se produjo a través de las reseñas de artículos que aparecían en las principales revistas médicas valencianas. En nuestro estudio observamos que durante el siglo XIX se publicaron 208 reseñas de artículos sobre otorrinolaringología en las revistas médicas de Valencia, siendo la otología la materia más tratada en esa época. Le seguían los trabajos sobre la difteria y la laringología.

Las condiciones sociales podemos sintetizarlas en la aparición de numerosas agrupaciones metropolitanas, lo que permite que las grandes ciudades posean recursos para mantener médicos especializados; no así las pequeñas agrupaciones urbanas o rurales. Además, existe una mayor conciencia de lucha contra la enfermedad.

La concentración en grandes núcleos de población se inició en el siglo XIX. En la Valencia de mediados de este siglo existía un floreciente desarrollo industrial y del sector de servicios, lo cual facilitó el incremento demográfico de la ciudad, condicionada por la inmigración procedente de zonas más desfavorables de la provincia y del resto del país. Además, también existía una importante actividad agrícola, que por su división en minifundios y su régimen intensivo, congregó un gran núcleo poblacional, no sólo en la ciudad, sino también en los prósperos pueblos de la comarca de l'Horta. Estas poblaciones tenían un fácil acceso a la ciudad por su proximidad y la mejora de los medios de comunicación en esa época.

4.2. El nacimiento de la especialidad

La otorrinolaringología se constituyó por la confluencia de la otología, un campo de rica

tradición especialmente desde el punto de vista clínico, con otras áreas de la medicina relacionadas con éste, gracias al amplio panorama diagnóstico, y consecutivamente quirúrgico, que abrieron algunos instrumentos, como el laringoscopio del maestro español de canto Manuel García (1854).

Durante el siglo XIX existieron médicos interesados en la práctica de la otorrinolaringología en Valencia, pero no llegaron a constituir un grupo cohesionado. El *Instituto Médico Valenciano* tuvo un papel muy importante en el impulso de la medicina valenciana. Fundado en 1841, fue integrando a la mayoría de los médicos valencianos y adquiriendo mayor protagonismo. En el campo de la otorrinolaringología podemos destacar del *Boletín del Instituto Médico Valenciano* los 22 trabajos sobre esta especialidad que se presentaron durante su período de funcionamiento (1841-1896). El tema que más se trató fue la difteria, con cuatro trabajos, le siguen tres artículos sobre patología orofaríngea y dos sobre otología y rinología.

Es lógico que la difteria fuese un tema importante de estudio y discusión durante esta etapa, dado el elevado índice de morbi-mortalidad que provocaba. Este tema no era tratado propiamente por otorrinolaringólogos, ya que esta especialidad empezó a cimentarse, tal como ya hemos referido, en el último cuarto del siglo XIX en Valencia. No obstante, hubo autores que estuvieron muy implicados en el tratamiento de esta enfermedad, como Pérez Fuster, que también publicó importantes trabajos sobre otorrinolaringología.

En el siguiente apartado abordaremos más ampliamente la difteria, como enfermedad que podemos considerar propiamente otorrinolaringológica, dado los niveles de afectación orgánica que provoca.

Consideramos que la primera figura representativa de la otorrinolaringología valenciana es Peregrín Casanova. Aunque no se puede considerar a éste como fundador de una verdadera escuela de ORL, le destacamos por su dedicación científica y clínica a este campo. Juan Bartual se puede considerar su discípulo más significativo, aunque este último tampoco se dedicó exclusivamente a la especialidad, sino que ambos compaginaban su ejercicio con la en-

señanza de anatomía y anatomía patológica, respectivamente. Destacamos también que Juan Bartual, además fue nombrado en 1902 el primer profesor interino de la cátedra de enfermedades de oído, nariz y laringe en la Facultad de Medicina de Valencia.

Casanova obtuvo la cátedra de anatomía descriptiva y general por oposición en 1875, a los 26 años de edad. Profesó una dedicación especial a la llamada «anatomía filosófica», basada en las teorías de Darwin y Haeckel. Estas posturas anatómicas y evolucionistas provocaron gran hostilidad en la Valencia conservadora de la época.

Destacamos a Peregrín Casanova por los notables trabajos sobre otorrinolaringología que publicó en las revistas valencianas de la época. Hasta 1877, año en que publicó su primer artículo («La importancia de los estudios otológicos»), nadie se había dedicado en Valencia a esta especialidad desde un punto de vista divulgativo-científico, exceptuando alguna publicación esporádica. En total son 18 los estudios previos a las publicaciones de Casanova, recopilados del análisis sistemático que hemos efectuado en las revistas valencianas de la época. Podemos destacar entre éstos, como antecedentes próximos a la constitución de la ORL como especialidad en Valencia, los siguientes trabajos:

- Dos publicaciones presentadas por N. Sánchez Cristóbal en el *Boletín del Instituto Médico Valenciano* en 1847 y 1848 sobre lesiones cancerosas en labios y heridas endobucuales.

- N. Medrano publicó en 1848 en el *Boletín del Instituto Médico Valenciano*: «Caries de la ternilla triangular de la nariz».

- En 1852 De Gracia publicó dos artículos en el *Boletín* sobre cuerpos extraños en faringe y esófago, y su proceder quirúrgico.

- Un extenso y riguroso artículo sobre la extirpación de la laringe, publicado en 1875, también en el prestigioso *Boletín del Instituto Médico Valenciano*. Esto nos vuelve a confirmar la inquietud de los miembros de este Instituto por los últimos avances médicos de la época. En concreto, este trabajo fue presentado por Enrique Ferrer y Viñerta, considerado como la principal figura quirúrgica valenciana del siglo XIX. Nacido en Valencia en 1830, estudió medicina

en su Facultad, licenciándose en 1852. Se formó como cirujano junto a José Romagosa. Después de cuatro años ocupando la cátedra de Terapéutica en la Universidad de Granada, regresó a Valencia en 1868 para ser titular de la de clínica quirúrgica de Valencia. Ferrer y Viñerta era de ideología conservadora, seguidor del vitalismo y contrario a las posturas evolucionistas de Casanova Ciurana. Ello no le impidió ser renovador en cirugía, y asimilar la «medicina de laboratorio» en el terreno quirúrgico, así como la utilización de la anestesia por inhalación (sobre todo con cloroformo) desde el principio de su actividad y el método antiséptico de Lister desde 1879. Llegó a ser presidente del Instituto Médico Valenciano en 1883, en el mismo momento en el que fue rector de la Universidad de Valencia. Falleció en 1891.

La mayoría de estudios que publicó Casanova Ciurana se enfocan en el campo de la otología. En total, son 22 los artículos sobre otorrinolaringología en Valencia, incluyendo los diferentes capítulos en que se subdividía cada trabajo. En su mayor parte fueron editados en la revista: «*La Crónica Médica*» (18 de los 22). Tres trabajos se encuadran en el campo de la rinología, ya que tratan, uno sobre pólipos nasales (1878) y el otro sobre «vegetaciones adenoides de la faringe nasal», publicado en 1890. El último artículo otorrinolaringológico recopilado de Casanova fue publicado en 1894, y se trata de un interesante estudio de la difteria, titulado: «Diagnóstico de la angina diftérica».

Los tres primeros artículos que publicó Casanova aparecen analizados en el apartado dedicado a la biografía de este personaje. A continuación presentamos un resumen del contenido del resto de trabajos. Consideramos que es interesante este estudio, porque nos refleja, de forma indirecta, el nivel de la otorrinolaringología valenciana en esos momentos. Podemos observar que los trabajos de Casanova, la mayoría otológicos, están muy bien documentados, con un importante número de referencias bibliográficas, sobre todo de autores alemanes y franceses. Estos artículos reflejan la necesidad de una especialización de la medicina, ya que Casanova nos muestra la poca profundidad y conocimientos que existen en el campo de la ORL a

nivel de la medicina «general» de la época, como por ejemplo, cuando resalta repetidas veces que no se debe considerar a la otorrea como una enfermedad, sino como un signo de la misma en su trabajo en 1877 («Diagnóstico y tratamiento de la otorrea»). Exceptuando este último estudio descrito, y los titulados: «la importancia de los estudios otológicos» y la «otología en los últimos diez años», ya estudiados en la biografía de Casanova Ciurana. El resto de sus publicaciones otorrinolaringológicas en revistas valencianas son los siguientes:

«**De los pólipos auriculares y nasales**» (*La Crónica Médica*, 1878). En este artículo nos muestra diferentes métodos terapéuticos frente a estas afecciones: avulsión por medio de pinzas, torsión, ligadura, cauterización, excisión con bisturí o tijeras o sección constrictiva por medio de hilo metálico. Nos explica que «*todos los procedimientos, excepto algunos que no se apoyan en las reglas del arte, son buenos; la única dificultad, consiste en determinar en cada caso particular el método y procedimiento convenientes*». Se va a extender sobre todo en un método novedoso, «*las inyecciones intersticiales*»; esta técnica del Dr. Lüke consiste en inyectar diferentes sustancias, según las características del pólipo, «*desde disoluciones astringentes y resolutivas hasta las cáusticas por excelencia por medio del ácido sulfúrico, nítrico, potasa, etc.*». Incluso indica este tipo de tratamiento en algunos tumores de difícil acceso intranasal, sobre todo con apariencia de estirpe vascular.

En 1878 publicó «**Obstrucción auditiva psoriásica**» (*Boletín del Instituto Médico Valenciano*). En este trabajo nos comenta el caso clínico de un paciente que acude a su consulta «*aquejando sordera, zumbido de oídos y dolor*». En un principio observa «*una masa grasienta oscura*», diagnosticándola de «*obstrucción ceruminosa del conducto auditivo externo*». Tras retirarla, aparece en el fondo una «*materia blanquecina y tenaz, bastante blanda*». Tras hacer referencia a los trabajos de Schartz y Wreden, lo cataloga de sporiasis.

En el trabajo titulado «**Perforaciones de la membrana del tímpano**» (*La Crónica Médica*, 1879), hace un amplio estudio de esta afección en cinco capítulos. Tras una breve introducción, en la cual considera estas perforaciones como

«*uno de los capítulos más interesantes de la moderna otología*», establece una serie de apartados. El primero trata sobre «*patogenia y etiología*»; en el cual va a distinguir entre las perforaciones por «*ulceración y desgaste*», provocadas por «*inflamaciones crónicas supurativas de la caja*», y las que son producidas por «*rotura violenta de la membrana*» por el curso de «*un catarro supurativo agudo de la caja*». El segundo apartado es de «*anatomía patológica*». En éste nos comenta que lo primero a valorar es si se trata de una perforación única o múltiple, después tendremos en cuenta su localización, para lo cual divide la membrana en cuatro cuadrantes. Destaca que las perforaciones son más frecuentes en cuadrantes inferiores, bien por la presencia de la trompa, o por el acúmulo de pus. Considera también que las producidas a nivel de membrana de Shrapnell tienen «*un interés clínico notable*». El tercer apartado lo titula «*síntomas*»; distinguiendo el dolor, «*la salida abundante de líquido purulento o muco-purulento*» y «*el ruido producido por la salida de aire del interior al exterior*». En el cuarto, denominado «*Marcha, curso, duración y terminaciones*», nos explica que «*el curso está marcado por el progresivo aumento de extensión, hasta desgastar por completo la membrana*», aunque «*por lo general, las perforaciones que han llegado a una cierta extensión detienen su marcha para dar salida a los productos segregados en la caja*». En el capítulo dedicado al «*diagnóstico*» nos comenta el método exploratorio: prefiere luz solar, utiliza el espéculo de Politzer, el espejo reflector de Von Troeltsch y porta-algodones para limpiar el conducto. En el último apartado sobre «*Pronóstico y tratamiento*», diferencia las complicaciones graves («*caries, necrosis del peñasco, trombosis de los senos de la duramadre, etc.*») de la perforación timpánica simple, que es la que realmente trata en este artículo. Quiere desterrar la creencia entre «*el vulgo*» y los médicos de que una perforación es sinónimo de sordera. Lógicamente comenta que son de mejor pronóstico las perforaciones producidas por un catarro agudo, y que generalmente cierran «*sin secuelas*». Asimismo hay que valorar también «*lesiones en la ventana oval y redonda y el estado de los huesecillos*». Respecto al tratamiento, explica que en casos en que no se produzca

el cierre espontáneo o fracase el tratamiento médico antiflogístico («*sanguijuelas, instilaciones emolientes y calmantes*»), o tras tocar los bordes con «*nitrato argéntico*», lo más efectivo es el tratamiento quirúrgico. Este último consiste en «*incidir la membrana prontamente si se ha formado una colección purulenta en la caja*», o en incidir aquellas perforaciones establecidas, con el fin de que cicatrice por sí misma. Termina exponiendo que en el caso de «*catarros crónicos*», hay que curar ese catarro para que se «*seque la caja*», y después se puede interponer un «*tímpano artificial... estos cuerpos o son pequeños discos de goma, o consisten en discos o bolas de algodón humedecido con glicerina*». Casanova ha empleado la técnica del Dr. Blacke, consistente en utilizar un disco de papel, pero sin ningún resultado satisfactorio.

En el trabajo «**Las afecciones del oído que sobrevienen en el curso de la gripe**» (*La Crónica Médica*, 1890), Peregrín Casanova nos presenta una complicación de un proceso viral, con afectación ótica. Nos hace un comentario bibliográfico sobre un artículo publicado por Loewenberg en el *Bulletin Medical*, donde nos muestra casos similares. Suele acontecer un «*catarro nasal, con propagación a la trompa*»; si se queda en este estadio suele curar rápidamente, pero si se propaga a la caja timpánica se constituye, en segunda instancia, una «*otitis mucosa o simple*». Si progresa la infección puede aparecer una «*otitis supurativa*», e incluso «*propagarse al cerebro*».

En el artículo titulado «**Diagnóstico de la angina diftérica**» (*La Crónica Médica*, 1894) nos comenta que el diagnóstico de la angina diftérica es difícil en períodos iniciales de la enfermedad, no así cuando se ha desarrollado todo el cuadro sindrómico. Destaca que es fundamental recurrir al análisis bacteriológico de los exudados faríngeos, de tal forma destaca una publicación de Caven en *The Canadian Practitioner*, donde nos muestra que «*en una tercera parte de los casos diagnosticados de difteria, no se trata de la genuina enfermedad*». Casanova nos expone todo el cortejo sintomático de la enfermedad, y hace diagnóstico diferencial con la «*angina erisipelatosa*», el muguet, la amigdalitis folicular, la angina pultácea, la estomatitis úlcero-membranosa y la angina gangrenosa.

En el último cuarto de la pasada centuria y existió una especial dedicación a la sordomudística y la laringología en Valencia, sobre todo por parte de Faustino Barberá, uno de los primeros fundadores de la otorrinolaringología valenciana, junto a Peregrín Casanova y Juan Bartual. En las dos primeras décadas del siglo actual también tuvieron una especial relevancia, figuras como Francisco Antolí-Candela y José Campos Igual.

Barberá tuvo una especial afinidad por el estudio y tratamiento de la sordomudística, siendo el introductor y principal difusor en España del método de enseñanza oral puro. En 1895 publicó: «De la enseñanza del sordomudo por el método oral puro», con importante repercusión nacional, ya que fue declarado libro de texto dos años más tarde en la totalidad de colegios que se dedicaban a la enseñanza de sordomudos en España. Faustino Barberá acudió a los principales hospitales franceses, italianos, austriacos y alemanes, con la intención de ampliar sus estudios sobre la sordomudística y su enfoque terapéutico y pedagógico, y perfeccionarse como otorrinolaringólogo, estableciendo en Valencia una de las principales clínicas de ORL del momento.

Entre 1889 y 1897, Barberá publicó en Valencia otros libros relacionados con la otorrinolaringología, además del anteriormente descrito. Podemos destacar: «La caridad y el colegio de sordomudos y ciegos de Valencia» (1889), «Fisiología e higiene de la voz. Lecciones pronunciadas en el conservatorio de música de Valencia» (1896), «La historia y la técnica de la intubación laríngea» (1897), «La terapéutica de Brown-Séquard» (1897) y «La intubación estudiada en su pasado, su manual operatorio, sus accidentes y sus aplicaciones al tratamiento de las laringo-estenosis, y especialmente del crup» (1897).

De las artículos en revistas, destacamos 64 trabajos sobre otorrinolaringología de Barberá, publicados entre los años 1883 y 1917, en su mayoría presentados en la «*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*», de la cual él era director. Además, Faustino Barberá publicó otros 137 trabajos sobre otras facetas de la medicina, y también sobre historia de la misma. Entre su prolífica obra, vamos a destacar un breve resu-



F. Barberá Martí.



Portada del libro «La enseñanza del sordomudo por el método oral puro», de F. Barberá.

men de algunos de sus trabajos relacionados con la otorrinolaringología:

En 1899 aparece el primer trabajo sobre ORL en la revista que Faustino Barberá dirigía. Se trata de la biografía de un ilustre laringólogo, con motivo de su fallecimiento: «**El profesor Carlos Störk. Necrología**» (*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 1899). Nos comenta que nació en Budapest en 1832, en su juventud estuvo al frente de la Sección de laringología del célebre Türk en Viena y en 1864 obtiene el título de privat-docent en laringología. Falleció a los 67 años de edad.

En el artículo sobre «**Un caso de cuerpo extraño voluminoso implantado en la porción intratorácica del esófago**» (*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 1899), Barberá nos comenta el caso de un varón de 48 años que acude a la consulta del Dr. Ebstein (asistente de Störk) por presentar un cuerpo extraño enclavado en esófago desde hace 32 días. Tras una exploración con esófagoscopio rígido se consigue extraer con pinzas. Nos indica la importancia de los métodos no quirúrgicos para esta serie de afecciones. En esos momentos Faustino se encuentra en Viena, completando su formación otorrinolaringológica.

En 1900 publica «**Laringitis aguda hipoglótica en niño de 13 meses. Espasmos laríngeos**

LA HISTORIA Y LA TÉCNICA
DE LA
INTUBACIÓN LARÍNGEA

DISCURSO

Leído el día 31 de Marzo de 1897

EN LA SESIÓN PÚBLICA

ANIVERSARIO LVII DE LA FUNDACIÓN DEL INSTITUTO MÉDICO VALENCIANO

PRIMERA PARTE

DR. D. FAUSTINO BARBERÁ

YERAMENTE DE LA SECCIÓN DE LARINGOLOGÍA EN EL PRIMER CONGRESO NACIONAL
DE OTORRINO-LARINGOLOGÍA



VALENCIA—1897

IMPRENTA DE MANUEL ALUFRE

PELLICER, S.



Discurso de F. Barberá en el Instituto Médico Valenciano:
«Historia y técnica de la intubación laríngea».

con asfixia inminente. Intubación triplicada y permanencia del tubo 21 días» (*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 1900). Este artículo empieza presentando a Barbeley como defensor de la traqueotomía frente a la intubación, ya que esta última precisa de ingreso hospitalario continuo, según este autor; y a Berent que considera lo contrario, ya que la traqueotomía provoca «muchos accidentes desagradables». Posteriormente nos refiere el caso clínico de un niño de 13 meses, traído por sus padres a su consulta por asfixia: «aquel organismo sólo tenía un objetivo: el de buscar aire, y en esta lucha interesaba todos sus músculos; mejor dicho, todo su ser». En primera instancia, Barberá lo intubó en su consulta, y el niño permaneció durante 21 días con ese instrumento en la laringe, sin presentar dificultades en la deglución, y en su casa. Tras este período, se le retiró

el laringoscopio (*instrumento de Collín nº 1*), y el niño evolucionó satisfactoriamente. Ante este hecho hace una reflexión final, defendiendo este método frente a la traqueotomía, aunque no descarta este tratamiento cuando no sea posible efectuar lo primero.

En el año 1900, Faustino Barberá publicó varios trabajos más. Entre ellos: «El Dr. Federico Rubio y su jubileo profesional» (*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*). En él nos muestra la gran admiración por este ilustre otorrinolaringólogo, destacando «su espíritu verdaderamente bondadoso y de voluntad férrea», considerándolo también «hombre original y sin parecido, así se le considere como investigador desapasionado y clínico sagaz, o como hábil operador y escritor genial y sincero». Entre sus méritos quirúrgicos destaca el haber efectuado la primera laringuectomía en España en 1878. También fue el pionero en nuestro país en practicar la ovariectomía (1860), la histerectomía (1874) y la nefrectomía (1874).

Tomo XII. Núm. 221. Valencia 10 de Mayo de 1910 Año XII. Núm. 221.

REVISTA VALENCIANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

PUBLICACION QUINCENAL.

DIRECTOR

Dr. Faustino Barberá

DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

SE SALE A LUZ LOS DÍAS 10 Y 25 DE CADA MES EN CUADERNOS DE 16 PÁGINAS Y CUBIERTAS

Serán colaboradores todos los médicos que envíen trabajos a la Redacción. Los originales deberán entregarse completos y no se devolverán después de impresos. La Redacción no responde de los trabajos firmados. Las obras de las que se remita un ejemplar, se anunciarán en tres números de la Revista. Cuando se reciban dos ejemplares se publicará además el juicio crítico en la sección de *trabajos bibliográficos*.

No se reciben cartas sin franqueo; y la correspondencia será contestada en la sección especial de la Revista.

SUSCRIPCIONES

Sólo se admiten abonos por años completos, que principiarán en el mes de Enero respectivo. El pago será anticipado.

PRECIOS

En España.	6 pesetas.
En el extranjero.	10 francos.
El número suelto.	1 peseta.

TARIFA DE ANUNCIOS

La página.	10 pesetas
La media página.	5
El cuarto de página.	2
Los reclamos, por línea.	1

Anticipando el importe de seis ó más inserciones se concede importante bonificación. Sólo se anuncian productos de reconocida utilidad.

Dirección, Redacción y Administración: calle de Serranos, 16, 1ºal, Valencia

Portada de «La Revista Valenciana de Ciencias Médicas», dirigida por F. Barberá.

En el trabajo titulado «**¿Por qué camino penetra la tuberculosis en la laringe?**» (*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 1900), Barberá nos comenta impresiones de diferentes autores y la suya propia sobre este tema. De tal modo, Louis afirma que «*la secreción alterada de las cavernas pulmonares subía para ulcerar la mucosa laríngea*». Otra teoría es la de la inhalación, en que los bacilos penetran en el árbol respiratorio y se acantonan en la laringe, «*determinando el proceso tuberculoso*». Según Krieg pueden existir diferentes vías: «*por el canal respiratorio y alimenticio, por la corriente linfática y sanguínea, por el tramo inferior de las vías respiratorias*». Además, nos presenta una serie de autores que preconizan la vía de la expectoración como la de difusión de la enfermedad (Rindfleisch, eppinger, Orth, etc.).

En el artículo «**Caso de papiloma laríngeo**» (*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 1900), Barberá nos expone un caso clínico de un varón de 34 años con disfonía progresiva de varios meses de evolución. El cuadro empieza como «*una ronquera asociada a enfriamientos, debido a repetidos catarros*». En primera instancia fue tratado por su médico con «*bebidas calientes para sudar y líquidos pectorales para suavizar la garganta y pulverizaciones por medio de un aparato de vapor*». Como la enfermedad no remitía, acudió a la consulta del Dr. Barberá, el cuál, tras efectuar laringoscopia indirecta descubre «*unas cuerdas vocales blancas en los extremos, con una tumoración sonrosada en tercio anterior de cuerda vocal derecha, del volumen del cañamón grueso, pediculado, rugoso y de poca consistencia*». Lo extirpó por vía endolaríngea, y efectuó un estudio histopatológico con microscopio. El diagnóstico fue de «*papiloma solitario de cuerda vocal derecha*». Entre las conclusiones que presenta sobre este caso nos informa que «*tenemos la necesidad de aplicar dirigentes, a la cabecera del enfermo, todos los medios conocidos de investigación clínica para llegar a un diagnóstico cierto*» y que «*en el caso de las laringopatías es imprescindible el examen visual*».

En 1900 también publicó «**La angina epiglótica anterior**» (*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*). En este trabajo nos presenta el caso clínico de un varón de 21 años, «*mozo de la-*

branza», que empezó con un cuadro de odinofagia, atribuida «*a estar expuesto a la intemperie*». Tras exploración laringoscópica, Barberá comprobó que la epiglotis aparecía edematizada y «*con el tamaño de una cereza roja*». Fue diagnosticado de «*angina epiglótica anterior o epiglottitis anterior de forma catarral*». Sobre este caso nos comenta que fue descrito por primera vez por Michel, y que en algunas ocasiones requiere traqueotomía. Posteriormente nos describe el diagnóstico diferencial con la erisipela y el edema angioneurótico. Como tratamiento propone, como primera medida, «*pulverizaciones de antipitina con el hielo y pinceladas de fenol sulfuricinado, o toques de cocaína y tintura de yodo de Guel*». Deja la opción de la traqueotomía como un «*medio heroico, cuando las circunstancias nos lo impongan*».

En el artículo «**Aguja de crochet en las vías aéreas**» (*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 1901), Faustino Barberá nos muestra el caso de una niña de 14 años que «*mientras canturreaba, arrastró una aguja que tenía en la boca hacia las vías respiratorias*». No se pudo extraer, por encontrarse en árbol bronquial, pero tras varios meses, «*la arrojó por la laringe*», y se restableció sin secuelas.

En el trabajo titulado «**Los fibromas de la faringe**» (*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 1902), Barberá nos muestra un amplio artículo ilustrado con fotos y dibujos. Se trata de la transcripción de una Conferencia presentada en el Instituto Médico Valenciano el día 24 de enero de 1902. Este estudio trata sobre los angiofibromas nasofaríngeos, donde en períodos iniciales se muestran en «*estado de pasividad*», con poca sintomatología: obstrucción nasal, rinitis y epistaxis leve. Posteriormente, en su crecimiento, llegarán a invadir fosas, senos, velo del paladar o fosa pterigomaxilar, provocando graves dolores neurálgicos. También nos explica Barberá que estos tumores son muy hemorrágicos, ante el mínimo roce, atribuido a la «*riqueza vascular*». Considera imprescindible una «*metódica inspección rinoscópica anterior y posterior... efectuar dactiloscopia y completar el análisis objetivo con un estudio histológico para diferenciar el tumor del sarcoma vegetante, del sarcoma fasciculado y de los pólipos fibrosos*». También considera de gran importan-

cia «la necesidad de diagnosticar prontamente y con exactitud». Posteriormente hace una revisión de los medios terapéuticos. Entre ellos, «la desecación con polvos de sulfato de hierro, o de escama de cobre, a fin de disminuir el volumen del pólipo y de impedir su crecimiento..., técnica practicada por Galeno, Dioscórides, etc.», o «la cauterización, usada por Hipócrates y Pablo de Egina en forma de hierro candente, y más modernamente con termocauterio y galvano-cauterio». También cita técnicas como «el magullamiento, practicado por Velpeau, con unas pinzas fuertes y dentadas», «el arrancamiento, usado por Bonnes de Nimes, Petit, Garangeot, introduciendo por la boca del paciente unas pinzas curvas, y haciendo presa del tumor, desprendían pedazos», «la ligadura, inventada por Guillermo de Saliceto, consistente en la aplicación de un hilo alrededor del pedículo y apretarlo hasta mortificar la neoplasia», «la excisión, practicado en nuestros días con las cucharillas de forma parecida a los adenotomos», «el legrado, que es un medio de exéresis aplicado al pedículo del tumor». Esta serie de técnicas son denominadas «simples».

Nos describe también una serie de métodos compuestos, como son «el que abre derrotero nasal, practicado ya por Hipócrates, y modificado por Chaisaignac, Lawrencw, Dupuytren, Baeckel...». El segundo método compuesto es «el bucal o palatino, ideado en 1771 por Manne, y consiste en incidir el velo en su parte central... Nelaton ideó ampliarlo dividiendo también la bóveda palatina por sección». Por último, «el tercer método llamado facial, fue ideado en 1832 por A. Verneuil, y consiste en reseca total o parcialmente el maxilar superior, o también en separar ambos maxilares, según ha practicado últimamente (1898) Lavisé de Bruselas...».

«Los accidentes inmediatos y los consecutivos de estos traumatismos quirúrgicos son la hemorragia, la entrada de sangre en el aparato respiratorio, la infección, la pulmonía séptica y la anemia... El derrame de sangre suele ser muy abundante y peligroso en el momento de cortar el pedículo».

También nos cita un folleto del Dr. Creus, «Una página para la historia de los pólipos nasofaríngeos», donde nos expresa la angustia que

sintió este gran cirujano en 1878, operando la ablación de «uno de estos pólipos», tras reseca el maxilar superior. Sobrevino una hemorragia incoercible, y el paciente falleció en el transcurso de una hora.

«Por eso hoy Quenu y otros operadores, practican la ligadura previa de la carótida externa»... «Además, para evitar la asfixia se suele hacer traqueotomía previa».

Nos expone asimismo la posibilidad de extracción del tumor en una sola sesión («técnica rápida»), o en varias sesiones («técnica lenta»).

Faustino Barberá, caracterizado por practicar una cirugía documentada, racional, y poco agresiva, prefiere la metodología «lenta», practicada por el Dr. Verdós, entre otros. Nos comenta el caso de un varón de 14 años, que presentaba una gran tumoración nasofaríngea, compatible con un angiofibroma. Utilizó en un primer término un «método combinado de electrolisis, de lazos y de ablaciones instrumentales... como precauciones y para evitar en lo posible la infección postoperatoria, aconsejé pulverizaciones antisépticas de solución de listerina en la garganta, y que bebiera el agua previamente hervida». Tras varias sesiones, disminuyó considerablemente la tumoración, y entonces, practicó la «técnica rápida»: «anestesié cuidadosamente la base de la lengua, el velo y la fosa nasal por pinceladas de solución de cocaína al 10 por 100 y usé pinzas de Escat y las de adenoides, seguidas por un legrado escrupuloso en la zona de implantación»... «Fundado en todo lo expuesto, creo que dicho método combinado o mixto, con ese eclecticismo circunstancial y con ese oportunismo casuístico con que tan acertadamente sortea los accidentes de hemorragia, asfixia y sepsis, ganará seguramente el terreno que han de perder los semibárbaros métodos compuestos».

Hemos presentado este amplio resumen, con la intención de valorar, mediante transcripciones, la bibliografía en que se basaba Barberá. La mayoría procedía de autores franceses, y algunos otorrinolaringólogos españoles. Además, se aprecia claramente su mentalidad anatomoclínica, etiología y de laboratorio, así como el hecho de que observara la antisepsia y practicara la anestesia local o tópica con soluciones de cocaína.

En el trabajo titulado **«El naftalán en el tratamiento del eczema vestibular de nariz»** (*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 1902), Barberá nos explica los efectos beneficiosos de este tratamiento, aplicado de forma tópica, en el eccema nasal. También nos expone la Teoría de Unna (1892), sobre la investigación de que el «morococo» es la bacteria productora del eccema. Por otra parte, también nos explica otra teoría amicrobiana sobre la propia patogenia del eccema.

En la crítica bibliográfica de Faustino Barberá sobre el **«Manual teórico y práctico de las enfermedades de la laringe»** (*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 1903), nos comenta que se trata de una obra muy completa y documentada. Se trata de un manual escrito por el Profesor Ramón de la Sota y Lastra, catedrático de Patología Quirúrgica en la Facultad Provincial de Medicina de Sevilla. Lo define, en pocas palabras, como un médico con «sano estudio clínico y escritor fácil y minucioso».

El artículo titulado **«Caso de sordomudez gripal»** (*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 1903), se trata de un trabajo original amplio, con abundantes ilustraciones, y con interesantes referencias bibliográficas. Está basado en una Comunicación que presentó en el XIV Congreso Internacional de Medicina el 29 de abril de 1903.

Al empezar el artículo, el Dr. Barberá se autodefine como *«Médico aurista del Colegio Valenciano de sordomudos y de ciegos»*. Nos explica su experiencia con 183 sordomudos estudiados en el Colegio de Sordomudos de Valencia. Se extiende en el caso clínico de un niño de 11 años *«víctima de un ataque de laberintitis en el curso de una gripe»*. El cuadro comienza *«con un catarro por exposición a las corrientes de la brisa del Mediterráneo»*; tras esto, tuvo un episodio gripal, con dolor en ambos oídos, zumbidos, vómitos y fiebre. Cuando se restableció, la otoscopia mostraba ambas membranas timpánicas de aspecto normal, pero persistió la sordera. Tras comprobar que el niño no oía, Barberá le incluyó en su educación por *«el método oral puro»*, prescribiéndole la enseñanza por medio de la lectura labial. Como sabemos, Faustino Barberá fue el principal introductor de este método de enseñanza o rehabilitación en España.

En el caso de este niño, con secuelas postlaberintitis, *«hubo una pérdida del lenguaje considerable, sin signos de meningitis»*. Entre las conclusiones nos comenta las opiniones de ilustres otorrinolaringólogos, como el Dr. Suárez de Mendoza, de París, que lo considera secundario al proceso gripal, o como el dr. Suñé, que lo atribuye a una meningitis cerebroespinal. También nos indica que el Dr. Botey lo considera secundario *«a la gripe, por la circulación general o por una meningitis propagada al oído interno»*.

En 1903 publica una crítica bibliográfica sobre un libro escrito por el Dr. Forns, titulado **«Otiatría»** (*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*). También es denominado este libro *«Medicina especial de los oídos»*. Se trata de dos volúmenes *«escritos en lenguaje llano, sin retoricismos, ni disquisiciones teóricas... lo más necesario para el médico general»*. El primer tomo trata áreas como la *«anatomía, histología, fisiología del oído, y diagnósticos anatómicos y funcionales de los trastornos otíticos»*. El segundo tomo se refiere a *«patología especial»*.

En el artículo titulado: **«El centenario Manuel García»** (*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 1905), Faustino Barberá se suma al homenaje unánime tributado a Manuel García con motivo del día de su centenario, el 17 de marzo de 1905. Nos relata, de forma resumida, el reconocimiento que ha tenido lugar en Londres para solemnizar esta fecha. Hemos considerado interesante, por la importancia del evento, presentar algunos fragmentos de los discursos de mayor relevancia.

«En la casa social de la Corporación medical and Chirurgical Society, alzábase magestuoso estrado, en cuya presidencia sentóse el venerable inventor del laringoscopio...»

Los más ilustres otorrinolaringólogos de la época (en la mayoría de casos, preferían considerarse sólo laringólogos), acudieron para tributar homenaje a García. Entre ellos, el Dr. Félix Semon, inició los discursos en los siguientes términos: *«Señoras y señores: La solemnidad que hoy celebramos no ha podido tener mejor comienzo; Su Magestad el rey, haciendo uso de esa afabilidad que prodiga sin distinciones, se ha dignado a recibir al Sr. García en el Palacio de Buckingham...»*

El marqués de Villalobar, como representante de España, entregó al Dr. García las insignias de la orden de Alfonso XII. expresó su discurso de la siguiente forma: *«Su Magestad el Rey D. Alfonso XIII me ha ofrecido el singular honor de ofreceros mi más expresiva felicitación... tengo la honra de conferirlos en nombre de S. M. y de vuestra Madre Patria el honor de figurar en la Real orden de Alfonso XII para reconocer así vuestros méritos y los grandes servicios prestados á la humanidad por vuestra ciencia y vuestra laboriosidad».*

Habló a continuación el B. Fraenkel: *«Para reconocer sus grandes méritos, el Emperador de Alemania le concede la gran medalla de oro destinada á la Ciencia... Igual distinción han merecido Koch, Virchow, Erlich y Momm-sen».*

La Sociedad Francesa de Laringología delegó a los doctores Moure, Lermoyez, Moliner y Texier. Moure leyó lo siguiente: *«...Debemos confesar que gracias a su descubrimiento genial ha logrado la laringología el importante punto que ocupa y las consideraciones que obtiene, pues salió del período de tanteos, se desprendió de las obscuridades y es una ciencia exacta y bien-hechora...»*

En términos semejantes, propios de la retórica expresada en esos momentos, se dirigieron el Dr. Mahu (delegado de la Sociedad de Laringología de París), Sir A. Geikie (representante de la Sociedad inglesa), Stirling (representante del profesorado de Manchester), etc.

En el trabajo titulado: **«El sordomudo y su educación por la palabra»** (Revista Valenciana de Ciencias Médicas, 1907), Faustino Barberá nos muestra la sensibilidad y la incansable lucha que presentó por este colectivo. Para Barberá, es fundamental considerar al sordomudo como una persona con déficit sensorial, y deshecha las conjeturas de los que pretenden encuadrarlo dentro del grupo de «anormales».

El trabajo nos lo describe en los siguientes términos: *«¿A quién llamamos sordomudo? Me atrevo a conceptuar como tal al individuo que no habla por haberle faltado el oído a la edad del desarrollo de su inteligencia, cuando las imágenes auditivo-verbales debieron grabarse en la corteza de su cerebro... Excluyo totalmente á los anormales que no hablan por causas di-*

ferentes de la indicada falta de oído... Insisto para oponerme al error que consideraba al sordomudo como una bestia ineducable... Subsisten algunas aptitudes en la psique, esperando la mano amiga de la educación para que las desenvuelva.

La educación cuenta con los recursos bien conocidos de la mímica, la dactilología, la escritura (o método gráfico de Valade-Gabel), y la palabra, ya empleados a la exclusiva o bien con simultaneidad; en forma de método mixto, de método combinado o de método ecléctico, que con todos estos tres nombres la designa la pedagogía... Contra todos estos medios ha luchado victoriosamente el método de la palabra.

Barberá, gran defensor e introductor del método oral puro en España, desecha la enseñanza por medio de «las señas», y no acepta como excusa de este tipo de enseñanza que sea más fácil de enseñar. Ante esto, nos comenta: *«¿es razón la mayor facilidad de un método educativo, mejor dicho, de un proceder para decretar su adopción?... No y cien veces no, han dicho Francia y las naciones más civilizadas... para suplir la falta de lenguaje, no hay medio más eficaz que la palabra misma».*

Barberá desecha el método mixto, porque el sordomudo tiene *«una lectura labial más incompleta, porque confiado en sus señas y en su alfabeto dactiológico descuida el recoger la palabra de los labios de sus interlocutores y el devolvérsela por medio del lenguaje articulado».* También nos da algunos consejos para empezar con el método oral puro: *«Se emplean las señas naturales que el educando se trae del hogar para comenzar la instrucción, pero no se aumentan».*

En el siguiente número de revista, Faustino Barberá también publicó: **«La primera Asamblea Nacional para mejorar la suerte de los sordomudos y de los ciegos españoles»** (Revista Valenciana de Ciencias Médicas, 1907). Esta Asamblea se celebró en Madrid los días 27 al 30 de diciembre de 1906. Se llegó a una serie de conclusiones:

1ª Mientras se establecen en España los Asilos y Escuelas maternas que existen en otros países para la educación de los párvulos, sordomudos y ciegos, será obligatorio la admisión de éstos en escuelas comunes.

2ª Que se proceda a la redacción de una cartilla de consejos educativos é higiénicos dedicados a los padres de los sordomudos y ciegos.

3ª Que la enseñanza de los alumnos sordomudos se realice por el método oral puro.

4ª Que los ciegos tienen aptitud suficiente para ejercer el Profesorado; etc.»

Barberá encuentra una serie de deficiencias entre estas conclusiones, como por ejemplo, que se debía de separar las instituciones de sordomudos y las de ciegos.

En 1910 Faustino Barberá publica un trabajo titulado: «**De la lepra naso-laríngea y su tratamiento**» (*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*). Para hacer constar su importante experiencia en este tema, se presenta como «médico

especialista, patrono honorario de la leprosería valenciana de Fontilles y de la comisión facultativa de la misma institución». También fue expuesto este trabajo como Comunicación en el III Congreso Español de Oto-rino-Laringología.

En la introducción nos hace una breve reseña, considerando a nuestro ilustre Arnau de Vilanova «inventor de la técnica rinoscópica», en base a un extracto del tratado sobre la lepra de este autor medieval.

Como justificación de este estudio, Barberá nos comenta: «*Como el comienzo del mal tiene lugar muchas veces o casi siempre en las propias fosas nasales, de aquí señores, que nuestra especialidad tenga el señalado puesto en el tratamiento de la lepra*». Nos describe «los lepromas endonasales», considerando que «el horrible mal tiene predilección por las partes de nuestro cuerpo que van al descubierto y viven en plena luz, como sucede en la faz». En cuanto a la clínica, «los primeros síntomas endonasales que afectan a los naso-leprosos, generalmente son los de un coriza seco, pero con epistaxis poco abundantes, aunque repetidas; gran sensación de sequedad y alguna fetidez en la exudación... las del tabique suelen profundizar hasta invadir el cartílago, abriendo una perforación». En su propia estadística nos informa: «he contado en 40 de mis enfermos 10 perforaciones más cuatro úlceras». Respecto a la «lepra de la boca... se ocasiona fuerte hinchazón en las encías, afectan color blanquecino como de crema en la lengua, en el paladar duro están más salientes y mamelonadas»... «la faringe oral ofrece también lepromas hasta los pilares»... «las lesiones de la laringe son varias, siendo la epiglotis una de las primeras partes en interesarse, también los dos aritenoides son el asiento de lepromas».

La segunda parte del artículo se refiere al tratamiento. Basado en el múltiple arsenal terapéutico empleado hace la siguiente salvedad: «*Hablaros de tratamientos usados en contra de la lepra, sería hablaros de la farmacología en pleno*». Con una buena documentación bibliográfica, nos señala una serie de «*novísimos remedios*», con la reseña del autor que los ha empleado. Resumimos las siguientes: «*la esencia de eucaliptus, usada por Hallopeau, de París, y principalmente por la célebre Leprosería de Mo-*

Tomo XII.

VALENCIA 10 MAYO 1910.

Núm. 221.

REVISTA VALENCIANA

»

CIENCIAS MÉDICAS

TRABAJOS ORIGINALES

DE LA LEpra NASO-LARÍNGEA Y SU TRATAMIENTO

Comunicación presentada al III Congreso español de Oto-rino-laringología.

SEVILLA 13-17 DE ABRIL DE 1910

POR EL

DR. D. FAUSTINO BARBERÁ

MÉDICO ESPECIALISTA, PATRONO HONORARIO DE LA LEPROSERÍA VALENCIANA DE FONTILLES
Y DE LA COMISIÓN FACULTATIVA DE LA MISMA INSTITUCIÓN

Señores:

Con el título de lepra naso-laríngea he querido señalar, no una de las variedades del mal distinguidas con los nombres de lepra tuberculosa, nerviosa ó mixta, sino las manifestaciones lazarias de nariz, boca, faringe y laringe, por las cuales suelen consultarnos los enfermos.

Localizaciones casi por completo pertenecientes á las formas tuberculosa ó mixta.

Y como el comienzo del mal tiene lugar muchas veces ó casi siempre en las propias fosas nasales, de aquí, señores, que nuestra especialidad tenga señalado puesto en el tratamiento de la lepra. En verdad que también aquí resulta aquello de amor con amor se paga, pues también la lepra y sus hombres han dado á nuestra técnica rinoscópica la invención del abrenarices ó *speculum nasi* lecha en los siglos XIV y XV por nuestro valenciano Arnaldo de Villanova, como terminantes palabras suyas lo dicen (1) en su obra sobre dicho padecimiento.

(1) En el libro de la lepra dice á propósito del diagnóstico: «Cognoscitur leprosi á 5 signis, ab urina, á pulsu, á sanguine, á voce et á membris diversis. Primum qui ruit aliquem expedit, debet lysum facere cantare. Et vox ejus est rance, forte signum est leprae; si est clara, bonum signum est.

Item cognoscitur ex valere (odore) existente in naribus et videntur sic, quod debet accipi una parva virga ligni et mittere ad modum tenaculorum et debet interponi nasum, aperiendo ipsum; et debet recipi interius cum candela incensa, et si interius videretur ulceratio vel escoriatio in profunditate nasi, signum est propriae leprae et illud signum ab aliquo nisi sapiente, non videtur. Arnaldo de Villanova. Tratado de la lepra.

lokai», «una leprolina, que es el bacilo de Hansen, lo que la tuberculina al bacilo de Koch, presentada por Rost, médico militar inglés», «el aceite de chalmooogra o antileprol, tal como lo prepara la casa Federico Bayer» (este último remedio es de su elección, con buen resultado en sus pacientes, y una buena relación calidad / precio), «la Nastina B, preparada por los Sres. Kalle de Biebrich». Termina el artículo intentando concienciar a los médicos del grave problema de la lepra: «El mundo médico se ocupa á las fechas con actividad incansable en la resolución del gravísimo problema tuberculoso; pero en puerta tiene ya el de la lepra... como españoles y especialistas hagamos faena original en esta nueva tarea, y no nos contentemos esperando que Inglaterra, que el Japón y otros pueblos más evolutivos vayan y nosotros nos quedemos para después copiarles».

En el trabajo titulado: «**Abscesos perilaríngeos**» (*Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 1910), Faustino Barberá un amplio artículo original sobre este tema, denominando estos procesos como: «colecciones purulentas situadas tan próximamente de la laringe que pueden ocasionar accidentes de gravedad y aun la muerte por asfixia». Hace una distinción entre laterales («grandes abscesos perifaríngeos»), anteriores («abscesos peri-amigdalino-linguales») y posteriores («adenoflemones retrofaríngeos»).

Nos presenta el caso clínico de un niño de diez meses de edad, que desarrolló una erisipela, con el subsiguiente proceso febril, de dos semanas de evolución. Como secuela presentó un cuadro de disfagia, disnea y cianosis. Mediante palpación, Barberá diagnosticó un absceso a nivel de amígdala lingual, que fue drenado «con bisturí, a ciegas»... «Las consecuencias del acto no pudieron ser más benignas. Las curas consistieron en pulverizaciones antisépticas... Este resultado lisonjero del presente caso, demuestra la necesidad de inspeccionar la laringe siempre que de laringo-estenosis aguda se trate, siempre que sobrevengan repentinamente fenómenos de estenosis laríngea indicantes de la intubación o de la traqueotomía».

Además, nos muestra someramente, dos casos más, un absceso retrofaríngeo, consecuencia de un mal de Pot, en un niño de diez años, que fue drenado vía faríngea; y un absceso «esofági-

co», que también fue drenado por vía interna «la colocación del enfermo inclinada hacia abajo, fue suficiente para la evacuación completa del pus, sin los peligros propios del obrar vía cutánea».

Termina estableciendo una serie de conclusiones, destacando la importancia de un diagnóstico precoz; la vía endofaríngea, como de elección para el drenaje, y considera urgente su tratamiento.

En 1902, con la creación de la cátedra de enfermedades de oído, nariz y laringe, se impulsa la consolidación de la otorrinolaringología como especialidad en Valencia. Juan Bartual ejerció de profesor interino de dicha asignatura durante tres décadas, hasta un año antes de su jubilación. Al mismo tiempo, ocupaba el cargo de catedrático de histología y anatomía patológica en la Facultad de Medicina de Valencia. Este último cargo lo ejerció desde 1889, año en que se trasladó desde Sevilla, donde ocupada esta plaza de catedrático desde hacía unos meses. En Valencia la ocuparía durante cuarenta y cuatro años. En el campo de la docencia, Bartual adquirió gran prestigio, tarea de la que se sentía muy motivado vocacionalmente. En un primer momento, estuvo muy condicionado por Cajal, considerado como uno de sus principales discípulos durante su estancia en Valencia, entre 1883 y 1887, obteniendo unas fructíferas investigaciones en el campo de la neurohistología. Pero, con el paso de los años, fueron decayendo sus investigaciones morfológicas, a la vez que se consolidaba como uno de los principales otorrinolaringólogos de Valencia. Es fundamental destacar en esta labor a José Campos Igual, profesor auxiliar interino de Otorrinolaringología desde 1904 y ayudante de clases prácticas. Asimismo fue jefe de servicio del Hospital Provincial y un componente del equipo de fundadores de la revista *Policlínica*, donde, junto a su hermano odontólogo, Agustín Campos y otros, contribuyeron a mantener la revista con un elevado índice de calidad científica.

Campos Igual también se haría cargo de la asignatura de otorrinolaringología en 1932, año en que se jubiló Juan Bartual, hasta que se incorporó Rafael Bartual Vicens en 1945 como primer catedrático de la especialidad en Valencia.

A principios de la actual centuria, supuso un gran impulso para la especialidad en Valencia la labor de Antolí-Candela. Tras ampliar estudios en el Hospital de Berlín y el Hôtel Dieu de París, regresó a su ciudad natal, y se convirtió en poco tiempo en uno de los otorrinolaringólogos más importantes de Valencia, con indudable prestigio dentro del territorio nacional. Podemos destacar que fue un especialista completo, abarcando todos los campos de la ORL. Así mismo, tuvo una notable producción científica en lo que respecta a la publicación de artículos otorrinolaringológicos, a pesar de que no tuvo labor docente universitaria. En Valencia fue el pionero en la práctica de laringectomías totales, según el método de Glück, muy bien documentadas en sus publicaciones (*La Crónica Médica, Policlínica*, 1915). Es considerado también un experto en el campo de la rinología, tanto a nivel endonasal, como en rinoplastias, presentado por Herrera Casado como uno de los padres de este tipo de cirugía en España, junto a Vilar Sancho.

Tal como hemos hecho con el resto de autores, expondremos un breve resumen de sus primeros trabajos y aquellos que consideramos más significativos.

El primer trabajo de Antolí-Candela se titula **«La cuestión del cáncer. Reformas de los estudios médicos en Francia»** (*La Crónica Médica*, 1907). Este artículo fue escrito durante su estancia en París, aprovechando consolidar y ampliar sus conocimientos de otorrinolaringología. En él nos comenta la comunicación que presentó el Dr. Poirier ante la Academia de Medicina de París sobre el cáncer: *«El cáncer, dice el Dr. Poirier, es un mal en primer término local, y durante todo el tiempo que el mal permanece localizado, el cáncer es curado mediante una amplia exéresis»*. Respecto al cáncer de lengua, lo denomina *«cáncer de los fumadores y los sífilíticos»*, ya que en 32 casos que el Dr. Poirier intervino, todos eran fumadores y 27 *«confesaban una sífilis anterior»*.

En segundo término, nos muestra la necesidad de reformas en los estudios médicos en Francia: *«Como comienza a notarse en España, existe ya en Francia una verdadera plétora de médicos. En París se cuenta uno por 400 habitantes»*. Otros inconvenientes que señala son la

escasa duración de la carrera (cuatro años y tres meses) y la poca severidad de los exámenes.

En 1907 publica **«Königliche Charité-Krankenhaus»** (*La Crónica Médica*). En este trabajo Antolí nos muestra la organización de este hospital, denominado también *«La Charité de Berlín»*. Se trata del principal centro donde se imparte oficialmente la enseñanza de la medicina, ofreciendo el doble carácter de gran hospital y de facultad de medicina. Consta de un gran número de pabellones aislados, *«obedeciendo lo que la moderna higiene exige»*, con capacidad para 1.493 enfermos y 68 *«niños de pecho»*. *«La Clínica quirúrgica posee 270 camas, la de psiquiatría y de enfermedades nerviosas 218 camas, etc. La clínica de rino-laringología consta de 25 camas (dirigida por el Dr. Fraenkel); la de otología, con 25 camas, está dirigida por el Dr. Pasow»*. El personal médico lo constituyen 147 personas, y el dedicado al servicio del Hospital y cuidado de enfermos lo forman 298.

Antolí-Candela nos explica la importancia de la enseñanza en Berlín, donde no es como *«en España o Francia»*, donde simplemente *«se diserta acerca de una entidad morbosa, sin que veamos para nada al enfermo... o si se discute un caso con los alumnos hay demasiados agolpados alrededor del paciente»*. En Berlín observa que la enseñanza es siempre clínica, con un departamento destinado a Policlínica, y un anfiteatro en cada pabellón, donde el enfermo se dirige para *«sufrir el reconocimiento»*. Nos describe también diferentes servicios. En concreto, *«las aulas de rinolaringología y de otología responden también a los progresos de la especialidad, constando de iluminación natural y artificial magníficas, de máquina de proyecciones, cámara para exposición de radiografías, etc.»*... *«Termino esta ligera reseña, no sin antes apuntar lo conveniente y hermoso que sería poder disfrutar en Valencia, donde se va a construir una nueva Facultad de Medicina, de un Hospital clínico que en pequeño fuera reproducción del que en la capital de Alemania existe»*.

En el trabajo titulado: **«Tratamiento de las supuraciones crónicas del seno frontal. Método radical de Killian»** (*La Crónica Médica*, 1907), Antolí nos presenta un extenso artículo, dividido en dos capítulos. En primera instancia nos hace una descripción anatómica del seno frontal y

íntima relación con la fosa nasal, también nos explica brevemente su probable etiología (*«la Influenza y el bacilo de Pleifer»*), y nos hace una lógica distinción entre sinusitis agudas y crónicas.

Este artículo está dedicado a describir la terapéutica de las sinusitis crónicas. En un principio aconseja el tratamiento conservador o endonasal, que *«consiste en la ventilación del meato medio y la escarificación del cornete medio, o bien en sondaje y lavado, o mediante resección»*. Nos comenta que es sencilla este tipo de intervención, y que no se suele obtener buenos resultados. Antolí nos esboza la estadística de Hajek, en la cual, *«de 27 enfermos tratados con este método, sólo ha obtenido 9 curaciones completas»*. El principal valor de este artículo está en la descripción de los métodos radicales para el tratamiento de la sinusitis crónica. Empieza describiendo *«la sencilla trepanación del seno frontal, que consiste en la apertura del seno en un lugar circunscrito y drenaje externo, o también por vía endonasal»*. Además, nos presenta otros métodos, como el de *«Nebinger-Praun, que tiene por objeto descubrir el seno mediante resección de su pared anterior»*, *«el método de Luc-Ogston, similar al anterior»*, *«el método de Khunt, que consiste en resecar la pared anterior y también la parte superior del conducto naso-frontal»*, el de *«Riedel, con la resección de las paredes anterior e inferior del seno frontal»* (este último lo describe como de mayor probabilidad de curación, pero con una excesiva deformidad estética). Con el *«método de Jansen»* se consigue, además, legar en parte las celdas etmoidales. Mediante técnicas *«osteoplásticas»*, descritas inicialmente por Brieger, se consigue *«reimplantar después la pared ósea anterior del seno frontal»*. Con *«el método de Winckler queda al descubierto el seno frontal, la región etmoidal anterior y se puede llegar hasta el seno esfenooidal»*.

El *«método de Killian»* se explica pormenorizadamente, como la técnica quirúrgica más completa, teniendo en cuenta que, tal como relata Antolí, *«después de la exposición de tan variados métodos, ha de comprenderse fácilmente que el procedimiento de Killian no representa una técnica completamente diferente y original. El distinguido profesor alemán ha to-*

mado de los procedimientos anteriores lo mejor, combinándolo y añadiendo de su parte algunas innovaciones».

En 1908 Antolí-Candela publica: **«La ineducación social en la práctica de las afecciones de la nariz»** (*La Crónica Médica*). Nos expone, en un principio, reflexiones sobre la poca importancia que se da a la patología nasosinusal, tanto por parte del «vulgo», como de los médicos. Considerándose como: *«el joven especialista, acostumbrado a los procedimientos radicales de esta especialidad en otros países más educados en este género de tratamientos, que desea poner en práctica honrada los conocimientos adquiridos de su profesión, tropieza con obstáculos insuperables, viéndose obligado muchas veces, para no cruzarse de brazos, a traicionar sus convicciones científicas y a poner en práctica los tan manoseados toques medicamentosos»*. Concluye dando un toque de alerta sobre la importancia de divulgar, tanto por parte de estamentos oficiales, como por los propios médicos, la importancia de la patología naso-sinusal.

En el trabajo titulado: **«Cuerpos extraños del conducto auditivo»** (*La Crónica Médica*, 1909), el Dr. Antolí-Candela nos muestra dos casos clínicos de pacientes que han acudido a su consulta por presentar cuerpos extraños introducidos en el meato auditivo. El primero se refiere a un varón de 48 años, que presentaba *«catarro tubárico»*, y casualmente también una masa ceruminosa *«constituída casi toda por sulfato de cal,... analizada por el Dr. Peset»*. El segundo caso es el de un varón de 17 años que acude por haberse introducido una semilla de algarrobo en el conducto (*«que utilizó para rascarse, mientras jugaba al truc y flor con unos amigos»*). Después de una laboriosa maniobra de extracción, observó que ya había germinado.

En 1910 Antolí-Candela publica un artículo titulado: **«Tercer Congreso Español de Otorino-laringología. Homenaje al Dr. Sota y Lastra»** (*La Crónica Médica*). En él nos expone la importante afluencia a este evento, con *«la entrega de la Gran Cruz de Alfonso XII al Dr. Sota y Lastra, por parte del infante D. Carlos»* y *«la labor de realzar los méritos del festejado por parte de los doctores Cisneros, Compaired, Castañeda, etc.»*. En este Congreso también surgió

la idea de agruparse en sociedad, constituyendo la «Sociedad Española de Oto-rino-laringología». Hubo más de un centenar de trabajos presentados.

En 1910 el Dr. Antolí-Candela publica «**La Cirugía de Urgencia en laringología. Dos casos de abscesos retrofaríngeos**» (*La Crónica Médica*). Se trata de un artículo muy interesante, exponiendo dos casos clínicos, el primero se trata de un niño «*de tierna edad... asfixiándose: cara cianótica, lividez en sus labios, insensible a toda excitación, con una respiración ansiosa y una disnea acentuadísima... aquel pequeño parecía que iba a exhalar su último suspiro*». Fue remitido por un compañero suyo con la sospecha de «*edema de glotis*», pero el Dr. Antolí, ante la dificultad de una correcta inspección nos relata que «*en medio de aquel azoramiento tuve la feliz ocurrencia de pensar que pudiera tratarse de un absceso retro-faríngeo, y cual fue mi alegría al explorar con el dedo, y encontrar que mi creencia era fundada... ante esto, con un pequeño bisturí de Killian practico una amplia incisión y sale abundante contenido purulento... la vida renacía en aquel pequeñuelo*».

El segundo caso se trata de una niña de 19 meses de edad, «*con faringe congestionada, amígdalas hipertroficadas, y una tumoración roja que ocupa la pared faríngea posterior*». Antolí procede a abrir y drenar el absceso, con una buena evolución postquirúrgica.

En el trabajo titulado: «**Contribución al tratamiento de las mastoiditis crónicas**» (*La Crónica Médica*, 1911), Antolí nos muestra el caso de una joven de 17 años, afecta de otalgia, supuración fétida y cefalea de varios años de evolución. En una primera inspección se observa un gran pólipo que ocupa CAE y la «*desembocadura de un trayecto fistuloso en el hélix*». Practica «*un vaciamiento petro-mastoideo*», empezando la trepanación, con escoplo, «*en el sitio ordinario de elección (a medio centímetro del borde posterior del conducto)... sobre una mastoide de reducidas dimensiones y compacta... al no poder alcanzar el antro, decido recurrir al método de Wolf, trepanando en plena espina de Henle... Mi asombro es grande al observar que el proceso, en su marcha invasora, ha destruido la pared posterior del conducto y todo el techo ático-antral, dejando la dura*

madre al descubierto...». Antolí, con la intención de no dañar el nervio facial durante el vaciamiento, nos explica lo siguiente: «*Temiendo un contratiempo, recomienso a mi ayudante una rigurosa vigilancia de la cara de la enferma para que me avise a la menor sacudida del facial, y con muchísimo tiento voy resecando capa por capa la pared posterior... Se observan dos á tres sacudidas ligeras del facial motivadas, sin duda, por compresión, realizando este tiempo felizmente, aunque con lentitud, ya que aquello sangra siempre á pesar de todos nuestros esfuerzos*». Tras unas adecuadas curas postquirúrgicas... «*la curación se ha realizado a los tres meses de operada. La enferma parece otra por su buen semblante, buen color, más nutrida... y yo me asombro de la rapidez de la curación*».

En la segunda parte del artículo, Antolí establece una serie de discusión sobre los diferentes procedimientos quirúrgicos que se pueden adoptar en el tratamiento de las mastoiditis crónicas. Por una parte, la escuela alemana, donde se ha formado, con «*los métodos de Horner o de Panse*», son partidarios de la autoplastia; mientras que franceses como «*Desaulx, Moure, Lombard, etc. Adoptan el método de resecar la pared posterior del conducto*» que es realmente lo que Antolí ha practicado.

En 1912 Antolí-Candela publicó un interesante trabajo: «**Algunas consideraciones acerca de la cirugía endonasal**» (*La Crónica Médica*). En su introducción expone que hay que evitar en lo posible la cirugía radical, ya que «*la pequeña cirugía, hábilmente ejecutada expone menos, y con ella suelen conseguirse excelentes resultados en la mayoría de ocasiones*». Nos comenta que la cirugía nasal debe realizarse en sesión única, aún cuando sean las dos fosas nasales operadas. También considera tres puntos importantes la asepsia, la anestesia y el tratamiento post-operatorio. Considera que casi siempre se debe emplear anestesia local, con cocaína y adrenalina, y aplicar taponamiento nasal posterior.

En 1915 Antolí-Candela publicó: «**La extirpación total de la laringe según el método de Glück. Historia clínica de un caso operado**» (*La Crónica Médica*). Expone el procedimiento de extirpar por primera vez en Valencia total-

Año XXIV (8.ª época)

Valencia 26 Octubre de 1912

Número 569

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL DE MEDICINA Y CIRUGIA

SUMARIO

Algunas consideraciones acerca de la cirugía endo-nasal, por F. ANTOLÍ CANDELA. — VI Congreso internacional de Obstetricia y Ginecología, por el Dr. MAUREL PONTACCHI. — Tratamiento del aborto fétal, por el Dr. E. GUTIERREZ. — Crónicas. — *Neuritis*. — Fundamentos y resultados de los tratamientos médicos del cáncer, por T. ALCOZ. — *Metas terapéuticas*. — Intervención del organismo en la curación de las enfermedades debidas a aspritis, por L. VAYRAT. — Tratamiento de la fiebre recurrente por el neo-salvarsan, por MM. CONNELL y BERNARD. — Los regímenes en los diabéticos con desnutrición, por MM. MANUEL LARRE y BERT. — Tratamiento quirúrgico de las hemorroides, por ALVARO KUPCHAN. — Otorrinología de origen alimenticio y hereditario, por DUBOIS y BOULET. — Crítica Bibliográfica. — Por la Interfama de Soler. — Bibliografía. — Crónica local y general. — Boletín Sanitario. Demografía. Epidemiología.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

ACERCA DE

LA CIRUGÍA ENDO-NAZAL

POR

F. ANTOLÍ CANDELA

Oto-Rino-Laringólogo de Valencia

Pensando en el extranjero por oposición

La Cirugía nasal ha evolucionado progresiva y brillantemente en corto tiempo. Y si en un principio la grande Cirugía adquirió gran predominio y fué la adoptada por la mayoría de los rinólogos siempre que encontraban alguna justificación por débil que fuese, poco a poco han ido convenciendo a los especialistas que las grandes operaciones no siempre proporcionan el resultado halagüeño que de ellas se esperaba en armonía con lo radical del método, y han ido inclinándose cada día más hacia la pequeña Cirugía, que hábilmente ejecutada expone menos, y con ella suelen conseguirse excelentes resultados en la mayoría de las ocasiones.

Así se explica cómo después de tanto y tanto método ideado para el tratamiento de la sinusitis maxilar, por ejemplo, adquiriera preponderancia el procedimiento endo-nasal de Mickulicz, y el por qué siempre que es posible se prefiere el mismo método endo-nasal para tratar una sinusitis frontal ante la perspectiva de una recidiva ó de una desfiguración de la cara, aun poseyendo el método de Killian, que reduce esta deformación considerablemente.

La grande Cirugía se ha limitado mucho y está reservada á los casos muy especiales, en los cuales no cabe materialmente abrigar una idea de pequeña Cirugía. La misma extirpación de los fibromas naso-faríngeos se intenta casi siempre por las vías naturales, problema difícil muchas veces, pero resoluble al fin, ante las contrariedades operatorias y los peligros á que se expone al paciente con los procedimientos más cruentos de las grandes incisiones y de las resecciones óseas extensas.

La pequeña Cirugía endo-nasal ha llegado, pues, á su período de esplendor, y aunque no siempre se practica atendiendo á los cánones de la Cirugía general, y los principios, según los cuales ejecutamos nuestras operaciones, no responden á los que guían la grande Cirugía, culpese de ello á circunstancias especiales de índole moral unas veces, sociales otras, á razones sin fin que motivarán alguna consideración breve en el transcurso de este trabajo, pero en modo alguno á falta de medios de técnica ni á escasez de procedimientos y recursos para dominar todos los problemas quirúrgicos de índole nasal y para solventar todas las complicaciones posibles.

Son operaciones regladas que debieran ejecutarse siempre como tales sin desmerecer en lo más mínimo frente á las grandes intervenciones clásicas de la grande Cirugía.

Es más; debemos enorgullecernos los rinólogos de poseer un arsenal riquísimo de instrumental y disponer de métodos ingeniosos, verdadera filigrana para operar con delicadeza, rapidez y precisión sumas, en cavidades estrechas como las fosas nasales, donde la luz falta muchas veces y donde la más insignificante hemorragia en ocasiones oscurece el campo ó impide toda intervención, de no contar entre nuestro valioso arsenal esos medios y esos recursos de que con razón nos vanagloriamos.

Los nombres de Killian, de Luc, de Hajek, de Grundwald y tantos otros deben recordarse siempre con veneración por los que diariamente utilizamos los frutos de su poderosa inventiva y de su genio creador.

Pero llegada la Cirugía endo-nasal á su mayor florecimiento, ha caído en el defecto que siempre ha tenido toda innovación sancionada por mediano éxito, en el abuso que de ella se ha hecho. Pocas veces han sido conseguidas como tantas por muchos rinólogos exagerados, y contados pacientes han visitado algunas clínicas, sin que se les haya propuesto la resección de un tabique ligeramente desviado, ó la extirpación de uno ó los dos cornetes, débilmente congestionados ó ocasionalmente hi-

la laringuectomía en un solo tiempo, como Glück, Tapia, y el propio Antolí-Candela.

A continuación nos describe el caso clínico de un varón de 47 años, con una neoplasia laríngea, que invade seno piriforme. El informe histopatológico es realizado por Vila y Barberá, y la confirmación de un buen estado general previo a la intervención es efectuado por Rodríguez Fornos. Media hora antes de la intervención le aplican 1 cgr de morfina. Se le aplica antisepsia (lavados previos, tintura de yodo en el campo operatorio). Se infiltra novocaína y adrenalina («al milésimo»). Empieza practicando la incisión de Glück en H invertida, desinserta los músculos infrahioides y corta los omohioides a nivel del «canal carotídeo». Extirpa también algunos «ganglios carotídeos infartados» y la glándula submaxilar que aparece engrosada. Mientras, aplica tópicamente anestesia con cocaína sobre diferentes filetes nerviosos, como el nervio laríngeo superior. Tras bascular hacia arriba el istmo tiroideo, efectuar «completa hemostasia», se secciona la membrana tirotoidea, se pinza la epiglotis y se diseca la laringe, de arriba abajo hasta llegar al primer anillo traqueal. Se coloca sonda naso-gástrica y se sutura de mucosa faríngea con Catgut. Se finaliza la extirpación laríngea (sólo unida a la tráquea por la membrana intercrico-traqueal), y se sutura con seda la tráquea a la piel.

Sólo presentó febrícula el primer día del postoperatorio, y se le curaba tres veces al día, presentando en las primeras curas, exudado purulento. A los seis días quitó los puntos de sutura vertical, pero los tejidos no habían prendido, por lo que esperó que cicatrizara por segunda intención. A los 30 días se cierra completamente y se le da el alta hospitalaria. Termina el artículo señalando las ventajas que tiene este método de laringuectomía, mediante la técnica de Glück, destacando que no se producen bronco-neumonías porque se impide la entrada de exudados a la tráquea.

Ya que una preocupación fundamental era la recuperación de la capacidad fonatoria en estos enfermos, Antolí señala que las «diferentes laringes artificiales» ideadas no eran del agrado de los enfermos, pero que un paciente intervenido por Tapia, el Sr. Tadeo Pereda, de Almanza, mejoró el modelo de Glück, de tal forma,

Artículo publicado en *La Crónica Médica* en 1912 sobre «La cirugía endonasal» por F. Antolí-Candela.

mente la laringe según el método de Glück. Comenta que el método de extirpación de la laringe ya es bien conocido en España, pero no en Valencia.

Refiere el período de especialización de sus estudios de ORL, recorriendo grandes centros clínicos europeos, principalmente en Alemania y Austria. Le cautivó Glück por su aplomo y seguridad, a pesar de ser más pausada que otras, como la de Jansen.

Glück utiliza anestesia general con cloroformo, éter y oxígeno, y anima a la práctica de ésta, a pesar de la reticencia en España por el temor al cloroformo. De todas formas, el Dr. Antolí prefiere una buena anestesia local.

Tras esta introducción, el artículo empieza con una exposición sobre la historia de los tumores laríngeos y su tratamiento. Nos describe las dos tendencias sobre la extirpación total de la laringe; por un lado, los que abogan por practicarla en dos tiempos (por ejemplo, el método de Le Bec: traqueotomía primero, y veinte días después la laringuectomía), y los que defienden

que al mes y medio de la intervención su propio enfermo ya tenía una voz muy comprensible. Incluso fue presentado en el Instituto Médico Valenciano, para que los presentes pudieran comprobar su «voz tan clara y timbrada, que únicamente oyéndole hablar se convence uno de tal maravilla».

Esta técnica la difundió ampliamente Tapia, haciendo algunas modificaciones, como el despegamiento de bajo arriba, denominándose el método de Glück-Tapia.

Dos años después de la publicación de su artículo sobre la primera laringectomía total practicada en Valencia, nos presenta un nuevo trabajo: «**La extirpación total de la laringe. Seis nuevos casos de laringectomía total según el método de Glück**» (*Policlínica*). Este artículo empieza describiendo que su primer paciente intervenido (ver resumen anterior) está en perfectas condiciones. El segundo enfermo falleció de una recidiva al año y medio de la intervención, posiblemente por su gran masa tumoral. El tercero, cuarto y quinto evolucionaron favorablemente, y al día siguiente de utilizar el aparato fonador de Pereda, ya tenían una voz muy comprensible. El sexto presentó al año de la intervención una infiltración neoplásica de varios ganglios de la cadena yugular, siendo necesario la exéresis de los mismos, e incluso la ligadura de la vena yugular inter-

na (evolucionó favorablemente, y seis meses después no presentaba signos de recidiva). El último paciente de esta serie fue, como todos, intervenido según la técnica clásica de Glück, con anestesia local, y presentó a los pocos días del postoperatorio una infección importante a nivel de la herida quirúrgica, con el consiguiente exudado purulento, y un mal estado general (fiebre, bronco-neumonía). Sorprendentemente la evolución posterior fue favorable con curas antisépticas, y se reintervino de nuevo para suturar la fístula faringo-cutánea, con resultados positivos.

En 1919 Antolí escribe el trabajo titulado: «**Un caso interesante de rinofima**» (*Policlínica*). Con este artículo Antolí se consagra como uno de los otorrinolaringólogos más completos de Valencia, e incluso a nivel nacional, ya que siempre estuvo preocupado por una buena formación integral en todas las áreas de la ORL. Además de practicar correctamente la cirugía endonasal, en este nuevo caso efectúa una intervención de corrección estética por la evidente hipertrofia de ambas alas nasales que presenta este paciente. Este rinofima, también llamado acné hipertrófico, fue intervenido por Antolí previa anestesia local con novocaína-adrenalina, practicando dos incisiones en cada lado de la nariz, procurando bordear los contornos del ala, y rese-



Imagen del trabajo publicado en *Policlínica* en 1919, titulado «Un caso interesante de rinofima».

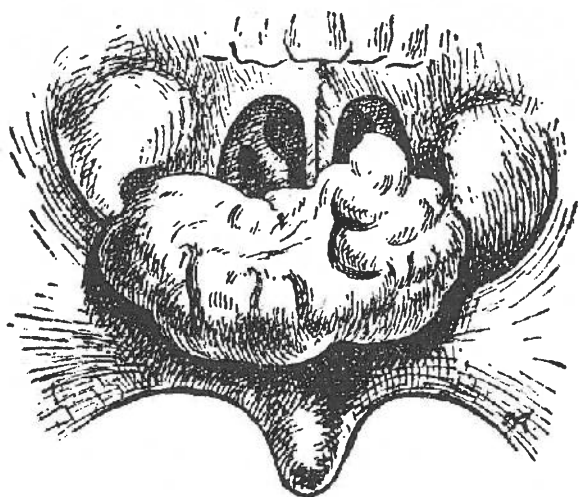
cando toda la prolongación y tejido conectivo proliferado.

Antolí-Candela también trató el tema de las rinoplastias: **«Corrección plástica de las narices deformes»** (*Policlínica*, 1921). La introducción de este artículo refleja el auge que estaba tomando la cirugía nasal, y la mayor concienciación por parte de la gente de las deformidades estéticas. En las rinoplastias, Antolí nos comenta que la inyección de parafina utilizada en las narices deformes ha sido sustituida por el injerto óseo (*«transplantación de una lámina*

ósea de la tibia o de una costilla en el dorso nasal»). Hace referencia a Joseph como *«verdadero creador de las plastias faciales»*, el cual ya utiliza en Alemania los injertos de marfil. También nos relata de forma esquemática las diferentes situaciones que pueden presentarse en las deformidades nasales: hipertrofia (*«de la parte ósea o de la móvil»*), *«defectos de la punta nasal»*, *«nariz torcida, gibosidad»*, *«pérdida de sustancia»*, etc. Antolí-Candela se considera discípulo de Joseph y aplica sus técnicas de forma rigurosa. Utiliza anestesia local en sus

Imágenes del trabajo presentado en 1921 en la revista *Policlínica* titulado «Corrección plástica de las narices deformes».





Dibujo de un pólipos por rinoscopia posterior, publicado como caso clínico por Antolí-Candela en 1912 en *La Crónica Médica*.



«Sarcoma emoglobial de prótida en una niña de cinco años» (*La Crónica Médica*, 1914).

intervenciones. Nos muestra seis figuras, con fotos antes y después de la intervención, dos por «heredo-sífilis», dos gibas, una nariz hundi-da y un «acortamiento nasal».

4.3. La consolidación de la especialidad en Valencia

En el mundo de la otorrinolaringología valenciana, la verdadera renovación de la especialidad surgiría con el nombramiento en 1945 de su primer catedrático, Rafael Bartual Vicens, continuando la labor docente de su padre y de José Campos Igual. Además, Bartual Vicens es considerado el fundador de la «Escuela Valenciana de Otorrinolaringología», labor que continuaría Marco Clemente de forma brillante, al sustituirle en la cátedra en 1974. Este último, consolidaría esta Escuela como una de las principales de España. Previamente, Marco Clemente ya ocupó la cátedra de Granada primero, en 1960 y tres años después la de Sevilla, hasta que ejerciese esta labor en Valencia, impulsando de forma notable la otorrinolaringología valenciana, y logrando que surgieran brillantes figuras entre sus discípulos, que hoy en día ocupan diferentes cargos en toda España. También debemos destacar a Marco Clemente por ser uno de los pioneros en la utilización de los Potenciales Evocados Auditivos. Ha sido también uno de los fundadores de la Sociedad Valenciana de ORL y su primer Presidente. En el campo de la sordomudística, dirigió la dotación del Colegio de Sordomudos de Valencia con las más modernas instalaciones.

Otros dos otorrinolaringólogos a destacar en la época de consolidación de la especialidad son Francisco Antolí-Candela y Luis García Ibáñez, ya que contribuyeron a impulsar la otorrinolaringología en Valencia, e incluso en el panorama europeo de un modo notable, sobre todo en el campo audioquirúrgico. Éstos son considerados parte integrante de la historia de la ORL internacional por autores como Willemot, Guerrier, etc., a pesar de mantenerse al margen del ámbito docente-universitario en la Comunidad Valenciana.

La etapa clave de ambos en su vida profesional se inicia al conocer la técnica de la fenestra-

ción. Ambos coincidieron casualmente en EE.UU. en 1947, en la *North-Western University* de Chicago, cuando acudieron a ampliar su formación como otorrinolaringólogos junto a George Sambaugh. Este último fue discípulo de Lempert, el primero en describir en 1938 la técnica de la fenestración en un solo tiempo, adaptándose a la descrita previamente por Sourdille en tres tiempos.

Aparte del conocimiento de nuevas técnicas, durante su estancia en Norteamérica, aprendieron una nueva «forma de actuar», basada en la rigurosidad de la asepsia y antisepsia en el quirófano, así como el empleo sistemático del microscopio, la utilización del sistema de irrigación-aspiración continua y su aportación personal sobre la «encondralización» de la neovenetana del conducto semicircular para evitar su cierre posterior.

A partir de la asimilación de esta «novedosa» cirugía otorrinolaringológica, los dos permanecieron unos años en Valencia, pero pronto continuarían su labor profesional y científica en Madrid, Antolí-Candela, y en Barcelona, García Ibáñez. También estuvieron en contacto con la vanguardia audioquirúrgica internacional, viajando periódicamente a diferentes partes del mundo para conocer los últimos avances adaptándose al nuevo horizonte diagnóstico y terapéutico, relacionado, sobre todo, con la nueva visión imperante de la cirugía funcional audiológica, de la cuál ellos fueron pioneros, cuya finalidad era, además de solucionar la propia patología del oído, reestablecer su funcionalidad, como por ejemplo, en el caso del colesteatoma. Su amplia casuística se ha presentado en diferentes publicaciones y congresos nacionales e internacionales, como por ejemplo la Ponencia de la Sociedad Española de Otorrinolaringología Española, que ambos dirigieron en 1956, titulada: «*La cirugía funcional de las otorreas*».

En 1952, año en que Rosen redescubrió la movilización del estribo para el tratamiento de la otosclerosis, la mayoría de otorrinolaringólogos se mostraron algo escépticos con esta técnica. Hemos utilizado la palabra «redescubrir» porque, en el siglo XIX, autores como Miot, Boucheron o Schartze, ya describieron la técnica, presentando una interesante casuística, pero desechada, entre otras cosas, por la carencia de

instrumental adecuado de visión, y las escasas, pero trascendentales complicaciones infecciosas y neuro-vestibulares, así como el rechazo de los principales otorrinolaringólogos de la época, en el ámbito internacional, como Botey o Siebenmann. La técnica que sí convenció unánimemente a la comunidad otorrinolaringológica fue la estapedectomía de Shea, descrita en 1956. A partir de entonces, se fue desechando progresivamente la fenestración.

5. HISTORIA DE LA DIFTERIA EN VALENCIA

La difteria era una grave enfermedad infecto-contagiosa otorrinolaringológica, que constituía una de las principales causas de muerte en Valencia y en la España del siglo XIX. Especialmente afectaba a niños entre dos y seis años, hasta la introducción del suero antidiftérico a partir de 1895.

Entre 1880 y 1885 se produjo un cambio fundamental en la forma de entender la propagación de las enfermedades transmisibles gracias a la irrupción de la microbiología, contribuyendo a fomentar la mentalidad etiológica como base de la producción de las enfermedades. Es decir, se desplaza la teoría miasmática, en la cuál la enfermedad se atribuía a miasmas o aire impuro contenido en el ambiente, para pasar a la teoría microbiana, con Pasteur y Koch como artífices.

La difteria es una infección localizada de las mucosas o de la piel, causada por el *Corynebacterium diphtheriae* o bacilo de Klebs-Löffler. En la zona afecta es característica la aparición de una pseudomembrana.

Como esquema de su patogenia podemos resaltar que cuando el bacilo penetra por vía respiratoria, invade el epitelio de las amígdalas y el resto de la orofaringe, provocando hiperemia, edema local y necrosis del propio epitelio, lo cual induce a una coagulación del exudado fibrinoso-purulento y a la formación de una «pseudomembrana» que se extiende a tejidos adyacentes (nasofaringe, laringe, tráquea, bronquios). Además, el propio bacilo puede ir diseminando toxinas por el torrente circulatorio, pudiendo provocar miocarditis, neuritis (por

ejemplo, parálisis del velo del paladar), o afectación renal y de glándulas suprarrenales.

Debemos considerar a esta enfermedad como otorrinolaringológica porque la clínica depende, sobre todo, del proceso obstructivo de las vías respiratorias superiores, además de la toxemia. Es característico en la afectación amigdalara la presencia de una pseudomembrana confluyente, bien delimitada y grisácea, que suele extenderse hasta los pilares de la amígdala, paladar o la propia laringe, provocando en este último caso, ronquera, tos, disnea y estridor, abocando en algunos casos a la asfixia, sobre todo antes de que existiese un tratamiento adecuado con antitoxina y antibiótico.

Como recordatorio general de la historia de esta enfermedad, sabemos que hasta el siglo XIX las personas afectas de difteria morían de «garrotillo», término que se aplicaba a cualquier forma de obstrucción respiratoria. Posiblemente no se trata de una enfermedad nueva, ya que en la antigua Grecia y en el siglo XVI se describieron casos clínicos parecidos. Pierre Bretonneau fue el primero en individualizar la clínica de la enfermedad y darle el nombre de difteritis en 1826, englobando bajo ese nombre alteraciones consideradas distintas como el crup, la angina gangrenosa, la úlcera maligna, etc. Trousseau, en 1833, propuso el nombre actual de difteria, más acorde con el carácter generalizado de la afección. Las dos últimas décadas de la pasada centuria constituyeron un hito en el conocimiento y tratamiento de esta enfermedad. En 1883, Edwin Klebs identificó por primera vez el *Corynebacterium diphtheriae* al extraer el bacilo de una pseudomembrana. Un año después, Friedrich Löffler conseguía su cultivo y la reproducción de la enfermedad. Este último explicó los efectos a distancia que presentaba la infección diftérica orofaríngea como un «veneno» que se diseminaba a través de los vasos sanguíneos. Mediante un sistema especial de filtrado, Roux y Yersin descubrieron en 1888 el «veneno» del bacilo de la difteria, su toxina, responsable de la acción patógena sistémica de este microorganismo. En 1890, dos bacteriólogos que trabajaban en el laboratorio de Koch, uno alemán y el otro japonés (Emil Behring y Shibasaburo Kitasato) descubrieron la antitoxina que neutralizaba los efectos del *Corynebacte-*

rium diphtheriae, a partir del suero de personas convalecientes. En 1893, Behring utilizó esta investigación para la preparación de un suero procedente de animales inmunizados que usó para el tratamiento de la enfermedad. Roux modificó el suero anterior y lo aplicó con éxito en 1894. No obstante, el método de Roux no tenía acción profiláctica, de tal forma que hasta los años cincuenta de la actual centuria no se obtuvo el toxoide diftérico, el cual permitió que una vez inoculado en el organismo, indujera la producción de antitoxinas y la inmunidad frente a la enfermedad.

Cabe destacar que la base del descubrimiento de Behring, según Klemperer y otros investigadores, fue a raíz del tratamiento que aplicó Jaime Ferrán en la provincia de Valencia en 1884, donde utilizaba sangre de enfermos curados de cólera para inmunizar frente a la enfermedad. Además, este microbiólogo presentó en 1890 en la Real Academia de Medicina de Barcelona, una comunicación sobre investigaciones realizadas con cultivos atenuados del bacilo antídiftérico.

5.1. La difteria en Valencia

Tal como hemos comentado previamente, la difteria fue una de las principales causas de muerte durante el siglo pasado en Valencia y en el resto de España, sobre todo en niños de corta edad. En Valencia hubo diversos brotes epidémicos. Tal como nos describe Báguena Cervellera en sus estudios sobre la difteria en Valencia, en 1880 esta enfermedad motivó una serie de debates en el *Instituto Médico Valenciano*, donde se empezó a hablar de su posible origen parasitario, postura defendida por el higienista Constantino Gómez Reig.

El elevado número de fallecimientos por difteria en Valencia justificaba la importante conciencia social y médica sobre el tema. En una conferencia, Pérez Fuster informó que en el quinquenio 1889-93 fallecieron en Valencia 739 niños, sin que se hubiese producido ninguna epidemia de difteria. Según las Actas del Ayuntamiento de Valencia, entre 1880 y 1884 la tasa de mortalidad por la enfermedad era del 0,66 por 1.000 habitantes, alcanzando el 2,51% de las de-

funciones totales, mientras que en 1900, la tasa disminuyó al 0,28 por 1.000 de las defunciones.

El descubrimiento de la seroterapia antidiftérica por Roux en 1894 llegó puntualmente a la comunidad valenciana. La prensa diaria se hizo eco tempranamente de este hecho, y además, las dos principales revistas médicas de esta comunidad, *El Boletín del Instituto Médico Valenciano* y *La Crónica Médica* publicaron un resumen de la ponencia de Roux en el Congreso Internacional de Higiene de Budapest en septiembre de 1894, el mismo mes que fue presentada. En octubre de ese año, el Pleno Municipal del Ayuntamiento acordó enviar a José Pérez Fuster a París, al Instituto Pasteur y al Hospital Trousseau. En la capital francesa, donde permaneció tres meses y medio, Pérez Fuster coincidió con otras comisiones españolas, entre ellas la enviada por el Gobierno. Cuando regresó a Valencia, leyó una Memoria de su viaje ante el Pleno Municipal del Ayuntamiento. En una primera parte de la misma exponía las historias clínicas de 75 enfermos diftéricos del Hospital Trousseau, donde se les había aplicado el método de Roux (el 88% de los diftéricos tratados sobrevivieron). La segunda parte de la Memoria está dedicada a las técnicas de laboratorio necesarias para preparar el suero antidiftérico.

En enero de 1895, el Pleno Municipal aprueba la aplicación de la seroterapia antidiftérica en Valencia. El 23 de febrero de ese mismo año, Pérez Fuster realizó la primera inoculación del suero antidiftérico en esta ciudad. Se trataba de la hija de un conocido médico valenciano. Empleó 20 cm³ de suero, y a las pocas horas la fiebre disminuyó y las pseudomembranas desaparecieron. Durante tres meses Pérez Fuster inoculó a 127 diftéricos diagnosticados bacteriológicamente. Obtuvo un porcentaje de curación del 75%, falleciendo el resto. Él atribuyó esta diferencia, con respecto a los resultados favorables de París, en que en Valencia, los enfermos ya tenían muy establecida la enfermedad. De todas formas, visto el éxito terapéutico, la inoculación del suero antidiftérico se extendió rápidamente por toda la provincia, facilitando el Ayuntamiento de Valencia el suero solicitado por cada municipio.

La aplicación del suero antidiftérico supuso un marcado descenso de la mortalidad por dif-

teria. En el quinquenio 1895-99, el número de fallecimientos por la enfermedad en Valencia fue de 478, y en los siguientes cinco años fue de 100.

A continuación, expondremos un breve perfil biográfico del principal artífice de las investigaciones y tratamiento de la difteria en esa época en Valencia, José Pérez Fuster. Nació en Benidorm (Alicante) en 1856. Cursó estudios secundarios en su ciudad natal, obteniendo el Grado de Bachiller en 1872. Posteriormente se trasladó a Valencia a estudiar Medicina, licenciándose en 1877. Obtuvo plaza, por oposición, en el Cuerpo Municipal de Higiene y Salubridad de Valencia en 1883, el mismo año que obtuvo el doctorado. En 1894 el Ayuntamiento de Valencia creó un laboratorio bacteriológico, cuya jefatura encomendó a Pérez Fuster. Posteriormente sería el encargado de encabezar las investigaciones y tratamiento de la difteria en Valencia, tal como hemos comentado en el apartado anterior.

Pérez Fuster conoció de cerca los estragos de la difteria: un hijo suyo murió por dicha enfermedad y otra hija requirió una traqueotomía tras la afectación laríngea por el croup. Él mismo también se contagió en 1879 de un niño enfermo, con la consiguiente afección amigdalar y adenitis supurada.

En 1894, presentó una comunicación sobre *La sordera y ceguera verbales* al I Congreso Médico-Farmacéutico Regional de Valencia. En 1898 fue nombrado delegado en el IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía. También dirigió desde 1911 el Instituto de Higiene de Valencia.

A lo largo de su trayectoria profesional, publicó numerosos artículos sobre otorrinolaringología e hidrología sanitaria. Podemos destacar los siguientes trabajos publicados todos en la revista: *La Medicina Valenciana*, recopilados de la tesis doctoral de Felipe Ferrer, dirigida por el profesor Fresquet, que tratan sobre patología ORL:

«Conducta que deben observar los médicos en el tratamiento de las otorreas» (1901), «Estudio de los microbios que suelen colonizar el aparato auditivo» (1901), «Trastornos por propagación y por reflejismo consecutivos a las enfermedades de la nariz y de sus senos» (1901),

«¿Por qué se hacen incurables muchas sorderas?» (1902), «Etiología y génesis de las faringitis crónicas» (1903), «Contribución al estudio de las rinitis atróficas».

6. LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LAS PUBLICACIONES MÉDICAS VALENCIANAS, 1841-1950. BREVE ESTUDIO ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO Y BIBLIOMÉTRICO

El estudio estadístico y bibliométrico de la literatura científica se ha convertido en una vertiente importante de investigación para la historia de la ciencia. Desde hace cuatro décadas constituye una de las líneas de investigación de la Universidad de Valencia. El presente estudio representa un esbozo de nuestra tesis doctoral, donde consideraremos los artículos de revista, comunicaciones a congresos y libros relacionados con la otorrinolaringología, impresos en Valencia entre 1841 y 1950. Estas publicaciones han sido sometidas a un estudio estadístico de carácter básico con el objetivo de conocer el tamaño, crecimiento y distribución de la literatura científica acerca

del tema y quienes fueron los principales artífices de su producción.

En la Valencia del período estudiado se publican 405 artículos originales, 55 notas clínicas, 916 reseñas de artículos, 123 referencias sobre congresos y reuniones científicas y 13 libros, todos ellos relacionados con la otorrinolaringología.

Para medir la productividad de los médicos valencianos que publican artículos originales sobre ORL en la época estudiada (1841-1950), nos podemos basar en la distribución propia de la Ley de Lotka.

Cuando hablamos de «artículos originales» nos referimos que son elaborados por el mismo autor. Es decir, no se trata de ninguna reseña de artículo de otra revista, ni una traducción del mismo.

Lotka considera que los autores que tienen pocos trabajos sobre la materia, no son especialistas de la misma, estudiando el tema de un modo tangencial. Conforme aumenta el número de trabajos por autor, crece asimismo la especialización.

Nuestro trabajo está constituido sobre una base de 207 autores que publicaron artículos ori-

DISTRIBUCIÓN DE TRABAJOS/AUTOR (LEY DE LOTKA) DE LOS ARTÍCULOS DE REVISTA ORIGINALES VALENCIANAS SOBRE ORL (1841-1950)

<i>Nº de trabajos/autor (n)</i>	<i>Nº de autores con n trabajos</i>	<i>Total de trabajos por cada valor de n</i>
1	155	155
2	27	54
3	5	15
4	4	16
5	5	25
6	4	24
7	1	7
8	1	8
11	1	11
13	1	13
17	1	17
30	1	30
35	1	35
TOTAL	207	410

ÍNDICE DE PRODUCTIVIDAD DE LOS 16 AUTORES CON MAYOR NÚMERO DE PUBLICACIONES			
<i>Autores</i>	<i>Nº de trabajos</i>	<i>Porcentaje (%)</i>	<i>Índice de productividad</i>
BARBERÁ, F.	35	8,53	1,54
ANTOLÍ-CANDELA, F.	30	7,31	1,47
GARCÍA IBÁÑEZ, L.	17	4,14	1,23
CAMPOS IGUAL, J.	13	3,17	1,11
CASANOVA, P.	11	2,68	1,04
AGUILAR JORDÁN, J.	8	1,95	0,90
VILAR SANCHO, R.	7	1,70	0,84
ALONSO FERRER, E.	6	1,46	0,77
ANTOLÍ-CANDELA CEBRIÁN, F.	6	1,46	0,77
MOROTE CALAFAT, A.	6	1,46	0,77
PÉREZ FUSTER	6	1,46	0,77
ANTOLÍ-CANDELA CEBRIÁN, F.			
BARTUAL MORET, J.	5	1,21	0,69
BARTUAL VICENS, R.	5	1,21	0,69
COMPAIRED, C.	5	1,21	0,69
BORDES VALLS, M.	5	1,21	0,69

DISTRIBUCIÓN POR ÍNDICE DE PRODUCTIVIDAD DEL TOTAL DE AUTORES PRODUCTORES DE ARTÍCULOS ORIGINALES SOBRE ORL		
<i>Índices de productividad (i.p.)</i>	<i>Nº de autores</i>	<i>Porcentaje de autores (%)</i>
i.p. = 0	155	74,87
0 < i.p. < 1	47	22,70
i.p. > 1	5	2,41
TOTAL	207	100

ginales en revistas valencianas de la época estudiada. Como podemos observar, 155 son autores de un solo trabajo, 27 de dos artículos y sólo 16 publicaron 5 ó más trabajos originales, por lo que la mayoría de trabajos fueron elaborados por médicos no especialistas en la materia.

El primer artículo original de otorrinolaringología publicado en el período estudiado fue el de Sánchez Cristóbal. Data de 1847 y apareció en el *Boletín del Instituto Médico Valenciano* con el título «Breves consideraciones sobre el proceder operatorio de los botones y afectos cancerosos de los labios». En toda la década se pu-

blicaron tan solo tres trabajos, dos de los cuales fueron redactados por el propio Sánchez Cristóbal. A excepción de dos artículos de De Gracia y Álvarez que aparecieron en la misma revista en 1852, sobre cuerpos extraños en la faringe y en el esófago, la producción de trabajos de otorrinolaringología fue escasa (un trabajo por autor y año hasta 1877). La situación cambió cuando Peregrín Casanova comenzó a escribir y publicar sobre la materia (ocho trabajos entre ese año y los tres siguientes, sobre tema otológico). También podemos mencionar los tres artículos que Juan Bartual publicó entre 1890 y 1891.

El autor que más ha destacado en los inicios del siglo actual, y también en todo en estudio en conjunto es Faustino Barberá, con 35 trabajos originales publicados, 24 de ellos editados entre 1899 y 1909. Otro productor de importancia fue José Campos Igual, profesor auxiliar interino y ayudante de Juan Bartual desde 1904; este último, profesor titular de la primera «Cátedra oficial obligatoria de enfermedades de los oídos, nariz y laringe» en Valencia. De los 13 trabajos publicados por Campos, 10 lo fueron en las revistas valencianas entre 1911 y 1916, abarcando todas las áreas de la otorrinolaringología (amigdalectomía, cuerpos extraños en vías digestivas, otorragias, vegetaciones adenoideas, sinusitis maxilar, epistaxis, tuberculosis laríngea, etc.).

Francisco Antolí-Candela publicó 30 trabajos originales entre 1907 y 1921. Su máxima producción se centra entre 1910 y 1914, con 15 artículos publicados. También debemos destacar a Vilar Sancho y Alonso Ferrer, que escribieron conjuntamente 6 trabajos originales sobre ORL, entre los años 1928 y 1933, destacando sus artículos sobre rinología, como, por ejemplo: «Contribución al estudio de la rinitis diftérica en el niño», «Fibromas nasofaríngeos» o «Nuevo tratamiento del coriza espasmódico».

Entre los autores de la última etapa destacamos a Rafael Bartual, Francisco Antolí-Candela

Cebrián, Luis García Ibáñez y Jaime Marco Clemente, convenientemente estudiados en el capítulo dedicado en esta ponencia al estudio propográfico.

Podemos observar que la década con mayor producción de artículos sobre ORL corresponde a la última a la que se refiere nuestro estudio, es decir, entre 1941 y 1950. Los primeros veinte años de la actual centuria representan conjuntamente el mayor número de artículos originales publicados, en gran parte debido a la actividad de Faustino Barberá y Francisco Antolí-Candela.

Como podemos observar, la otología es el área de estudio, dentro de la otorrinolaringología, que más aparece en los artículos originales publicados en las revistas valencianas (1841-1950). De los 405 trabajos, 94 se corresponden con esta área (23,21%). Sobre todo en el siglo XIX, la otología constituía la materia más practicada por los otorrinolaringólogos incipientes, además de ser la que más prestigio tenía dentro de la especialidad. En centurias precedentes hay un buen número de artículos sobre otología, pero no aparecen englobados en el ámbito médico y social de una verdadera especialidad, sino que se trata estudios bien delimitados, dentro de la medicina general o la anatomía.

Los trabajos sobre rinología y laringe siguen a los de la otología en porcentaje. Constituyen

DISTRIBUCIÓN POR DÉCADAS DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES SOBRE ORL,
RECUPERADOS DE REVISTAS VALENCIANAS (1841-1950)

<i>Década</i>	<i>Número de trabajos</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
1841-1850	3	0,74
1851-1860	3	0,74
1861-1870	10	2,46
1871-1880	24	5,92
1881-1890	26	6,41
1891-1900	32	7,90
1901-1910	73	18,02
1911-1920	74	18,27
1921-1930	27	6,66
1931-1940	22	5,43
1941-1950	111	27,40
TOTAL	405	100

DISTRIBUCIÓN POR MATERIAS DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES SOBRE OTORRINOLARINGOLOGÍA PUBLICADAS EN LAS REVISTAS VALENCIANAS (1841-1950)		
<i>Materia</i>	<i>Número de trabajos</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
OTOLOGÍA	94	23,21
RINOLOGÍA	54	13,33
LARINGE	52	12,84
OROFARINGE	45	11,11
ORL GENERAL	38	9,38
DIFTERIA	32	7,90
SORDOMUDÍSTICA	16	3,95
CUELLO	15	3,70
ESÓFAGO	11	2,71
RINOFARINGE	10	2,47
GLÁNDULAS	9	2,22
CARA	8	1,97
MAXILAR	7	1,72
N. FACIAL	5	1,23
FARINGE	4	0,98
OTROS	3	0,74
TRÁQUEA	1	0,24
ESÓFAGO	1	0,24
TOTAL	405	100

DISTRIBUCIÓN POR REVISTAS DE LOS TRABAJOS PUBLICADOS SOBRE OTORRINOLARINGOLOGÍA (1841-1950)		
<i>Revista</i>	<i>Número de artículos</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
La Crónica Médica	98	24,20
Revista Valenciana de Ciencias Médicas	85	20,98
Revista Española de Oto-Neuro-Oftalmología y Neurocirugía	75	18,51
Policlínica	41	10,12
Medicina Española	41	10,12
La Medicina Valenciana	24	5,92
Boletín del Instituto Médico Valenciano	22	5,43
Gaceta de los Hospitales	7	1,72
La Fraternidad	6	1,48
Anales Instituto Médico Valenciano	4	0,98
Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas	2	0,49
TOTAL	405	100

cada uno de ellos un 13% del total de trabajos estudiados. Siguen después en importancia los de orofaringe (11,11%), otorrinolaringología en general (9,38%) y difteria (7,90%).

Podemos apreciar que *La Crónica Médica* es la revista que mayor cantidad de artículos sobre otorrinolaringología publicó, en parte favorecido por la gran cantidad de números que se difundieron, ya que estuvo cuarenta años publicándose, aunque de forma interrumpida. Ésta y el *Boletín del Instituto Médico Valenciano* pueden considerarse las dos revistas médicas de mayor prestigio de la pasada centuria. *La Crónica* presentó un total de 98 artículos originales sobre ORL (el 24,2 %), y *El Boletín* 22 trabajos, representando un 5,4 % del total de originales. *La Revista Valenciana de Ciencias Médicas* también ocupa un lugar destacado entre las principales revistas de la época. En referencia a la publicación de artículos sobre otorrinolaringología, fue la segunda con mayor número de trabajos originales, seguido de *La Crónica Médica*, con 85 artículos (un 20,9% del total). Esto se lo debemos a una de las principales figuras dentro de la otorrinolaringología valenciana, Faustino Barberá, que fue director y el principal difusor de esta revista hasta su fallecimiento.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Báguena Cervellera MJ (1994). La introducción de la seroterapia antidiftérica en la ciudad de Valencia. En: H. Capel JM, López Piñero J, Pardo (coords.): *Ciencia e ideología en la ciudad (II)*, Valencia, Conselleria d'Obres Públiques, Urbanisme i Transports, p. 229-237.
- Báguena Cervellera MJ (1996). Aspectos de la lucha contra la difteria en la Valencia de finales del XIX, *Médicos*, 47, 15-16.
- Barberá Martí F (1919). De la lepra nasofaríngea y su tratamiento, *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 12, 129-135.
- Bartual Moret J (1919). D. Peregrín Casanova Ciurana. *La Medicina Valenciana*, 19, 321-328.
- Blay Galaud L (1967). Consideraciones acerca del Primer Congreso Español de Otorrinolaringología (1896). *Medicamenta*, 48 (445), 294-298.
- Calabuig Alborch J (1972). Análisis de los orígenes de la otorrinolaringología del siglo XIX en relación con la mundial. *Med. Esp.*, 67, 377-389.
- Casanova Ciurana P (1919). *La Medicina Valenciana*, 19, 321-328.
- De Espinosa Ventura M (1921). Memoria apologética del Dr. D. Peregrín Casanova Ciurana, Valencia. Ed. Tipografía Moderna [Sesión solemne del Instituto Médico Valenciano].
- Del Cañizo Fernández-Roldán A (1997). Historia de la Otorrinolaringología Española (1850-1950). Madrid, Ed. International Marketing & Communications.
- Doctor (1919). El Dr. D. Juan Bartual. *La Medicina Valenciana*, 19, 201-204.
- Esteban J (1955). Los orígenes de la laringología. *Actualidad Médica*, 31 (370), 547-562.
- Ferrer Baixauli F, Báguena Cervellera MJ, López Piñero JM, Vento Torres D, Marco Algarra J (1996). La difteria en Valencia entre 1875 y 1950. XVI Congreso Nacional de la SEORL. Palma de Mallorca.
- Ferrer Baixauli F, López Piñero JM, Vento Torres D, Esparcia Navarro M, Marco Algarra J (1996). Análisis bibliométrico sobre la historia de la Otorrinolaringología. XVI Congreso Nacional de la SEORL. Palma de Mallorca.
- Ferrer Baixauli F (1997). Historia de la Otorrinolaringología y la difteria: Inventario y estudio estadístico descriptivo, Valencia. Tesis de Licenciatura.
- Ferrer Baixauli F, Fresquet Febrer JL, Blay Galaud L, Vento Torres D, Marco Algarra J (1998). Análisis de los orígenes de la otología valenciana en el siglo XIX. XVII Reunión de Servicios de ORL de Hospitales del Sistema Nacional de Salud. Xàtiva.
- Fresquet Febrer (1985). Amalio Gimeno, catedrático de terapéutica de la Universidad de Valencia (1877-1888). Ent: J. Ferrán, A. Gimeno, I. Paulí, La inoculación preventiva contra el cólera morbo asiático (1886), Valencia, Conselleria de Sanitat i Consum, p. 19-26.
- Gómez Reig C (1919). El Dr. D. Peregrín Casanova Ciurana. *Policlínica*, 75, 183-186.
- Haeger K (1993). Historia de la cirugía. Madrid, Ed. Raíces, 288 págs.
- Herrera Casado A (1982). El oído según Martín Martínez. *Ac. Otorrinolaring. Esp.*, 4, 685-692.
- Herrera Casado A (1988). Nacimiento y desarrollo de la otorrinolaringología en España (1875-1936). Madrid. Tesis Doctoral.
- Lain Entralgo P (1963). Historia de la medicina moderna y contemporánea. 2ª ed., Barcelona, Ed. Científico-Médica.
- Lain Entralgo P (1978). Historia de la Medicina. Barcelona, Ed. Salvat.
- López Piñero JM (1976). Medicina moderna y sociedad española. Valencia, 326 págs.
- López Piñero JM (1980). La Facultad de Medicina de Valencia. Aproximación a su historia. Valencia, Facultad de Medicina.
- López Piñero JM (1985). Ciencia y enfermedad en el siglo XIX. Barcelona, Ed. Península.
- López Piñero JM, Báguena MJ, Barona JL, Fresquet JL, López Terrada J, Pardo J, Salavert VL (1988). Las ciencias médicas básicas en la Valencia del siglo XIX. Valencia, I.V.E.I. - Inst. Juan Gil Albert.
- López Piñero JM (1989). Peregrín Casanova (1849-1919) y la morfología darwinista. *Medicina Historia*, 29, 1-16.
- López Piñero JM (1990). Historia de la Medicina. Madrid, Historia 16.
- López Piñero JM, et al. (1992). Historia de la medicina valenciana, vol. III. Valencia, Ed. Vicent García, 209 págs.
- López Piñero JM, Navarro Brotons V (1995). Història de la Ciència al País Valencià. Valencia, Ed. Alfons el Magnànim, 663 págs.
- López Piñero JM y cols. (1998). Estudio de la profesión médica en la sociedad valenciana (1329-1898). Valencia, Ed. Ajuntament de València.

- López Terrada ML, Pardo Tomás J, Salavert Faviani VL (1985). La Facultad de Medicina de Valencia en 1885. En: J. Ferrán, A. Gimeno, I. Paulí: *La inoculación preventiva contra el cólera morbo asiático* (1886). València, Conselleria de Sanitat i Consum, p. 57-66.
- Micó Navarro JA (1996). Faustino Barberá y Martí (1850-1924), médico, historiador, político e introductor en España del «método oral puro» para la enseñanza de los sordomudos. *Médicos*, 46, 9-12.
- Monteagudo Castro C (1996). La impronta de Cajal en la trayectoria académica de Juan Bartual y Moret (1884-1933). *Accésit de la Real Academia de Medicina Valenciana*.
- Perelló J (1979). Historia de la Otorrinolaringología en España. *Anales ORL Iber-Amer.*, 6, 405-481.
- Rosen G (1944). The specialization of Medicine with particular referente to Ophtalmology. New York, Ed. Froben Press.
- Solla Price D (1965). Little science, big science. New York.
- Teruel Piera S (1974). La medicina en Valencia. Labor del Instituto Médico Valenciano (1841-1892), Madrid, Ed. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 148 págs.

CAPÍTULO IX

LA IMPORTANCIA DE LOS HOSPITALES CATALANES EN EL DESARROLLO DE LA OTORRINOLARINGOLOGÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALLE D'HEBRON



Vista parcial del Hospital Valle d'Hebrón. A la derecha el Hospital Maternal y a la izquierda el Hospital General. Entre ambos el Hospital Infantil.

Dr. P. Quesada Marín

El conjunto de hospitales Valle Hebrón, situado en la parte alta de Barcelona, al pie de la sierra de Collserola, hoy el primer complejo hospitalario de Cataluña y uno de los mayores de España, es el fruto de un dinámico proceso iniciado en el año 1947 e inaugurado el 1952 como Residencia Sanitaria de la Seguridad Social «Francisco Franco», con un total de 1.000 camas y 24 quirófanos, de los cuales tres perfectamente dotados, se destinan a la especialidad de Otorrinolaringología con actividad de las 8 a las 22 horas, lo que permite realizar un gran número de intervenciones de la especiali-

dad. Los Jefes de los equipos quirúrgicos de esta época son los Dres. Braso, Caballes, Claros, Dicenta, Fernández Brado, Guell, Moragas, Roca-Ribas, Roca de Viñals, Sobregau, Viscasillas.

La evolución de la atención sanitaria en los años 60, especialmente en las áreas de diagnóstico y tratamiento junto a la Residencia Sanitaria se construyen tres nuevos hospitales especializados (Infantil, Maternal y Traumatología) lo que permite la creación del complejo hospitalario mayor de Cataluña y uno de los mayores de España denominado «Ciudad Sanitaria Francisco Franco», con un total de 1.900 camas.

Esto junto al ligazón a la Universidad Autónoma de Barcelona hace que se creen centros docentes y administrativos.

Al principio de los años 80 cambia su nombre por el de Ciudad Sanitaria Valle Hebrón y últimamente por el de Hospitales Universitarios Valle Hebrón. En el Hospital General se encuentra ubicado el Servicio de Otorrinolaringología.

En 1970, dentro de la política de jerarquizaciones de los Hospitales de la Seguridad Social se crea el Servicio de Otorrinolaringología, dentro del Departamento de Cirugía y es nombrado Jefe el Dr. Manuel Maños Gonzalvo y 5 médicos adjuntos.

En julio de 1971, tras la marcha del Dr. Maños es nombrado nuevo Jefe del Servicio el Dr. Pedro Quesada Marín, siendo estructurado el Servicio de forma definitiva con 3 Jefes Clínicos y 9 médicos adjuntos. Además en el Hospital Infantil se crea una unidad de Otorrinolaringología Infantil (Dres. Roca de Viñals y Torres) y en el Hospital de Traumatología y Rehabilitación una unidad de Foniatria (Dr. J.M. Torres de Gasso y T. Herrero).

Durante estos 28 años, ha existido una gran renovación entre los médicos del Staff, al trasladarse, la mayoría, a otros hospitales españoles para ocupar cargos de mayor responsabilidad.

La labor asistencial del Servicio en los últimos años es de unas 2.000 altas al año, con estancia media de 3.5 días; 5.000 primeras visitas y 16.000 segundas visitas y unas 10.000 urgencias; 1.500 intervenciones año, destacando aparte de la cirugía oncológica de cabeza y cuello, la otología y otoneurología incluyendo la cirugía de la base del cráneo e implante coclear, así como la cirugía funcional y microquirúrgica de las fosas nasales y senos y la cirugía del OSAS.

Desde el primer momento de la Jerarquización el Servicio de Otorrinolaringología es acreditado de capacidad docente para la formación de especialistas de Otorrinolaringología dentro del sistema MIR, habiendo formado 83 Otorrinolaringólogos de los cuales 24 son extranjeros, sobre todo hispanoamericanos, árabes, alemanes e italianos.

En 1970 La Ciudad Sanitaria entra a formar parte de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma como Unidad Docente de la Seguridad Social, siendo la Unidad que por su capacidad docente acoge el mayor número de alumnos de la Facultad. Desde el primer momento el Jefe de Servicio primero como Prof. Titular y posteriormente como Catedrático es encargado de la Docencia de la asignatura. Actualmente la docencia de la Otorrinolaringología esta encomendada a un Catedrático, un Profesor Titular y dos Asociados. Además de la Otorrinolaringología se imparte Logopedia como asignatura optativa en 5º Curso de la Licenciatura.

La labor Investigadora del Servicio se ha visto plasmada en gran número de trabajos publicados durante estos años tanto en revistas nacionales como extranjeras y en la realización de 32 tesis doctorales, todas calificadas con la máxima nota y 4 de ellas con Premio Extraordinario. Destacando sobre todo varias dedicadas a la Parálisis Facial y Roncopatía Crónica y OSAS, siendo en este Servicio, en el ámbito mundial, donde primero se propuso y realizó la cirugía del velo del paladar como tratamiento del OSAS (1974) y la Resección Parcial de Epiglotis en el Tratamiento del Globo faríngeo (1996).

Se han realizado dos ponencias oficiales de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial: en 1984 sobre Parálisis Facial Periférica y en 1998 sobre Roncopatía Crónica y OSAS. Aparte de colaborar en otras muchas con algún capítulo. También se ha publicado un manual de Urgencias en Otorrinolaringología.

Tradicionalmente se realizan todos los años un Curso de Otorcirugía y Disección del hueso temporal y otro sobre Anatomía y Cirugía cervical y de las glándulas salivares en colaboración con el Departamento de Anatomía de la UAB.

A partir del año 1984 en colaboración del Departamento de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Messina (Italia) de forma anual se realiza un Curso Hispano-Italiano, de una semana de duración donde de forma monográfica y práctica se tratan temas de actualidad de la especialidad.

HOSPITAL SANTA CREU I SAN PAU



Portada del Hospital modernista de Sant Pau,
con la efigie de Pau Gil.

Dr. P. Abelló Vila

El antiguo Hospital de la Santa Creu se fundó en el año 1401, como unión de los pequeños hospitales regidos por la municipalidad o administrados por la Iglesia, en unos huertos anejos al casco antiguo de la villa y durante 5 siglos sería el único hospital de la ciudad. En 1921, gracias a un legado de Pau Gil, se trasladó a su sede actual, en un edificio modernista, bajo la denominación de Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Actualmente, se han

iniciado las obras de un nuevo edificio, en la parte posterior del actual, donde se ubicarán todos los aspectos asistenciales, con un funcionalismo adaptado a las necesidades sanitarias actuales, que ya no es posible seguir realizando en el antiguo edificio, catalogado como patrimonio de la humanidad.

Fue en 1889 cuando la Administración decidió abrir la primera «consulta de enfermedades de la garganta, del oído y de la nariz», a instan-

Dr. Botey.
ofrecimientos

Lejos una instancia de D. Ricardo Botey y Ducuing, Doctor en Medicina y Cirujía, practicante que fue de este Hospital en la cual después de poner de relieve la importancia que han adquirido las especialidades médicas y singularmente las de la laringología y otología, la circunstancia de que en todas las Hospitales de Europa cuenta con una clínica especial para el tra-

Acta de la concesión al Dr. Botey para establecer un dispensario de ORL en el Hospital de la Santa Creu (1889). Termina con el acuerdo de «admitir los servicios que generosamente se ofrece a prestar en el Dispensario de este Hospital el Dr. Ricardo Botey, abriendo en el mismo una consulta de enfermedades de la garganta, del oído y de la nariz...»

taimiento de las enfermedades de la garganta y de la nariz, la le dedican al Dr. Botey el tratamiento de dichas enfermedades desde algunos años a esta parte, por ende con instrumental completo y apropiado al objeto indicado; la de prestar así mismo, junto a algunos de los Señores de este Hospital sus conocimientos otológicos, su deseo al Sr. D. Ricardo Botey, a saber, a esta Administración que se sirva concederle, en cuanto le considere oportuno y las condiciones del establecimiento lo permitan, una sala en el Dispensario de este Hospital para establecer una consulta gratuita diaria para las enfermedades de que se ha hecho mención, cuya plaza ofrezca al Sr. Botey, descompensar sin retención alguna. La Administración después de algunas consideraciones y le acuerdo en cuenta las circunstancias y circunstancias que concurren en el presente, acordó que según las propuestas y acuerdos anteriormente citados que debe presentarse a la Administración del Hospital de la Santa Creu i San Pau.

dispensario tan luego como se bastasen al nuevo Manicomio las lecciones de orales antiguas al Dispensario en cuya ocasión podran utilizarse los servicios que ofrece prestar gratuitamente al Dr. Botey en las especialidades a que se dedica.

Acordó admitir los servicios que generosamente se ofrece prestar en el Dispensario de este Hospital al Dr. D. Ricardo Botey abriendo en el mismo una consulta de enfermedades de la garganta, del oído y de la nariz, explorando su nueva instalación hasta que la lección de orales al nuevo Manicomio que se está habilitando permita la ampliación del local donde está emplazado el Dispensario.

Se le devolvió la sesión.

Don't Hon. *Ricardo Botey*

Valentín Puig *Ricardo Botey* *Carles*

cias del Dr. Ricardo Botey, consultor del Hospital, conocido por su inquietud universal y sus numerosas publicaciones; pero no fue hasta el 1917 cuando J. M. Masip i Gumà fue nombrado primer jefe de Servicio de ORL y quedó oficialmente establecida la especialidad en el Hospital de la Santa Creu. Durante la jefatura de su sucesor, el Dr. J.M. Grau, se realizó el traslado al edificio actual.

El prestigio de la otorrinolaringología creció dentro de las paredes del propio Hospital y como hospital general de Catalunya se extendió a una amplia base territorial. Ocuparon sucesivamente la dirección del Servicio los Dres. Joaquín Abelló, Andrés Pinart (malgradamente, de forma muy breve), Gabriel Capellá y el que suscribe, Pere Abelló. Durante la dirección del Dr. Joaquín Abelló se organizó el Servicio, a principios de la década del 60, en tres distintas secciones, lo que dio un impulso especial a las distintas facetas de la especialidad. El Dr. José M^a Montserrat, se convirtió en maestro de rinólogos e introdujo a nivel europeo las ideas de Cottle sobre septorhinoplastia funcional y correctora; forman parte de su escuela José M. Fabra (trabajos sobre rinomanometria), y los Dres. Massegur y Ademà (introducción en España de las técnicas de cirugía endoscópica nasal).

La cirugía oncológica de cabeza y cuello, tema al que se dedicaron con especial cariño

tanto A. Pinart como G. Capellá (aparte de sus conocidos estudios sobre oído interno), se ha estructurado como Unidad con entidad propia con Joaquim Burgués i Miquel Quer, que —además de ampliar las técnicas quirúrgicas desde los colgajos torácicos a los abordajes de la base del cráneo— montaron la base de datos que permite un control riguroso y aleccionador de los protocolos oncológicos implementados durante los últimos 15 años.

Las técnicas de microcirugía del oído que iniciara Iturriagoitia en los años 50, han sido continuadas por P. Abelló (cirugía de la sordera desde 1960, investigaciones sobre colesteatoma) junto a Jordi Pinart (programa de implantación coclear desde 1989).

La docencia ha sido una preocupación constante del Servicio de ORL de Sant Pau. Se inician los cursos monográficos para postgraduados a partir de finales de los 50 (bajo la dirección de J. Abelló) (tabla I), y cobrarán un impulso notable por la inquietud constante de Gabriel Capellá. En la actualidad, se siguen profesando de dos a tres cursos cada año, caracterizados por el interés práctico que se intenta inculcar en cada uno de ellos.

La Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona empezó su andadura en el año 1968 en el recinto de Sant Pau. Al establecerse definitivamente en Bellaterra, el hos-



Fotografía de la plantilla de ORL en el antiguo Hospital de la Santa Creu, hacia 1920. En la primera fila, los Dres. Lloveras, Cusi, Grau, Abelló y Masip.

TABLA I
CURSOS ORGANIZADOS POR EL
HOSPITAL DE SANT PAU EN LA
DÉCADA 1957-1966

Curso de Sinusitis. *Diciembre 1957.*
 Curso intensivo sobre Audiometría. *Diciembre 1958.*
 Curso intensivo sobre Otorrinolaringología Infantil. *Diciembre 1959.*
 II Curso intensivo sobre Audiometría. *Febrero 1960.*
 Curso Intensivo sobre Cirugía de la Sordera. *Diciembre 1960.*
 Curso de Cirugía Laringo-cervical. *Noviembre-diciembre 1961.*
 Patología y cirugía de la Otosclerosis. *Febrero 1962.*
 Curso intensivo sobre cirugía de la nariz y senos paranasales. *Noviembre 1962.*
 Curso de Oto-rino-laringología para postgraduados. *Diciembre 1964.*
 Curso monográfico de Aparato Vestibular. *Marzo 1965.*
 Curso monográfico de Rinoplastia funcional y correctora. *Marzo 1965.*
 Curso monográfico de Audiocirugía. *Abril 1965.*
 Speech Pathology and Therapy. *Agosto 1965.*
 Cours d'été de Logopedie. *Agosto 1966.*

*Pere Abelló
Miquel Quer*

MANUAL
D'OTO-RINO-LARINGOLOGIA



Manuàls de la Universitat Autònoma de Barcelona



Portada del tratado de ORL, editado con J. Traserra, para la docencia de médicos residentes.

pital conservó una de las Unidades Docentes para las enseñanzas clínicas. Desde su inicio, se impartió la asignatura de Otorrinolaringología; y actualmente, una cátedra y un profesor titular forman parte de su profesorado. En las sucesivas evaluaciones de capacidad docente, el Servicio de ORL de Sant Pau alcanza las mejores cualificaciones. El departamento de publicaciones de la Universidad tiene editado un manual para los estudiantes, redactado desde Sant Pau.

El Servicio de ORL está acreditado para la formación de dos nuevos médicos especialistas, dentro del programa MIR; pero son numerosos los médicos que desde 1960 se formaron con el régimen de internado, antes de la estructuración oficial del MIR, y que hoy ocupan cargos de responsabilidad en la ORL española. La tradición se ha mantenido y el Hospital cuenta, en la ORL, con una escuela especialmente cuidada en la formación quirúrgica de sus discípulos.

CLÍNICO Y SAN PEDRO CLAVER

Dr. R. Pulido Cuchi

La circunstancia de celebrarse este año de 1998 dos aniversarios quincuagésimos: el de la fundación de la Sdad. Española de Otorrinolaringología (en la actualidad también y Patología Cérvico-Facial) y el del Hospital de San Pedro Claver (hoy Fundación San Pedro Claver) nos hace evocar algunas importantes vivencias de nuestra vida profesional, en relación con la «pequeña historia» de la ORL barcelonesa. Quizá, de verdad, no revistan gran trascendencia, pero lo cierto es que en nuestra memoria retrospectiva destacan en el recuerdo de nuestros personales avatares.

Mi primer contacto con la especialidad fue puramente fortuito. Un compañero de curso, con el que muy pronto me uniría un gran afecto personal, Juan Ramón Iturriagagoitia del Solar (quien sería pasados bastantes años uno de los precursores en España de la cirugía funcional en el tratamiento de las otorreas) era cuñado del Profesor Auxiliar de la Cátedra de ORL de la Facultad de Medicina de Barcelona. Del Dr. José M^a Roca de Viñals, a quien me presentó primero y éste, a su vez, me introdujo al jefe, el Profesor Numerario de la Cátedra, Don Fernando Casadesús Castells, primer catedrático oficial de la asignatura de Barcelona, desde, creo recordar 1926. Y así es cómo cuando nos lo permitía el horario escolar actuábamos, Iturri y yo de «internoides» (rellenábamos las gráficas de temperaturas y pulsos por las mañanas y por las tardes, curábamos a algunos pacientes internados, ayudábamos a pasar las visitas en nuestro dispensario...). Cursando el 5º de Licenciatura oposité y obtuve una plaza de alumno interno pensionado de la Sección de Cirugía del Hospital Clínico (¡cuya remuneración mensual eran 1.000 ptas!).

Esta plaza fue mi catón quirúrgico que me entreabrió el amplio horizonte de la cirugía general y espoleó mi deseo, ¡cándida simplicidad!, de aplicar mis novísimos conocimientos prácticos que iba asimilando a algunas parcelas de especialidad. Mi condición de alumno interno pensionado me granjeó mucha simpatía entre la nómina de médicos adscritos al Servicio Dres. Francisco Cavaller, Luis Suñé Medán, L. Díaz Bonet, Dian Torreblanca, Rosendo Poch Viñals, Miguel Moragas Pons y las Dras. Wenceslao Zurdo y Joaquina Francesch.

De todas formas la mejor ventaja que me concedería mi titulación de interno pensionado la viviría durante los tres calamitosos años de nuestra contienda ¡civil?, por los puestos que fui desempeñando supongo que por mi estilo de actuación con los heridos, hábito adquirido en el Servicio de Urgencias.

La imaginación me ha llevado a adelantarme algunos años, ya que el último párrafo es, evidentemente, posterior a la terminación de mi Licenciatura, de mi Reválida, de mi curso de Doctorado en Madrid y de mi estancia en el Extranjero (un año becado por la Fundación Antúnez, primero en Londres, con el Major Sir Harold D. Gillies, en el Queen's Hospital, en su Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva y en Burdeos, con el Profesor Georges Portmann, titular de ORL de esa Universidad, ambas figuras señeras y universales en sus respectivos ámbitos. Asir Harold le vi construir uno de sus famosos «tube pedicle» (tejido para trasplante provisto de pedículo vascular).

En septiembre del 36 (la guerra comenzó en el mes de julio) fui movilizado por las Milicias

Antifascistas que organizaba o dirigía un tal Dr. Mías (desde un edificio de la Rambla de Cataluña-Diagonal) y enviado por ferrocarril al frente de Aragón, a Caspe, junto con otros pocos colegas. Descendimos en Caspe instalándonos en un convento, metamorfoseado en hospital militar, sito en un margen del río Guadalope. Ahí comenzó mi diversificada carrera de médico militar, ciertamente afortunada (mucho más que la de otros compañeros, amigos o hasta parientes que desaparecieron o hasta perdieron la vida), que terminé de Cirujano-Jefe del Tren Hospital nº 20, tren que constaba de varias unidades: en una teníamos bien acondicionados dos quirófanos, en otra rayos X y laboratorio de análisis y podíamos hacer transfusiones sanguíneas. Era una estación quirúrgica móvil, dependiente de la Jefatura de Sanidad de Valencia, que nos enviaba a seguir las ofensivas del Ejército Republicano y a colaborar activamente en los primeros tratamientos y evacuación de heridos a la retaguardia. De las últimas campañas en que participamos fue la del Ebro.

Cuando se inicia la primavera del 39 y finaliza el conflicto armado, yo ya estaba de regreso en Barcelona desde aquel enero y me había reincorporado a mis anteriores puesto de trabajo civil que tenía asignados: Jefe de la Sala de Hombres del Servicio de Don Fernando, con mi bueno y apreciado amigo Raimundo Esteve Ferrer, estudiante del 3º o 4º curso. Esta responsabilidad la compaginaba con las guardias en el Servicio de Urgencias. Pronto volvimos a ver reincorporado al propio Dr. Casadesús que había pasado aquellos 3 años entre Italia y Sevilla. Y todo el equipo se afanó en recuperar la normalidad de antaño que duraría hasta la jubilación reglamentaria del Prof. Casadesús (24 de octubre de 1952), que en las postrimerías de su carrera universitaria había sido distinguido por el Ministerio de Instrucción Pública con la Medalla de Alfonso X el Sabio.

Esta segunda época bajo la égida de Don Fernando fue de mucha actividad y novedades por varios conceptos: la introducción en nuestros hospitales y clínicas de los novísimos antiinfecciosos sulfas y penicilinas, la adopción de nuevos métodos de exploración, tan novedosos como la audiometría y la nistagmografía, la orga-

nización de cursillos monográficos y sobre todo el inicio de la publicación en 1950 del ACTA OTO-RINO-LARINGOLÓGICA IBERO-AMERICANA fundada y dirigida por Don Fernando, espoleado esta vez por los doctores Jorge Perelló y José Mª Roca de Viñals, de aparición bimestral. Por cierto que el Acta fue rebautizada como ANALES ORRINOLARINGOLÓGICOS IBERO-AMERICANOS obligados por una desastrosa reclamación patrimonial, al fallecimiento del Dr. Casadesús.

De esta segunda época es también la decisión que se toma en el Servicio del H. Clínico, por insistente sugerencia del Dr. Campmajó, de festejar cada 3 de marzo a San Blas (Sant Blai) nuestro popular Patrón. La celebración será triple: religiosa en la Parroquia de San Jaime, de Barcelona, con la pertinente homilía, a la que asisten los miembros directivos de la Sociedad y una muy extraordinaria concurrencia de fieles; científica, concediéndose un Premio en metálico y un Diploma honorífico al trabajo escrito que lo haya merecido a juicio de un tribunal de especialistas; y gastronómico, banquete de fraternidad entre los miembros de la Sociedad con entrega a los galardonados de las distinciones y elección entre los asistentes del título del próximo tema anual. La Sociedad Catalana de ORL auspicia esta celebración a la que se suman todos los especialistas de los Hospitales de Cataluña.

Desaparecido Don Fernando tras un corto período en que el Jefe del Servicio fue el Prof. A. José Mª Roca de Viñals, la titularidad de la Cátedra de Barcelona recae por concurso de traslado del escalafón universitario en el Prof. Adolfo Azoy Castañer, a la sazón catedrático numerario de la asignatura en la Universidad de Sevilla, quién también era Jefe de ORL del Instituto Neurológico Municipal y del Hospital de Ntra. Sra. del Mar, vulgarmente conocido como Hospital de Infecciosos. Una de las primeras disposiciones que adopta el nuevo jefe, posesionado de su último cargo, es la de convocar a una reunión al «staff» de los dos servicios (Hospital Clínico y Neurológico) para informarles de la obligación que debían cumplir los reunidos de solicitarle por escrito la confirmación de los puestos que ocupaban. Tal decisión del nuevo «Chef» motivó que el

Dr. Roca de Viñals nos ofreciera trasladarse con él a todos los del grupo que lo desearan a un Dispensario (no creo que en aquel entonces —año cincuenta y tantos— se considerara ya como un Hospital) del Pueblo Seco de Barcelona (entre la Avenida del Paralelo y la falda de Montjuich, en la vecindad del Puerto). En tal emplazamiento ya funcionaba con singular aceptación y mucha concurrencia de enfermos del barrio, dos Dispensarios. Uno de Oftalmología que dirigía el Dr. Gabriel Pérez Bufill y otro de Dermatología, por los Dres. José M^a Mercadal y J. Umbert. Al Dr. Casadesús le fue solicitada su colaboración por el Jefe del Servicio de ORL del Hospital del Sagrado Corazón, de Barcelona, Dr. Ferrando, donde siguió operando. Los demás compañeros del Clínico en la diáspora siguieron caminos distintos. El Dr. Andrés Clarós dejó de compaginar H. Clínico y H. de San Juan de Dios y a éste último, acompañado por el Dr. Raimundo Esteve, dedicó su esfuerzo. El Dr. Gabriel Capellá Bujosa fue al Hospital de la Santa Cruz y San Pablo en el puesto de Director del Servicio de ORL. Al Hospital de la Cruz Roja, bajo la titularidad del Dr. José Prades, se acogió la Dra. Wenceslao Zurdo, quizá junto con la Dra. Joaquina Francesch. Todos los demás Perelló, Torres de Gasó, Ramón Vergés, Joaquín Burgués, Pedro Campillo y el que suscribe, formamos piña con mis inolvidables amigos y maestros Roca de Viñals y Torrents. El Dr. Rosendo Poch Viñals ya había volado y se había inscrito en el escalafón de los Catedráticos de Universidad. El Dr. Eduardo Berini Giménez, entrañable amigo si los hay, muy pronto se unió a este grupo de San Pedro Claver, cobijados en la Parroquia del mismo nombre, regida por el Padre Artigas S.J.

Este cambio tendría lugar, probablemente al final de los 50 ó principios de los 60 y todos nos afanamos en la organización y en hacer rendir el Servicio. Aportamos la clientela que pudimos. Personalmente, siendo como era otorrinolaringólogo de los Servicios Médicos del Puerto de Barcelona, pude operar sobre todo hijos de portuarios de amigdaloadenoidectomía (¡era la época de esta patología y de esta cirugía!). No estábamos solos los médicos en nuestra humanitaria misión: teníamos 3 señoritas,

misioneras de la Caridad, Josefina Peris, Pilar Cusí y Merceditas Goui que hacían más grato nuestro empeño. Varias otras señoritas seglares les aliviaban en su cotidiano quehacer.

Recuerdo perfectamente que nuestro alejamiento físico del H. Clínico fueron el motivo y la razón más poderosa que movió, a aquel grupo que seguía virtualmente la huella del Dr. Casadesús, a fundar en el seno de la Sociedad Catalana de ORL de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares de los Cursos bienales de Novedades Médico-Quirúrgicas en ORL cuya próxima convocatoria está prevista para noviembre de 1998.

La Academia es la sede de las conferencias y en los diversos hospitales de la ciudad se imparten cursos preferentemente monográficos.

En este preciso momento acude a mi memoria que uno de nuestros conferenciantes fue el famosísimo Profesor belga Kluyskens, que había realizado, por primera vez en la historia de la Laringología, el primero y —por ahora— único trasplante de laringe a un paciente canceroso. Sabido es que al cabo de unos meses, menos de un año, el trasplantado falleció por incompetencia tisular (problemas de inmunosupresión).

Faltaríamos a un deber obligado, como íntimo amigo que fui de José Torrents sino recordase aquí que en el Congreso Internacional de ORL, de Amsterdam (1953) presentó una comunicación sobre Laringuectomía parcial inferior o subglótica con colgajo precervical, para la ablación de cánceres glotosubglóticos unilaterales sin compromiso aritenoides. La intervención no requería traqueotomía y el discreto faringostoma se cerraba a las pocas semanas.

También Roca de Viñals trabajó algún tiempo en la cirugía de las otorreas y tratando de evitar la trompa como vía de comunicación infecciosa entre cavum y oído medio, ocluía el orificio de la trompa, desde el oído medio con un «stop» muy pequeño, cilíndrico, de material plástico.

Esta dedicación de Torrents a la Laringología y de Roca de Viñals a la Otología, que duró muchos años, retratan sus personalidades de laboriosidad dignas de admiración e imitación.

En la actualidad el H. de San Pedro Claver es una fundación privada patrocinada por la

Generalidad, sin servicios quirúrgicos, donde se atiende a pacientes del barrio y otros remitidos con «volante» desde otros centros sanitarios de la ciudad. Está al cargo del servicio de ORL la Dra. Mercè Bohé Rovira, con Título de Especialista otorgado por el Ministerio de Educación desde el año 1996. Colaborando en este

servicio está «enquistado» el autor de esta gaceta.

Y concluimos felicitando a nuestro Presidente, Prof. Teodoro Sacristán y al selecto grupo de sus íntimos colaboradores, por el éxito más que seguro de este Congreso de la Sociedad Española y de su Aniversario.

HOSPITAL BELLVITGE



Inauguración del Hospital de Bellvitge por los Príncipes de España.

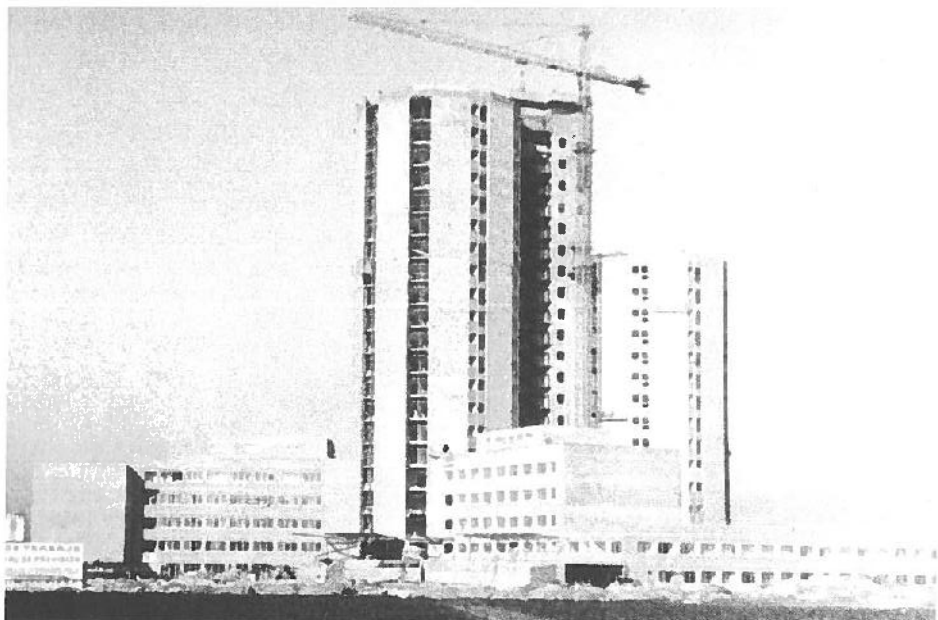
Dr. M. Dicenta Sousa

El servicio de Otorrinolaringología del Hospital Prínceps d'Espanya, está situado en el complejo de la C.S. i U. De Bellvitge, centro emblemático de la sanidad catalana nacido y formado en un momento histórico y trascendental para el país, por los profundos cambios políticos y sociales que se avecinaban en el momento de su constitución, de gran importancia para el futuro de la nación. Ha cumplido el Hospital su veinticinco aniversario en el año 1997, y el servicio de ORL en pleno funcionamiento en el año 1999.

Hasta el año 1972, la Seguridad Social sólo tenía en Catalunya una ciudad sanitaria, la actual Vall d'Hebrón, por aquel entonces Residen-

cia Francisco Franco, y tres hospitales más cada uno de ellos en la ciudades de Girona, Lleida y Tarragona, por lo que la cobertura asistencial en aquellos momentos era muy deficiente.

Como resultado de la fuerte inmigración de los años sesenta, hacia Catalunya y en especial hacia el cinturón industrial de Barcelona, la construcción de un nuevo hospital, con sus respectivas especialidades en el área metropolitana era esencial. Hospitalet de Llobregat, ciudad junto a Barcelona por su parte sudoeste, era uno de los municipios que había recibido más población inmigrante. El Ayuntamiento con una clara visión de futuro, facilitó el camino para la construcción de este nuevo centro sanitario, en



El Hospital de Bellvitge en construcción.

unos terrenos excelentes tierras de cultivo pero a la vez abiertos a los vientos, lo que facilitaba el estancamiento de las aguas y una cierta insalubridad, hechos que facilitarían cierta problemática, que más tarde padecería el hospital. Dichos terrenos habían sido tanteados para la construcción de un campo de fútbol para el R.C.D. Español, se compraron a 18 pts. palmo cuadrado en un total de 78 millones en el año 1969.

Su construcción encargada a la empresa Dragados y Construcciones, se inició a mediados de 1970, junto con la U.A. de Bellaterra. Fue una de las grandes obras públicas de aquellos años. La disposición vertical característica del hospital, no siendo una arquitectura exclusivista, responde a un patrón común de los edificios impuestos por el aquel entonces Instituto Nacional de Previsión, planteamiento arquitectónico hoy día abandonado. Con una imagen externa moderna y de un lujo moderado las torres del hospital y sus edificios anexos, constituyen un pequeño mundo que se ha ido formando durante estos veinticinco años. Las unidades de hospitalización tienen un diseño atractivo, al ser circulares con control de enfermería central que facilita la asistencia a los pacientes.

El 8 de noviembre de 1972, fue inaugurado con el correspondiente protocolo asistiendo los príncipes en aquellos momentos de España D.

Juan Carlos y Doña Sofía y del ministro de Trabajo y Seguridad Social D. Licinio de la Fuente.



Inauguración del Hospital de Bellvitge «Prínceps d'Espanya».

Centro de tercer nivel hospitalario por lo tanto de alto nivel y tecnología es hospital de referencia a más de un millón de personas del Baix Llobregat, l'Alt Penedés, el Garraf, l'Anoia, ciudad de Hospitalet de Llobregat y también para Girona, Lleida y Tarragona por lo que respecta a determinados niveles asistenciales de tercer nivel.

Está dotado de 960 camas, 28 quirófanos, 3.151 profesionales y con una actividad asistencial anual para el año 1996 de 26.000 ingresos, 102.000 urgencias, 20.500 intervenciones y 350.000 visitas en consultas externas.

La confluencia de los perfiles profesionales en los primeros años de funcionamiento ha determinado su personalidad dado de que por un lado es ocupado por unos profesionales con una amplia formación, tanto recibida en España como en el extranjero y ser una plantilla muy joven de titulación reciente marcadamente progresista llegadas de sitios diferentes.

Como en la mayoría de las inauguraciones tanto el hospital como el servicio de ORL inició su andadura con limitaciones, al no haberse podido nombrar todo el equipo médico, no disponer de enfermería suficiente, pocas unidades de hospitalización abiertas y pocos quirófanos, siendo los accesos al hospital francamente difíciles y peligrosos.

En el año 1972 el servicio de ORL estaba formado por su jefe de servicio Dr. M. Maños Gonzalo y dos jefes clínicos Dr. E. García Ibáñez y Dr. M. Mexía del Río, prácticamente sin unidad de hospitalización y una rudimentaria consulta externa, con dotación instrumental excelente en aquellos momentos.

El primero de enero de 1974, se incorporan 6 médicos adjuntos y un médico residente MIR en formación, personal de enfermería adecuado, ubicación física del servicio de manera definitiva con dos unidades de hospitalización y cincuenta y cuatro camas, consultas externas adecuadas y asignación de dos quirófanos en el área correspondiente. Es realmente en estos momentos cuando empieza la andadura propia del servicio junto con la acreditación para la formación por año, de dos médicos residentes MIR, que al ser nuestra especialidad de cuatro años, hacen que sean un total de ocho, que van a conformar la plantilla con los de Staff. A lo largo de

estos veinticinco años se han formado, cincuenta médicos especialistas.

Desde el año 1990 el servicio es dirigido por imperativos de la edad del Dr. M. Maños por el Dr. Manuel Dicenta Sousa.

No ha sido un servicio cuya característica sea la de su renovación lo largo de estos años si reseñaré que durante este tiempo ha fallecido el Dr. Manuel Mexia del Río y algunos cambios dentro de su plantilla médica como son el Dr. J. Oliveras Cabré o el Dr. J. M^a Torres Esteban, si por el contrario la renovación ha sido prácticamente total en enfermería y personal auxiliar.

Los habatares han sido múltiples y los cambios asistenciales, que aún se presuponen mayores, han sido profundos. Desde el servicio féreamente jerarquizado al hoy día consensuado y de ser el receptor de la medicina primaria especializada a pasar a ser el que va a realizarla fuera del hospital. Esto último ha producido grandes cambios en la concepción del servicio y su funcionamiento al haberse asimilado casi to-

OTORRINOLARINGOLOGIA

PABELLO • JTRASERRA



DOYMA

do Hospitalet y todo el Prat de Llobregat en su medicina especializada ORL, por lo que en la actualidad consta de:

Jefe de servicio, dos jefes clínicos, nueve adjuntos médicos especialistas ORL, supervisor de enfermería, quince diplomadas en enfermería, incluyendo técnicos audiometristas, logopeda e instrumentistas y quince auxiliares de enfermería.

Como espacio físico, una unidad de hospitalización con veintiocho camas, dos quirófanos/día, seis módulos de consulta y tres gabinetes de exploraciones ORL.

Es desarrollada la especialidad en su totalidad, desde las técnicas de exploración más sencillas a las más sofisticadas, como las del estudio de la voz y el vértigo. Se efectúan toda clase de intervenciones en cancerología con una unidad multidisciplinaria formada por especialista ORL, cirujano plástico y cirujano máxilofacial. Las técnicas otoneurológicas en unidad formada por ORL y neurocirujano. Cirugía láser en todas sus facetas.

Siempre refiriéndonos al año 1996, según memoria del mismo hospital, este servicio ha realizado un total:

8.560 primeras visitas, 15.845 visitas sucesivas, 6.446 pruebas complementarias y 1.214 intervenciones en el bloque quirúrgico.

La enseñanza de la especialidad arraigada desde el principio en el servicio, fue dedicada además de a los médicos MIR a los estudios de formación de la enfermería que en el curso académico 1977-78, pasó a ser «estudios universitarios», en la escuela propia dentro del mismo hospital. Por otro lado dentro del denominado «Campus de Bellvitge», dependiente de la Universidad de Barcelona, se encuentra la Facultad de Odontología, en donde la enseñanza de ORL es impartida por los Dres. Ramón Jiménez Montoya y Josefina Girones Bonells como profesores asociados. Asimismo, la Licenciatura de Medicina, que se encuentra dentro del mismo «campus», es impartida en su vertiente ORL por el Dr. M. Maños Pujol como profesor titular y el Dr. Manuel Dicenta Sousa como profesor asociado.

Diversos cursos nacionales e internacionales se han realizado en el servicio así como el desarrollo de tesis doctorales por parte de miembros del mismo.

HOSPITAL MILITAR

Dr. J. J. Chamizo García

La Sanidad Militar, tradicionalmente, ha sido la responsable de la salud del Personal Militar pertenecientes a los tres Ejércitos, Tierra, Mar y Aire, Guardia Civil y Policía Nacional y familiares de cada uno de ellos. Igualmente estaban al amparo de Sanidad Militar, hasta hace bien poco tiempo, todos los trabajadores y familiares de éstos al servicio de los Ministerios referenciados anteriormente, como así mismo los Diplomáticos extranjeros.

En el presente trabajo sólo consideraremos nuestra actividad profesional ORL desde el año 1937 dentro del Hospital Militar de Barcelona.

Durante parte del siglo pasado y hasta el año 1942 en que fue totalmente evacuado al nuevo Centro, el Hospital Militar de Barcelona, estuvo ubicado en el Convento de los Padres Paúles de la calle Tallers. Dicho Hospital recibió los nombres de «San Severo», y posteriormente de «San Carlos Borromeo».

El actual Hospital Militar, llamado también de Vallcarca, fue inaugurado en la primavera del año 1937, en plena Guerra Civil. Cuenta con 12 Pabellones comunicados entre sí por puentes; con todo tipo de Servicios Centrales y Auxiliares al igual que un gran Hospital. Dispone de 300 camas montadas, actualmente, y ampliables a más de 1.000 en caso de extrema necesidad.

La Consulta de ORL era y es en la actualidad grande, ventilada, disponiendo de: Recepción, Sala de espera para 100 personas pero compartida con tres Especialidades más; aseo, Sala de exploración clínica para DOS médicos, 2 Salas de exploraciones funcionales, despacho médico, y un pequeño quirófano ambulatorio.

Amén del instrumental habitual de cualquier Consulta ORL, se dispone de Microscopio de columna-techo en quirófano central, medios de Microcirugía para oído y laringe, E.R.A., Békessy, impedanciómetro automático, fibroscopio rígido y flexible, microscopio de pie en Consulta, etc.

Clásicamente, el Médico Especialista y la Hermana de la Caridad, en nuestro caso Sor Antonia María, eran los puntales de cualquier Servicio. Con el paso de los años, se vino a completar la plantilla con Personal Civil: ATS o DUE, Auxiliar de clínica, Limpiadora, Celador...

Los Médicos Militares, al igual que los Civiles, eran omniscientes hasta finales del siglo pasado y principios del presente, en que se inicia la carrera hacia las Especialidades Médicas: En 1908, la de Higiene; en 1910, la de Cirugía; en 1918, las de Bacteriología y Análisis Clínicos, Cirugía Operatoria, Radiología y Electrología, y Oftalmología; en 1919, la de Dermatología y Sifiliografía; en 1932, la de Psiquiatría... Pero no es hasta 1940 en que, por Orden del 26 de septiembre, se comienzan ya a formar los Diplomados Especialistas en ORL, dando opción a los Capitanes Médicos con más de 5 años de Servicio, los que, previa Oposición aprobada, pasaban a especializarse en el Hospital Militar Gómez Ulla de Madrid, inicialmente durante un año, más tarde durante dos, y, a partir de 1976, durante tres años. La formación en la Especialidad ORL, al igual que otras, suponía la superación de unas pruebas sobre unos temarios, como, así mismo, la práctica de la Especialidad en el Hospital.

El Servicio ORL del Hospital Militar de Barcelona, por lo general, ha estado cubierto con

un Especialista diplomado en ORL, en ocasiones durante tiempo han coexistido dos Especialistas Diplomados y, excepcionalmente, por escaso tiempo, han estado dos Especialistas Diplomados y un Especialista Civil .

Los Jefes del Servicio ORL de Hospital Militar de Barcelona, desde el año 1939 han sido:

- Dr. D. Francisco Cavaller Rigol desde el 26-6-39 al 1-8-47.
- Dr. D. José Luis Dicenta Seguí desde 1-8-47 al 28-2-70.
- Dr. D. Manuel Dicenta Sousa marzo y abril de 1970.
- Dr. D. Serafín Sánchez Tovar, de abril de 1970 al 29-6-1987.
- Dr. D. Juan Jesús Chamizo García, 29-6-1987 hasta...

Podemos recordar algunos datos biográficos, escasos por la brevedad del trabajo, sobre los Médicos que pasaron por el Servicio O.R.L. de Hospital Militar de Barcelona:

- Dr. Francisco Cavaller Rigol, catalán, nacido el 13-7-1905, Capitán Médico Asimilado, se incorporó al Hospital como Jefe de Equipo de ORL porque practicaba la ORL desde su ascenso a Alférez Médico Asimilado el 15-2-1937. No debía disfrutar de la salud. Profesor Auxiliar de la Facultad de Medicina de Barcelona. Consta que asistió a un cursillo de Cirugía de la Otosclerosis, en Madrid, el 23-6-46. Cesó en el Hospital Militar el 8-8-1947.
- Dr. José Dicenta Seguí, menorquín, que nació el 4-1-1908. Siendo Capitán Médico y después de completar su formación como Diplomado en Otorrinolaringología en el Hospital Gómez Ulla de Madrid y realizar su tesis doctoral sobre «Colesteatomas», fue destinado al Hospital Militar de Barcelona, como Jefe del Servicio ORL, incorporándose el 1-8-47. Durante su permanencia en el Servicio, le dio a éste gran categoría por su ingente e inestimable labor de Especialidad. Cesó en el Hospital a finales de febrero de 1970 siendo Coronel.

- Consta que pasaron por el Servicio de ORL: El Comandante Médico D. Miguel Oliveros Álvarez (1945); Dr. Prades Plá, Dr. Campillo (1960, 61, 62, 63); Dr. Hernández (1960); Dr. Blasco (1964, 65, 66); Dr. Ruiz (1966 y 67); Dr. Pinart; Dr. Emilio García Ibáñez Ferrándiz Dr. D. Manuel Dicenta Sousa (1964), hijo del Dr. D. José Dicenta Seguí, Médico y encargado del Equipo ORL en marzo y abril de 1970, actualmente Jefe del Servicio ORL de la Residencia Sanitaria Príncipes de España, de Bellvitje, y Presidente de la Sociedad ORL Catalana.
- Dr. Serafín Sánchez Tovar, extremeño, que nació el 11-6-1928. Siendo Capitán Médico, fue destinado a este Hospital procedente del de Ceuta, en abril de 1970. Gran habilidoso en la cirugía de laringe. Con el grado de Coronel fue Director del Hospital, donde cesó el 29-6-87, pasando su residencia a Cáceres.
- Dr. Antonio Pérez Peña, andaluz, nacido el 5-6-41. Fue su primer destino como Especialista ORL el Hospital Militar de Barcelona, al que se incorporó en enero 1972. Fue colaborador directo del Dr. Sánchez Tovar. Cesó en este Centro en enero de 1976 para ir destinado como Jefe al Hospital Militar de Zaragoza, llegando a ser el primer presidente de la Sociedad Aragonesa de ORL.
- Dr. Jesús Martín Romo, castellano, que siendo Capitán ATS estuvo destinado en el Hospital, desarrollando su labor de ORL desde 1980 a 1984, pues era Especialista Civil.
- Dr. Juan Jesús Chamizo García, aragonés, nacido el 27-11-46, cursó sus estudios de Medicina en la Universidad de Barcelona. Cuando era Capitán Médico y Diplomado Especialista en ORL, desempeñó el cargo de Jefe de Sanidad Militar en San Sebastián y Guipúzcoa, durante 15 meses, desde donde vino a este Centro el 15-5-84. Colaborador de Sánchez Tovar, ha participado en diversos Certámenes y Congresos Militares y Civiles, sobre temas de ORL Militar. Ha practicado con frecuencia la microcirugía de oído y endolaringea, aunque le ha correspondido la peor época en el ejer-

cicio de su Especialidad, por ser momentos de profundos cambios en la estructura de las Fuerzas Armadas. Desde 1-7-97, compatibiliza la Jefatura de ORL con la Dirección del Centro.

Dejaremos constancia de la labor realizada los años 1955 y 1987.

Ya en el año 1955, el Sr. Director del Hospital solicitaba, según consta en la Memoria del mismo, un Ayudante Médico para las Especialidades Médico-quirúrgicas, como consecuencia del exceso de trabajo.

El horario de visitas para beneficiarios del PATRONATO MILITAR de la SS, incluía los SÁBADOS de la 9:00 a las 12:00.

LABOR ORL DE 1955

- Total Hospitalizados: 1.066
- Trat. Quirúrgico:
- Trat. Médico Hospitalario: 597
- Consultas externas: 6.292
- CIRUGÍA:
 - Fosas Nasales, Senos, Boca y Esófago: 166
 - Rinofaringe y Cuello: 227
 - Laringe, Tráquea y Bronquios: 20
 - Oído: 56

Hospitalizados: 469

No Hospitalizados: 128

LABOR ORL EN 1987

Nótese el gran descenso en cifras absolutas con respecto a la labor de 1955, como consecuencia de la drástica reducción del Colectivo atendido:

- Hospitalizados: 172
- Consultas externas: 5.722
- CIRUGÍA:
 - Laringectomías totales: 3
 - Faringostomas y traqueotomía: 6
 - Fracturas de Huesos Propios: 7
 - Pólipos, quistes y cáustias: 16
 - Amigdalectomía: 10
 - Adenoidectomía: 10
 - Septo y Septorrinoplastias: 10
 - Cirugía Menor Faringo-Lar: 27
 - Otras Inter. Ambulatorias: 64
 - Laringocele: 1
 - Sinusitis Frontal: 1
- Audiometrías: 1.636
- Impedancias: 584
- Calóricas: 23
- ERA: 428

ORL MILITAR

En sentido estricto, no cabría hablar de una ORL necesariamente Militar, diferente a la Civil; no obstante, sí han existido unas técnicas o métodos más arraigados en el tiempo dentro de los Hospitales Militares:

1. Se ha utilizado al máximo la anestesia local, para: Exéresis de pólipos laríngeos, biopsias o lesiones leves faringo-laríngeas; la amigdalectomía con Sluder utilizando la anestesia local o sin anestesia; adenoidectomía. Septoplastias y septorri-noplastias, así como miringoplastias.
2. Se ha buscado, más bien, técnicas de radicalización en intervenciones de laringe y oído, dejando, en ocasiones, el componente funcional en un segundo plano, por considerarle secundario...
3. Como método de tratamiento médico de las diferentes patologías ORL se han seguido las mismas normas que la Sanidad Civil; no obstante, el aprovechamiento de FÓRMULAS MAGISTRALES, cuando han sido válidas, también se han prodigado lo suyo. Y como recuerdo y recopilación de éstas, se apuntan las aplicadas en 1939:
 - Glicerina Yodada: Faringoamigdalitis crónica.
 - Inyec. De Caerdilato de Sosa y estrignina a dosis pequeñas: Parálisis Velo del Paladar (secuela de Difteria).
 - Sondajes: Otitis catarrales.
 - Instilaciones óticas (Glicerina y licor de Van): Forúnculo de oído (Y calor local).

- Lavados con agua bórica: Otitis con Osteítis.
- Alcohol boricados a saturación 70°: Otitis media y externa.
- Baños con agua oxigenada: Osteítis del oído después de radical.
- Instilaciones nasales con vaselina gomenolada (gomenol-resorcina y vaselina): Rinitis Hipertrófica.
- Gargarismos y toques con azul de metileno: amigdalitis pultácea, Toque laríngeos con cloruro de Zn: Laringitis Catarral.

4. Resolver científicamente todos los problemas de SIMULACIÓN Y DISIMULACIÓN en el campo de la ORL sigue siendo un gran problema.
5. Asimismo la labor PERICIAL, continua siendo de gran importancia por la cantidad de trabajo que representa la diversidad de baremos que deben ser aplicados y por el gran compromiso con la Administración y el peritaje.
6. La ORL Militar ha dado algunos nombres ilustres a la Especialidad que, además de los citados en el apartado de Personal, son: El Catedrático de Sevilla y Barcelona, D. Adolfo Azoy Castañé, Dr. Álvarez Pérez, Dr. Álvarez Vicent, Dr. Ferichola...

BIBLIOGRAFÍA

1. María Massons J. «Historia de la Sanidad Militar Española». Ediciones Pomares-Corredor, S.A. Barcelona, 1994.
2. Archivo General del Hospital Militar de Barcelona.
3. Archivo del Servicio ORL.

CAPÍTULO X

BIOGRAFÍAS DE PERSONAS RELEVANTES DE NUESTRA ESPECIALIDAD

- **Dr. Francisco Antolí-Candela**
- **Dr. Francisco Antolí-Candela Cebrián**
- **Dr. Rafael Ariza Espejo**
- **Dres. Luciano y José María Barajas**
- **Dr. Faustino Barberá y Martí**
- **Dr. Juan Bartual Moret**
- **Dr. Rafael Bartual Vicens**
- **Dr. Ricardo Botey Ducoing**
- **Dr. Peregrín Casanova Ciurana**
- **Dr. Daniel García Hormaheche**
- **Dr. Luis García Ibáñez**
- **Dr. Antonio García Tapia**
- **Dr. Jaime Marco Clemente**
- **Dr. Antonio Martín-Calderín Menéndez**
- **Dr. Justino Paredero del Bosque**
- **Dr. Rosendo Poch Viñals**
- **Dr. Joaquín Portela González**
- **Dr. Esteban Scola Basaguren**

DR. FRANCISCO ANTOLÍ-CANDELA

F. Ferrer Baixauli

L. Blay Galaud

J. L. Fresquet Ferrer

J. Marco Algarra

Nació en Valencia en 1870. Vivió en Marsella durante su juventud hasta estudiar Medicina en la Facultad de Valencia, obteniendo en casi todas sus asignaturas Matrícula de Honor, lo que le permitió acudir al extranjero como Becario al Hotel Dieu de París y al Hospital de Berlín. Fue uno de los otorrinolaringólogos más completos y prestigiosos en el ámbito nacional, a pesar de que no tuvo labor docente universitaria. Realmente, sí fue un gran estudioso, tal como nos comenta su hijo Francisco, y publicó gran cantidad de artículos en las revistas valencianas de la época (*La Crónica Médica, Policlínica, Revista Valenciana de Ciencias Médicas*).

Tal como comentamos, abarcó con gran eficacia y sabiduría todos los campos de la ORL. De tal forma, practicó laringuectomías desde 1915 según el método de Glück y con anestesia general, con publicaciones muy documentadas y demostrativas; también ha sido considerado como uno de los padres de la rinoplastia en España, junto a Vilar Sancho (tal como refleja Herrera Casado en su Tesis Doctoral: Nacimiento y desarrollo de la otorrinolaringología en España), y además diagnosticaba y trataba con eficiencia gran cantidad de patología audioquirúrgica. También adquirió gran prestigio en su técnica de extracción de cuerpos extraños esofágicos, mediante esofagoscopia rígida mientras el paciente permanecía en posición sentada en una silla especial para tal evento importada de Alemania. Ante esto era hubo una frase popular:

«El Dr. Antolí-Candela et trau un xavo de la gola, i a més cinc duros».

Se casó en dos ocasiones. La primera esposa falleció cuando su primer hijo, Francisco, tenía 9 meses. Con la segunda tuvo tres hijos más Fernando, Ernesto y María Teresa. Tal como nos comenta su primer hijo, lo recuerda como una persona muy trabajadora y estudiosa, por lo que muchas veces renunciaba a ir al teatro o a la ópera para permanecer en casa estudiando. Francisco y Fernando continuaron brillantemente su labor como otorrinolaringólogos, publicando juntos gran cantidad de valiosos trabajos, sobre todo audioquirúrgicos. Ambos acudían a ayudar a su padre en las intervenciones quirúrgicas en la «Casa la Salud» desde que eran adolescentes, y éste siempre fue su gran maestro y guía. Realmente, Francisco se dedicó completamente a la ORL, consiguiendo gran prestigio internacional como otorrinolaringólogo, pero Fernando estuvo muy condicionado para ejercer en este ámbito. Este último es reconocido en el ambiente artístico, bajo el pseudónimo de Antonio Sacramento, como un insigne escultor y pintor. Su única hija no hizo estudios universitarios, y Ernesto es farmacéutico.

Al efectuar un estudio de su obra y publicaciones en revistas médicas valencianas de la época, podemos destacar su gran labor como productor de artículos otorrinolaringológicos, abarcando todos los campos de nuestra especialidad, con gran rigurosidad. En total hemos recopilado un total de 40 publicaciones, entre las

cuales se presenta su experiencia en la cirugía de laringe, exponiendo sus experiencias con las laringuectomías totales practicadas. También presenta casos sobre cirugía nasal («Un caso interesante de rinofima», *Policlínica*, 1919), («Corrección plástica en las narices deformes», *Policlínica*, 1921). Asimismo, presenta otra serie de trabajos sobre complicaciones otológicas, neoplasias de parótida y de esófago.

Sin desmerecer a ninguno de sus discípulos, no podemos olvidar al Dr. Lloret Papí, un otorrinolaringólogo de reconocido prestigio en la ciudad de Valencia, de una gran calidad humana.

Entre sus cargos destacamos que fue director del «Simposio Internacional de Otoneurocirugía II, 1959», celebrado en Madrid.

Falleció en Valencia a los 94 años.

DR. FRANCISCO ANTOLÍ-CANDELA CEBRIÁN



F. Ferrer Baixauli

L. Blay Galaud

J. L. Fresquet Ferrer

J. Marco Algarra

Nació en Valencia en la calle Colón el 5 de diciembre de 1909. Hijo de uno de los fundadores de la otorrinolaringología en Valencia, con gran prestigio nacional, también llamado Francisco Antolí-Candela. Su madre falleció a los nueve meses de su nacimiento. Posteriormente su padre se casó en se-

gundas nupcias, y nacieron sus hermanos Fernando, Ernesto y María Teresa. Fernando Antolí-Candela, también médico, participaría en muchos trabajos sobre ORL conjuntamente con Francisco.

Estudió el bachiller con los jesuitas, y ya en su adolescencia acompañaba a su padre en al-

gunas intervenciones quirúrgicas, *«mareándose las primeras veces»*. En esa época, ya empezó a descubrir que su principal campo de acción sería la audiocirugía, sin descuidar el resto de facetas otorrinolaringológicas. Estudió Medicina en la Facultad de Valencia.

Su padre, fue *«su gran maestro y el gran director de su vida, que le resolvía todo»*. Para liberarse un poco de su aureola, nos comenta que empezó a ejercer tempranamente en Castellón en su propia clínica privada, alternando con la que tenía su padre en Valencia, donde ejercía como colaborador. En esta ciudad nos cuenta que *«pasó unos años maravillosos, y en parte le sirvió para hacerse un hombre»*. Además allí se casó con la mujer que ha estado siempre a su lado, Elisa Cano, nacida en Guatemala. Posteriormente pasarían muchas temporadas en la población de Quart dels Valls, en la casa de su abuelo, el prestigioso pintor Julio Cebrián Mezquita. En esta localidad hicimos las entrevistas, donde don Paco, tal como es conocido y admirado entre sus vecinos, pasa unos meses al año, lejos de Madrid, donde permanece el resto de su familia, permanentemente en contacto con él.

Antolí-Candela nos relata en diversas ocasiones que para él hay dos grandes etapas en su vida: antes y después de 1947. Recordando que en esa fecha acudió a EE.UU., primero a Chicago, donde permanecería con Sambaugh seis meses, hasta que éste, su maestro, del que quedó absolutamente fascinado, le dijo que ya había aprendido lo suficiente. Don Francisco nos cuenta que acudió a EE.UU. entusiasmado por estar en contacto con la vanguardia audioquirúrgica, pero con pocos conocimientos de inglés. También fue la época de su vida que más estudió *«con los libros de otología en un lado y en otro el diccionario, tenía que estudiar por la noche tras 14 horas de trabajo»*. Además en Chicago coincidió con don Luis García Ibáñez e hizo gran amistad en esa época con don Santiago Grisolia, científico de gran relevancia.

«Sambaugh me enseñó todo, la distribución en quirófano, asepsia, antisepsia, el sistema de irrigación-aspiración continua, las fresas especiales, la utilización sistemática del microscopio, la encondralización y su inmaculada técnica quirúrgica».

Posteriormente, al volver a Valencia, sintió que *«se le quedaba pequeña»*. Su padre le aconsejó Barcelona, pero él mismo prefirió Madrid para continuar con sus trabajos. Nos comenta también que *«esta ciudad le acogió de una manera exquisita, con una amistad y respeto que nunca olvidará»*.

Tras regresar de EE.UU. trajo gran cantidad de material quirúrgico, lo cual supuso un gran adelanto en la cirugía otológica de la época, ya que se empezaría a utilizar en Valencia las fresas, el microscopio quirúrgico, el sistema de irrigación-aspiración, y lo que es más importante, intervenir con menos riesgo y más eficacia en procesos como las otitis medias crónicas colestomatosis. Además, se empezarían a aplicar en España técnicas quirúrgicas con éxito en patologías que se creían irreversibles, como la otosclerosis.

A partir del año 47, continuó algunas intervenciones con anestesia local, pero cuando se puso en contacto con su amigo, el anestesiólogo Antonio Aguado, empezaron con anestesia general. Antolí recuerda con cierta amargura la cirugía anterior a los años 40, en que los pacientes eran anestesiados con gran angustia por parte del cirujano.

Antolí nos cuenta que *«en esta vida tenemos la obligación de aprender, y todo lo que has aprendido enseñarlo»*, de ahí sus numerosos viajes para estar con las principales figuras para intentar captar conocimientos, así como sus múltiples comunicaciones, ponencias y trabajos publicados.

Don Francisco nos explica como empezaron sus inicios de proyección internacional, al intervenir a un paciente afecto de otosclerosis, que resultó ser un prestigioso médico colombiano, el Dr. Núñez. Este último le invitó en diversas ocasiones para que fuese a su país a enseñar la técnica quirúrgica. Posteriormente iría recorriendo el resto de América Latina. También en EE.UU. presentaría ponencias y comunicaciones, donde exponía sus experiencias.

Francisco Antolí-Candela, al igual que su amigo Luis García Ibáñez, se pueden considerar personas de espíritu inquieto, emprendedores, con gran visión de futuro y sentido común. En contacto continuado con las principales figuras mundiales han querido comprobar con sus propios ojos toda novedad en las técnicas quirúrgi-

cas, estudiando pormenorizadamente su posible aplicación práctica. Han aprovechado sus viajes al máximo, visitando a todos los profesionales que pudiesen enseñarles algo sobre ORL; sobre todo, conceptos audioquirúrgicos.

Lempert y Sambaugh cambiaron las vidas de Antolí-Candela y García Ibáñez. Los dos norteamericanos permitieron que don Luis y don Francisco introdujeran la innovadora técnica de la fenestración en un sólo tiempo en España y en Europa. A partir de este momento, fueron absorbidos por el embrujo de la audiocirugía, y su entusiasmo ha permitido que permanezcan siempre en la élite mundial.

Como comenta don Francisco, hasta que se puso en contacto con Sambaugh y Lempert en 1947, la cirugía que él había vivido era de *sangre, sudor y lágrimas*. Apenas vio previamente aplicar la anestesia general, la asepsia, o la antibioterapia. Mediante estos conocimientos, la utilización del microscopio quirúrgico y la aplicación de las nuevas técnicas audioquirúrgicas, su concepción de la otorrinolaringología cambia por completo. La rigurosidad, profesionalidad y delicadeza de sus intervenciones, así como su prolífica obra han constituido el eje principal de su vida profesional.

Su hijo, Don Francisco Antolí-Candela Cano dirige un prestigioso Instituto de Otorrinolaringología en Madrid, donde aplica técnicas quirúrgicas consagradas y novedosas con gran éxito. Participa activamente en gran cantidad de Cursos sobre ORL, principalmente en el campo de la oto-neurocirugía y sistema vestibular, tanto a nivel nacional como internacional.

Presentamos a continuación una enumeración cronológica de su actividad profesional, así como de los principales Centros donde recibió e impartió enseñanza:

En el año 1930 es Diplomado en ORL y asistente en los Hospitales San Rafael y L'Tondu, con el profesor George Portman en Burdeos. Un año después acude a un curso de seis meses en el Hospital Lariboisiere, dependiente de la Cátedra del doctor Lemaitre en París. En el año 1932 es nombrado otorrinolaringólogo agregado a la Cátedra de ORL del profesor Antonio G.-Tapia, donde recibe sus enseñanzas y practica toda la gran cirugía de la especialidad, aprobando al mismo tiempo las asignaturas del doctorado.

En 1933 obtiene la Diplomatura de Esofagoscopia y Broncoscopia en los Servicios del profesor George Portman en Burdeos. Ese mismo año inicia en Valencia su actividad profesional, primero en la Consulta particular de su padre, y posteriormente instalando en Castellón de la Plana una Clínica Otorrinolaringológica, atendida y dirigida por él.

En 1934, asiste a un curso de gran cirugía otorrinolaringológica, de tres meses de duración, en la Facultad de Medicina de Viena dirigido por el profesor Neumann, con constantes prácticas en cadáver, asistidas por el Privat-Docent, Eisinger. Ese mismo año se Diploma en Puericultura en el Instituto de Higiene de Valencia.

Entre 1936 y 1939 trabaja como cirujano general y jefe de la Sección de ORL en el Equipo Quirúrgico Móvil número 6, de primera línea, adquiriendo una gran experiencia en la cirugía de guerra. Terminada la Guerra Civil, es nombrado otorrinolaringólogo de la Cooperativa de Especialistas Agrupados (CEA) de la «Mutua del Puerto» y de la Mutua de Artes Gráficas en Valencia. Ambas se integran en el SOE, que comienza a funcionar en dicha época en los Servicios Sindicales. También es nombrado otorrinolaringólogo del Servicio de Higiene de Castellón, cargo que ejerce hasta 1944.

Entre los años 1942 a 1946 es Diplomado en ORL y Broncoesofagología, con motivo del Congreso de Movilización Médica, celebrado en Madrid bajo la dirección del profesor don Antonio G.-Tapia. Posteriormente, realiza frecuentes viajes a Madrid, asistiendo y colaborando en las sesiones quirúrgicas que se realizan en la Facultad de Medicina y en el Servicio privado del mismo profesor.

En 1947 viaja a Norteamérica como pensionado honorario del Instituto de Investigaciones Científicas, donde permanece hasta diciembre de dicho año. Primero realiza un curso de entrenamiento durante seis meses en la Northwestern University de Chicago, dirigido por el profesor George G Shambaugh sometiéndose al siguiente plan de trabajo:

1. Diagnóstico audiológico y cirugía en cadáver.
2. Estudio anatomopatológico de la otosclerosis, de las otorreas y del postoperatorio de la fenestración laberíntica.

3. Realización de todos los tiempos quirúrgicos de dicha operación en el Wesley Memorial Hospital sobre enfermos de la consulta privada del profesor Shambaugh; practicando, por último, varias fenestraciones completas.
4. Especialización audiológica con el profesor Raimond Carhart, en Evanston (Illinois).
5. Colaboración en las operaciones de tipo experimental que se practicaban sobre los animales de experimentación (Makakus Resus).
6. Tallado de maquetas sobre la fenestración por sordera otosclerósica. Finalmente, consigue el certificado de aptitud para practicar el diagnóstico y técnica quirúrgica como tratamiento de la sordera por otosclerosis.

Durante los mismos meses, en días y horas especiales, trabaja en Laringología y Broncoesofagología en los Hospitales St. Luke's Hospital y en el Childrens Hospital, servicios que dirige el profesor Paul Holinger. En los meses siguientes se desplaza primero a la Temple University de Filadelfia, realizando un curso de Laringología y Broncoesotagología con los profesores Chevalier Jackson y el profesor Clerf. Visita en Rochester la Clínica Mayo, para conocer su organización y los distintos departamentos de ORL, que dirigen los profesores Williams, Halberg y otros. Trabaja en el St. Mary's Hospital con el doctor Horton, donde practica la histaminoterapia por vértigo. Seguidamente se desplaza a San Luis, visitando el Instituto Central de la Sordera, dirigido por el psicólogo Richard Silverman, dedicado al diagnóstico audiológico y reeducación de las sorderas no quirúrgicas y de la sordomudez; realiza personalmente las exploraciones audioverbales y el entrenamiento necesario para la adaptación de las prótesis auditivas. En la misma ciudad trabaja con el profesor Arthur W. Proetz, en el Departamento de Fisiología nasal de la Washington University School of Medicine, donde se entrena en el método de desplazamiento como terapéutica de los senos paranasales. También controla en el mismo Servicio la aportación del doctor Senturia, referente al diagnóstico y terapéutica de los eczemas,

alternando su asistencia con la del Servicio del doctor Hansel, dedicado a la Alergología en la disciplina otorrinolaringológica. Por último, visita el Instituto Lempert, de New York, asistiendo a varias conferencias y demostraciones quirúrgicas.

Regresa a España tras adquirir una película sobre la fenestración, dos sobre tumores de bronquios y esófago y el instrumental necesario: Microscopio binocular de diez aumentos, trépano Riter, aspirador eléctrico, audiómetros, etc., que utiliza para realizar e introducir la nueva cirugía funcional del oído en España.

Entre 1948 y 1949 se somete a cursos intensivos sobre Sinusocirugía y Otología, organizados por el profesor Adolfo Azoy, en el Instituto Neurológico Municipal. Durante el año 1950 visita los Servicios de ORL de París, dirigidos por el profesor Moulounguet y el profesor Bouche. También el que dirige el doctor Ombredanne, observando la cirugía de los defectos congénitos del oído.

En 1951 consigue el título de Jefe del Equipo Otorrinolaringológico de la Residencia Quirúrgica de Valencia por concurso-oposición. Ese mismo año también trabaja en el Instituto Neurológico Municipal departamento de ORL, con el profesor Adolfo Azoy. Asimismo asiste a un curso teórico-práctico sobre cirugía funcional del cáncer de laringe, que dirige el profesor Justo Alonso, de Montevideo, bajo los auspicios del profesor Hinojar en el Hospital General de Madrid.

En 1952 organiza un servicio de Audiología en la Cruz Roja de Valencia, y un año después funda el «Instituto Levantino de la Sordera», junto a su hermano Fernando Antolí-Candela, primer centro creado en España con una orientación netamente audiológica. El año 1953 se desplaza a Holanda, visitando varios servicios otorrinolaringológicos, principalmente el departamento de exploración vestibular, del profesor Jongkees, en Amsterdam, asistiendo a varias sesiones quirúrgicas de ORL. Durante 1955 asiste al Servicio de ORL del doctor da Costa Quinta, en la Beneficencia Provincial y el Instituto Oncológico. ambos en Lisboa. Un año más tarde, se traslada a Alemania, asistiendo a la Cátedra de ORL del profesor Wullstein, en Wurzburg y seguidamente visita al profesor Zollner, en Fribur-

go, con objeto de observar sus técnicas de timpanopastias.

El año 1957 vuelve nuevamente a Norteamérica, visitando los Servicios Hospitalarios de Washington y el de Nueva York, dirigido por el doctor Bellucci. Un año después asiste a unas sesiones quirúrgicas realizadas por el profesor Arslan, sobre el tratamiento del vértigo de Menière, en su Cátedra otorrinolaringológica de Padua (Italia). Nuevamente se desplaza a Norteamérica, trabajando en la Northwestern University, de Chicago, con el profesor George G. Shambaugh y los doctores Derlacki y Harrison. Posteriormente se desplaza a Memphis, donde en el Baptist's Memorial Hospital, asiste a las demostraciones quirúrgicas que realiza el doctor John J. Shea, sobre su nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la otosclerosis. Durante el año 1959 visita el Servicio de ORL y Audiología del profesor Ferreri, en Roma, y la Cátedra del profesor Carnevale-Ricci, en Pavía.

El año 1960 regresa a Norteamérica, visitando Detroit, donde observa la organización del Laboratorio de Audiología Experimental, del profesor Harold F. Schuknecht. Asiste a varias sesiones quirúrgicas realizadas en su honor en el departamento otorrinolaringológico de la Fundación Henry Ford. Nuevamente se desplaza a Memphis, trabajando con el doctor John J. Shea, y regresa por New York, donde asiste al Servicio de Oftalmología del doctor Castroviejo, para controlar ciertos aspectos de los injertos de córnea. Visita el Servicio del profesor Aubry, en París.

Durante 1961 trabaja en el departamento de ORL, que dirige el profesor Alfonso D'Avino, en el Hospital Ascalesi, de Nápoles.

En la prolífica labor de Francisco Antolí Candela también cabe destacar los numerosos cursos nacionales e internacionales en que participó, dos centenares de comunicaciones a Congresos y reuniones, publicaciones en revistas nacionales e internacionales y sus distinciones honoríficas.

DR. RAFAEL ARIZA ESPEJO



Dr. T. Sacristán Alonso

El 25 de febrero de 1828, nace en Écija, en el seno de una familia venida a menos.

Sus años infantiles no son fáciles ya que su familia aunque distinguida, había sufrido diversos reveses económicos. Desde sus primeros estudios en la escuela demuestra una afición y facultades para el estudio sorprendentes.

Estudia gramática latina con un tío suyo sacerdote, examinándose en octubre de 1838 ante un tribunal nombrado por la Sociedad de Ami-

gos del País de Écija. Ingresa en el Colegio que tiene dicha Sociedad, donde estudia lo que por aquel entonces se denomina FILOSOLIA.

En 1841 ingresa en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla para realizar los cuatro años de instituciones médicas. Termina en 1845 con sobresaliente en todos los cursos, por lo que tiene matrícula gratuita para la obtención del título de Bachiller en Medicina, título que obtuvo con la calificación de APROBATUS NOMINE DISCREPANTE.

En esta época hay una modificación del plan de estudios, los Bachilleres de Medicina de la Universidad de Sevilla tuvieron que pasar a la Escuela de Cádiz para completar los dos años que les faltaban para obtener la Licenciatura de Medicina y Cirugía.

La rivalidad entre los estudiantes Sevillanos y gaditanos marca una de las características fundamentales de este período.

En este ambiente hostil ARIZA destaca de forma espectacular, hasta el extremo de ser distinguido por sus compañeros con el calificativo de SABIO, no sólo por sus conocimientos sino también por su capacidad de pensar y defender a ultranza sus opiniones.

Sus resultados son extraordinariamente brillantes consiguiendo el premio a la memoria presentada y leída en la Academia Escolástica, los días 15, 16 y 17 de junio de 1848. A los 22 años de edad recibe por unanimidad el grado de Licenciado.

Vuelve a Sevilla donde empieza a trabajar inmediatamente como médico de guardia del Hospital General. En julio de 1850 participa en las oposiciones a primer cirujano de dicho hospital, oposiciones que ganó su amigo y compañero FEDERICO RUBIO. Poco tiempo después de estos ejercicios asciende a médico segundo del hospital.

Tenía una memoria prodigiosa que le facilitó enormemente la expresión en diferentes idiomas, francés, alemán e inglés.

España a partir del año 1845 vive un importante renacimiento científico y literario motivado por la reforma de la enseñanza, introducida por el primer Marqués de Pidal. Se implantan nuevas doctrinas didácticas, como las ciencias naturales, las matemáticas superiores o la metafísica. Sevilla va a ser uno de los focos principales de esta corriente innovadora. ARIZA, que vive en su apogeo estos cambios, asiste como oyente a las clases de estas nuevas disciplinas una vez terminada su carrera de médico y se impregna de las teorías evolucionistas de los filósofos del idealismo alemán: HEGEL, SCHELLING, etc., que aportan las bases sobre las que se asienta una de las grandes concepciones de la medicina del siglo XIX, la mentalidad fisiopatológica.

En la Escuela Libre de Medicina de Sevilla fundada en 1868, ARIZA se encarga inicialmen-

te de la enseñanza de la incipiente Histología e Histopatología. ARIZA obtiene el título de Doctor con la Tesis titulada LA MEDICACIÓN SUSTITUTIVA, en la que discute el SIMILA SIMILIBUS CURANTUR que resume la filosofía de las teorías homeopáticas de HAHNEMANN.

En 1868 hace un viaje a Berlín, donde ya había estado antes, para estudiar Histología bajo la dirección de VIRCHOW. Aprovecha la ocasión para trabajar junto a DU BOIS-REYMOND, ilustre componente de la que más tarde sería conocida como GENERACIÓN INTERMEDIA entre los integrantes de la medicina puramente especulativa y la experimental, madre de la mentalidad fisiopatológica.

En sus viajes al extranjero (Viena, París, Berlín), tenemos la clave de sus intereses por la laringología y otología, ramas de la medicina totalmente desconocidas en la España de aquella época.

De vuelta a Sevilla ARIZA desempeña la Cátedra de Histología y la de Historia de la Medicina.

En un viaje al País Vasco conoce a la que con el tiempo será su mujer, SEVERINA de ECHAZARRETA, con la que contrae matrimonio trasladándose a Madrid. El matrimonio tiene un hijo y una hija.

Su vida y labor en Madrid profesionalmente está íntimamente ligada a la persona de su gran amigo FEDERICO RUBIO y GALÍ, que fue considerado como uno de los más destacados cirujanos españoles del siglo XIX. Con el tiempo ARIZA abandona las concepciones histológicas francesas de ROBIN, para defender encarnizadamente los principios histológicos de la escuela alemana encabezada por VIRCHOW.

A su llegada a Madrid, ARIZA dedica su interés profesional al estudio exhaustivo de la patología Otorrinolaringológica, especialidad de la que fue fundador en nuestro país. Su actividad científica sufre una transformación acusada, pasando de teórica y especulativa a experimental y científica, entrando de lleno en la mentalidad fisiopatológica, enfocando la patología desde un punto de vista claramente anatomoclínico o más claramente anatomopatológico. ARIZA fue el histopatólogo más importante de su tiempo. La mayoría de sus escritos y trabajos científicos pertenecen a esta última época de su vida pro-

fesional que comienza en 1873 y termina en 1887 con su muerte.

Su labor se desarrolla fundamentalmente en el Instituto de Terapia Operatoria fundado en 1880 por FEDERICO RUBIO, situado primeramente en el Hospital de la Princesa y posteriormente trasladado a un edificio independiente en los altos de la Moncloa. En este Instituto se reunió una plantilla médica cuya calidad científica y de trabajo serán difícilmente superables. Nombres como los de MARCO, GUTIÉRREZ, BUISEN, SUENDER, ARIZA, RUBIO, se dieron cita para crear un centro en el que colaboraron estrechamente los más grandes científicos de la medicina española del siglo XIX. Era considerado como el centro de mayor categoría de su época.

ARIZA también trabajó en la Escuela Práctica Libre Española de Medicina y Cirugía del Museo Antropológico fundado por PEDRO GONZÁLEZ DE VELASCO, eminente cirujano que desarrolló a lo largo de su vida un encomiable mecenazgo a favor de la medicina española del siglo XIX, fundando también la revista EL ANFITEATRO ANATÓMICO en la que ARIZA fue habitual colaborador, y donde publicó la mayor parte de sus trabajos histológicos.

También trabajó en el laboratorio histológico y microbiológico que creó el dermatólogo OLAVIDE en el Hospital de San Juan de Dios.

Fue profesor en la Escuela Práctica de la Sociedad de Histología, de la que llegó a ser Vicepresidente y mantuvo contactos con ALABERN, que llevaba el gabinete histológico del hospital militar.

En la última etapa de su vida participa en la revolución médica que se produce y de la que en un principio fue reticente, considerando que

la teoría bacteriana podía suponer un atentado contra las teorías celulares a las que había dedicado su vida. Sus últimos trabajos sobre la tuberculosis realizados en colaboración con el Dr. MENDOZA, ponen de manifiesto un ARIZA firme partidario de estas teorías, que constituyeron la última de las tres grandes mentalidades de la medicina científica del siglo XIX.

Junto a esta importantísima labor profesional tanto histológica como otorrinolaringológica, ARIZA encontró siempre en la enseñanza una de las misiones fundamentales de su vida.

En 1865 obtiene la Cruz Sencilla de Carlos III como premio al mérito científico y años más tarde la Gran Cruz de Isabel la Católica, en reconocimiento a su labor profesional. Fruto de ésta es la introducción oficial en España del estudio de la Histología y de la Otorrinolaringología.

Los últimos años de su vida están marcados por la lucha sin cuartel que libraron su precaria salud y su inagotable espíritu de trabajo. Ni su familia, especialmente su mujer, ni su maltrecha salud, fueron capaces de mantenerle en casa.

En 1887, en la localidad guipuzcoana de Vergara, a los 61 años de edad encuentra la muerte, última función de la vida individualizada, en palabras de su amigo FEDERICO RUBIO, «El ilustre hombre de ciencia al que debemos como médicos, científicos y otorrinolaringólogos, la base de gran parte de nuestros conocimientos actuales». Al año siguiente su viuda hace donación de un número importante de obras, revistas e instrumental al Dispensario de Laringología del Instituto de Terapéutica Operatoria, en el que su marido pasó los años más fecundos de su labor.

Gran parte de los datos que se citan en este trabajo de la vida y obra del doctor Rafael Ariza Espejo han sido extraídos del artículo que con el mismo nombre escribieron los doctores Javier Gavilán Bouzas y Jesús Herranz González-Botas (ORL Dips. 1992; XIX, nº 4).

**DRES. BARAJAS:
DR. JOSÉ MARÍA BARAJAS VILCHES y
DR. LUCIANO BARAJAS GALLEGO**



J. M. Barajas Vilches.



L. Barajas Gallego.

Dr. C. Barajas del Rosal

En el año 1840, es decir siglo XIX, mi Tatarabuelo SEGUNDO BARAJAS, siendo Médico General y Cirujano, se interesaba por los temas Otorrinolaringológicos.

Posteriormente, en 1891, mi Bisabuelo LUCIANO BARAJAS, seguía sus pasos dedicándose de forma muy especial, a estos mismos problemas, fundando unos años más tarde en la madrileña calle de FERRAZ, una Clínica Otorrinolaringológica (Nta. Sra. del Carmen), llegando

a tener gran renombre, siendo alumno de ésta, el Ilustre ANTONIO GARCÍA-TAPIA (4) (5).

Tengo el orgullo de poder decir, que posteriormente mi abuelo JOSÉ MARÍA BARAJAS y mi padre JOSÉ MARÍA BARAJAS, siguieron la misma especialidad que sus antecesores trabajando mucho por ella en sus años de actividad profesional.

Desde el año 1955, es obligatorio la posesión del título de especialista, para ejercer en centros

públicos, debido a la Ley de Especialidades Médicas.

D. ANTONIO GARCÍA-TAPIA, empezó sus estudios de Otorrinolaringología en 1901 (6), en que asistía a la Clínica Operatoria de «EL CARMEN», fundada por mi Bisabuelo, el DR. BARAJAS, dedicado exclusivamente a la especialidad Otorrinolaringológica, situada como he comentado anteriormente en la calle de FERRAZ, nº 64, en el solar que ocupa actualmente la Escuela de Puericultura, por la que desfilaron los principales figuras de la especialidad de aquella época, y después a los servicios de los Drs. URUÑUELA Y COMPAIRED. Transcribimos seguidamente el fragmento de una carta que se halla en posesión de Dña. DOLORES GARCÍA-TAPIA, que la conserva entre otros muchos documentos de sus padres, y que fue publicada en la Antología. En esta carta, que están suprimidos los párrafos de índole familiar, tiene interés porque además de referir su primera traqueotomía, revela la demostración de su espíritu fuerte y animoso y la revelación de la génesis de su orientación hacia la especialidad, en la que rápidamente alcanzó un gran prestigio.

La carta está fechada el 10 de mayo de 1901 dirigida a sus padres y continuaba con estas líneas:

«No tengan la menor intranquilidad por nosotros. El laboratorio me da bastante trabajo porque tengo que hacer todos los análisis de los pobres de la Clínica de BARAJAS, pero lo hago con gusto y así me he ganado su confianza y me envía análisis de pago de su clientela particular. También me envían análisis PARDO REGIDOR, LÓPEZ CILLA, D. JOSÉ RIBERA y alguna vez D. ALEJANDRO (se refiere a D. Alejandro San Martín, condiscípulo y compañero como profesor Clínico de la Facultad de Medicina de Madrid) que me sigue llamando ABAD y casi siempre me pregunta con mucho cariño por usted.

El caso es que vamos viviendo sin grandes apremios. No les preocupe el cambio de casa, porque el pequeño aumento de gasto se compensa con lo céntrico de la calle. Además, el propietario nos envía, a los inquilinos, entradas para "Lara", que está en el

mismo edificio y así podemos ir al Teatro con alguna frecuencia.

Una buena noticia. Hace quince días ayudé al Dr. Barajas, que se había quedado sin ayudantes, a hacer... ¡¡¡Una trepanación de mastoides!!! Me esmeré cuanto pude y él se dio cuenta de que, no en balde, había sido yo interno de RIBERA durante dos años. Tan contento estaba que me ofreció un puesto provisionalmente en su Clínica, compatible con el laboratorio. Como yo, así se lo dije muy claro, no sabía una palabra de esa especialidad, puse algún reparo, pero acepté, y compre con las 75 pesetas que me dio por haberle ayudado, un espejo frontal, otros chismes de exploración y un libro de la materia, porque me daba vergüenza de mi absoluta ignorancia Otorrinolaringológica.

Otra noticia mejor, anteayer, estando en la consulta, recibió el Dr. Barajas un aviso para que fuera con Urgencia a operar a un joven estudiante de Medicina que respiraba muy mal. Don Luciano no podía ir y me dijo que fuera yo. Me negué por incompetente, pero de tal modo que habló que si una traqueotomía deben saberla hacer todos los Médicos... que hay que ser humanitario... y muchas cosas más, que no tuve más remedio que hacer de tripas corazón y aceptar el encargo. Menos mal que me acompañó el practicante PEPE LAGO, chico listo, optimista y alentador que preparó lo necesario. Leí la técnica y, armado de todos los útiles y sobre todo de una gran voluntad y del optimismo que me inyectó LAGO, y que tuvo la virtud de auyentarme el miedo, tomamos un simón y nos dirigimos a la calle de Andrés Borrego, donde el enfermo habitaba en un piso bajo interior.

Era un muchacho de 21 años, respiraba muy mal, con un ruido inspiratorio que asustaba, el color amoratado de los labios y la angustia por captar el aire... todo era señal de la urgencia de la traqueotomía.

Rápidamente se preparó todo. Por cierto que yo pedí a la patrona una mesa alargada para tender al enfermo, pero LAGO me dijo que no era necesario porque esta operación se hace mejor estando el enfermo sentado y con la cabeza en extensión. Así le colocamos

y alumbramos con velas y un quinqué (la habitación era muy oscura), procedimos a operar. El aspecto de la escena era macabro. Pero quien retrocede. El enfermo se moría. ¡manos a la obra!

Incindo la piel, separo los intersticios musculares, ligo los vasos y llego a la glándula tiroides que, ¡vaya por Dios! Estaba enormemente hipertrofiada. Ya me lo temía yo, porque el abultamiento del cuello me parecía un bocio. Intente despegarlo por arriba primero y después por abajo sin conseguirlo. La cosa apremiaba y entonces fui seccionando, rápidamente entre ligaduras, rápidamente entre ligaduras, el istmo, también hipertrofiado hasta descubrir tres anillos traquéales que incidí. El aire, teñido de sangre, entraba y salía tumultuosamente con la tos. Introduje la cánula provista de su mandril y LAGO se ocupó del apósito. El, pobre enfermo había vuelto a la vida. Rápidamente tornó el color rosado a su cara y más ostensiblemente a sus labios, ante violáceos; la respiración era normal y sin ruido alguno. Su alegría la demostraba, como no podía hablar, abrazándome con efusión y lágrimas de gratitud.

Yo también respire satisfecho y emocionado. Mis apuros y mis preocupaciones habían sido compensados de modo extraordinario. ¡no lo olvidaré mientras viva!

A Mamá le impresionará tal vez, este relato, pero estoy seguro de que gozará con este éxito mío. Los detalles de la operación los he referido a usted, papá, con algún detenimiento que le recordará muchas cosas de su vida profesional y le agradecerá ver que sus consejos y enseñanzas para la conducta honorable, esforzada, humana y altruista que debemos observar los médicos, han sido seguidos o imitados por mí.

Se me olvidaba decirles una cosa, ¿a que no saben ustedes quien resultó ser el joven

estudiante operado? El hermano de D. LUCAS RODRÍGUEZ, el buen cura párroco de Fresno de Antespino.

Un abrazo muy fuerte de su hijo,

ANTONIO.»

Al año de iniciarse en la práctica de la especialidad, se ve obligado a interrumpirla (1902), cuando tenía 27 años y vivía en un modestísimo cuarto de la Monteleón, por una Hemoptisis que le asistió el Dr. ESPINA, teniendo la fortuna de salir con éxito del incidente, sin que este episodio hiciera mella alguna, en su voluntad de seguir ascendiendo por el camino del triunfo de la ciencia.

Restablecido de su enfermedad continuó su lucha, iniciándose por entonces sus salidas fuera de España, estando en París con LEMOYEZ y LUC, en Friburgo con KILLIAN y VON EICKEN, en Viena con BONDY y CHIARI y en Berlín con GLÜCK y JANSEN.

En la Clínica del Dr. GLÜCK aprendió e introdujo a España, la técnica que el insigne maestro alemán empleaba, haciéndola posteriormente una modificación que hizo adoptar a la nueva técnica el nombre de los dos grandes maestros: GLÜCK y TAPIA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guerrier Y, Mounier P. Historie des Maladies de l'oreille, net et de la gorge. Les Grandes Etapes de L'ORL. Edit. Roger Dacosta. Paris 1980: 19-65.
2. Willemont J. Nacimiento y desarrollo de la ORL en la historia de la medicina. Acta otorrinolaringológica Belga. 1981: 30-125.
3. Álvarez Vincent S. Cáncer de cuerda vocal. Historia. Ponencia oficial de la XXXII Reunión anual. SEORL. Pág. 3.
4. Antología de Antonio García-Tapia. Tomo I Madrid 1945: 17.
5. Barajas JM. El Dr. Antonio García-Tapia. Su vida y obra. 1953: 11.
6. Barajas C. Responsabilidad Profesional en ORL. 1996.

DR. FAUSTINO BARBERÁ Y MARTÍ



F. Ferrer Baixauli

L. Blay Galaud

J. L. Fresquet Ferrer

J. Marco Algarra

Faustino Barberá (1850-1924) fue una figura muy interesante, dotada de unas cualidades privilegiadas. Además de ser uno de los fundadores de la otorrinolaringología en Valencia, con un elevado número de trabajos publicados, compaginó esta actividad con la enseñanza de los sordomudos, la historia de la

medicina, y con la actividad política en el movimiento valencianista que empezaba a florecer. Ante las grandes aportaciones que hizo, podría abordarse su figura en cualquiera de estos campos. Nosotros perfilaremos su biografía, incidiendo en su vertiente otorrinolaringológica. Gran parte de los datos biográficos aparecen re-

latados en varias publicaciones de Juan Antonio Micó, profesor del Departamento de Historia de la Ciencia, extraídos a su vez de una serie de notas manuscritas de Rodrigo Pertegás, pertenecientes a un Fondo, que con el mismo nombre, se conserva en la Biblioteca y Museo Histórico-médicos de Valencia.

Faustino Barberá y Martí nació el 20 de diciembre de 1850 en la población de Alacuás. Su madre, Fausta Martí, también era originaria de este lugar. De su padre Victoriano Barberá se desconoce su procedencia; fue expósito del Hospital General, y ejerció como maestro de primera enseñanza en la escuela de Alacuás. Faustino era el quinto hijo de 8 hermanos, de los cuales sólo sobrevivieron él y una hermana llamada Dolores.

Faustino Barberá tuvo gran afición y talento para la música durante su infancia y juventud. Esta aptitud la aprendió de su padre, ya que Victoriano también ejerció como profesor de música y organista de la iglesia parroquial. Cuando éste falleció, Faustino le sustituyó en estas dos actividades. Incluso llegó a reunir en su casa un piano de cola, el armonium de su padre, un violonchelo y varios instrumentos más.

Cursó la enseñanza primaria en Alacuás. El siguiente período, entre 1862 y 1869, continuó sus estudios en las Escuelas Pías de Valencia, asistiendo diariamente como alumno externo.

Su padre falleció en 1870, por lo que tuvo que ayudar en el mantenimiento de la familia, dando clases en la escuela y como organista. Pronto se trasladó a vivir a Valencia junto con su madre y hermana para comenzar la carrera de medicina. En esta ciudad falleció Fausta Martí en 1872, a los 61 años. Ese mismo año, en diciembre, obtuvo Faustino Barberá, por oposición, la plaza de alumno interno para el servicio de las clínicas de la Facultad de Medicina. En 1875 obtuvo el grado de licenciado en medicina y cirugía por la Facultad de Valencia. Su primer destino fue en octubre, contratado como médico-cirujano municipal por el Ayuntamiento de Sedaví, con un sueldo de «*setecientas pesetas, pagador de fondos municipales, por trimestres vencidos, por la asistencia a los enfermos que el Ayuntamiento señale*».

En 1879 se le expidió el título de doctor en medicina y cirugía por la Universidad Central,

por su tesis titulada: De la Malaria. Ésta la defendió ante un tribunal constituido por Juan Creus, Julián Calleja, Rafael Martínez, Carlos Guijarro y Francisco de Cortajarena.

Cuando se declaró la epidemia de cólera en Valencia en 1885, conocida como todos sabemos por practicar Jaime Ferrán las primeras inoculaciones con su método en las poblaciones de Alzira y Carcaixent, Faustino Barberá era médico titular de Sedaví. Se le concedió la Cruz de Beneficencia tras desarrollar una intensa actividad para el seguimiento y control de la enfermedad, en atención a «*su conducta profesional en aquellas históricas circunstancias, y tan completo estudio que de la misma hizo*». Dos años más tarde, el Instituto Médico Valenciano le otorgó una medalla de oro y el título de socio de mérito, por la Memoria que había redactado sobre dicha enfermedad.

En 1888 dirigió el *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, una de las revistas más prestigiosas de Valencia. Podemos denotar su gran prestigio profesional a nivel nacional en varias facetas, cuando en mayo de este año fue designado, por unanimidad, secretario de la sección de obstetricia del Congreso Ginecológico Español, celebrado en Madrid.

Un año más tarde, en 1889, centró gran parte de su prolífica labor científica y divulgativa en la denominada *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, publicación quincenal que él mismo fundó. En ella presentó centenares de artículos, que quedan reflejados en nuestro inventario, divulgando artículos otorrinolaringológicos, incluyendo sordomudística, que como veremos sería un pionero en la implantación en España del método oral puro de enseñanza. Además, también hay una sección destinada a la divulgación de artículos referentes a la historia de la medicina valenciana y a la publicación de documentos inéditos o poco conocidos, así como artículos sobre folkmedicina. Esta prestigiosa revista dejaría de publicarse tras su muerte en 1924.

En 1891 se celebró el cincuentenario de la fundación del Instituto Médico Valenciano, propuesto por Barberá el año anterior. Se acordó convocar el Primer Congreso Médico Regional, que se celebró en Valencia con gran participación de los científicos valencianos. Faustino Barberá fue nombrado secretario de la comisión

gestora. Un año después sería elegido también director del *Boletín del Instituto Médico Valenciano*.

Ante el gran prestigio acreditado, su trayectoria humana, y sus méritos como profesional, fue nombrado caballero de la Orden de Isabel la Católica en 1892. Además, en mayo de 1893 fue admitido como académico de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valencia.

Barberá siempre estuvo preocupado, desde un punto de vista humano y profesional, por el trato y educación que se profesaba a los deficientes físicos y psíquicos. Su campo de acción más importante fue el tratamiento de la sordomudística; de tal forma, difundió e implantó en España el método oral puro para la enseñanza de los sordomudos. En nuestro país, autores clásicos como Ponce de León, Laso, Bonet, Hervás y Panduro o Peryra, ya trataron este tema, aconsejando un método mixto de enseñanza, o sea, a través de la palabra y de la mímica. El primero en defender la enseñanza del método oral puro fue el abate Tarta en Milán en 1880. A partir de ese momento se extendió la técnica por el resto de Europa. Barberá importó este sistema y lo difundió a través de su obra titulada *De la enseñanza del sordomudo por el método oral puro*, editada en 1895. Dos años más tarde fue declarada por el Consejo de Instrucción Pública y por la totalidad de los colegios que se dedicaban a la enseñanza de sordomudos en España como libro de texto.

En julio de 1896 leyó el discurso *La terapéutica de Brown* ante la Real Academia de Medicina de Valencia, y en diciembre se le nombró secretario de esta institución.

Rodrigo Pertegás nos muestra las experiencias que adquirió Faustino en los viajes que hizo por Europa para ampliar sus conocimientos entre 1897 y 1899:

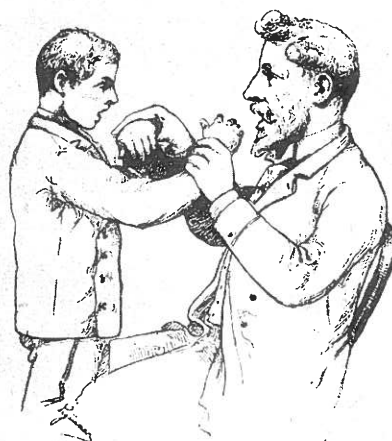
«...frecuentó los hospitales más célebres y las clínicas de la especialidad más acreditadas de la Francia, Italia, Austria y Alemania, visitando y estudiando a fondo la organización interna y los planes terapéuticos-pedagógicos más seguidos en los colegios de anormales. Se adiestró en la práctica quirúrgica de las enfermedades de la garganta, nariz y oídos; se proveyó de un copioso y

FAUSTINO BARBERÁ

LA ENSEÑANZA DEL SORDOMUDO

POR EL

MÉTODO ORAL PURO



VALENCIA—1895

IMPRENTA DE MANUEL ALUFRE

Portada del libro sobre sordomudística de F. Barberá y Martí, importante difusor en España del método oral puro para la enseñanza de los sordomudos.

perfeccionado arsenal quirúrgico y volvió a su querida Valencia, para establecer en ella quizá la primera clínica de Otorrinolaringología, montada a la altura de las más acreditadas del extranjero.»

Con el comienzo del nuevo siglo encontramos referencias a las otras dos facetas importantes en la trayectoria intelectual de Faustino Barberá, como son la política y la historia. En el aspecto político-cultural, le nombraron vicepresidente primero de la Junta directiva de «Lo Rat Penat» en 1901. Un año más tarde leyó un discurso ante dicha entidad titulado *Valencianisme y valentinocultura*, exponiendo el concepto que tenía del valencianismo como movimiento político. Tal como afirma Juan Micó, Barberá distinguía el regionalismo del nacionalismo y

del socialismo, afirmando que éstos desvirtuaban al primero y abogaba por la difusión y generalización de la lengua valenciana. A partir de 1902 se observa una mayor dedicación a los trabajos de carácter histórico, algunos de ellos de una magnífica calidad, como la publicación sobre Crisóstomo Martínez en la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas* en ese mismo año, o el estudio biográfico de Arnau de Vilanova en esta misma revista en 1905.

También en 1903 fue nombrado vocal de la Junta directiva de la primera Asociación de la prensa médica, y presidente del Instituto Médico Valenciano para el siguiente curso. En 1904 fue designado socio de mérito de la Asamblea nacional de la buena prensa que se celebró en Sevilla, y en 1905 publicó el *Códice del antiguo Colegio de Boticarios de Valencia*, lo cual supuso una gran contribución a la historia de la medicina valenciana. En abril de 1906 fue nombrado presidente de la comisión de propaganda y vocal del comité directivo de la «Liga contra la tuberculosis». Ese mismo año, en mayo fue elegido miembro de la Junta General del Primer Congreso de Historia de la Corona de Aragón. En esas fechas, su amigo el jesuita padre Ferris creó el sanatorio para leprosos de Fontilles, e incluyó a Faustino Barberá, junto a Enrique Slocker, Joaquín Aguilar Jordá, entre otros, en la comisión facultativa que debía regir esta institución. En diciembre de ese año, 1906, fue nombrado presidente de honor de la sección de sordomudos por la Asamblea nacional para el mejoramiento de la suerte de los sordomudos y ciegos.

En el terreno político tuvo una gran influencia. Tal como expone Juan Micó, creó en 1907 una asociación, junto a varios amigos, denominada «Societat Regionalista Valencia Nova». Ésta supuso un paso importante en el desarrollo del naciente movimiento nacionalista valenciano, pues fue la primera entidad que pasó de los

planteamientos de recuperación meramente lingüista y literaria a tener unos objetivos de clara reivindicación de los derechos autonómicos valencianos desde una perspectiva política, que partía de la pérdida del derecho foral valenciano.

En noviembre de 1907 contrajo segundas nupcias con Joaquina Alpañiz y Altamira, acaudalada viuda natural de Sax. A los once meses de su unión se separaron por incompatibilidad de caracteres. Faustino continuó viviendo en Valencia, y su mujer en Sax, junto con el hijo de ambos, interesándose constantemente por su salud y educación.

A los 67 años fue intervenido en dos ocasiones por la estrangulación de una hernia, sin que el propio Barberá consintiera que le aplicaran cloroformo.

Desde 1919 a 1921 desempeñó el cargo de presidente del Colegio de Sordomudos y de Ciegos de Valencia, del que había sido uno de los promotores. En él implantó el método oral puro para la enseñanza de los sordomudos, así como el Braille para los ciegos y el Abreu para la enseñanza musical.

Como breve reseña a su obra, podemos destacar que Faustino Barberá publicaría en las revistas valencianas médicas más de un centenar de artículos, la mitad de los cuales aproximadamente, versan sobre otorrinolaringología. La mayoría de sus trabajos fueron publicados en la revista, en la cual él fue director, la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*. Los primeros artículos que publica se titulan «Dos casos de gangrena en la boca», «Oportunidad de la traqueotomía en el crup y medios operatorios de la incisión traqueal» y «Tratamiento de la difteria», presentados, el primero en la *Gaceta de los Hospitales* en 1883, y los otros dos en el *Boletín del Instituto Valenciano* en 1889.

El 5 de enero de 1924 falleció Faustino Barberá a la edad de 73 años.

DR. JUAN BARTUAL MORET



Dr. J. Bartual Pastor

Dr. J. Bartual Magro

EL UNIVERSITARIO. RESUMEN CURRICULAR

Nació en Valencia en 1863 en la madrugada del 25 de junio, según consta en la partida de bautismo en la Iglesia Parroquial de los Santos Juanes de Valencia en el folio 321 del Libro de Bautismos (1). En la concesión del pase a la segunda reserva por el Co-

ronel de la Zona Militar de Valencia se ha escrito el día 24 de junio como fecha de su nacimiento (2). Su padre, Luis Bartual Moreno era médico y miembro de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valencia.

Obtuvo el Título de Bachiller en el Instituto de Valencia en 1877 y decidió estudiar Medicina por razones familiares (1), siendo becado,

previa oposición anual, por la propia Facultad de Medicina. Es nombrado Alumno Interno por Oposición el 23 de diciembre de 1880. Tras su Licenciatura en 1883 se desplaza a Montpellier y Nápoles para ampliar estudios en Anatomía e Histología.

En 1884 inicia su actividad como colaborador directo de Cajal, especialmente en la puesta a punto de las modificaciones del método de Golgi en neurohistología. El 29 de diciembre de 1888 es nombrado Catedrático de la Facultad de Medicina con destino a la Cátedra de Histología e Histoquímica Normales y Anatomía Patológica de la Universidad de Sevilla con destino en la Facultad de Medicina de Cádiz (3).

Al quedar vacante la Cátedra de dicha disciplina en Valencia, solicita y obtiene la permuta (4), siendo nombrado Catedrático de Histología e Histoquímica normales y de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Valencia el 19 de abril de 1889.

Su vocación por la clínica y en particular por la Otorrinolaringología ya se manifestó en él a los 22 años, visitando en 1885 el Hospital Clínico de Nápoles y la clínica de Rinolaringoiatría de Massei, tal como refiere en su *«Carta desde Nápoles»*, reproducida parcialmente por Monteagudo (1). En 1893 se desplaza a Austria y a Italia para ampliar conocimientos en esta disciplina y colabora con Politzer, en cuyo Tratado *«Ohrenheilkunde»* describe la anatomía patológica de los pólipos de oído medio (5).

El 24 de octubre de 1902 es nombrado, a propuesta del Claustro de Profesores de la Facultad de Medicina de Valencia, Profesor Interino de Enfermedades de los Oídos, nariz y laringe con su clínica (6, 7), en aplicación del Decreto del Conde de Romanones, implantando la enseñanza obligatoria de las especialidades en la Licenciatura de Medicina (1).

En 1921 fue nombrado Vicedecano de la Facultad de Medicina de Valencia y en 1924 Decano, cargo que desempeñó hasta su renuncia el 4 de noviembre de 1929 por razones de salud (8). En 1930 fue nombrado Decano Honorario de la Facultad de Medicina. El 13 de diciembre de 1924 fue elegido Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valencia y el 18 de abril de 1931 presidió el Claustro de la Universidad de Valencia con motivo de haberse

instaurado la República. Por Decreto de 4 de mayo de 1931 de la Presidencia Provisional de la República y a propuesta del Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes (Marcelino Domingo) fue nombrado Rector Honorario de la Universidad de Valencia.

Tras su jubilación en 1933, la enseñanza de la Otorrinolaringología en la Facultad de Medicina de Valencia fue asumida interinamente por José Campos Igual hasta la llegada como Catedrático de Rafael Bartual Vicens en 1945.

EL HOMBRE Y EL MAESTRO

La educación, la vocación médica y la trayectoria universitaria de Juan Bartual Moret estaban predeterminadas. Nació en el seno de una familia de labradores de la huerta valenciana, aunque su padre, Luis Bartual Moreno, llegó a ser médico y miembro de la Comisión Central de Vacunación del Instituto Médico Valenciano; murió prematuramente en 1869, dejando constancia de su formación clínica y de su interés científico en algunas publicaciones que hasta hoy se han conservado. Así, en 1864 publicó en el Boletín del Instituto Médico Valenciano un artículo *«De la trichina espiral considerada especialmente en relación a la higiene»* (9) y en noviembre del mismo año otro sobre *«Muerte de un feto de siete meses a consecuencia de una causa traumática, y permanencia en la cavidad uterina durante cinco años»* del que conservamos una separata en la que no se indica la revista (10). En 1867 ingresó como socio numerario en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valencia, presentando una Memoria *«De la terapéutica expectante»* impresa y publicada por acuerdo de la Corporación en 1868, poco antes de su muerte (11).

La orfandad prematura y la escasez de medios económicos le decidieron a estudiar Medicina, pues en aquella época, a diferencia de lo que sucede actualmente, era posible licenciarse con 20 años y encontrar trabajo, tanto privado como público.

En 1884 participó en un Curso de Histología normal y patológica organizado por Cajal, convirtiéndose a partir de entonces en su más directo colaborador. El propio Cajal describía a Bartual como hombre de talento sólido y armó-

nico (12), iniciando juntos la investigación neurohistológica con el método de Golgi como describe el propio Cajal:

«A mi regreso a Valencia decidí emplear en grande escala el método de Golgi y estudiarlo con toda la paciencia de que soy capaz. Innumerables probaturas hechas por Bartual y por mí, en muchos centros nerviosos y especies animales, nos convencieron de que el nuevo recurso analítico tenía ante sí brillante provenir...»

Podemos completar la descripción de la personalidad de Bartual, citando textualmente a Monteguado (13), *«Desde un punto de vista humano, a Bartual se le consideraba como un hombre culto, entusiasta de la literatura y de la música y despreocupado de sí mismo. De joven tenía gran vivacidad de comprensión, movilidad de atención, formalidad de conducta, satisfacción en su rostro y en sus actitudes como el que siente la alegría de vivir»*.

El abandono prematuro de la investigación y la dedicación precoz a la actividad clínica otorrinolaringológica obedecieron a múltiples razones de índole diversa que actuaron sinérgicamente. El deterioro de la Medicina de laboratorio en la Facultad de Medicina de Valencia, la escasa remuneración de la actividad investigadora, las necesidades materiales de su numerosa familia y la muerte prematura en 1917 de su segundo hijo le sumieron en una actitud de pasividad y escepticismo. Desde entonces se dedicó al ejercicio profesional para asegurar la formación y el porvenir de sus hijos, a impulsar desde distintos cargos académicos la renovación de su Facultad y a intentar la transformación del país, mediante su participación política activa. El estudio, la lectura, la música, las artes y la colaboración en distintos periódicos de Valencia llenaron su vida.

Su abandono de la actividad científica fue duramente criticado y lamentado por Cajal, tanto pública, como privadamente en su correspondencia con Bartual como se desprende de la misma (Cartas de Cajal en preparación). Sin embargo, se mantuvieron incólumes el afecto y la amistad sincera entre ambos durante toda su vida. Cajal obsequió a Bartual con todos su li-

bro de Histología y de Anatomía Patológica con dedicatorias que dejan fuera de cualquier duda su estimación.

Intervino con distintas comisiones en el proyecto de creación de la nueva Facultad de Medicina, dotada de Hospital propio (la actual); en 1914 formó con los profesores Bartrina y Pastor González la comisión para elaborar un proyecto sobre los cuestionarios de las asignaturas, determinando el contenido y la extensión de las mismas. Dicho proyecto fue aprobado en 1919 a raíz de la promulgación por el ministro Silió del decreto de autonomía universitaria y adaptado al currículum de la Facultad de Medicina de Valencia.

Fue uno de los fundadores del Partido Reformista de Melquiades Álvarez en Valencia y primer presidente de su círculo. Su pensamiento político, esencialmente republicano, reformista y liberal quedó plasmado en su discurso *«Biología y Política»*, defendiendo que *«la democracia tiene su fundamento en la naturaleza y en el organismo humano»* (17). Como Vicedecano de la Facultad y posteriormente como Decano desde 1924 a 1929, fecha en la que dimitió por razones de salud, como Vicerrector de la Institución para la Enseñanza de la Mujer y como Presidente del Ateneo Científico de Valencia hizo cuanto pudo en aquellos tiempos difíciles y prebélicos para mejorar la situación de su Universidad y de la sociedad en que vivía.

Su concepto, netamente positivista de las ciencias experimentales y sus ideas respecto a la enseñanza universitaria quedaron reflejadas en su discurso de apertura del año académico 1916-1917 en la Universidad de Valencia que versó sobre *«De ciertos males que aquejan a la Universidad española y de algunos de sus posibles remedios»* (14). El contenido de dicho discurso sigue siendo, para desgracia nuestra, plenamente vigente.

Bartual admiraba el gran sentido patriótico de Cajal que impulsaba toda su obra científica, llegando a decir en 1907 en referencia a su maestro que *«No he visto jamás amor patrio más intenso, más fecundo que el de Cajal»*, pero no compartía tales sentimientos, afirmando en una de sus publicaciones que *«he pensado siempre que los Pirineos, como los Alpes, como los Urales, son verrugas inútiles y que no tenemos más patria que el mundo»* (15).



Todas las circunstancias personales, políticas y económicas mencionadas explican que apenas dejara Escuelas de Histología y de Otorrinolaringología tras de sí. José Campos Igual, ayudante de Clases prácticas de Otorrinolaringología desde 1904, sustituyó a Bartual tras su jubilación en 1933 hasta la llegada como Catedrático de Rafael Bartual Vicens. Pero, en desacuerdo con Cañizo (16) no puede afirmarse que creara Escuela de ORL propiamente dicha. Bartual, seriamente enfermo, envió a su hijo Rafael a formarse con Tapia en Madrid. Coincidiendo con Cañizo, sí logró incorporar la histología y la anatomía patológica en el quehacer científico del otorrinolaringólogo. En este sentido sí influyó decisivamente en la formación de su hijo Rafael y de su Escuela.

PUBLICACIONES

1. Bartual Moret J (1885-86). Carta desde Nápoles. La enseñanza de la Medicina en el

reino de Italia. La Crónica Médica IX, 47-50.

2. Bartual Moret J (1888). Sobre la caries y necrosis del peñasco en los niños. La Crónica Médica XI/245,145-148.

3. Bartual Moret J (1888). Indecisión al tratar la lepra. La Crónica Médica XI/50,294-297.

4. Bartual Moret J (1888). La probabilidad de contagio de la lepra. La Crónica Médica XI/255,454-462.

5. Bartual Moret J (1890). Una complicación no descrita en la hipertrofia de la mucosa del tabique de las fosas nasales. La Crónica Médica XIII/293,129-131.

6. Bartual Moret J (1891). Un caso clínico (un quiste nasal). La Crónica Médica y el Progreso Ginecológico. XIV/319,193-195.

7. Bartual Moret J (1891). Un caso clínico. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas XVI, 97-99.

8. Bartual Moret J (1894). De una otitis media purulenta con propagación a la mastoides. La Crónica Médica XVII/390,161-163.

9. Bartual Moret J (1894). Algunos detalles de organización del trombo sanguíneo. Real Academia de Medicina y Cirugía de Valencia. Imprenta A. Cortés (Valencia), pp. 1-14.

10. Bartual Moret J (1907). Cajal íntimo. Crónica Médica XIX (2ª época), 224-225.

11. Bartual Moret J (1907). El secreto médico. Revista Valenciana de Ciencias Médicas IX/143,33-38.

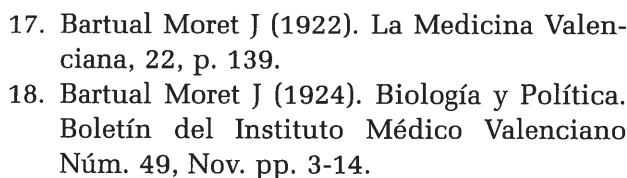
12. Bartual Moret J (1908). Die Pathologie der Mittelohrpolyphen. En Lehrbuch der Ohrenheilkunde de A. Politzer.

13. Bartual Moret J (1910). Génesis de los mixomas nasales. Asociación para el Progreso de las Ciencias. Congreso de Valencia. Tomo VIII, pp. 337-338.

14. Bartual Moret J (1913). Acerca del proceso de regeneración de los tumores benignos. La Medicina Valenciana XIII/146,33-38.

15. Bartual Moret J (1917). Acerca de los males que agobian a la Universidad española y de algunos de sus posibles remedios. Discurso de Solemne Apertura de Estudios del Año Académico 1916 a 1917. Universidad Literaria de Valencia pp. 5-51.

16. Bartual Moret J (1919). Peregrín Casanova Ciurana. La Medicina Valenciana XIX, p. 322.



Deseo expresar mi agradecimiento a Carlos Monteagudo Castro por la información suministrada y por haber despertado en mí la curiosidad y el deseo de conocer con la mayor objetividad posible la personalidad y la actuación universitaria de mis antepasados. También a Felipe Ferrer Baixauli por la información suministrada y por la íntima satisfacción que me ha producido su interés por la obra de mi padre y de mi abuelo.

1. Monteagudo Castro C (1996). La impronta de Cajal en la trayectoria académica de Juan Bartual y Moret (1884-1933). Accésit al Premio de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana. p. 12.
2. Concesión de pase a la segunda reserva de fecha 18 de abril 1893, anotado al folio 1 de la Zona Militar de Valencia Nº 27.
3. Real Orden de Nombramiento por S.M. la Reina Regente en nombre de su Augusto Hijo Alfonso XIII de 29 de diciembre de 1888. Instrucción Pública y Universidades.
4. Disposición de S.M. el Rey y en su nombre de la Reina Regente accediendo a la permuta solicitada de 12 abril 1889.
5. Bartual Moret J (1908). Die Pathologie des Mittelohrpolyp. En Lehrbuch der OhrenHeilkunde (de A Politzer). (Pendiente de recibir información de la Biblioteca de Würzburg).
6. Nombramiento por el Excmo. Sr. Ministro, según el Artículo 3º del Real Decreto de 21 de septiembre de 1902 como Profesor Interino de Enfermedades de los Oídos, nariz y laringe con su clínica de 24 de octubre de 1902.
7. Título de Profesor Interino de la Cátedra Oficial Obligatoria de Enfermedades de los Oídos, nariz y laringe con su clínica de la Universidad de Valencia por el Subsecretario del Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes (Federico Requejo Avedillo) 24 de octubre de 1902.
8. Real Orden de 4 de noviembre de 1929. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.
9. Bartual Moreno L (1864). De la trichina espiral considerada especialmente en relación a la higiene. Boletín del Instituto Médico Valenciano, 9:128-130.
10. Bartual Moreno L (1864). Muerte de un feto de siete meses a consecuencia de una causa traumática y permanencia en la cavidad uterina durante cinco años. Boletín del Instituto Médico Valenciano, Nov.: 1-8.
11. Bartual Moreno L (1868). De la terapéutica expectante. Memoria presentada para la provisión de plaza de Socio Numerario. Imprenta Domènech (Valencia), pp. 3-19.
12. Ramón y Cajal S (1981). Recuerdos de mi vida. Historia de mi actividad científica 3ª Edic. Alianza Editorial (Madrid), p. 36.
13. Monteagudo Castro C (1996). op. cit. p. 12.
14. Bartual Moret J (1917). De ciertos males que agobian a la Universidad española de algunos de sus posibles remedios. Discurso de apertura de Curso 1916-1917 en la Universidad Literaria de Valencia.
15. Bartual Moret J (1887-88 b). La probabilidad del contagio de la lepra. La crónica Médica, XI, 454-462.
16. Cañizo Fernández Roldán A (1997). Historia de la Otorrino-laringología Española 1850-1950. Int. Marketing & Communications S.A. (Madrid), p. 68.
17. Bartual Moret J (1924). Biología y Política. Conferencia pronunciada en el Instituto Médico Valenciano. Boletín 49, p. 10.
18. Ferrer Baixauli F (1998). Nota personal.

DR. RAFAEL BARTUAL VICENS



Dr. J. Bartual Pastor

Dr. J. Bartual Magro

EL UNIVERSITARIO. RESUMEN CURRICULAR

Rafael Bartual Vicens nació en Valencia. Nieto, hijo y hermano de médicos con dedicación a la docencia, sintió desde muy temprano esta vocación. Su padre, Juan Bartual Moret, fué Catedrático de Histología y

Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Valencia y Profesor Encargado de la Asignatura de ORL hasta su jubilación.

Estudió en la Institución Libre de Enseñanza, obteniendo el Título de Bachiller por el Instituto General y Técnico de Valencia (1). En el Curso 1923-1924 realizó el Curso preparatorio de Medicina con las asignaturas de Física, Quí-

mica, Biología y Geología generales, ingresando en la Facultad de Medicina de Valencia en el Curso 1924-1925 (2).

Alumno Interno de Clínicas por Oposición en 1926, obtuvo el Título de Licenciado en Medicina y Cirugía con Sobresaliente el 19 de Junio de 1930 (3). En octubre 1930 se incorporó a la Escuela de ORL del Profesor D. Antonio García-Tapia, su maestro con el que hace la Especialidad y la Tesis Doctoral sobre el tema *«Cuestiones que plantea la extracción de cuerpos extraños laringo-tráqueo-bronquiales. Normas de solución»* que defendió públicamente en la Universidad de Madrid el día 30 de junio de 1932, siendo calificada con Sobresaliente (4). En este período de formación coincidió con A. Sánchez Rodríguez, E. Barthe Pastrana, Rafael y Antonio García-Tapia Hernando, J. Vergara Ruiz, E. Ager Muguerza, M.A. Ramírez Mohedano y otros (5). Continuó como Ayudante de Clases Prácticas de la Cátedra de ORL y del Prof. A. García-Tapia en el Sanatorio «Villa Luz», fundado como Instituto Hispano-Americano de ORL.

En 1934 Tapia lo envía a la Universitäts Ohrenklinik de Viena con una Beca de la Junta para Ampliación de Estudios y prosigue su formación con el Prof. Neumann. Se inicia con Fischel en la investigación embriológica experimental y con Altmann en anatomía patológica de ORL.

En Viena tuvo la oportunidad de aprender con figuras de la ORL mundial, como Ruttin, Alexander, Hasslinger, Eisinguer y Wessely. Allí entabló una fraternal amistad con Orts Llorca, incrementada durante sus años de convivencia como Catedráticos de la Facultad de Medicina de Cádiz, dadas sus afinidades ideológicas y docentes. El asesinato del canciller Engelbert Dollfuss el 26 de julio de 1934, adelantó su regreso a España.

En 1935 es nombrado Ayudante de Clases Prácticas de la Facultad de Medicina de Valencia y en primavera de 1936 obtiene por oposición una plaza de Otorrinolaringólogo de Sanidad Nacional. El Alzamiento Nacional le sorprende en Valencia y se incorpora como soldado-médico al Ejército Republicano hasta el fin de la Guerra Civil. Tras un período tormentoso y difícil es depurado, reincorporándose a su plaza de Otorrinolaringólogo de los Servicios Provinciales de Sanidad y del Dispensario Antituberculoso de Valencia.

Completa su formación con visitas y cursos de perfeccionamiento en las Clínicas universitarias de Burdeos (Prof. G. Portmann) y de Erlangen (Prof. H. Richter). Inicia su preparación de Cátedra, obteniendo en mayo de 1943 por Oposición la Cátedra de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de Cádiz (6) a la que se incorpora inmediatamente con el haber anual de 12.000 ptas. Organiza y pone en funcionamiento esa Cátedra y el correspondiente Servicio de ORL, inexistentes de hecho; emprende la formación de especialistas (Otero Gómez-Quintero, Barceló Mesquida, Dañino Suárez, etc.) e inicia una línea de investigación sobre temas embriológicos en colaboración con la Cátedra de Anatomía de Orts Llorca, principalmente sobre el desarrollo de la laringe y las malformaciones del Septum nasal (7).

En 1945 obtiene por concurso de traslado la Cátedra de ORL de la Facultad de Medicina de Valencia (8) a la que se incorpora al finalizar el Curso en Cádiz y a partir de ese momento dedica todas sus energías a organizar y poner en funcionamiento la Cátedra y el Servicio de ORL en el antiguo Hospital Provincial de Valencia, ya que solo existía un rudimento de la misma. Se reincorpora a los Servicios Provinciales de Sanidad y obtiene por Oposición la plaza de Jefe Clínico de Sala de la Beneficencia Provincial de Valencia, a la que se presenta con el fin de disponer de camas y quirófanos para la enseñanza, obviando un problema como el actualmente existente con las plazas no vinculadas.

Una vez consolidada la Cátedra y asegurada la actividad asistencial, crea la Escuela Profesional de Otorrinolaringología a la que siempre consideró como prolongación de la de Tapia, su venerado maestro, tratando de inculcar este sentimiento en sus discípulos (9). En toda esta actividad formativa contó con la colaboración de insignes compañeros, especialmente del profesor Adjunto Honorario D. Vicente Simón Gómez. Obsesionado por la importancia de las ciencias básicas en la formación clínica, establece nexos de colaboración con la Cátedra de Bioquímica y Fisiología (Profs. García Blanco, Viña Giner, Antón Vilanova) y organiza un minilaboratorio de histología e histopatología aplicadas con la inestimable ayuda de Herminio Morera Martínez. Gracias a ello pudieron reali-

zarse tesis doctorales y crearse los cimientos de la Escuela Universitaria de ORL de Valencia. A esta colaboración debemos muchos discípulos nuestro éxito en las Oposiciones a Cátedra.

Tan pronto logra dotar a la Cátedra de una infraestructura mínima, comienza a organizar Cursos monográficos, invitando a personalidades nacionales y extranjeras de la Otorrinolaringología para desarrollar teórica y prácticamente los temas más actuales de la disciplina. Desfilan así por su Cátedra Holmgren, Mygind, Mündnich, Justo Alonso, Pietrantoni, Agazzi, Kley, Trincker, Naumann, Portmann, Mayer y Loebell, entre otros. Tuvo el honor de recibir como invitado al Prof. Domagt a los pocos meses de obtener el Premio Nobel, organizando un Curso sobre quimioterapia en Otología, cuyo contenido fué recogido en una monografía, publicada en 1949 con prólogo del Prof. García Tapia.

En 1949 participa la creación de la SEORL (10) a la que nunca dejó de pertenecer como miembro activo hasta su muerte en 1974. Fue el primer Vicepresidente de la Comisión científica; ocupó diversos cargos en su Junta directiva y fue galardonado con las medallas de plata y de oro, esta última a título póstumo, por su dedicación y entrega a la Sociedad y a la enseñanza de la ORL en España. Fue Socio de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie (11), participando con frecuencia en sus Congresos anuales en París. En este año acude a Londres para participar activamente en el IV Congreso Mundial de ORL, presentando una comunicación con el neurocirujano Bordes Valls.

En 1951 ingresa en la Real Academia de Medicina de Valencia (12), al ofrecérsele la plaza vacante de su padre. En 1953 participa activamente en el V Congreso Mundial de ORL en Amsterdam, estableciendo vínculos científicos y personales con Wullstein y Zöllner, cuyas aportaciones al tratamiento quirúrgico de las otitis medias crónicas supuradas revolucionaron la cirugía del oído medio.

Presidió y organizó en Valencia el II Congreso Nacional de ORL en junio de 1954. Convencido de que su formación europea y eminentemente germánica no era suficiente para tener una visión panorámica amplia de la especialidad, solicita una ayuda para desplazarse durante seis meses a la North Western University de

Chicago para trabajar con Shambaugh en cirugía de la otosclerosis (fenestración y movilización del estribo). Colaboró con César Fernández en el campo de las microfónicas cocleares y con Lindsay en la investigación anatomopatológica; visitó a Lederer en la Universidad de Yowa y a Lorente de Nó en la de New York, sentando las bases de una relación, que culminaría con la elaboración y dirección de la Tesis doctoral de Vicente Honrubia.

A su regreso de EE.UU. organizó el «I Curso Teórico-Práctico sobre cirugía de la Otosclerosis», celebrado en España con demostraciones quirúrgicas en vivo y en directo.

La Sociedad Médico-Quirúrgica de Alicante lo nombró Socio de Mérito (13), al igual que la Sociedad Española de Otorrinolaringología Socio de Honor en atención a sus méritos docentes y científicos (14).

Su interés por los nuevos campos de la Disciplina le impulsaron a dirigir la Ponencia Oficial del VI Congreso Nacional de ORL sobre «*Cromosomopatías en Otología*», celebrado en Barcelona en 1966. Participó en todos los Congresos de nuestra Sociedad, así como en los Mundiales de la Especialidad. Frecuentemente invitado a dar conferencias sobre su tema favorito de trabajo, el tratamiento quirúrgico del cáncer de laringe, visitó numerosas clínicas nacionales y extranjeras, siendo nombrado Socio de honor de varias Sociedades europeas de ORL y finalmente Socio correspondiente de la Deutsche Gesellschaft für Hals Nasen Ohrenheilkunde Kopf und Hals Chirurgie a propuesta del Profesor Wullstein (15).

El 1971 fue nombrado por su trayectoria universitaria y por su antigüedad, Vicepresidente de la Real Academia de Medicina de Valencia y a propuesta del Claustro Universitario, Rector Magnífico de la Universidad Literaria de Valencia, tras haber obtenido una votación muy mayoritaria en las primeras elecciones libres para Claustros Universitarios de España desde el término de la Guerra Civil. Su permanencia en el cargo fue efímera por razones que comentaremos en el apartado siguiente.

Pero, lo máspreciado de su labor universitaria fue su Escuela de ORL en la que formó especialistas de todas las categorías, que han continuado su labor, unos como catedráticos (Marco

Clemente, Ciges Juan, Bartual Pastor y Sprekelsen Gassó); otros como Profesores Titulares (Algaba Guimerá, Blay Galaud, Herrero Solano, Reig Ripoll y Zaragosí Moliner); otros como Jefes de Servicio con docencia MIR (Otero Gómez-Quintero, Iranzo Lloret, López Martínez, Vergara Trujillo, etc.) y finalmente, otros muchos como especialistas en ejercicio.

A los mencionados han sucedido otros, pero la continuidad de la Escuela, concebida como corriente de pensamiento, de método y de estilo de comportamiento, ha desaparecido como consecuencia de cambios socio-políticos por todos conocidos.

EL HOMBRE Y EL MAESTRO

Rafael Bartual Vicens fue un hombre, dotado como todos de virtudes y defectos. El análisis de su personalidad, realizado por su hijo, es sin duda alguna sesgado, parcial y sobre todo benevolente. Sin embargo, nadie discute que ha sido una figura señera en la historia reciente de nuestra Especialidad y de nuestra Sociedad (17). Probablemente deba esta consideración, al haber creado la Escuela de Otorrinolaringología más numerosa en el seno de la Universidad y por la reconversión científica de la disciplina. Ciges Juan (18) en su *«Proyecto Docente para la enseñanza de la Otorrinolaringología»* afirma textualmente, que *«el introductor de la ORL científica en España, fue precisamente mi maestro, el Prof. Bartual; su escuela y las de ella derivadas, son las principales cultivadoras de la ORL científica en España»*.

Sólo comentaré aquellas características personales que marcaron su actividad docente y su trayectoria hasta convertirlo en historia de la ORL española. Disciplinado, metódico y tenaz, veneraba la amistad, basada en la afinidad de ideas y sustentada por la sinceridad y la confianza absolutas. De espíritu apasionado, defendió con vehemencia criterios y amistades, lo que en más de una ocasión le enfrentó con otras escuelas de ORL o con Instituciones diversas. Buscó la verdad y la justicia, tomando a veces decisiones o adoptando actitudes, que no siempre fueron interpretadas correctamente por sus más próximos, lo que originó deserciones y abandonos que le

entristecieron profundamente. No obstante, supo reconocer errores y retractarse de los mismos en más de una ocasión. De ánimo generoso fue capaz, a veces con gran esfuerzo, de olvidar y perdonar agravios. Con frecuencia citaba una frase de Marañón, invitando a que jamás dejáramos anidar en nuestro pecho el rencor.

Enseñó cuanto sabía a todo el que se acercó con afán de aprender, orientando y protegiendo a los que admiraba por su capacidad, laboriosidad y talento. Fue tachado con frecuencia de despótico por los que confundían la autoridad, derivada del ascendiente moral, con la imposición. Ciertamente fue enérgico y exigente con sus discípulos predilectos, pero jamás les pidió más de lo podían dar y siempre menos de lo que se autoexigía. Tenía obsesión por las ciencias básicas como fundamento de la disciplina y motor del progreso. Insistía pertinazmente en la necesidad de formarse teóricamente, de dominar los métodos de diagnóstico y de diagnóstico diferencial; pretendía que todos los alumnos de su Escuela lo hicieran así, lo que no dejaba de ser una utopía. Siempre repetía esta frase: *«estudie, observe, ayude, pregunte, haga disección en el cadáver, frese temporales y no se impaciente; tiempo tendrá de operar y hasta de aburrirse»*.

Hombre de ideas y de convicciones, escéptico e hipercrítico, de formación liberal y republicana, procuró actuar con coherencia. Esta dignidad de carácter y de comportamiento imponía respeto, lo que unido a su sólida formación científica y técnica devenían en autoridad.

Este prestigio personal, profesional y universitario, su talante liberal y su autoritas trascendieron más allá de la Facultad de Medicina al resto de la Universidad. Por ello, cuando en 1972 se aprobó por el Ministerio de Educación y Ciencia la elección libre de una terna de Candidatos para el puesto de Rector de Universidad, obtuvo una mayoría superior a los dos tercios de los votos en primera vuelta, convirtiéndose en el primer *«Rector electo»* de la Universidad española. Su andadura rectoral fue efímera; apenas duró seis meses, pues como Rector electo se sintió portavoz y defensor de los intereses de su Universidad ante el Estado y no a la inversa. Esta actitud derivó en un serio enfrentamiento con la Presidencia de Gobierno (Carro Blanco) y los Ministerios de Educación y

Ciencia (Villar Palasí) y de Gobernación (Fraga Iribarne), que finalizó con su dimisión y la de toda la Junta de Gobierno de la Universidad de Valencia.

Su discurso de aceptación como Rector de la Universidad de Valencia refleja estas características personales; apenas duró cuatro minutos y dijo lo que quiso. Por razones obvias quedó inédito y sólo transcribiré a continuación alguno de sus párrafos:

«...sería una descortesía por mi parte no pronunciar unas palabras de gratitud con motivo de este acto. En primer lugar a S. E. el Jefe del Estado y en segundo término al Sr. Ministro de Educación y Ciencia por haber atendido el deseo de este Claustro Universitario, que, tras más de 50 años, recobra su autonomía y libertad para proponer su Rector, viéndome honradísimo con tal designación...»

Es público, lo he divulgado por los medios a mi alcance, que no he deseado cargo de tanta responsabilidad; que los 30 años de servicio a mi Universidad me hacían acreedor a un final tranquilo de mi vida académica y al disfrute de la paz del deber cumplido, sobre todo cuando las condiciones físicas y la capacidad de trabajo inician su lógico declive. Finalmente, mi total inexperiencia en el ámbito de la política universitaria me hacen intuir que llego tardíamente y sin reunir las condiciones que serían necesarias para salir airoso de este honroso cargo.

Entonces, se me dirá ¿porqué os veis en él? ¿qué fuerzas o razones os obligaron a ceder? Creo poder contestar a estas preguntas, sencillamente con estas palabras: mi deber ante la Universidad. No pude desairar a quienes, desatendiendo mis ruegos, fiaron en mí y mucho menos a quienes no lo hicieron. Una votación unánime habría sido alarmante por su incredulidad y una votación mayoritaria tiene el gran aliciente de contar con una valiosísima minoría, que inspira el mayor respeto y atención y sin cuyo concurso no es posible una labor fecunda en cualquier medio intelectual.

Lego en todo arte político, desconocedor de los fundamentos sociológicos que gobier-

nan hoy nuestra sociedad, lo único que sabe el científico y yo lo soy, es proyectar los principios de la ciencia a los campos político y sociológico, tratando de comprenderlos y de descifrarlos. Es cuanto uno honradamente puede hacer. ¿Es esto esperanzador? Confíemos en que sí, pero, a ser sincero no llevo al menos en el comienzo demasiadas ilusiones.

Un punto trascendental en la nueva etapa que se abre a la Universidad es el relativo al Patronato Universitario. La Universidad no puede seguir subsistiendo, si se mantiene marginada de la sociedad... debe adquirir vitalidad y eficacia, planteando ante aquélla sus problemas y sus iniciativas, ensanchando la acción de la Universidad a todo su distrito real y extrayendo de ella todo el provecho que puedan brindarle, tanto el Cuerpo Docente, como las generaciones de noveles universitarios en sus distintas especialidades.

Una última consecuencia, derivada no sólo de la forma de acceso a este cargo, sino de mis propios principios, se refiere a mi permanencia en el mismo. Me considero el representante de mi Universidad ante las jerarquías en materia educativa. Por lo tanto, mi misión fundamental, casi podría decir única, debe consistir y consistirá en defender por todos los medios a mi alcance, no sólo el desarrollo, sino el prestigio de la Universidad. De ello se infiere que el tiempo de mi permanencia está desde ahora claramente fijado: primero, en tanto en cuanto mi gestión merezca la aprobación diáfana e indiscutible de este claustro universitario del cuál yo no he de ser sino su portavoz y segundo, en tanto mis fuerzas físicas me lo permitan.

Y para terminar solo me resta expresar mi gratitud por la paciencia con que me habéis escuchado».

Fiel a su palabra y cumpliendo lo prometido, defendió a la Universidad y a los universitarios frente a la administración. El Rector y la Junta de Gobierno de la Universidad en pleno dimisionaron para no cumplir la orden de Presidencia de Gobierno de cancelar los contratos a los profesores con militancia en partidos políticos clandestinos. Investigado el comportamiento de

los interfectos en el desempeño de sus actividades académicas y comprobado que ninguno desarrollaba actividades políticas en la Universidad, el Rector y la Junta de Gobierno se negaron a acatar la orden de Presidencia de Gobierno por considerar, que cada cual es libre de actuar, según su albedrío y que el interés por la política o incluso la acción política son inherentes a la actividad intelectual.

El testamento a sus discípulos queda resumido en esta frase: «*mi gran alegría es veros unidos y esperar que hagais realidad por el bien de la Otorrinolaringología lo que yo no pude o no supe hacer*». Si a esto unimos la cesión a la Facultad de Medicina de Valencia de gran parte de su biblioteca médica, en especial de libros antiguos y casi únicos, junto con la Memoria hológrafa de Cajal de incalculable valor (19), no resulta difícil catalogar su personalidad.

PUBLICACIONES

En este apartado referimos todas las publicaciones de las que se han conservado separatas o ejemplares, así como los manuscritos de trabajos aceptados para su publicación y de los que no quedan separatas o no se tiene constancia de su publicación, probablemente por la difícil situación de nuestro país en aquellas fechas. Por la misma razón intentaremos un orden cronológico lo más exacto posible.

- «*Consideraciones acerca de la anatomía patológica y tratamiento de la tuberculosis laríngea*».

Expuesto en el Instituto Hispano-Americano de Otorrinolaringología de Madrid en marzo de 1932 y aceptado para su publicación en la Revista Española y Americana de Laringología, Otología y Rinología:

- «*Cuestiones que plantea la extracción de Cuerpos extraños laringotraqueobronquiales. Normas de solución*». Tesis doctoral. Publicaciones de Policlínica. Vol. XVI, Núm. 173 y 174: 2-72. 1933.
- «*Exploración de la función vestibular y auditiva*».

En Medicina Exploratoria de Vila Barberá. Imprenta de José Olmos Valencia pp: 267- 286. 1933:

- «*Reflexiones sobre un síndrome de Avellis*». Medicina Española. Núm. 31:3-11-1941.
- «*Acerca de cierta modalidad de la sífilis secundaria de la faringe y de la expresión histopatológica de la misma Jefatura Provincial de Sanidad de Valencia*». Papelería Vila-Valencia, pp: 2-24. 1942.
- «*Contribución al estudio de la papilomatosis laríngea*». Medicina Española. Núm. 42:2-18. 1942.
- «*Un caso complejo de parálisis laríngea*». Medicina Española, Núm. 49:3-7. 1943.
- «*Acerca de las manifestaciones nasales de la micosis fungoide*». Medicina Española. Núm. 52:2-7. 1943.
- «*Contribución al estudio del reflejo de Preyer. Acerca del estado de las experiencias relacionadas con el reflejo de Preyer*».

Ponencia 1943:

- «*A propósito de un caso de absceso cerebral otógeno*».

Revista Española de Oto-Neuro-Oftalmología y Neurocirugía: 5-11. Mayo 1944:

- «*Algunos aspectos del desarrollo de la laríngea*». Revista Española y Americana de Laringología, Otología y Rinología. Año I, Núm. 11, pp: 447-471. 1944.
- «*La participación ontogénica en las malformaciones del tabique nasal*». Gráficas Reunidas S.A. (Madrid), pp: 1-7. 1945.
- «*Papilomatosis laríngea*». Ponencia Oficial presentada en la Sección de ORL de las Jornadas Médicas de Sevilla en Layo de 1945. Publicada en Núm. Extraordinario de Anales de Otorrinolaringología de 1945.
- «*Quimioterapia de las otitis*». Boletín del Consejo General de Colegios Médicos: 29-36. Marzo 1947.
- «*Apuntes de Otorrinolaringología*». S.E.U. Valencia 1947.
- «*Acerca del cáncer laríngeo en la mujer*». Revista Española de Otoneuro-Oftalmología y Neurocirugía, Núm. 35, pp: 5-10. 1948.

- «*First results in the surgical treatment of Otosclerosis by the transtegmentary technic*». Acta ORL: Española, pp: 319. Julio 1949.
 - «*Quimioterapia en Otolología*». Monografías Médicas de Editorial Saber (Valencia). 1949.
 - «*Analogías y diferencias entre los II y VIII pares y sus órganos terminales*». Revista española de Otoneuro-Oftalmología y Neurocirugía, Núm. 49, 5-19. 1950.
 - «*Algunos aspectos evolutivos en el tratamiento del cáncer laríngeo*». Real Academia de Medicina de Valencia. Discurso de Recepción, pp: 5-35. Junio de 1951.
 - «*Algunos aspectos de la fatigabilidad auditiva y olfatoria*». Revista Española de Otoneuro-Oftalmología y Neurocirugía, Núm. 68:5-27. 1953.
 - «*Fisiopatología de la Mucosa nasosinusal*». Revistas Las Ciencias (Madrid) Año XIX, Núm. 2, pp: 251-266. 1954.
 - «*Espectro actual de las afecciones inflamatorias en Otolología*». Revista Las Ciencias (Madrid), Año XIX, Núm. 3:736-755. 1954.
 - «*Granulomas laringeos tras la intubación anestésica*». Segunda Reunión Médica de Levante. Ponencia: 495-503. 1954.
 - «*Anestesia con hipotensión controlada en Neurocirugía*». Revista Española de Otoneuro-Oftalmología y Neurocirugía. Enero-Febrero 1954.
 - «*Aportación experimental al estudio de la motilidad laríngea por los curarizantes*».
 - «*Reparación por injerto de la parálisis facial quirúrgica*».
 - «*Tumores de la celda amigdalina*».
 - «*Hipotensión controlada en Otorrinolaringología*».
 - «*Indicaciones de la laringectomía en los tuberculosos pulmonares*».
 - «*Las resinas acrílicas en las correcciones estéticas*».
- Comunicaciones presentadas con distintos colaboradores de la Cátedra ORL de Valencia en el II Congreso Nacional de la SEORL en Valencia 1954 y publicadas por Acta Otorrinolaringológica Española, como Actas del Congreso:
- «*La invernación en el tratamiento de las meningitis*». Revista de Información Médico-terapéutica (Barcelona), Año XXXI, Núm. 5: 193-202. 1956.
 - «*Algunos problemas de diagnóstico en el cáncer laríngeo*». Anales de la Sociedad Otorrinolaringológica Andaluza, VI Asamblea, pp: 471-504. 1956.
 - «*El exponente de la actividad sensorial*». Revista Española de Otoneuro-Oftalmología y Neurocirugía, Núm. 85:245-262. 1956.
 - «*Problemas actuales de la olfacción*». Acta ORL Ibero-Americana, Núm. 1:3-23. 1957.
 - «*Diagnóstico precoz del cáncer laríngeo*». Libro de Actas de la IV Reunión Médica de Levante: 333-336. 1958.
 - «*Movilización y fenestración*». Actas de la VIII Reunión de la SEORL (Madrid). 1958.
 - «*ACTH y Cortisona en ORL*». Acta ORL Ibero-Americana, Año X, Núm. 3:1-24. 1959.
 - «*Aportación a la técnica de Justo Alonso*». Acta Otorrinolaringológica Española, Vol. II, Año X: 3-14. 1959.
 - «*Sarcomas laríngeos*». Revista Española de Otoneuro-Oftalmología y Neurocirugía, Núm. 108: 3-10. 1960.
 - «*Algunos aspectos de la evolución neurosensorial*». Revista ???, pp: 97-113.
 - «*Cromosomopatías en Otolología*». Ponencia oficial al VI Congreso Nacional de Otorrinolaringología. Barcelona. Gráficas Román, SA. 1960.
 - «*Hemorragias nasofaríngeas*». Revista Ibys, Núm. 5: 387-406. 1960.
 - «*Tumorações del cuello*». Revista española de Otoneuro-Oftalmología y Neurocirugía Núm. 119: 3-18. 1962.
 - «*Contribution a la technique de laryngectomie horizontal susglottique*». Revue de Laryngologie: 543-556. 1962.
 - «*La colagenosis en Otorrinolaringología*». Coloquio y Curso Monográfico Revista Española de Otoneuro-Oftalmología y Neurocirugía. Año XIX, Tomo 21, Núm. 119: 1-187. 1962.
 - «*Otitis y distermias en la infancia*». Archv. Fac. Medicina Zaragoza. Tomo X, Núm. 3: 366-374. 1962.
 - «*Fisiología de la audición*». Acta ORL Ibero-Americana, XIII/5: 445-471. 1962.
 - «*Coloquio sobre patología de la amígdala*». Revista Española de Otoneuro-Oftalmología y Nuerocirugía. 9-75. Marzo de 1962.

- «Un Caso interesante de tumor traqueal». Acta Otorrinolaringología Española, Año XIV, Vol. V: 3-7. 1963.
- «Die Teilresektionen beim Larynxtumor». Z. f. Laryngologie-Rhinologie-Otologie. Año 44, Núm. 2: 76-85. 1965.
- «Cefaleas». Actualidades Otorrinolaringológicas. Editorial Marbán (Madrid): 1-18. 1966.
- «Papilomatosis laríngea». Acta ORL Ibero-Americana. Año XVII, Núm. 4: 374-384. 1966.
- «Cromosomopatías en Otología». Ponencia Oficial al VI Congreso Nacional de la SEORL. (Barcelona). Editorial Gráficas Román S.A.: 1-276. 1966.
- «Tuberculosis laríngea». 1967.
- «Cilindromas en Otorrinolaringología». Progresos en Otorrinolaringología de R. Poch Viñals (Edit. Oteo Hernández), Madrid. pp: 173-196. 1967.
- «Acerca del laringocele». Cirugía, Ginecología y Urología. Vol. XXII, Núm. 1: 35-41. 1968.
- «La participación genética en la sordomudez». Acta ORL Ibero-Americana, Vol. XX/3: 278-306. 1969.
- «La epistaxis en fracturas frontobasales. Necesidad de colaboración diagnóstica y terapéutica del otorrinolaringólogo y del neurocirujano». Acta Otorrinolaringológica Española, Año XX, Vol. VI: 1-18. 1969.
- «Introducción a la obra de Cajal Anatómico». Real Academia de Medicina de Valencia. Enero: 13-44. 1970.
- «Concepto y clasificación de las otitis medias crónicas. La otitis media crónica de perforación central». Anales de la Universidad Hispalense. Serie Medicina, Núm. 5: 81-94. 1970.
- «Cirugía conservadora del cáncer de laringe». Monografía Prof. Poch Viñals. Editorial Oteo (Madrid): 19-39. 1970.
- «Introducción a la obra de Cajal Anatómico». Real Academia de Medicina de Valencia. Actos Inaugurales del Curso 1970, pp. 11-40. 1970.
- «Polipos laríngeos». Actas del XIX Convetus de la Soc. ORL. Latina: 247-271. 1972.
- «Sobre la laringectomía total reconstructiva. Técnica de Serafini». Acta Otorrinolaringo-

lógica Española Año XXIV, Vol. II. 1-16. 1973.

- «Tumores del glomus jugulare tympanicum. Aspectos ultraestructurales, microscópicos y clínicos». Acta Otorrinolaringológica Española, Año XXIV, Vol. III: 3-38. 1973.

BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN

1. Título de Bachiller expedido por el Rector de la Universidad de Valencia con fecha 6 de octubre de 1923. Registro al folio 90 del libro de los de su clase, Núm. 16.
2. Cuaderno Escolar con la matrícula oficial nº 141.
3. Título de Licenciado en Medicina y Cirugía, expedido por el Presidente de la República y en su nombre por el Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes el 24 de mayo de 1932. Registro de la Sección especial de Títulos, folio 178, núm. 336.
4. Título de Doctor en Medicina y Cirugía expedido, por razones obvias, el 29 de mayo de 1943 por el Jefe del Estado español y en su nombre por el Ministro de Educación Nacional, Ibáñez Martín. Registro de la Sección especial de Títulos, folio 85, núm. 56.
5. García Linares C, Mateo Blanco A, Talavera Sánchez J 1998. En Memoria del profesor Andrés Sánchez Rodríguez. Boletín ORL V/1:35-37.
6. O.M. de 18 de mayo de 1943 y título de Catedrático Numerario de Universidad expedido en 26 de febrero de 1944. Registro especial de títulos, folio 30, núm. 19.
7. Bartual Vicens R, 1944. Algunos aspectos del desarrollo de la Laringe. Rev. Española y Americana de Laringología, Otología y Rinología. Año I. Núm. II, pp. 448-471 y La participación ontogénica en las malformaciones del tabique nasal. Gráficas Reunidas S.A. (Madrid) 1-7, 1945.
8. O. M. de 11 de junio 1945.
9. Bartual Vicens R, 1950. Discurso Necrológico in Memoriam del Profesor D. Antonio García-Tapia (inédito).
10. Título de Socio fundador de 11 febrero de 1949.
11. Título de Socio de 5 noviembre de 1949.
12. Título de Académico Numerario de 26 junio de 1951.
13. Título de 10 de marzo de 1956.
14. Diploma de 27 junio de 1956.
15. Título de 18 de mayo de 1969.
16. O. M. de Educación y Ciencia de 28 de febrero de 1972.
17. Cañizo Fernández Roldán A, 1997. Historia de la Otorrinolaringología Española (1850-1950). International Marketing & Communications SA (Madrid), p. 64.
18. Ciges Juan M, 1990. Proyecto Docente para la enseñanza de la Otorrinolaringología 1990. p. 36.
19. López Piñero JM^a, 1978. Santiago Ramón y Cajal. Concepto, método y programa de Anatomía descriptiva y General. Hispaniae Scientia, p. 28, 2º párrafo.

DR. RICARDO BOTEY DUCOING



T. Sacristán Alonso

Haré una pequeña semblanza del profesor Ricardo Botey Ducoing, personaje célebre e ilustre especialista español, que fue creador de un sentir hacia nuestra especialidad.

Nació en Barcelona el 24 de septiembre de 1855. Su infancia y juventud transcurrieron entre Barcelona y el sur de Francia. Realizó sus estudios de medicina en Barcelona, alcanzando su doctorado en Madrid en 1892. Sus inicios como profesional no fueron precisamente otorrinolaringológicos puesto que la especialidad

apenas era conocida en España. En un principio se dedicó a la medicina general, así como estudios de bacteriología e histología alcanzando reconocimiento por sus estudios y descubrimientos para el diagnóstico del cólera. Es en 1884 cuando se inicia en los diversos campos de la otorrinolaringología de forma autodidacta y posteriormente completa su formación otorrinolaringológica en sus viajes por las principales clínicas europeas. R. Botey considera completa su formación en 1890, estableciéndose definitivamente en Barcelona.

Su personalidad fue muy discutida debido a su carácter independiente, abierto y partidario de la verdad rotunda, por lo que levantaba envidias y recelos entre los colegas de su época y fue un infatigable viajero, procurando en sus viajes asimilar las técnicas más avanzadas de su tiempo.

Conoció a todos los grandes maestros, como fueron GELLE, GOUGUEHEIM, CALMETE, LUBETBARTON, BARATOUS, MIOT, FAUVERT, MENIER, LUC, BOUCHERON, etc., estableciendo una cordial amistad con el profesor MOURE en Burdeos.

En Austria conoció a SCHROEFFER, alumno de TURCK; asistió a los cursos del gran Politzer, con el que llegó a tener una amistad entrañable que le sirvió de introducción para sus visitas en las clínicas de Alemania, Bélgica, Austria, etc.

Alemania le causó una profunda impresión por el orden y alto conocimiento de sus profesores LUCAE, TRAUTMANN, LOEWE Y HARTMANM; en esta clínica estaban separadas la laringología de la otología. En Berlín conoció a FRANKEL y KRAUSE, considerando la clínica de LUCAE la mejor de Berlín. En Londres tuvo relaciones con MACKENZIE. En Breslau conoció al gran VERTOLINI, autor de la mejor obra sobre laringología de su época.

Aunque no tan frecuentes las reuniones científicas como ahora, el doctor R. Botey asistió a numerosas, presentando comunicaciones que levantaban gran expectación tanto por su contenido científico como por su estilo renovador; en el I Congreso de Otorrinolaringología en Madrid en 1896 presentó cinco comunicaciones.

Otra faceta muy importante del doctor R. Botey fue su dedicación a la docencia, siendo hombre organizadísimo en su trabajo, del que supo sacar grandes conclusiones, que fue transmitiendo por medio de cursos. El primero (de tres meses de duración, con tres alumnos que pagaron treinta pesetas), como nota anecdótica, los cursillistas tenían que acudir con un espejo frontal, varios especulum espéculos nasales y especulos «guturales».

Ojeando uno de sus múltiples tratados de otorrinolaringología sorprende la originalidad, no sólo como creador de nuevas técnicas o aportaciones a las existentes, sino también por

su capacidad para crear instrumental adaptándolo a las necesidades quirúrgicas; fue un notabilísimo maestro que supo aprovechar los avances como fueron la electricidad, la anestesia con cocaína y la antisepsia.

Después de grandes esfuerzos fundó su propia clínica en la calle de Rosellón, 166 de Barcelona, viviendo él en el piso principal de la misma. En el año 1889 propuso una consulta gratuita de otorrinolaringología en su querido Hospital de la Santa Cruz, lo que le fue concedida, pero a pesar de todo nunca llegó o realizarse siendo esto una de las decepciones que más le afectaron. Fue nombrado académico de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona en 1904, presentando en una de sus reuniones un nuevo aparato Fonatorio para los laringectomizados defendiendo la cirugía laríngea realizada con anestesia local.

También perteneció y fue presidente de la «ACADEMIA Y LABORATORIO DE CIENCIAS MÉDICAS DE CATALUÑA» de la que fue el undécimo presidente. Fue también presidente de la Sociedad Barcelonesa de Otorrinolaringología. En 1886 se fundó en Barcelona una Sociedad Española de Otorrinolaringología constituida por personalidades de la época, donde ya aparece el profesor Bartual, pero tuvo poca repercusión y una vida muy pobre, hasta 1912 en que surge nuevamente la idea de una asociación, la Asociación Española de Otorrinolaringología, como hemos dicho antes, presidente el doctor R. Botey.

En 1922 se fundó la Asociación Hispano-Americana de Otorrinolaringología en París durante el X Congreso Internacional, y aquí ya aparecen nombres ilustres que me conmueven; presidentes honorarios LUC y CISNEROS (primer profesor del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Provincial de Madrid, del que con el correr de los años, fui yo también profesor), R. BOTEY, presidente; TAPIA, vicepresidente; HINOJAR, secretario general (segundo profesor del citado Hospital), y el Doctor ARIÑO, que fue el segundo presidente de nuestra Sociedad. Sus publicaciones son innumerables, tanto en número como en la calidad destacando numerosas monografías, pero es quizá para su época el libro «Tratado de ORL para médicos y estudiantes» su obra cumbre

publicado en 1902, con 18 capítulos, en el que de forma magistral define cuadros y hace las indicaciones terapéuticas precisas. De esta obra se hicieron cuatro ediciones la última en 1925, reflejándose en todas ellas el saber de una época.

Junto a esto tenemos una serie de obras inacabables sobre la voz que luego son traducidas al alemán y al ruso, versando algunas de ellas sobre los fibromas nasalaríngeos, nódulos vocales, tratamiento del cáncer de laringe por cirugía curiterapia y roentgenoterapia y enseñanza de la otorrinolaringología en España en el final del siglo. Fue editor y director de la revista *Archivos Internacionales de Laringología, Otología y Rinología*, que posteriormente cambia su

cabecera por *Archivos Latinos de Laringología, Otología y Rinología* en 1894, y en 1906 vuelve a cambiar de nombre al de *Archivos de Rinología, Laringología y Otología*.

Falleció en 1927 a la edad de 72 años en su propio domicilio, situado en el piso principal de su clínica. Queremos con esta breve reseña basada fundamentalmente en la tesis del doctor Antonio Campmajo Tornabella, obra magnífica digna de consultarse. Ponemos de manifiesto todo el respeto y admiración que hoy sentimos ante la obra de un hombre ilustre y de un otorrinolaringólogo ejemplar que supo en los momentos iniciales de la otorrinolaringología impulsarla, divulgándola y contribuyó con su genio al desarrollo mundial de mi especialidad.

DR. PEREGRÍN CASANOVA CIURANA



F. Ferrer Baixauli

L. Blay Galaud

J. L. Fresquet Ferrer

J. Marco Algarra

Peregrín Casanova Ciurana nació en Valencia el año 1849 y falleció en la misma ciudad en 1919. Se crió en el seno de una familia de la alta burguesía. Desde 1866 a 1871 estudió medicina en la Universidad de Valencia.

Antes de los 20 años dominaba cuatro idiomas: español, alemán, inglés y francés. Fue el primer español que viajó a Jena alrededor de 1870, según nos presenta Juan Bartual en su ne-
crológica, para conocer a Haeckel, en demanda de lecciones de antropogenia.

En su juventud decidió consagrarse a la carrera académica. Casanova obtuvo por oposición el cargo de ayudante de clases prácticas en 1872 y el de profesor auxiliar al año siguiente. Se trasladó después a Madrid para cursar los estudios de doctorado, consiguiendo este grado en julio de 1875. Allí le influyó de manera importante la enseñanza biológica de Aureliano Maestre de San Juan, lo mismo que le sucedió a Cajal dos años más tarde. Además, se convirtió en miembro de la Sociedad Histológica Española que Maestre había fundado.

En el mismo mes de julio de 1875, Casanova ganó las oposiciones a la cátedra de anatomía descriptiva y general de la Facultad de Medicina de Valencia, vacante tras el fallecimiento de Gómez Alamá, que ocuparía durante más de cuatro décadas. En un trabajo redactado cuatro meses antes, había expuesto ya la orientación científica que iba a seguir en su labor universitaria. Bajo el título de *Historia natural de la célula: su estudio en el organismo humano*, ofreció en él un enfoque muy distinto al de la micrografía meramente descriptiva. Como hemos comentado, se dedicó a la asignatura de anatomía hasta 1919, año en que fallece. Introdujo en España las altas concepciones de esta ciencia, que con el nombre de anatomía filosófica o trascendental corría por Europa, lo que enturbió su fama de anatómico y exaltó la de filósofo. Fue hábil disector, y consideraba como base de la anatomía el estudio de la filogenia, de la ontogenia, de la embriología y de la teratología.

Como clínico se especializó en otorrinolaringología, constituyéndose como el principal precursor de la especialidad en Valencia. Además de la gran contribución a este campo, tuvo una importante dedicación científica a la enseñanza y difusión del darwinismo. A lo largo de su vida propugnó sustituir la morfología descriptiva tradicional por el acercamiento morfogenético de los evolucionistas, en especial de Ernst Haeckel y Carl Gegenbaur.

Casanova se refugió en la enseñanza y en la práctica clínica como especialista en otorrinolaringología. En 1877, en el primer número de la prestigiosa revista: *La Crónica Médica*, presentó su primer trabajo otológico. Durante ese año y tres más consecutivos publicó estudios de gran

calidad, dentro del área de la otología sobre todo, tan bien documentados como sus obras morfológicas. También codirigió la *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, que desde 1890 apareció durante dos años.

Según nos comenta Bartual en *La Medicina Valenciana*, con motivo del fallecimiento de Casanova, era un hombre «*incansable, laborioso, enamorado de su cátedra y de sus discípulos... Para muchos era un biólogo escéptico y desengañado. Pocos sabían que su biblioteca de Filosofía, de Fisiología, de Historia y de Arte era de las más nutridas y selectas que hubo en esta tierra*». Respecto a su carácter, nos informa que «*Schopenhauer, su filósofo favorito, dejó un hondo arañazo en su alma, considerando todo como un fruto acerbo del pesimismo que había que endulzar... Era político a lo Renán; demócrata por su amor al humilde; aristócrata, por lo delicado de su espíritu; entusiasta siempre de todo cuanto implicara un paso adelante, a veces aún a trueque de vacilar*».

«Supo ser un buen clínico y otólogo experto —sigue diciendo Bartual— a quien Politzer, Grubler, Löwenberg, estimaron en lo mucho que valía».

Casanova ha sido valorado sobre todo como difusor del Darwinismo, minuciosamente estudiado por López Piñero. En 1877 deseaba convertir su cátedra en un centro para la difusión de las doctrinas de Haeckel. Las posturas anatómicas y evolucionistas de Casanova provocaron gran hostilidad en los medios conservadores de la época, y un gran reconocimiento de su labor por los renovadores.

ESTUDIO DE SUS OBRAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS

La mayoría de sus trabajos tratan sobre otología. Casi todos se editan en la prestigiosa revista médica valenciana *La Crónica Médica*. A continuación ofrecemos un resumen de sus tres primeras publicaciones sobre ORL.

Su primer artículo se publica en 1877, titulado «La importancia de los estudios otológicos». En este trabajo Peregrín Casanova muestra cierto escepticismo y amargura ante la poca atención que mostraron los médicos y enfermos por

las enfermedades otológicas. En esta obra aparecen párrafos como:

«Mientras en las afecciones venéreas los enfermos acuden a los específicos encomiados... los enfermos del oído permanecen totalmente indiferentes, no dando importancia a una afección que apenas les molesta y para la curación de la cual creen inútiles todos los medios terapéuticos.»

«...¿Cuál es la causa de esta indolencia que existe entre los médicos y en los enfermos en lo tocante al tratamiento de las enfermedades del oído? ¿Es que dicho aparato no desempeña en nuestro organismo ninguna función importante?... ¿Es que a pesar de todo, las enfermedades del oído no se curan? todo esto es lo que vamos a ver...»

En 1877 también publicó «Diagnóstico y tratamiento de la otorrea» en cuatro capítulos. En este trabajo describe la importancia del diagnóstico, para lo cual es necesario tener conocimientos anatómicos e histológicos del aparato auditivo.

«La anatomía patológica que ha fundado los cimientos de la patología tanto médica como quirúrgica, nos ha hecho ver los erro-

res, los grandísimos errores cometidos cuando tan solo se conocían las enfermedades de nombre».

Destaca lógicamente que la otorrea no es una enfermedad, sino un signo de la misma, ante la cuál hay que investigar la causa que lo produce. Se plantea una serie de cuestiones como: «¿Es posible diagnosticar siempre la otorrea? ¿debe curarse la otorrea?, y en este caso ¿es posible curarla?» Tras explicar una serie de opciones terapéuticas, médicas y quirúrgicas, termina el artículo exponiendo que «la otorrea debe y puede curarse con éxito acudiendo en tiempo oportuno, y que aún con lesiones graves del oído puede curarse igualmente, si bien con la imperfección de la función que necesariamente ha de seguir».

Su tercera publicación se titula «La otología en los diez últimos años». En esta obra, Peregrín Casanova explica en cinco capítulos de forma resumida los Anales del otólogo francés GUERDER, de Longwy. En ellos relata los avances de la otología desde 1867 a 1877. El autor original se queja del escaso impulso de Francia en este terreno, en comparación con Alemania, que tuvo un gran desarrollo desde mitad del siglo XIX. Con la intención de superar diferencias, crea sus Anales, que los divide en Anatomía, Fisiología, Patología y Terapéutica.

DR. DANIEL GARCÍA HORMAECHE

N. Gómez Estancona

G. Videgáin

A. Blanco Galdín

D. Gorostiza

Este ilustre otorrinolaringólogo nace en Santurce (Vizcaya) en 1890. Los estudios de Medicina los realiza en la Universidad de Valladolid (1911).

En Bilbao inicia su actividad profesional vinculándose al Hospital de Basurto donde primero ejerce como cirujano general, especializándose más tarde en Otorrinolaringología.

Durante la fugaz vigencia de la Facultad de Medicina creada en el otoño de 1936, García Hormaeche fue designado titular de la enseñanza de la especialidad que ya venía ejerciendo en Basurto y en este centro hospitalario formó varias promociones de Otorrinolaringólogos desde 1940 hasta 1960.

Participó en el desarrollo del tratamiento del cáncer laríngeo al perfeccionar el cierre de la hipofaringe.

Persona querida y apreciada con un ingenio fuera de lo común, fue el primer interno del Hospital de Basurto que previa apuesta y posterior reprimenda pasó visita de sala en bicicleta. Hombre vital y deportista es recordado en Bilbao por haber ganado varios partidos de pelota a mano, desafiando él solo a una pareja de pelotaris y jugando Don Daniel con una botella de champán encintada a modo de pala, que daba extraños efectos a la pelota. Jugó varios desafíos en el Deportivo de Bilbao y en Plencia, resultando vencedor GARCÍA HORMAECHE acontecimientos recogidos por la prensa de la época.

Fue presidente de la Academia de Ciencias

Médicas y presidente del Igualatorio Médico-Quirúrgico. Con los doctores Zarza y Díaz Emparanza fundó el sanatorio Zarza.

Don Daniel García Hormaeche falleció en 1961. Le continuaron dos hijos y dos hijas, uno de ellos Don Gerardo GARCÍA YANDIOLA, otorrinolaringólogo fallecido en 1982, es el autor de las ilustraciones cedidas gentilmente por su familia (1) (2) (3).

El año 1945, publica Don Daniel GARCÍA HORMAECHE (16) su técnica con el punto en masa músculo submucoso. Operación de laringectomía total, con la técnica simplificada del autor.

TÉCNICA DE LARINGECTOMÍA TOTAL DESCRITA POR GARCÍA HORMAECHE

1º Tiempo.- Incisión en la línea media, que va desde dos centímetros por encima del hioides hasta el borde inferior del primer anillo de la tráquea.

2º Tiempo.- Separación de los músculos prelaríngeos, descubriendo de arriba abajo la membrana tiroidea, el ángulo y borde del cartílago tiroideos, la membrana y músculos intercricotiroideos, el cartílago cricoides y primer anillo traqueal.

3º Tiempo.- Desinserción de los constrictores inferiores de la faringe y sección transversal entre el primer anillo de la tráquea y el borde inferior del cricoides.

4º Tiempo.- Despegamiento de abajo arriba, con basculación de la laringe y ligadura de pedículos superiores.

5º Tiempo.- Cierre de la hipofaringe: PUNTO MÚSCULO-SUBMUCOSO de GARCÍA HORMAECHE. Fig. 2 dibujo a plumilla con tinta china del hijo de Don Daniel, el otorrinolaringólogo ilustre Don Gerardo GARCÍA YANDIOLA.

6º Tiempo.- La incisión de la aponeurosis y los músculos prelaríngeos han sido suturados. Se fija la piel al primer anillo traqueal. Cierre de la incisión de piel. Fig. 3 (dibujo cedido por la familia).

7º Tiempo.- Terminada la sutura se coloca una cánula de traqueotomía.

Para que un método de laringectomía total sea considerado como original tiene que aportar una modificación que llene un detalle fundamental en la extirpación de la laringe, dado que en caso contrario existirían tantos métodos de laringectomía como autores han escrito sobre ella, pues casi todos aportan algo a la técnica.

Estas modificaciones se referirán principalmente al modo de realizar la incisión en piel o al cierre faríngeo.

La técnica de laringectomía total de García Hormaheche descrita en este trabajo es el resultado de la combinación de las ventajas de varias técnicas quirúrgicas hábilmente, para conseguir reunir en una las ventajas de los métodos clásicos de forma sencilla, fácil y simplificada.

Es una técnica de laringectomía en un tiempo, bajo anestesia local, incisión vertical en la línea media del cuello, conservando la capa muscular prelaríngea, despegamiento subpericondríco de la laringe, ligadura previa de los pedículos vasculares, faringotomía infrahioidea, cierre faríngeo después de la extirpación de la laringe con el punto de GARCÍA HORMAECHE, refuerzo faríngeo con el pericondrio, sutura de tráquea a piel, supresión absoluta de drenajes, revisión de las cadenas yugulares.

Consideraciones críticas sobre este proceder:

- Sólo una causa justifica, a nuestro entender, la traqueotomía como primer tiempo de la laringectomía y es la asfixia inminente.

- Anestesia local porque suprime el shock de la anestesia general, es la época del éter, cloroformo, monóxido de nitrógeno, barbitúricos y anestesia rectal. Estos procedimientos aumentaban la mortalidad operatoria, la anestesia local evitaba los inconvenientes de la general.
- La incisión en línea media del cuello permite realizar, perfectamente la sutura cutáneotraqueal.
- El punto de García Hormaheche MÚSCULO-SUBMUCOSO en el cierre faríngeo y el corsé de refuerzo realizan la soldadura perfecta de los tejidos con la desaparición de los faringostomas tan frecuentes en la época.
- Con el empleo de la penicilina GARCÍA HORMAECHE suprime por primera vez de la laringectomía los drenajes y consigue la curación por primera intención en la mayoría de los casos.

Una vez discutida la bondad del método pasamos a analizar su originalidad:

- KILLIAN culpó la frecuente desunión de este cierre a la ligadura de los vasos, que impide el riego de la mucosa, BOENNINGHAUS, RETHI, SAUERBRUSH, ORTON, CUNING, CLERF achacan el esfacelo de la mucosa a la tirantez de las suturas y por ello extirpan el hioides para descender la musculatura de la lengua y, como consecuencia, una menor tirantez en la sutura de reconstrucción de la pared faringoesofágica.
- HAJEK, al no conseguir la cicatrización por primera intención, deja una pequeña fístula faríngea, por la que aspira durante los primeros días las secreciones. SERCER realizaba un faringostoma suturando la mucosa esofágica a un orificio realizado en el colgajo de piel. PORTMANN y DESPONTs eran partidarios de dejar un faringostoma. SPIESS es contrario a realizar suturas y mantiene la herida abierta. HAUTANT se muestra partidario de no realizar suturas faringoesofágicas. DURANTE propone, en los casos de dificultad del cierre faríngeo la plastia de la brecha faríngea al

colgajo cutáneo. LEOTTA cierra la faringe con un colgajo aponeurótico cervical superficial. CROWE y BROYLES realizan el cierre faríngeo con numerosas suturas submucosomusculares entre la pared esofágica y los músculos constrictores inferiores, esternotiroideos y tirohioideos; este cierre es reforzado por ocho o diez puntos de sutura de los músculos esternohioideos entrecruzados en línea media. VASCONCELLOS y BARRETTO (19) extirpan la laringe sin abrir la cavidad faríngea, después de extirpado el hioides y lo refuerzan al modo de CROWE y BROYLES.

Estos últimos métodos son efectuados bajo anestesia general y son más complicados que el método sencillo de GARCÍA HORMAECHE bajo anestesia local.

BIBLIOGRAFÍA

- Goti JL. Actividad Asistencial y Docente. HISTORIA DEL HOSPITAL DE BASURTO. Granjel LS, Goti Iturriaga JL. Gráficas Ellacuria S.A. p. 165-211, Bilbao 1983. Goti JL. Diccionario Histórico de médicos vascos. Granjel LS. p. 83, Dr. Goti Iturriaga JL. SEMINARIO DE HISTORIA. U.P.V. Bilbao 1983.
- García Hormaheche D. Breve historia del cáncer laríngeo y de las técnicas empleadas para su tratamiento quirúrgico. Dr. García Hormaheche. Actas del cincuentenario de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Tomo 1, p. 613-625. Madrid 1950.
- Videgaín. Historia del tratamiento del cáncer laríngeo. Anales de la casa de salud Valdecilla nº 3-6, Tomo XII, p. 580-597. Santander 1951.
- Rubio y Galí F. Mis maestros y mi educación, Giner, Madrid, 1977. La primera laringectomía realizada en España por el Dr. Rubio y Galí: El Anfiteatro Anatómico Español, apéndice 4: 370-371, 1878.
- MacKenzie M. Tratado práctico de las enfermedades de la laringe, de la faringe y de la tráquea. Imprenta de Enrique Teodoro, Madrid 1882.
- Sendziak. Larynx concenon. Deut. Med. Wochs, 823/1903.
- Videgaín G. Consideraciones críticas sobre los diversos procederes de laringectomía. Revista Española de Otorino-Oftalmología y Neurocirugía Nº 42 y 43, p. 1-26. Valencia 1949.
- Videgaín G. Nuevos estudios sobre la laringectomía por campo estrecho y otras consideraciones en el cáncer laríngeo. Tesis doctoral. C.S. Valdecilla. Junio 1948.
- Glück T. Der gegenwärtige stand der chirurgie des schlund des. kehlkopfes und der trachea. MUNCH. MED. Wochs., 385, 1903.
Glück T. Chirurgisches behandlung des kehlkopf und rachenkrebs. Deust. Med. Wochs. 1792; 1908.
Glück T, Sorensen J. Die extirpation und resection der kehlkopfes. Leipzig, Vol. IV, p. 1; 1932.
- Tapia AG. Breves consideraciones deducidas de mi experiencia en la laringectomía. Rev. Esp. y Am. Laringol. Otol. Rinol. 3, 145; 1919.
- Tapia AG. Homenaje al profesor alemán Temistocles Glück, con motivo del octogésimo aniversario de su nacimiento. Ann. Acad. Nac. de Med., 53, 807; 1923. Tapia AG. Antología de trabajos científicos, tomo 1, p. 465-469, Madrid 1945.
- Hinojar. Presentación de un enfermo laringectomizado curado a los once días de la intervención por un procedimiento personal. Rev. Esp. y Am. de laringol. Otol. y Rinol. 5/311/1924.
- Regaut, Coutard y Hautant. Contribution au traitement des cancers endo-larynges par les rayons X.G. Doin 175. Paris 1922.
- Hautant. Laryngectomie totale. Presentation de deux opérés. Simplification de la technique. Ann. d. Mal. d'Oreille et du Larynx.
- Portmann G. Laryngectomie en trois temps; procédé de sûreté. Press. Méd. 12, 152; 1943.
- Rethi. Uber die totale kehlkopfextirpation. Med. Klin., 257, 1922.
- García Hormaheche D. Avance sobre un nuevo procedimiento de técnica quirúrgica para realizar las laringectomías subtotales y totales. Rev. Esp. y Am. de Laringol. Otol. y Rinol. 99, 1945.
- Pascual de Juan. Laringectomía simplificada. Rev. Esp. y Am. Laringol. Otol. Rinol. 3; 1946.
- Videgaín G. Algo más sobre la técnica de «Laringectomía simplificada». Anal. Casa de Salud de Valdecilla 303/1950.
- Vasconcellos y Barretto. Total laryngectomy. Arch. Otolaryngol. 40, 133, 1944.
- Chevalier Jackson. A plea for a narrow field operation. Surg. Gynec. Obst 70/51/7/1940.
«Cancer of the larynx». Saunders 1940.

DR. LUIS GARCÍA IBÁÑEZ



F. Ferrer Baixauli

L. Blay Galaud

J. L. Fresquet Ferrer

J. Marco Algarra

Nació en Puerto Rico el día 15 de septiembre de 1907. Hijo de madre aragonesa y padre santanderino, decidieron en su juventud «hacer las Américas». En su más temprana infancia, a la edad de año y medio, su madre deseó regresar a su tierra natal, llevando a Luis consigo a Albarracín. Don Luis tiene cuatro hermanos, ninguno de ellos médico. Su

padre permaneció en Puerto Rico por obligaciones laborales. A la edad de 14 años, su padre falleció.

Estudió la Enseñanza Primaria en Albarracín con los Escolapios, y los estudios de Enseñanza Secundaria en el Instituto General y Técnico de Teruel obteniendo el título de Bachiller el 4 de julio de 1923.

Cursó los estudios de Medicina en la Facultad de Valencia obteniendo 16 Sobresalientes, uno de ellos en Otorrinolaringología, y 5 Matrículas de Honor. En este período de estudio, don Luis no se consideraba un número uno, sino un estudiante ordenado, trabajador, no exento de inteligencia. Vivió junto a su madre y un tío suyo sacerdote, evitando cualquier derroche, pero sin apuros económicos.

En la asignatura de ORL tuvo como profesores a don Juan Bartual y a don José Campos. Del profesor Bartual resalta su gran capacidad para exponer brillantemente las clases, y del prof. Campos el sentido práctico que tenía para discernir entre patología que puede ser tratada por un médico general o por un especialista.

A finales de 1930 se trasladó a Madrid, especializándose en Otorrinolaringología en el Servicio de ORL de la Facultad de Medicina, dirigido por el Profesor Antonio García-Tapia.

En 1939 operó su primer oído en la Casa de la Salud de Teruel. Practicó una mastoidectomía radical, por tratarse de un colesteatoma, con buena evolución postoperatoria.

La Guerra Civil supuso una etapa desagradable, ya que mataron a su tío sacerdote, que le sufragó gran parte de los estudios. También murieron amigos entrañables, ejecutados por ambos bandos.

En 1941 empezó a trabajar como otorrinolaringólogo agregado a la Sección de Neurología del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, adscrito al grupo del Profesor Barcia Goyanes, gran anatomista y neurocirujano. Esto le permitió practicar cirugía experimental otológica con huesos temporales de cadáveres, efectuar importantes estudios con el Profesor Barcia, y publicar en la *Revista Española de Oto-Neuro-Oftalmología y Neurocirugía*, de la cual era director este último.

Antes de hacer el viaje a EE.UU. en marzo de 1947, García Ibáñez ya había practicado técnicas quirúrgicas en el oído, como la fenestración, gracias a la oportunidad de fresar temporales en el servicio del Profesor Barcia, aplicando las técnicas quirúrgicas, que según las publicaciones de la época, empezaban a hacer algunos norteamericanos. En esta época también practicó algunas intervenciones basadas en la des-

compresión cisternal en la enfermedad de Ménière, publicado en la *Revista Española de Oto-Neuro-Oftalmología y Neurocirugía* en 1945. Con esto se pretendía disminuir la presión intralaberíntica, mediante la salida de líquido céfalo-raquídeo, sin que diera muy buenos resultados.

Las primeras intervenciones con resultados satisfactorios que se hicieron en España fueron practicadas en Valencia por García Ibáñez entre agosto de 1946 y marzo de 1947. Intervino cuatro pacientes de fenestración, de los cuales dos mejoraron audición, y en ningún caso sucedieron importantes complicaciones. En esos momentos no tenía audiómetro, sino que tenía que valorar la reserva sensorial con diapasones y su privilegiado sentido común. Posiblemente, se tratara de los primeros casos intervenidos en Europa. En España, fueron los primeros intentos de cirugía de la otosclerosis.

Desde abril a junio de 1947 permaneció en Estados Unidos junto a Lempert, Day y Sambaugh. Esto supuso el gran cambio profesional y personal en su vida, ya que aprendería perfectamente una nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la otosclerosis. Esta terapéutica sería introducida en Europa por García Ibáñez y Antolí-Candela. Para ambos, un nuevo horizonte enfocaría sus vidas a partir de este viaje.

Coincidió con don Francisco Antolí-Candela en Chicago, en la North Western University, con Sambaugh. Estuvo con Lempert, pionero en la técnica de la fenestración, una semana en Nueva York. En Pittsburg estuvo con Day.

DAY, profesor de Universidad, es considerado por don Luis, un profesional honesto, que simultaneaba su mayor dedicación, la otología, con las otras facetas de la ORL. Sambaugh era otólogo exclusivamente y Lempert se dedicaba fundamentalmente a la fenestración.

LEMPERT fue el pionero de la fenestración en EE.UU., y el primero en practicarla en solo tiempo quirúrgico a partir de 1938 (García Ibáñez comenta que solía hacer unas 25 fenestraciones a la semana). Previamente su maestro Sourdille, en Europa, ya practicaba esta técnica en tres fases.

Lempert, sin embargo, tuvo como defecto no amoldarse a las novedades técnicas y quirúrgicas, como por ejemplo no utilizar nunca el mi-

croscopio, sino las gafas-lupa, así como no aceptar cirugía del estribo. Estos pueden haber sido algunos de los condicionantes que llevaron a Lempert, pionero de una técnica otoquirúrgica fundamental en su época como es la fenestración, a terminar el resto de sus días arruinado, en un centro de beneficencia.

SAMBAUGH fue el que más le fascinó, por su técnica inmaculada, por añadir al sistema de Lempert un nuevo sistema de irrigación-aspiración, por utilizar sistemáticamente el microscopio, y por efectuar encondralización en la neoventana del conducto semicircular para evitar que se cerrase esta apertura ósea, ya que la única capa con capacidad osteogénica es la periosteal. Esto es de una gran importancia, ya que el principal problema que presentaban las primeras fenestraciones era el cierre postquirúrgico de la ventana ósea neoformada, por la regeneración de la capa periosteal.

En varias ocasiones durante la entrevista, Don Luis resalta a Sambaugh como un modelo de profesionalidad, esquisitez y rigurosidad en su técnica quirúrgica. Esta referencia la asumiría durante toda su trayectoria profesional, de ahí el unánime reconocimiento de su labor. Además, don Luis ha querido siempre degustar la perfección; de tal forma, cada oído intervenido es un reto y una forma de demostrarse a sí mismo que su técnica quirúrgica debe ser inmaculada y lo más funcional posible. En un amplio artículo publicado en la *Revista Española de Oto-Nero-Oftalmología y Neurocirugía* en 1947, titulado: «Estado actual de la cirugía de la sordera. Impresiones de un viaje a Estados Unidos», se recogen datos muy interesantes.

García Ibáñez siempre ha tenido una gran capacidad de asimilación de los nuevos detalles técnicos que surgen en cualquier lugar del planeta. Con el sentido práctico que le caracteriza y su inteligencia, pronto aplica estos conocimientos en sus intervenciones quirúrgicas. Previamente evalúa teóricamente la conveniencia de aplicar esta novedad técnica, la estudia empíricamente con cirugía experimental fresando temporales, y si es de su agrado la acepta. En muchos casos aporta detalles originales suyos para mejorarla.

En sus primeras cuatro fenestraciones utilizó gafas-lupa (2,5 x). Tras venir de su primer viaje

de EE.UU., trajo su primer microscopio binocular, como el que utilizaba Sambaugh. Desde la década de 1950 utiliza el microscopio de Zeiss, presentado en el Congreso de Amsterdam. Éste último ha representado un gran avance técnico en la calidad de visión de las intervenciones quirúrgicas.

La movilización del estribo, promulgada por Rosen en 1952, entusiasmó a unos y llenó de escepticismo a otros. En esa época, Don Luis estuvo al corriente de este gran cambio en la visión quirúrgica de la otosclerosis, pero dudaba que tuviese suficiente beneficio terapéutico. En este caso, se trataba de una técnica delicada, pero muy sencilla, que ya en la segunda mitad del siglo XIX propusieron Miot, Boucheron o Schartze, y que fue prohibida por los poderes fácticos de la época. Éste es el término con que don Luis denomina a las grandes figuras de la otorrinolaringología, que en alguna ocasión han impedido el avance de la ciencia, como por ejemplo Siebenmann y nuestro gran Botey, que en el Congreso de París de 1900 prohibieron la movilización del estribo. Hay que resaltar que esa época no existía la antibioterapia ni el microscopio otoquirúrgico, y aún no existía conciencia de asepsia y antisepsia, lo cual podía conducir a fracasos terapéuticos y complicaciones otoneuroquirúrgicas importantes.

Ante el nuevo reto que supuso amoldarse a la técnica de movilización de estribo según Rosen, García Ibáñez empezó a practicarla en pacientes con afectación bilateral importante de hipoacusia de transmisión por otosclerosis. Empezaba con la movilización del estribo en un oído, y le hacía una audiometría prequirúrgica. Posteriormente le hacía movilización en el otro, y si tras nueva audiometría no quedaba satisfecho, o la prótesis no estaba correctamente acoplada, efectuaba fenestración.

Posteriormente, se instauró la estapedectomía, según Shea, de Memphis. En este caso supuso la auténtica revolución en la cirugía de la otospongiosis, ya que al efectuar platinectomía, desaparecía el foco otoscleroso. El defecto de la movilización fue que continuaba la actividad osteogénica en los focos activos, y volvía a anquilosar el estribo a la ventana oval.

Para Don Luis tuvo gran importancia el *Primer Coloquio Iberoamericano de Audiocirugía*,

organizado por él mismo en Barcelona, en 1961. Allí reunió a los grandes otocirujanos de la época, como Shambaugh, Rosen, Wullstein, Cawthorne, Tato, Portman, Scola, entre otros. El tema monográfico era *estapedectomía y técnicas afines*. Al final, todos quedaron convencidos que ésta era la técnica más adecuada en el tratamiento de la otosclerosis.

Entre sus aportaciones personales, García Ibáñez resalta el descubrimiento de la sonoinversión (*Revista Española de Oto-Neuro-Oftalmología y Neurocirugía*, 1959). Esta técnica se puede considerar como una variante de la estapedectomía, pero la prótesis sujeta a la rama larga del yunque, en vez de apoyarse sobre la ventana oval, lo hace sobre la ventana redonda. Cabe destacar que en 1958 Fernando Antolí-Candela, durante una sesión quirúrgica en el curso anual para formación de postgraduados en el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, forzado por las circunstancias anatoquirúrgicas adversas (nervio facial sin Falopio que obliteraba el nicho de la ventana oval con platina móvil), se le ocurrió pensar que podría invertir el sentido de propagación de la onda sonora, haciéndola penetrar por la ventana redonda y actuando la oval como compensadora. En 1959 publicó la «técnica de inversión funcional de las ventanas», el mismo año en que García Ibáñez describió una técnica similar, «la sonoinversión». Curiosamente, este último ha comprobado que la Zarigüella, mamífero didelfo americano, oye por sonoinversión de forma fisiológica.

En el momento de hacer las entrevistas, don Luis estaba estudiando apasionadamente a Goya, concretamente su sordera y su posible influencia en su producción artística. Ha presentado en noviembre de 1997 una Conferencia sobre este tema en Zaragoza.

Entre sus múltiples méritos, nombraremos las oposiciones obtenidas:

- Oposición ganada a Otorrinolaringólogo de los Servicios Provinciales de Sanidad. Junio, 1936.
- Obtención por Concurso Libre del puesto de Otorrinolaringólogo del Centro Secundario de Higiene Rural de El Grao (Valencia). Agosto, 1946.
- Obtiene por oposición el cargo de Jefe Clínico de Otorrinolaringología de la Beneficencia Provincial de Teruel (Abril, 1948). Desde 1940 colabora en este centro, sin remuneración, hasta 1955, momento en que se le concede la Excedencia Voluntaria.
- Por Concurso, es nombrado Médico Especialista de Otorrinolaringología del S.O.E. (Seguro Obligatorio de Enfermedad) de Valencia. Noviembre, 1950.
- Por Concurso-Oposición es nombrado Jefe de Clínica de Otorrinolaringología para la Residencia Sanitaria del S.O.E. de Valencia. Junio, 1951.
- Designado en 1969 Jefe del Servicio Regional de Otorrinolaringología de la Ciudad Sanitaria La Fe de Valencia. En noviembre de 1974 obtiene por Concurso Libre de Méritos dicha Jefatura del Servicio.

Globalmente también podemos destacar sus más de trescientas publicaciones, Conferencias a Congresos y Reuniones y los Cursos organizados por él mismo.

Actualmente, su hijo Emilio, junto a una serie de colaboradores y su propio hijo, dirige un Centro otorrinolaringológico en Barcelona de reconocido prestigio, tanto por su labor asistencial, como por los brillantes Cursos allí organizados.

DR. ANTONIO GARCÍA TAPIA



T. Sacristán Alonso

Escribir sólo una pequeña reseña biográfica de una personalidad con las características tanto sociales como científicas como las del PROF. D. ANTONIO GARCÍA TAPIA es una gran responsabilidad, dado que la biografía sobre él es muy abundante y la selección se hace difícil.

Por ello, y después de hojear numerosas páginas, creo que «LA SEMBLANZA DEL PROF. GARCÍA TAPIA» escrita, como muy bien dice el PROF. D. TEÓFILO HERNANDO, amorosamente por su hijo el DR. D. RAFAEL GARCÍA

TAPIA en memoria de su padre, para que sepan, los que no le conocieron, las cualidades excepcionales del PROF. DON ANTONIO GARCÍA TAPIA (Espasa Calpe, Madrid 1964). En ésta se recoge el sentir de las grandes personalidades médicas y literarias que convivieron con él. Por la belleza y exactitud que encierra nos va a servir de referencia fundamentalmente.

Creo, y estoy casi seguro, que muy pocos otorrinolaringólogos actuales pueden referir la experiencia de haber sido alumnos del PROFE-

SOR GARCÍA TAPIA. Estudié toda la carrera de Medicina en la Universidad Complutense de Madrid. Terminé la misma en el año 1945 y cursé la asignatura de Otorrinolaringología en el año 1944, siendo aún titular de la asignatura el PROF. GARCÍA TAPIA, éste se jubiló el 22 de mayo de 1945.

Sólo quizá el Dr. RUANO MONROS, también en este mismo curso y que posteriormente ejerció la Especialidad de Otorrinolaringología en Madrid, y el Dr. VELA GUILLÉN, que fue Médico Ayudante del Servicio de ORL de la Beneficiencia Provincial de Madrid y que pasó al cabo de pocos meses a Medicina Interna, podrían aportarnos algún recuerdo sobre estas fechas y actividades universitarias. No tengo noticias de que otros alumnos de mi curso, ni de cursos inmediatos anteriores se hayan dedicado a nuestra Especialidad.

Recuerdo perfectamente la imagen del Prof. GARCÍA TAPIA y con ésta igualmente el hecho del bedel anunciando desde la puerta la llegada del Prof. citando su nombre en voz alta y reclamando silencio. Respetuosamente toda la clases se ponía en pie y el silencio era absoluto. Esto, en mi curso, sólo ocurrió con el PROF. D. FERNANDO ENRÍQUEZ DE SALAMANCA y con el PROF. D. LEONARDO DE LA PEÑA. Edsto ya nos indica el respeto que imponía su personalidad entre los alumnos.

Las clases teóricas las alternaba con el que luego sería su sucesor en la Cátedra, el PROF. D. GUILLERMO NÚÑEZ PÉREZ, con el cual las cosas cambiaban radicalmente y el tumulto y las batallas navales de lado a lado del aula, lo natural.

Solía llegar con andar pausado, el bedel se quitaba la gorra y después de entrar, respetuosamente cerraba la puerta, tenía el pelo blanco y no era de gran estatura, vestía generalmente un solemne traje negro y raro era el día que no llevaba a la clase, o bien, una preparación o algún pequeño vaciado del oído interno, con sus canales semicirculares, todo lo hacía pasar, para que lo observaran todos los alumnos, mientras hacía alusiones a lo que estaban viendo, completando después sus explicaciones con voz pausada y más bien baja. Sus clases preferidas no eran, como cabría suponer, sobre el cáncer de laringe sino sobre el laberinto y el equilibrio.

El tema que puso aquel año para el examen a matrícula de Honor fue «La función del laberinto posterior».

Su recuerdo es vivido para mí, en aquellas fechas ya figuraba yo como alumno interno de lo que podríamos llamar la oposición, el SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE MADRID, del que era Prof. Jefe el Dr. D. ALFONSO HINOJAR PONS, por lo que tenía un importante punto de referencia y contraste que me sirvió para comprender, quizá muy aleatoriamente a ambas personalidades.

Era desde el punto de vista didáctico un gran maestro, que tenía como escribe D. GREGORIO MARAÑÓN en la pág. 20, el don de la sencillez y sabía fijar la atención del alumno dictando unas clases amenas e interesantes, sin diapositivas (entonces no existían los medios audiovisuales actuales) y sólo las animaba con sencillos dibujos en la pizarra, notándose rápidamente el saber y la experiencia del cátedro.

Fue una experiencia quizá no valorada en aquellos años, que el correr del tiempo ha ido desdibujando, pero que como a través de un velo vuelves a revivir quedando algunos primeros planos o hechos de forma definida. Vuelvo a repetir que estaba en la oposición el Dr. GARCÍA TAPIA y verdaderamente nunca mi Jefe hizo comentarios sobre la misma o sobre asuntos científicos entre ambos, quizá la mayor acritud entre ellos fuera en años anteriores a mi estancia con él.

La otorrinolaringología en Madrid, desde el punto de vista privado hasta el año 1954, estaba dividida en dos grandes parcelas, la OTOLOGÍA (Dr. HIJONAR) y la LARINGOLOGÍA (Dr. GARCÍA TAPIA), esto no quiere decir que sólo se trataran estas partes de la Especialidad en su ambiente, sino que en ambas Escuelas se operaban y trataban todos los problemas de la Especialidad, pero indiscutiblemente la situación creada era ésta, por un lado el Hospital Provincial de Madrid y por el otro el Hospital Clínico, y luego la Clínica de Villa Luz. Hasta las oposiciones a Cátedra a las que hacía referencia anteriormente el PROF. JUAN CISNEROS era el Jefe también del Servicio de ORL del Hospital Provincial y la Laringología era prioritaria en ambos servicios. El Prof. CISNEROS y su ayudante el Dr. BOTELLA tenían la mayor

estadística de laringectomías, tanto totales como laringofisuras, de toda España.

Verdaderamente, después de muchos años de práctica laringológica hacer un breve análisis y sobre todo al haber vivido la tremenda evolución sufrida en el tratamiento del cáncer laríngeo la figura del PROF. GARCÍA TAPIA se agiganta. El problema vivido por él era el siguiente, la mortalidad hace 100 años con el tratamiento quirúrgico del cáncer de esta localización (laringectomía total) alcanzaba la terrorífica cifra del 80-90% de éxitos. CRYLE a principios de siglo sistematiza el vaciamiento ganglionar cervical y sus indicaciones eran esperar a un segundo tiempo para realizar el vaciamiento, ya que las posibilidades de complicaciones de la laringectomía eran muy elevadas y las posibilidades de supervivencia tan escasas, que el problema ganglinar podía esperar a ver el resultado.

GARCÍA TAPIA se enfrentó con el problema, ignora el sistema analítico que siguió, pero la realidad fue que aquella cifra de éxitos, con sus aportaciones a la técnica de GLÜCK SOERENSEN quedó reducida a un 12-18%. Supo comprender los problemas que existían, que fundamentalmente eran, por una parte la anestesia general clorofórmica o éter que era la causante de gran número de complicaciones pulmonares, y por otra parte las tremendas infecciones causadas por las fallas de las suturas (hay que haber vivido los materiales empleados, crin de Florencia, lino, etc.) de la reconstrucción faríngea, que ocasionaba la salida de saliva y los consiguientes abscesos, fiebre, neumonías, etc. y sin antibióticos de ningún tipo, sólo la respuesta del organismo ante la agresión.

Centró el problema anestésico recomendando el empleo exclusivamente de la anestesia local entonces sólo potencializada con morfina y posteriormente reforzada con luminal. Esto hizo que gran número de complicaciones desaparecieran y por otro lado reforzó la sutura faríngea, con lo que hoy día todavía se llama «corsé de TAPIA». Estos fueron puntos clave del éxito quirúrgico, unido al mejor conocimiento anatómico y a una depuración exquisita de la técnica, respetando los tejidos y evitando tensiones al máximo.

Para llegar a esto, que ahora parece sencillo, hacía falta ver los problemas, comprender las causas y resolverlas. Su labor no fue sólomente ésta, sino que también describió técnicas conservadoras, aún hoy día utilizadas, que están dentro del planteamiento de conservación de la voz que siempre hemos tenido frente a la mutilación quirúrgica. Es verdad que la laringología no ya nacional sino mundial le debe muchísimo al Dr. GARCÍA TAPIA, gracias a él este tipo de intervenciones pudieron realizarse con un elevado índice de posibilidades de curación. Intervino con su experiencia en las indicaciones marcando pautas para las mismas y hoy día la técnica de GLÜCK-SOERENSEN-TAPIA es la que en líneas generales se emplea en el mundo entero, con los cambios lógicos de la anestesia, la aportación de los antibióticos, los conocimientos precisos de los electrolitos, etc., la mortalidad podemos pensar que está en un 1 a 2% achacable al acto quirúrgico.

El PROF. D. ANTONIO GARCÍA TAPIA nació en el año 1875 en un pueblo de la provincia de Segovia llamado AYLLON, en la casa llamada del Águila que perteneció a los marqueses de Palomares del Duero y que había sido adquirida por su padre D. DIONISIO, médico de pueblo. En Ayllon estuvo confinado D. ÁLVARO DE LUNA en época de Juan II, escribiéndose diariamente con el rey, posteriormente fue llevado a Burgos y de aquí a Valladolid donde fue decapitado. En Ayllon hay muchas casas declaradas monumento nacional y como escribe MARAÑÓN, en Ayllon las humildes casas del artesano alternan sin transición con las egrégicas de fachadas llenas de blasones.

Su padre, D. DAMIÁN GARCÍA ABAD y su madre D^a EMILIA TAPIA, hermana del Dr. MANUEL TAPIA SERRANO, que tuvo una marcadísima influencia en la formación del Prof. GARCÍA TAPIA.

Éste inició sus primeros estudios en el seminario de Sigüenza, donde al parecer no era muy buen estudiante. Posteriormente fue enviado a Madrid para estudiar medicina. Estuvo como alumno interno en el Hospital Provincial de Madrid, con el Dr. ELIZAGARY, que fue ginecólogo de la reina y con el Dr. ESPINA CAPO. Sus aficiones quirúrgicas nacieron al lado de otro médico inolvidable, el Dr. RIBERA, con el que

estuvo como asistente durante tres años en el Hospital de San Carlos. Entonces era habitual trabajar en ambos hospitales que estaban unidos por un puente cubierto que cruzaba la calle de Santa Isabel.

Terminada la carrera estuvo cuatro años viajando por Europa, adquiriendo conocimientos. A su regreso hizo las oposiciones a médico de la armada, obteniendo en las mismas el número 2, embarcando hacia Filipinas que estaba en aquellas fechas en guerra contra España. En este período de tiempo desarrolló una gran afición a la fotografía y publicó trabajos importantes sobre estos temas, como el titulado «La fotografía en medicina».

En los veranos acudía desde Madrid a Ayllon, vía Riaza, haciendo el viaje en diligencia con una duración de 18 horas. El último punto de cambio de tiro era Riaza y en uno de estos viajes conoció a MARÍA HERNÁNDEZ CUADRADO, hija de médico que pasaban las vacaciones de verano en esta villa.

A su regreso de uno de sus viajes decidió establecerse en Madrid, montando un pequeño laboratorio de análisis clínicos, pasando a vivir en La Corredera. Hacía los análisis a los pacientes que el enviaba el Dr. BARAJAS, ganándose su confianza, igualmente entre su clientela tenía a los pacientes del eminente cirujano Dr. SAN MARTÍN.

Pronto, y por su amistad con el Dr. BARAJAS, empezó a pensar en la Especialidad de otorrinolaringología. Él comenta en una carta que escribe a sus padres lo siguiente: «Una buena noticia. Hace quince días ayudé al Dr. BARAJAS, que se había quedado sin ayudantes, a hacer una trepanación de mastoides (!!!). Me esmeré cuanto pude y él se dio cuenta de que, no en balde, había sido interno de RIBERA durante dos años; tan contento estaba, que me ofreció un puesto, provisionalmente, en su clínica, compatible con el laboratorio. Como yo, así le dije muy claro, no sabía una palabra de la especialidad, puse algún reparo pero acepté. Y compré con las 75 pesetas que me dio por ayudarle, un espejo frontal, otros chismes de exploración y un libro de la materia, porque me daba vergüenza de mi absoluta ignorancia otorrinolaringológica».

Esta carta familiar, sencilla, llena de honradez, nos indica los principios que tuvo y cómo

se inició su trayectoria en la especialidad. Hay una segunda carta dirigida igualmente a sus padres, en la que relata cómo el Dr. BARAJAS le encarga hacer una traquetomía a un paciente en su domicilio, es un verdadero placer leerla (pp. 30-31).

Cuando ya estaba iniciado en el año 1902 tuvo una hemoptisis, siendo atendido por su amigo el Dr. ESPINA. Curado de su afección pulmonar vuelve a la palestra y para ampliar conocimientos visita las clínicas de Lermoyez y de Luc, luego se orienta hacia las clínicas alemanas, donde conoce a Killian y Von Eicke. En Berlín conoce a Glück y a Soerensen. De estos viajes obtiene los conocimientos fundamentales de las técnicas empleadas para la extirpación total o parcial de la laringe. Se perfeccionó en la broncoscopia y la esofagoscopia, ramas totalmente nuevas y en manos de los otorrinolaringólogos, creando nuevos instrumentos para la extracción de cuerpos extraños en ambas vías.

En 1904 presenta en la Academia Médico Quirúrgica un caso de parálisis laríngea, con afectación de la lengua, esternocleido mastoideo y trapecio, dando así la descripción del llamado síndrome de TAPIA, hoy conocido mundialmente y descrito en todos los libros de texto.

En 1905, ostentando la representación de la Academia médico quirúrgica española, pronunció un discurso en el homenaje que se dio en Londres, de carácter mundial a D. MANUEL GARCÍA, descubridor del laringoscopio. Este homenaje fue organizado por Sir SEMON, conocido en el mundo entero, conocido del Prof. CISNEROS, participaron en el mismo los grandes maestros de la laringología mundial.

En 1906 hace las oposiciones a la Beneficencia Municipal de Madrid, obteniendo plaza e igualmente se integra en el Staff del Instituto RUBIO.

MARAÑÓN vuelve a escribir «TAPIA fue desde los comienzos de su carrera un espontáneo y generoso maestro, de esos a quienes una idea nueva les duele dentro y no se alivian hasta repartirla con los demás».

Crea en 1910 la REVISTA ESPAÑOLA Y AMERICANA DE ORL que cuenta con la colaboración de ilustres Profesores, tanto nacionales como extranjeros. En esta revista están recoge-

dos la casi totalidad de los trabajos de D. ANTONIO.

En 1911 construye la CLÍNICA VILLA LUZ, en la madrileña calle de Hermosilla, este nombre lo puso en recuerdo de su única hija, María de la Luz. De todas partes del mundo venían a aprender del Maestro convirtiéndose en el instituto de enseñanza laringológica. En esta clínica trabajaron ilustres médicos como GOYANES, RECASEN, PARACHE, LEONARDO DE LA PEÑA, etc.

En aquellos años fue nombrado Presidente de la Academia médico quirúrgica y fundó igualmente su revista «Anales», que aún se sigue editando bajo el mismo título.

Fue igualmente nombrado Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, donde también fundó su revista, su retrato figura en la galería de Presidentes, junto a los de los Dres. HINOJAR y MARTÍN-CALDERÍN, que también fueron Presidentes de dicha organización.

En 1918 ingresa en la REAL ACADEMIA DE MEDICINA, ocupando la vacante que dejaba por fallecimiento el Dr. OLORIZ. Lee su discurso el 30 de junio de 1918, en este discurso expuso las funciones del laberinto posterior y su exploración. Fue contestado por el Dr. ESPINA CAPO que terminó diciendo «la personalidad del nuevo académico es una representación genuina de la unión del laboratorio con la clínica, de la medicina tradicional con la experimental».

Se incorporó a la Universidad en 1926, asistiendo desde su ingreso en la Real Academia hasta esta fecha a numerosos congresos, pero fue en París en 1922 donde tuvo un verdadero éxito, fue donde se señaló la cúspide de la trayectoria ascendente del renombre universal. Era un gran psicólogo, conocedor perfecto de la gama de los caracteres humanos. En París presentó, llevando por cuenta propia una serie de enfermos que había operado, como testimonio del éxito de su operación.

Consigue la corresponsalia de la sociedad belga, austríaca, italiana, búlgara, etc., y de la tan conocida Royal Society of Medicine de Londres.

El momento cumbre de su vida es en 1926, cuando a la edad de cincuenta años opo- sita a la Cátedra de Madrid, siendo ya en aquellas fe-

chas, como vuelve a escribir MARAÑÓN, maestro indiscutible, pero para ser Profesor hubo de hacer oposiciones.

Durante la preparación de las oposiciones no tuvo más remedio que aislarse, decidiendo marchar a Alicante siendo pionero de la playa de San Juan, vislumbrando, con certera visión el porvenir de aquellas tierras.

En el año 1927 empieza su magisterio en la Universidad. Como hombre práctico que era pretendió enseñar su asignatura de una manera sencilla y sin quitar tiempo a las otras asignaturas básicas de la carrera, las patologías médicas y quirúrgicas.

En un curso breve enseñaba lo que el médico no debe hacer y no debe ignorar de la especialidad de Otorrinolaringología, la ENSEÑABA y por ello, casi todos los alumnos aprobaban. Sus clases eran de una sencillez extraordinaria, mezclando anécdotas y conversando con los alumnos, haciéndoles pensar sobre lo que estaba tratando, poniéndose a nivel de ellos. Es verdaderamente impresionante que el transcurso de los años no cambiara en nada este hábito, ya que cuando fue mi Profesor después de veinte años seguía exactamente lo mismo, como exponía al principio de estas líneas.

En el año 1929 fue nombrado Presidente de la Societas Latina, que celebró su primer congreso en Madrid. Éste se celebró en nuestra capital en honor al Prof. GARCÍA TAPIA.

En 1932 fue nombrado Presidente del II Congreso Mundial que se celebró en Madrid del 27 al 30 de septiembre del mismo año, al cual asistieron más de 600 congresistas. Se publicaron varios temas, hoy depositados en nuestra biblioteca, tan interesantes como la ocena, la escleroma, la otoesclerosis, etc.

En el año 1935 en Bruselas el Presidente del Congreso de la Societas Latina Prof. BUYS, en nombre del rey de los belgas impuso al Prof. GARCÍA TAPIA la gran Cruz de Leopoldo.

En los años de la guerra civil española el Dr. GARCÍA TAPIA se encontraba en Riaza, en esta villa tenía una finca denominada «El Lavadero» por la que sentía un especial cariño y en la que ya en el año 1934 además de muchas edificaciones empezó la construcción de un hospital sanatorio con casi 40 camas, dos quirófanos, rayos X, laboratorio y una residencia para el

médico residente, se inauguró simbólicamente en el año 1935, llegó a terminarse pero no sirvió para los fines a que estaba dedicada, sino a recoger heridos que venían del frente, funcionando al principio a expensas de D. ANTONIO y posteriormente a los del Ejército Español.

Durante la guerra se trasladó a Salamanca y posteriormente a San Sebastián donde trabajó de lleno en su especialidad, siendo militarizado con el grado de capitán destinado en el servicio de Otorrinolaringología de la Cruz Roja de esta ciudad.

Durante la guerra su biblioteca, sus historias clínicas, las fichas bibliográficas, las lecciones de cátedra desaparecieron por completo.

En 1939 vuelve a su vida en Madrid, acudiendo diariamente a su sanatorio, a su hospital de San Carlos, a las consultas de la Beneficencia Municipal, a su consulta privada por las tardes y a las distintas academias a última hora de la tarde. Era muy aficionado a la música, la ópera, la zarzuela, la opereta, llegando a hacer alguna composición musical.

Su vida sufre un colapso cuando el 23 de abril de 1941 pierde a su única hija María Luz, a la que no pudo olvidar el resto de su vida. En 1945 publica la segunda edición de su libro *LA SORDERA DE BEETHOVEN*, con una dedicatoria que dice «a la memoria de mi hija María Luz».

A partir de entonces descienden sus energías. Se siente viejo, pero su inteligencia permanece viva aunque su tortura física va en aumento por la pérdida progresiva de la audición, llegando el día 22 de mayo de 1945, fecha de su

jubilación, su última lección verso sobre *FISIOLOGÍA DE LA VOZ CANORA*, conferencia que no pudo terminar por la emoción que le embargaba, teniendo que terminar de leerla su amigo entrañable SASSONE.

En este acto le fue impuesta la Gran Cruz de Alfonso El Sabio.

A partir de este momento sus energías siguen declinando pero a pesar de todo acude a diario a la clínica Villa Luz, donde entraba en el quirófano a ver las intervenciones que se estaban practicando, discute diagnósticos y ve los casos dudosos que le llevaban sus alumnos.

En el año 1947 padece una hemiplejía de la que ya no se recuperaría en los tres años que había de sobrevivir.

El día 24 de septiembre del año 1950 falleció en su casa de Hermosilla, rodeado de todos sus hijos.

Para terminar esta nota biográfica del Prof. D. ANTONIO GARCÍA TAPIA, transcribo el resumen que hizo en la sesión necrológica celebrada el día 16 de octubre de 1950, por la Real Academia de Medicina el Dr. CARRO (p. 58): «No tengo más que decir, mas que las palabras, se siente vibrar una emoción de pesadumbre y el eco de una oración para Don Antonio. Sabemos que, por su bondad, rectitud, patriotismo, hombría de bien, habrá merecido el premio de los justos. Su vida ha sido tan luminosa y deja tal estela entre nosotros, que la consideramos siempre como una meta y un ejemplo que no sólo debemos admirar, sino que sería el ideal para cuantos amamos la perfección en la que fue maestro indiscutible».

DR. JAIME MARCO CLEMENTE



F. Ferrer Baixauli

L. Blay Galaud

J. L. Fresquet Ferrer

J. Marco Algarra

Nació en Sinarcas (Valencia) el 22 de abril de 1922. Su padre, don Constancio Marco, fue médico rural, ejerciendo su actividad profesional en la propia localidad de Sinarcas desde 1909 hasta su jubilación. En dos ocasiones, el padre de don Jaime tuvo que practicar sendas traqueotomías en

precarias condiciones, debido a obstrucciones glóticas por difteria, con un buen resultado terapéutico.

Don Jaime Marco fue el quinto de seis hermanos. El menor, Antonio, falleció a los cuatro años por una meningitis. El resto, dos mujeres y dos varones, son todos médicos, y ninguno otorrino-

laringólogo. Sus hermanas, Julia y Mercedes, tienen la especialidad de traumatología y ginecología. Sus hermanos varones, Constancio y Pascual, son médicos militares, especialistas en traumatología y anestesiología, respectivamente.

Estudió Enseñanza Primaria en su localidad natal. El Bachiller lo cursó en Valencia, coincidiendo con los años de la guerra civil y de desequilibrio social. Durante la guerra tuvo que abandonar los estudios y regresar a Sinarcas, trabajando como agricultor, en su temprana adolescencia, durante tres años, junto a trabajadores de las tierras que poseía su padre, considerados por don Jaime personas fieles y leales.

Los estudios universitarios fueron cursados íntegramente en Valencia, en la Facultad de Medicina, obteniendo la Licenciatura con muy buen expediente académico. Recuerda con especial agrado la asignatura de otorrinolaringología, impartida por el profesor José Campos, época en la que no existía Cátedra oficial, hasta que la ocupara el prof. Rafael Bartual.

Al terminar la carrera, inducido por un íntimo amigo, don Jaime empezó como «aprendiz» de don Rafael Bartual. Este último ya había obtenido la Cátedra de Otorrinolaringología en Valencia, y ejercían su actividad profesional en el antiguo Hospital Provincial de Valencia. Al poco tiempo, don Jaime presentó su Tesis Doctoral, sobre «el estudio de la olfacción por vía hemática», dirigida por el prof. Bartual, empleando animales de experimentación.

En cuanto a su formación junto a figuras internacionales fuera de España, podemos resaltar los importantes estudios que realizó en 1948 en el Laboratorio de Otología Experimental, dirigido por el prof. Caussé, sobre núcleos vestibulares, valorando que la lesión por estreptomicina afecta puramente a la cóclea, no a nivel central, como defendían algunos en esa época. En base a estas investigaciones, don Jaime presentó un interesante trabajo en la *Revista Española de Oto-Neuro-Oftalmología y Neurocirugía* en 1949, titulado «laberintotoxias estreptomicínicas». En el Hospital de Lariboisier, junto a los profesores Lefebvre y Ombredanne, hizo importantes estudios sobre implantes acrílicos en el ozena. En París, fue colaborador de Aubry en el hospital «Des Enfants Malades». También estuvo en Dinamarca, junto al prof. de Histología, Mygind,

haciendo trabajos sobre fijación intravital en cobayas con formol, para estudiar los núcleos vestibulares. En otras ocasiones, también estuvo formándose en Wurzburg (Alemania) junto a Wullstein y Zöllner, y en Milán junto a Pietrantoni, Bocca y Agazzi.

En 1960 el prof. Marco gana la cátedra de Granada. El tribunal estaba compuesto por los profesores Barcia Goyanes, Bartual, Azoy, Poch y Sánchez Rodríguez. Tres años más tarde, se traslada a la cátedra de Sevilla, y en 1975 ocuparía la de Valencia hasta su jubilación en 1987, sucediendo al prof. Bartual.

En 1969 el prof. Marco organiza y dirige el VII Congreso de la Sociedad Española de Otorrinolaringología en Sevilla, con motivo del cual le fue otorgada la medalla de plata de dicha sociedad, por su buena organización y la calidad de las conferencias impartidas.

Durante su estancia en Sevilla como catedrático de ORL, don Jaime Marco creó la Escuela Profesional de otorrinolaringología en esta ciudad, donde se formaron buena parte de los profesionales andaluces.

En Valencia, el prof. Marco hizo una gran labor en el Colegio de Sordomudos de esta ciudad, consiguiendo que se dotara de unas adecuadas instalaciones (en esos momentos, una de las más modernas de España), promoviendo una adecuada organización, valiéndose de competentes profesores y otorrinolaringólogos ayudantes, y favoreciendo unos adecuados estudios audiológicos, con la incorporación de los primeros audiómetros en el Colegio y la colocación de audífonos.

Fue uno de los fundadores de la Sociedad Valenciana de Otorrinolaringología y el primer Presidente de la misma, promoviendo reuniones mensuales, y presentando en cada una de ellas importantes conferencias por profesionales de la otorrinolaringología de reconocido prestigio. Además, continuaría la labor del prof. Bartual, consolidando la Escuela Valenciana de Otorrinolaringología, y convirtiéndola en una de las más importantes de España.

En el campo de la audiolología, concretamente en el de los *Potenciales Evocados Auditivos*, don Jaime fue el pionero en España, organizando cursos de contrastada calidad en Sevilla primero, y después en Valencia.

En total, don Jaime Marco ha dirigido, hasta ahora, 35 Tesis de Licenciatura, y 55 Tesis Doctorales. Ha publicado más de 200 publicaciones en revistas, y entre los libros editados podemos destacar: «*Vértigo*» (Sevilla, Sandoz, 1965), «*Cirugía funcional de las otitis medias crónicas y de sus secuelas*» (Sevilla, Universidad, 1970), «*Lecciones de exploración cócleo-vestibular*» (Sevilla, Universidad, 1972), «*La exploración cócleo-vestibular y sus bases anatomofuncionales*» (Sevilla, Universidad, 1972), «*Patología parotídea*» (Valencia, Universidad, 1979). Además, en 1975 presentó la Ponencia de Sociedad Española de Otorrinolaringología junto a los Dres. Bartual y Sacristán, en Málaga, sobre el cáncer faringo-laríngeo. Curiosamente, la primera Tesis Doctoral que presentó don Jaime en Valencia fue la de don Luis Blay, titulada «La citología exfoliativa del cáncer laríngeo», y dirigida por los prof. Llombart y Bartual (este último, a título póstumo).

Entre las Sociedades que pertenece, podemos destacar que fue uno de los fundadores de la Sociedad Internacional de Audiología, así como miembro destacado de la Societas Latina de ORL, de la Sociedad Francesa de Otorrinolaringología y de la Academia Americana de esta especialidad.

En 1997 obtiene la Medalla de Oro de la Sociedad Española de Otorrinolaringología, y se le

nombra Presidente de Honor de la misma, por su importante y dilatada labor dentro de nuestra especialidad. También podemos resaltar que en Sevilla, hay una avenida con el nombre del profesor Marco, ciudad de la que guarda buenos recuerdos, durante los años que fue catedrático.

Don Jaime Marco ha tenido dos hijos, Rafael y Jaime, profesores de odontología y otorrinolaringología respectivamete. Este último, don Jaime, es actualmente Catedrático de Otorrinolaringología de Valencia y Jefe de Servicio de ORL del Hospital Clínico Universitario de esta ciudad.

Podemos resaltar de la personalidad del Prof. Marco, en base a entrevistas o charlas que hemos tenido con gran cantidad de discípulos suyos, que es una persona de principios, firme de carácter, que ha exigido gran calidad en todos los estudios y trabajos que ha presentado. Gran amante de la puntualidad, el orden y la disciplina, siempre ha estado en primera línea, para dar ejemplo a los demás de laboriosidad y agudeza intelectual; y lo que es más importante, es considerado por la mayoría, como un segundo padre, por la gran educación y formación que adquirieron junto a él, y por sentirse siempre protegidos por una gran figura que les indicaría el camino profesional a seguir, y estaría a su lado ante cualquier contingencia, tanto profesional como personal.

DR. ANTONIO MARTÍN-CALDERÍN MENÉNDEZ



A. Martín Calderín Jiménez

Por esas casualidades caprichosas de la vida, aunque hijo de padres madrileños, nace en Mahón (MENORCA), el día 11 de Noviembre de 1896.

Hombre de gran capacidad de trabajo y una privilegiada memoria, hace la carrera de Medicina en Madrid con Matrícula de Honor en todas las asignaturas y premio extraordinario en la Reválida y Doctorado.

Aunque sus primeras inclinaciones fueron la investigación y la fisiología, debido a la proxi-

midad de su matrimonio, con la que después compartió su vida, D^a CARMEN JIMÉNEZ GUINEA, y a la escasa compensación económica que ello le proporcionaba, le hicieron cambiar de idea, aconsejado asimismo, por su futuro suegro D. RAMÓN JIMÉNEZ, Catedrático de Anatomía Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid, derivando su trayectoria a la especialidad de Otorrinolaringología, bajo la tutela de los grandes maestros de aquellos años, fundamentalmente del Dr. Antonio García Tapia.

Sus primeras oposiciones fueron al cuerpo Médico de la Beneficiencia Municipal de Madrid, como Médico Numerario, años después pasó a Director del INSTITUTO MUNICIPAL ANTIDIFTÉRICO, desde donde desarrolló una gran labor en la lucha contra esta enfermedad, fundamentalmente en los años de la post-guerra en los que se propagó en Madrid una gran epidemia, y que le supuso la concesión de la GRAN CRUZ DE SANIDAD.

Años después fue nombrado Director Médico de este cuerpo y por último DECANO DEL CUERPO MÉDICO de la Beneficencia Municipal de Madrid.

Fue en la tercera asamblea de la Cruz Roja Española de Madrid, como Jefe de los Servicios de ORL donde se inició la escuela de ORL que fue durante todos los años de su vida, el objetivo primordial de su profesión y como reconocimiento a esta labor asistencial y docente en esta Asamblea, fue galardonado con la Medalla de Plata de la Cruz Roja y años después con la Medalla de Oro de esta Institución.

Posteriormente obtendría por oposición la Jefatura del Servicio de ORL del Hospital Provincial de Madrid, donde continuó su labor de Do-

cencia Post-graduados, ampliandola aún más, al obtener por oposición la Cátedra de ORL de la Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina de Cádiz, y años después en la Cátedra de la Facultad de Medicina de Valladolid, donde culminaría sus inquietudes profesionales, dejando tras él una gran lista de prestigiosos especialistas de ORL.

Autor de innumerables trabajos y publicaciones sobre la especialidad, cabe destacar entre sus libros: «TUBERCULOSIS DEL OIDO» y «ESTUDIO ETIOPATOGÉNICO DE LAS SINUSOPATÍAS INFLAMATORIAS».

Ha actuado como ponente en innumerables congresos tanto nacionales como internacionales de la especialidad.

Presidente de Honor de la SE de ORL.

MIEMBRO DE HONOR y COFUNDADOR DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE ORL.

MIEMBRO DE HONOR y COFUNDADOR DE LA SOCIEDAD LATINA DE ORL de cuyo congreso celebrado en Madrid en el año 1962, fue su Presidente.

PRESIDENTE DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE MADRID en los años 1954-1959.

Falleció en Madrid el día 30 de octubre de 1993.

DR. JUSTINO PAREDERO DEL BOSQUE

Federico Paredero del Bosque Martín

Nació en Bohoyo (Ávila) el 30 de noviembre de 1907, en el seno de una familia campesina. Su lugar de nacimiento, un pueblecito en las faldas de la sierra de Gredos, cercano a Barco de Ávila, hacía casi imposible, en la época a que nos referimos el que un niño pudiera acceder a estudios superiores, y mucho menos realizar una carrera universitaria. Sin embargo, este niño centró la atención de su maestro, que al darse cuenta de su privilegiada inteligencia, acudió a hablar con su padre y consiguió enviar al niño a estudiar primero a Ávila, y después a Madrid, donde cursó sus estudios de Medicina en la Universidad Central, terminando la carrera en el año 1931.

Decidió especializarse en la rama de otorrinolaringología, donde consiguió éxitos y reconocimientos. Fue Profesor-Ayudante de la Facultad de Medicina, en la cátedra del Dr. García-Tapia. Posteriormente Profesor-Adjunto por oposición y entre los años 1949-1954. Profesor encargado de la Cátedra de Otorrino-laringología. Perteneció al Instituto Hispano-Americano, fue jefe de Servicios de ORL del Hospital de la

Cruz Roja 7ª Asamblea, e igualmente Jefe de Servicio en la entonces naciente Seguridad Social.

En el año 1949 inauguró en Madrid en el paseo Pintor Rosales nº 70, una clínica propia donde ejerció su profesión al servicio de sus pacientes durante toda su vida.

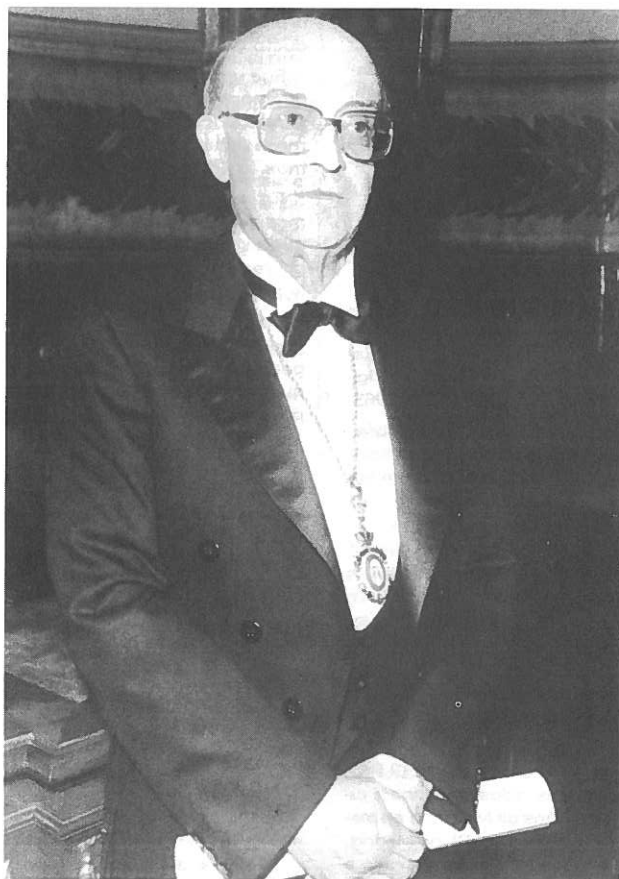
Compaginó a lo largo de su existencia, sus éxitos profesionales, con su vocación de escritor. Así publicó numerosos libros de su especialidad, entre los que se encuentran: «Otitis del lactante» el año 1942, «OTO-RINO-LARINGOLOGÍA INFANTIL» en el año 1948 y «SORDOMUDEZ Y AUDIOMUDEZ» en el año 1954.

Igualmente escribió diversos cuentos e historias cortas, que fueron publicadas en varios diarios y revistas.

Contrajo matrimonio en 1936, con Doña María Trinidad Martín García, teniendo tres hijos, Vicente, María Teresa y Federico, aunque solo el primero cursó los estudios de Medicina, si bien especializándose en cirugía vascular.

En 1968, una grave enfermedad le obligó a retirarse y tras nueve años de incapacidad, falleció en Madrid el 17 de mayo de 1977.

DR. ROSENDO POCH VIÑALS



J. Poch Broto

Nace en Barcelona el 21 de junio de 1913, donde cursa sus estudios de Medicina, su tesis doctoral (1943) está dedicada a la otoantritis del lactante, enfermedad que todavía en aquellos años tenía una gran mortalidad, en ella se describe una nueva técnica quirúrgica que la disminuye de forma drástica.

En el Hospital Clínico de Barcelona fue discípulo de D. Fernando Casadesús por el que profesó siempre un respeto reverencial y al que aban-

dona en 1952 cuando gana la Cátedra de ORL de Granada, de ahí pasa a la de Sevilla en 1955 donde permanece hasta 1962 y desde la que nuevamente por oposición pasa a la Universidad de Madrid, donde regenta hasta su jubilación el Servicio de ORL del Hospital Clínico de San Carlos.

En 1963 desde su Cátedra se crea la primera Escuela Profesional de la especialidad que luego sirve de modelo para la creación de otras y que es un claro precedente del actual sistema MIR.

A lo largo de su vida académica prestó una gran atención no sólo a la enseñanza de la Otorrinolaringología en el postgrado a través de su escuela, sino que además impulsó de forma notable la formación médica continuada mediante la organización casi constante, de Cursos monográficos, Jornadas de trabajo y Reuniones internacionales que se hacen clásicas en el mundo europeo de la especialidad, a través de estas reuniones se dan a conocer en España técnicas tan importantes como los drenajes transtimpánicos, la microcirugía laríngea o la cirugía del nervio vidiano entre otras.

Dejó su impronta en casi todos los ámbitos de la Otorrinolaringología, siendo ejemplo de especialista dominador de todos los ámbitos de la misma; en Audiología su libro «Exploración funcional auditiva», editado inicialmente como Ponencia de la SEORL y luego por Paz Montalvo, constituyó el primer texto moderno de Audiología en castellano y su difusión fue extraordinaria, siendo libro de texto durante muchos años en la Universidad norteamericana de Maryland. Sus publicaciones más notables en el terreno de la Otolología además de la ya referida de la otoantritis hacen referencia a la citología exfoliativa de la Trompa de Eustaquio y de la caja timpánica en el tratamiento médico-quirúrgico de las otorreas; en Rinología su preocupación por las rinopatías vasomotoras (tema sobre el que versa su discurso de entrada en la Real Academia Nacional de Medicina) le lleva a introducir y difundir inicialmente la cirugía del n. vidiano, posteriormente cuando se advierte la morbilidad de la técnica transmaxilar, propone la crioterapia endonasal del nervio, técnica ambulatoria con resultados equiparables a la auténtica neurectomía.

Llegó a ser un cirujano de enorme experiencia oncológica de la que derivaron aportaciones de gran importancia, su libro «TUMORES MALIGNOS DE LA REGIÓN ETMOIDEO MAXILAR» (Ed. Paz Montalvo, 1959) conserva todavía una gran actualidad en los aspectos clínicos y quirúrgicos a pesar de los años transcurridos. En 1969 modifica la laringectomía horizontovertical de Ogura dotándola de una gran versatilidad con lo que se amplía en casi un 10% la capacidad de la cirugía funcional del cáncer de laringe, a su muerte su estadística personal en cáncer de laringe era una de las mayores del mundo.

A finales de los años 60 se planteó escribir un texto de la especialidad de los que sólo llegó a publicar el tomo de Otolología y el de Rinología llenos de enseñanza clínica y de los que destaca al margen de un saber enciclopédico un criterio clínico del maestro que describe las enfermedades no sólo a partir de lo que ha leído, sino también de la multitud de pacientes que ha llegado a ver a lo largo de su carrera.

Editó asimismo una colección de libros que bajo el título genérico de «PROGRESOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA» recogían una serie de artículos en los que se trataban por distinguidos colegas nacionales y europeos temas de actualidad, que normalmente habían sido objeto de discusión en las reuniones que organizaba en su Cátedra del Clínico de San Carlos. La repercusión internacional de su obra fue muy relevante siendo ponente en múltiples congresos internacionales (Zurich, Londres, París, Río de Janeiro, Buenos Aires, etc.), fue miembro del Comité Internacional para la lucha contra el cáncer de laringe.

Perteneció a casi todas las sociedades científicas de cierta importancia tanto nacionales como extranjeras y asimismo a las Reales Academias de Sevilla, Galicia y por supuesto y como ya se ha dicho fue Académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina, recibió la medalla de honor de la Fundación Pietrantonio y las medallas de oro de la Sociedad Catalana de ORL y de la Española, esta última a título póstumo.

Pero a pesar de haber dejado más de 200 trabajos en revistas españolas o extranjeras en Poch Viñals, por encima del Académico y del Profesor resplandece el médico integral que en su trato con el enfermo lo considera no tanto como objeto científico de estudio, sino antes bien como el ser humano doliente que debe ser considerado como una realidad psicofísica global y esto lo transmitía a sus discípulos en cada uno de sus gestos y en su actitud general, sus opiniones científicas podían cambiar, de esto ofreció ejemplos abundantes, pero lo que nunca varió fue su concepto ético del hombre enfermo que mantuvo como hilo conductor de toda su vida.

Falleció en Madrid el 25 de noviembre de 1986 todavía activo y rodeado del respeto y afecto de discípulos y colegas.

DR. JOAQUÍN PORTELA GONZÁLEZ



J. Bartual Pastor

J. Bartual Magro

La Otorrinolaringología en Cádiz está vinculada desde sus comienzos a Cayetano del Toro y a Merezco, pero sobre todo al apellido Portela. Tres generaciones consecutivas de esta saga se han ocupado de la práctica y en gran medida de la enseñanza de la Especialidad en la Facultad de Medicina de Cádiz. Se inicia con D. Joaquín Portela González y finaliza con D. Joaquín Portela de Villasante.

JOAQUÍN PORTELA GONZÁLEZ (1869-1939)

Nació en la Villa de Puerto Real (Cádiz) el 17 de septiembre de 1869. Cursó estudios de

Bachillerato en el Colegio Politécnico de Cartagena, donde residieron largo tiempo por destino de su padre, maquinista mayor de la Armada. Obtuvo el Título de Bachiller en el Instituto de Enseñanza Media de Murcia en 1884 e inicia los estudios de Medicina en Cádiz, coincidiendo con el traslado de su padre a esta ciudad. Se licencia en Medicina con la calificación de Sobresaliente el 26 de junio de 1890 y verifica los ejercicios del grado de Doctor con idéntica calificación el 26 de junio de 1893 (1).

Tras ejercer como médico general se dedica a la Otorrinolaringología, probablemente

influenciado por Sota y Lastra y Merezco. Según Otero (2), la personalidad de Joaquín Portela queda reflejada en la obra de Ricardo Botey «Estudios clínicos de Otorlogía, Rinología y Laringología», en la que textualmente se dice:

«El Dr. Joaquín Portela, residente en Cádiz, ejerce en dicha ciudad la Otorrinolaringología y la Medicina y Cirugía generales; pues a pesar de estar altamente satisfecho de sus esfuerzos en pro de la especialidad, los cuáles le han dado por resultado el ver aumentar cada año el número de enfermos en una progresión creciente, éstos no son todavía tantos que le obliguen a dejar a un lado la patología común. Hace nueve años escasos que Portela cultiva la especialidad. Es Ayudante de la Facultad de Medicina y desde hace seis años Médico del Hospital Provincial. Es joven todavía, 39 años. Entre sus trabajos anotamos los siguientes: asma refleja de origen nasal; investigaciones histológicas acerca del beri-beri y un caso de colesteatoma nasal. A su regreso de París, donde por espacio de algunos meses siguió las clínicas más importantes de otorrinolaringología, tales como las de Coupard, Gouguenheim, Fauvel, Miot, Ladreit de Lacharrière y un Curso del Dr. Baratoux, establecióse en Cádiz, teniendo en el piso bajo de su mismo domicilio de la calle Sagasta su consulta privada y pública, mas utilizando para una y otra horas diferentes. Para los exámenes se vale del mechero de Auer y del aparato concentrador de Mandl; lo que le proporciona una intensidad luminosa más que razonable para el espejo frontal reflector.

El Dr. Joaquín Portela ve ya al año en Cádiz cerca de 200 enfermos de la especialidad en su visita pública y más de 100 en su consulta particular, cifra jamás alcanzada por su predecesor el Dr. Merezco. Ha extraído varias veces el martillo en la caries de este hueso; ha extirpado bastantes pólipos laríngeos, en su mayoría papilomas y ha tenido ocasión de observar algunos casos de sífilis del órgano fonético; a parte de las otitis diversas, los cuerpos ex-

traños, los pólipos nasales, las neoplasias, las manifestaciones tuberculosas, las parálisis, el lupus, las vegetaciones adenoideas y demás procesos morbosos, pan cotidiano del otorrinolaringólogo. Puede pronosticarse que dentro de pocos años habrá tomado en Cádiz nuestra especialidad un incremento serio, pues comienza ya de veras a ser conocida y solicitada del público, teniendo por ello los médicos alguna simpatía».

Como en el caso de todos los iniciadores de la especialidad, Portela comenzó trabajando como médico general; después compaginó durante unos años esta actividad con la propia de la especialidad y finalmente se dedicó por entero a la Otorrinolaringología y a su enseñanza.

RESUMEN CURRICULAR

Durante su dilatada vida desempeñó los siguientes cargos oficiales:

- Inspector de Servicios Sanitarios Municipales de Cádiz (1891-92).
- Médico Director de la Casa Cuna (1892-96).
- Ayudante de Micrografía de la Facultad de Medicina (1893-95).
- Ayudante de Clases prácticas de la Cátedra de Medicina Interna (1895-97).
- Profesor Clínico por Oposición de la Cátedra de Medicina Interna (1897-1902).
- Profesor Interino de la Cátedra de Enfermedades de los oídos, nariz y garganta a propuesta del Claustro de Medicina en octubre de 1902, cargo que desempeña sin interrupción hasta su nombramiento como Catedrático de la Disciplina.
- Catedrático Numerario de la Disciplina de Enfermedades de los oídos, nariz y garganta por nombramiento en virtud del artículo 38 de la ley de 9 de septiembre de 1857 y del artículo 16 del R.D. de 10 de diciembre de 1912 (1), cargo en el que permaneció hasta su muerte en 1939.

EL MAESTRO Y SU DESCENDENCIA

Al ser nombrado Profesor Interino de la Especialidad trasladó su consulta pública al Hospital Provincial Moreno de Mora en la que continuaron su labor su hijo D. JUAN PORTELA RODRÍGUEZ y su nieto D. JOAQUÍN PORTELA DE VILLASANTE. Ambos desempeñaron las funciones de Profesor Encargado de la Asignatura en los períodos más o menos prolongados en los que la Cátedra permaneció vacante, manteniendo viva, tanto la Especialidad de Otorrinolaringología, como la Escuela iniciada por su predecesor.

Excuso la semblanza de Joaquín Portela de Villasante, pues, aunque jubilado no ha mucho, sigue gozando de excelente salud y actividad, lo que unido a nuestros muchos años de trabajo en común en la Facultad de Medicina de Cádiz y a nuestra amistad, me impiden aquélla.

Todo trabajo histórico excluye la referencia a hechos relativamente recientes. Por ello tampoco me extenderé en la vida y obra de D. Juan Portela Rodríguez, si bien considero que merece unas pinceladas. Además de Profesor Encargado de la Otorrinolaringología hasta la llegada de Rafael Bartual Vicens como Catedrático de la Asignatura en 1943, publicó un total de 51 trabajos de investigación clínica, mereciendo destacar su monografía *«El Cáncer de laringe»*, publicada en 1942. Dicha obra tuvo una excelente acogida y hubo de reimprimirse en 1945. Destacó además como escritor de artículos periodísticos y como poeta, habiendo editado sus versos en la obra titulada *«Reflejos del alma»*, en la que sintetiza su pensamiento y su devoción cristiana.

PUBLICACIONES

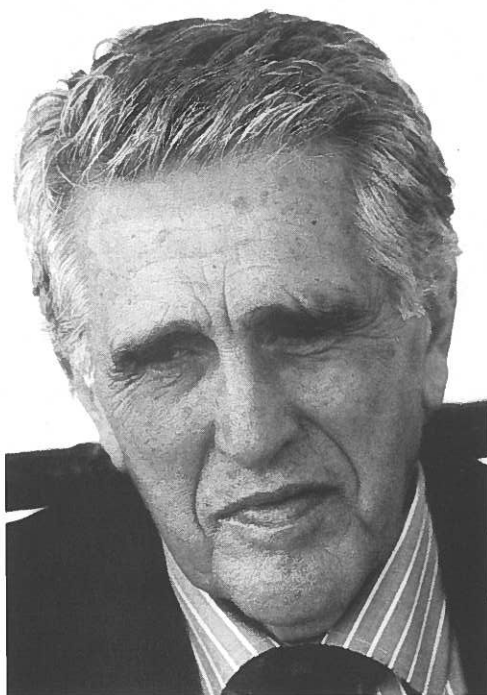
De acuerdo con la información suministrada por su nieto Joaquín, Portela González publicó trabajos que versaron sobre los siguientes temas:

- Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis laríngea.
- Cáncer laríngeo y tirotomía.
- Abscesos cerebrales otógenos.
- Técnica de la intervención de los abscesos encefálicos otógenos.
- Asma reflejo de origen nasal.
- Curabilidad y tratamiento de la tuberculosis laríngea.
- Procedimientos de elección de la laringectomía. Ponencia oficial de la sección de ORL del Congreso Nacional de Medicina de 1928.
- Modificación en la técnica de la traqueotomía.
- Tratamiento galvanocáustico en las lesiones tuberculosas laríngeas.
- El polo patológico de la amígdala.
- Pólipo subglótico en laringe.
- La ionización en las otitis medias supuradas.

BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN

1. Hoja de Servicios del Profesorado Numerario y Auxiliar de los Establecimientos Públicos de Enseñanza de la Facultad de Medicina de Cádiz.
2. Otero Gómez-Quintero M (197?). Breve historia de los inicios de la ORL en la Provincia de Cádiz. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz*, p. 224-229.

DR. ESTEBAN SCOLA BASAGUREN



B. Scola Zurita

ESTEBAN SCOLA BASAGUREN (1919-1994) nació en Ondárroa (Vizcaya) en 1919 y falleció en accidente de circulación en 1994. Estudió Medicina en Madrid, licenciándose en 1945. Se especializó en Otorrinolaringología con el Pro. Antonio García Tapia y trabajó como alumno interno en el Hospital de la Princesa de Madrid de 1948 a 1958. Ya en sus primeros años demuestra un particular interés en el campo de la cirugía otológica, y en particular el de la sordera otoesclerosa, sin por ello abandonar los otros campos de la especialidad, sosteniendo siempre la importancia de la formación global en otorrinolaringología.

En los años 1953 y 1954 trabajó intensamente en París en el Servicio de Salomon Demick,

iniciándose en la técnica de la fenestración. Ya en 1956 comienza como pionero en España en el campo de la cirugía estapedial, primero aplicando la técnica de Rosen, y posteriormente sus modificaciones personales. Fue Premio Extraordinario de Doctorado en 1961 por su trabajo sobre la Cirugía del Estribo en el tratamiento de la sordera otoesclerosa. Pero su quehacer en el campo de la Otorrinolaringología no se limitaba al oído, y, siempre convencido de que la otorrinolaringología era un todo, trabajó en el campo de la cirugía de cabeza y cuello, siendo nombrado responsable del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Oncológico de Madrid, donde trabajó activamente en el campo de la cirugía oncológica. Así en 1970 introduce

en España la Laringuectomía reconstructiva de Serafini y establece modificaciones a la misma. Que su interés abarcaba todo el campo de nuestra especialidad queda reflejado en el hecho que a mediados de los 80, convencido del futuro de la cirugía endoscópica nasal, realizó cursos en Francia e Italia y llevó a la práctica lo que había aprendido a una edad a la que mucha gente ya ha perdido el interés por cualquier novedad.

Pero un recuerdo de Esteban Scola no puede limitarse a la fría reseña de su méritos profesionales, sino que es preciso presentar una síntesis global de su figura humana y profesional. Ante todo fue un hombre entusiasta, y este entusiasmo supo trasladarlo a su quehacer en el campo de la Otorrinolaringología y contagiarlo a todos los que tuvimos la fortuna de trabajar con él. Fueron cincuenta años dedicados a la otorrino y tan sólo un desgraciado accidente fue capaz de apartarlo de su práctica. Era un hombre con una gran inquietud, de forma que la otorrino, aun siendo una parte importante de su vida, no fue su única mira. Como aquellos hombres del Renacimiento, su interés por las cosas no tenía límites, de forma que fue un apasionado de la literatura, el arte, el deporte y fundamentalmente del cine. Y todo ello tenía una indudable repercusión en su trabajo diario; así su interés por el cine, probablemente su mayor afición, quedó

reflejada en quince películas en 16 mm y otras muchas más en super 8, que aun hoy en día son un prodigio de calidad, máxime si tenemos en cuenta las dificultades técnicas que en su época tenía la realización de las mismas. Del mismo modo su creatividad le llevó al diseño de prótesis, instrumental y aparataje para el diagnóstico y tratamiento en distintos campos de la especialidad (prótesis de platino para estapedectomía, instrumental para estapedectomía y timpanoplastia, broncoscopio, hipofaringoscopia, isopresor timpánico).

Asimismo fue un espléndido maestro como lo podemos atestiguar todos los que aprendimos a su lado, y su interés docente queda reflejado en los espléndidos cursos sobre otología que dictó en los primeros años sesenta, época en la que éstos no se prodigaban como hoy en día. Fue también docente en muchos cursos tanto en España como Europa y América, y ante todo sus puertas siempre estuvieron abiertas para todo aquel que quiso aprender a su lado.

Su labor científica se resume en más de 100 publicaciones, 30 de ellas en revistas internacionales, 35 películas, cerca de 200 comunicaciones a Congresos y Conferencias en la mayor parte de los Centros españoles y en un gran número de Universidades de Francia, Italia, Inglaterra y América.

CAPÍTULO XI

**LA OTOLOGÍA EN ESPAÑA VISTA POR UN MAESTRO:
ANTOLÍ-CANDELA**

Antolí-Candela

Probablemente este sea el último trabajo que escriba y deseo referirme no a la historia sino únicamente a la evolución de la otología que yo he vivido.

Empecé en el colegio de San José hice el bachiller allí.

Antes de terminar el bachiller ya iba con mi padre a una policlínica que se llamaba Policlínica Libreros, era gratuita y mi padre iba allí para hacer un favor a los Jesuitas.

Me considero como una persona de muchísima suerte básicamente por ser hijo del Dr. Francisco Antolí-Candela y quiero dedicarle unas palabras, mi padre a trancas y barrancas hizo el bachiller en Marsella y como su padre, es decir mi abuelo, se marchó a hacer las Américas y no apareció hasta muchos años después en una aparición relámpago porque se volvió a marchar enseguida. Repito que mi padre además de tener que estudiar tuvo que trabajar para mantener la economía de sus dos hermanas María y Concha y la de él mismo.

Para ello comenzó a practicar algo que él denominó como Dentistería, se compró unos fórceps desde luego a plazos y así comenzó a extirpar dientes y muelas y ganar algún dinero. Afortunadamente su hermana María contrajo matrimonio en Barcelona y su hermana Concha en Tarragona con lo cual quedó liberado en plan económico.

Comenzó sus estudios médicos en Valencia siendo dificultoso bajo el aspecto económico matricularse por primera vez, pero lo logró. Y luego como era un estudiante extraordinario con mucha memoria, muy inteligente y sin

horas para estar delante de los libros consiguió hacer la carrera sin grandes gastos y sobre todo sin gastos de matrícula ya que siempre lograba sobresalientes y matrículas de honor con lo cual podía inscribirse al año siguiente sin dispendio alguno y terminó la carrera brillantísimamente. Logró que le concedieran una beca para París y posteriormente otra para Berlín a través de la Facultad de Medicina, a pesar de que había otros candidatos buenos y más influyentes por ser hijos de profesores, pero debido a su capacidad y conocimientos no tuvieron más remedio que concedérsela a él.

El Dr. Antolí-Candela hablaba el francés igual que el español y dominaba también el alemán, lo cual le facilitaba su desarrollo durante el curso de sus becas. Se hizo un teórico extraordinario y por fortuna era un hombre muy hábil, por lo que pudo abrirse paso primero en una clínica pequeña en la calle Alfredo Calderón para posteriormente, como era muy ahorrador comprar un solar en la calle Jorge Juan y construir un edificio cuya planta baja la dedicó a su consulta.

Tengo que puntualizar que los primeros enfermos que vio, incluso yo mismo, fue con luz de gas, luego se utilizó ya luz eléctrica lo que facilitó enormemente el trabajo. Desde luego no había fotoforos ni ningún aparato de iluminación de los modernos. Se veía a los enfermos con un espejo frontal tipo Politzer con el que se lograba un rayo de luz desde luego bajo mi punto de vista actual, completamente insuficiente y se podía diagnosticar toda la patología nasofaringea y ótica. Comenzó a tener prestigio

y a realizar operaciones de oído que en aquella época, estoy hablando de los años 20 y 30, la única operación práctica y definitiva que se realizaba era el vaciamiento radical de oído.

El enfermo se anestesiaba localmente o mejor aún inhalando éter o cloroformo que era tremendamente peligroso, operaciones muy hemorrágicas y por tanto gran dificultad en la visión. Yo recuerdo aún con verdadera admiración las operaciones que realizaba mi padre y yo de ayuntamiento secaba y secaba con unas pinzas de balloneta y gasas estériles o por lo menos medianamente estériles ya que la esterilización era muy primitiva entonces, secando la cavidad operatoria que sangraba permanentemente hasta lograr el vaciamiento con el enorme riesgo de lesionar el nervio facial, desde luego en raras ocasiones se podía visualizar el estribo y la patología de la caja timpánica que cubría el promontorio y de la trompa de Eustaquio. Significaba una auténtica lucha del cirujano contra todos los inconvenientes que surgían a menudo durante el acto quirúrgico y al final con agua oxigenada se lograba una hemostasia más o menos severa y se rellenaba la cavidad operatoria, con gasa de 2 cc de ancha del auténtico vaciamiento radical que todo el mundo conoce, que en esta época se realizaba siempre mediante un abordaje retroauricular. Esta gasa estaba untada con cualquier sustancia desinfectante porque todavía no habían aparecido los antibióticos.

Las curas de los vaciamientos duraban como poco dos o tres meses y muchas veces hasta 5, 6 y 7 meses. Curas diarias o en días alternos muy dolorosas ya que la cavidad operatoria no se cubría con ningún injerto ni con ninguna sustancia que evitara el dolor. Lógicamente aquellos oídos donde se extirpaban los huesecillos casi siempre invadidos por la osteítis o destrozados por el colesteatoma se extirpaban sistemáticamente conservando muchas veces sin verlo el estribo.

Además de estas operaciones de oído se hacían otra operación, la resección submucosa de tabique mi padre la dominaba, la resección de las colas de los cornetes o bien su electrocoagulación acompañadas de grandes taponamientos nasales por la hemorragia que siempre se sufría.

Esta época que significó una lucha tremenda del cirujano contra todos los inconvenientes y

complicaciones del primitivo acto quirúrgico fue mejorando poco a poco y tengo que repetir que mi padre gracias a las becas concedidas por la Facultad de Medicina tenía unos conocimientos grandes de toda la cirugía que practicaban en Francia y Alemania que era la auténtica cuna de la otología mundial; tanto es así que durante esos años muchos americanos venían a Europa para aprender las nuevas técnicas quirúrgicas otorrinolaringológicas.

Después de que me entrenó perfectamente mi padre, primero me mandó a Burdeos, luego a París luego a Madrid y luego al cabo de tres años que estaba ya trabajando en Castellón me mandó a Viena con el Prof. Neumann y su Privat docent que se llama Eisinguer, allí aprendí cantidad de cirugía de oído, fue un gran maestro para mí fenomenal ya que siempre tenía un oído preparado que en cada sesión quirúrgica me costaba 2 Schillings, que podría ser unas 15 pesetas y me enseñaban. Allí perfeccioné mis conocimientos de toda la anatomía del oído, incluso me indicó como podía entrar en el conducto auditivo interno, me hizo disecar el promontorio para ver perfectamente la parte interna de la coclea, la parte membranosa y la parte ósea, en fin, fue un gran maestro que me hizo volver a Valencia con una cantidad de conocimientos extraordinarios que yo puse en práctica inmediatamente y que muchas veces mi padre me decía, pero como te metes por ahí, para, ya está bien.

Hacia el año 1946 empezamos a recibir noticias de las operaciones que hacían Sourdille en Francia y Holmgren en Suecia para recuperar la audición de los sordos por otosclerosis. Sourdille que era un gran cirujano de oído pensó y puso en práctica una tímpano-labirinto-pexia operación que realizaba en dos o tres tiempos quirúrgicos con el fin de obtener lo que luego se denominó como colgajo tímpano meatal que consistía en conservar el tímpano que era normal en los otosclerosos unido anatómicamente a la piel del conducto que se tallaba de forma trapezoidal y que servía después de abrir la ventana laberíntica del conducto semicircular externo para cubrirla.

Sourdille lograba la nueva ventana para la entrada del sonido utilizando una cucharilla y raspando el conducto semicircular hasta que lo-

graba una perforación más o menos grande, muchas de estas ventanas laberínticas se cerraban lógicamente por crecimiento de la capa periostal del bloque laberíntico. De cualquier forma Sourdille ya con bastantes enfermos que oían durante uno o dos años los presentó en la Academia Americana de Otorrinolaringología en Estados Unidos incluso practicó allí varias operaciones.

Lempert, famoso audiocirujano instalado en Nueva York un hombre genial en la otología de todo el mundo redujo la tímpano-labirinto-pexia a una sola operación utilizando la vía endoaural y también comenzó a utilizar los motores trépanos. Yo le vi operar y entre fenestración y fenestración que era el nuevo nombre de la tímpano-labirinto-pexia se fumaba un gran puro. Esta operación fue muy bien estudiada y modificada por completo por uno de los primeros discípulos de Lempert, el Prof. George Shambaugh de Chicago.

En aquella época por el año 1946 enterados tanto mi padre como yo de los grandes avances de esa cirugía practicada en Estados Unidos decidimos visitar Estados Unidos, primero Nueva York y posteriormente Chicago donde permanecí varios meses a las órdenes del Prof. Shambaugh. No sabía apenas inglés y los primeros meses fueron terribles por falta de comunicación, con todo el personal de la Clínica y sala de operaciones, pero allí aprendí muchísimo porque el Prof. Shambaugh estudió e hizo experimentos de los que yo también participé haciendo fenestraciones a los monos, tipo macacus resus, y esos estudios me permitieron conocer excelentemente la anatomía laberíntica y la existencia de las tres capas, periostal, endocrinal y endostal. Entonces como según sus experimentos la capa periostal era la que cerraba la ventana, durante la operación ya con el vaciamiento radical hecho y a punto de abrir la fenestra, extirpaba toda la capa periostal realizando un tiempo que denominó endocrinalización, es decir dejar donde se iba a hacer la ventana y varios milímetros alrededor una capa periostal extirpada existiendo nada más que la endostal que por su composición amorfa llena de restos embrionarios y de poca reacción osteogénica, ante el insulto externo era excelente para que no se cerrasen las ventanas y por tanto logró

unos grandes éxitos, y un gran trabajo que practicaba en Chicago en su consulta privada para diagnosticarlos y operarlos luego en Wesley Memorial Hospital de la Northwestern University, un gran hospital muy bien dotado por aquellos tiempos.

Allí pude aprender el uso del audiómetro en la consulta de Shambaugh y la comprobación permanente y definitiva del uso de los diapasones con lo que diagnosticamos la otosclerosis clínica y al mismo tiempo se preparaba al enfermo para ser operado. Mis conceptos quirúrgicos mientras estuve con el Prof. Shambaugh se modificaron totalmente.

El quirófano se consideraba como si fuera una capilla de una iglesia, limpiísima, silenciosa. El enfermo se anestesiaba generalmente con anestesia local y a veces con anestesia general pero ya se empleaba una esterilización extrema en el uso de las batas y de los guantes, era una enfermera especializada la que entregaba la bata al médico y el cirujano sin tocarla metía los brazos por las mangas y luego la misma enfermera le ponía los guantes. O sea el cirujano no tocaba para nada ni la bata ni los guantes.

El campo quirúrgico se preparaba un día antes y entraba ya en la sala de operaciones con un vendaje que se quitaba y aunque el campo ya era estéril se volvía otra vez a esterilizar con lavados de agua jabonosa o merthiolate. Se cubría todo el cuerpo con una sábana estéril que estaba colgando en un dispositivo ideado por Shambaugh y sólo existía un orificio circular que permitía ver el campo quirúrgico, es decir, la oreja y 1 cm ó 1,5 de piel de alrededor. Se hacía la incisión retroauricular para exponer la mastoides se utilizaba ya el cauterio y luego Shambaugh ideó lo que llamaba la irrigación y aspiración continua por medio de un aparato quedaba fijo en el separador que se utilizaba para separar las partes blandas dejando el hueso mastoideo completamente al descubierto. Cuando ya se disecaba el conducto semicircular externo se ponía en marcha la irrigación y aspiración continua y en ese campo siempre limpio porque esa irrigación eliminaba todo el polvo de hueso y todas las partículas e impurezas que podían existir en el campo quirúrgico y entonces se hacía la fenestración que se cubría con el colgajo timpanomeatal.

Una de mis aportaciones fue sustituir el colgajo timpanomeatal por un injerto libre de piel que se lograba con los aparatos adecuados del brazo o de la pierna del paciente antes de comenzar la operación y se limpiaba y se dejaba en un líquido estéril para utilizarlo al final de la operación.

También modiqué la forma de la ventana que el mismo Shambaught denominó escalonada (Step window).

Con la fenestración se lograba un promedio de un 95% de recuperaciones quirúrgicas de más de 15 Dbs.

A veces se lograba que la audición ósea y aérea se cerrase desapareciendo lo que en América se llamaba el GAP es decir, la diferencia entre la audición ósea y la audición aérea.

Esta fenestración duró años y recuperó cantidad de sordos ya que las ventanas permanecían abiertas durante años pero de repente, en el año 1952-53 apareció la aportación de Rosen. Era como Lempert un judío americano que se dedicaba a hacer fenestraciones pero se le ocurrió como no tenía muy seguro su diagnóstico preoperatorio, en el momento de operar hacia una incisión para disecar la piel del conducto, disecar también el borde timpánico, separar el tímpano un poco para ver el estribo y comprobar que existía una anquilosis.

Así operó a bastantes oídos hasta que un día operando a un enfermo cuando palpaba el yunque y a la vez la cabezuela del estribo para ver si existía una anquilosis oyó un crack, es decir, un ruido quebradizo y el enfermo que estaba anestesiado solo localmente, le dijo: Doctor estoy oyendo, había nacido la movilización del estribo, operación que acabó con la fenestración logicamente porque era una operación mucho más fácil cuya técnica la podía dominar cualquier cirujano de oído bien preparado.

Durante años se practicó la movilización del estribo con anestesia local. Yo recuerdo que en aquella época cuando trabajaba en el pabellón nº 8 de la Ciudad Universitaria siendo Jefe del Serv. de ORL llegué a practicar 13 movilizaciones del estribo en varias horas de la mañana.

El gran inconveniente es que esas movilizaciones muchas veces se reanquilosaban, es decir, el foco otoscleroso que aunque era muy poco activo podía crecer lentamente, «y volvía

a anquilosar el estribo, o bien por desplazamiento de alguno de los elementos quedaba nuevamente anquilosado, se podía volver a movilizar pero eso ya era un riesgo inminente para el laberinto por lo que adoptamos cuando existía una anquilosis del estribo en la segunda operación realizar una fenestración. Eso duró durante años hasta que John Shea publicó toda su historia y toda su lucha para realizar la estapedectomía, es decir, la extirpación del estribo. Yo fui varias veces a Memphis para verle operar, conocí perfectamente la técnica y la practica-mos en Madrid, Valencia, Castellón y toda España.

Consistía en extirpar el estribo, antes de la extirpación se preparaba un injerto de vena, ese injerto de vena cubría la ventana oval por completo y luego se unía el yunque al injerto de vena con una prótesis de polietileno para lograr lo que se llamaba en aquellos tiempos el efecto columela.

Nosotros sustituimos el injerto de vena realizando otros ensayos por injertos de córnea y finalmente otro americano cuyo nombre no recuerdo utilizaba pericondrio logrado del pabellón auditivo mucho más lógico, mucho más resistente y que permitía perfecta la transmisión del sonido.

En aquella época la fenestración murió y quedo reservada únicamente para los casos en que el foco otoscleroso era tan invadido y sobre todo los que invadían la ventana laberíntica donde era imposible practicar la movilización aunque con el tiempo y con fresas pulidoras sobre todo de acero se extirpaba todo el foco otosclerosos hasta lograr una nueva ventana en la misma región que estaba situada la auténtica ventana anatómica. También se logró mediante el uso de finos escoplos que eran auténticos punzón y el uso de las microfresas trepanar por encima del foco otosclerosos hasta lograr una permeabilización y movilización del estribo. Estas operaciones tenían mucho riesgo laberíntico por lo que era una cirugía que solo la podían realizar otólogos muy bien adiestrados y que tuvieran todos los recursos posibles para que durante la operación o en el postoperatorio pudieran utilizar las medicaciones oportunas para evitar la aparición de la laberintitis, debido a que la laberintitis conllevaba la muerte labe-

ríntica y por tanto la sorderas permanente. A pesar de la gran controversia que existió en aquellos tiempos entre los otólogos algunos partidarios de la fenestración y otros enemigos de la misma la fenestración devolvió la audición a millares de enfermos.

Sin embargo la movilización del estribo de Rosen y la aparición de técnicas e instrumental mucho más finas y efectivas consiguieron que poco a poco desapareciera y que todo el mundo intentara practicar la movilización del estribo aunque hubiera que eliminar el foco otosclero que anquilosaba la platina del estribo. También en focos otoscleróticos muy invasivos con fresa de diamante e irrigación continua poco a poco se iba eliminando el foco otoscleroso hasta conseguir lo que podríamos llamar una platina fina que con los instrumentos que diseñamos en Valencia y que luego se utilizaron en Madrid y todos los lugares donde operábamos fueron fundamentales para lograr la permeabilización de la ventana oval, lo que significaba que se recuperaba el ciclo de la audición y la aparición del circuito ventana-oval y ventana redonda.

La aportación de John Shea eliminó la fenestración por completo, y la estapedectomía se realizó por todos los otocirujanos bien preparados de aquella época lográndose muy buenos resultados. Tengo que resaltar que en España durante años no existieron nada más que dos otocirujanos que practicaran la fenestración y las operaciones relatadas posteriormente era mi admirado amigo Luis García Ibáñez y yo mismo.

En Francia había dos franceses y en Inglaterra otro cirujano que la practicaba, es decir, que fue una operación dominada por muy pocos cirujanos.

Como yo me trasladé de Valencia a Madrid por muchas circunstancias que no son dignas de comentar y gracias también a la influencia de mi padre, siempre activo, fui recibido en el pabellón 8, es decir en el Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas que regía el Prof. Alfonso Lafuente Chaos. Allí comencé a practicar mis fenestraciones logrando un gran éxito ya que es una cirugía que se popularizó tremendamente en España acudiendo a aquel centro y a nuestra consulta privada gran cantidad de sordos por otosclerosis los cuales un mínimo de 95% recuperaban la audición.

Como he dicho anteriormente la fenestración fue sustituida por la movilización y luego por la estapedectomía con injerto de vena y polieúleno. La estapedectomía continua en vigor y ahora se practica, por lo menos en nuestro Instituto ORL Antolí-Candela donde existen todos los medios posibles para el diagnóstico audiométrico, para el examen vestibular y para un conjunto de actos complementarios que permiten el buen diagnóstico y la buena preparación para el acto quirúrgico.

Este Instituto que dirige mi hijo Francisco Antolí-Candela Cano tiene 11 colaboradores médicos y todo el personal paramédico para diagnóstico de los enfermos, para la administración y para secretariado, lo cual hacen un conjunto de 34 personas.

Este dominio quirúrgico que se logró con la fenestración nos permitió perfeccionarnos en el tratamiento quirúrgico de las otorreas, bien por otitis crónica parietal ósea, o bien por colesteatoma, introdujimos todos los cuidados pre y postoperatorios en la nueva cirugía de las otorreas y practicamos e hicimos personalmente muchas modificaciones técnicas que luego describiremos. La más importante de cualquier forma fue, el conservar la pared posterior del conducto y el lograr una comunicación de lo que era caja del tímpano con la cavidad mastoidea. Esta comunicación que en principio yo llamé escotadura, posteriormente se denominó y se denomina timpanotomía posterior que todavía se practica en muchos actos quirúrgicos, por lo menos nosotros lo practicamos en muchas operaciones. Para más detalles de los actos que se emplean actualmente para diagnóstico de las otorreas y su tratamiento quirúrgico también de la otosclerosis, en España existen de 4 a 6% enfermos de otosclerosis. Mi hijo Francisco Antolí-Candela escribirá todo lo que considere necesario ya que el acto quirúrgico se ha perfeccionado mucho y el postoperatorio sobremaneira. Además de realizar numerosísimas y distintas técnicas de timpanoplastia se ha empezado a abordar los neurinomas, los abscesos cerebrales, los problemas que presenta el seno lateral.

Muchas veces estos enfermos por alguna causa que yo entonces desconocía por completo oían mejor que antes de la operación. Y sencillamente era porque el injerto hacía un nuevo

espacio aéreo, aunque fuera una pequeña nueva caja timpánica y luego cubría el estribo con lo cual la transmisión de las ondas sonoras llegaban al estribo y daban cierta calidad y forma a la audición, como si fuera un milagro. Posteriormente fue el acto quirúrgico porque la operación radical de oído por otorrea y por colesteatoma fue perfeccionada profundamente por Wullstein y Zollner. Como mi padre hablaba alemán me acompañó, vi operar a Wullstein y Zollner y en realidad me impresionaron poco pero en fin viendo siempre se aprenden detalles que luego pones en práctica o bien los desechas o te dan nuevas ideas, en fin logré buenos conocimientos, y por tanto la posibilidad de curar otorreas con o sin colestetoma y recuperar parte de la audición. Tal era nuestro afán de aportación en la cirugía del oído realizada por García Ibáñez y por mi que entre la otología española se nombraba como Escuela Valenciana de otología debido al gran avance que logramos en aquella época

Cuando volví de América por los años 46 dimos un impulso tan tremendo que yo ya consideré que podía desarrollar más mis conocimientos por lo cual le propuse a mi padre trasladarme a Madrid. Al principio, iba los finales de semana a Madrid y poco a poco desde Valencia toda la consulta tanto de Valencia como de Castellón la fui trasladando a Madrid. La de Castellón fue un logro personal mío, tenía una clientela extraordinaria de toda la provincia incluso de la zona de Cataluña sur, toda la provincia de Castellón y del norte de Valencia y sus alrededores donde ejercían su misión médica gran cantidad de amigos que venían con sus enfermos para ayudarme durante las operaciones.

En Castellón debido a la gran aportación de Vicente Cano mi cuñado, hombre activísimo, con muy buenas ideas, práctico, enormemente trabajador pues montamos un quirofano y un hospitalillo de seis camas que siempre estaba completo con operaciones no sólo de oído sino de nariz y senos y toda la cirugía de laringe que yo también dominaba en aquella época tanto la no cancerosa como la cancerosa o sea la laringuectomía, cirugía parcial de la laringe, hemilaringuectomías, etc.

Cuando yo decidí trasladarme a Madrid porque creía que tenía conocimientos suficientes y

bastante personalidad para defenderme, mi cuñado Vicente se trasladó a Madrid y preparó en casa de mi hermana María Teresa una consulta, buscó un quirófano y fue el ayudante ideal que me permitió desenvolverme allí tal como lo había hecho en Valencia y Castellón. Fue un colaborador extraordinario, no tenía horas y logró ser un audiólogo muy experimentado y conocer el diagnóstico de las enfermedades del oído perfectamente. Fue después un ayudante de manos en las operaciones de primerísima categoría y luego desafortunadamente en un accidente de tráfico se mató y el que afortunadamente dirige la consulta, el que opera, el que realiza modificaciones es mi hijo Francisco Antolí-Candela Cano, Paco para todos, y el grupo de colaboradores que día a día trabajan en conjunto para lograr grandes resultados diagnósticos y quirúrgicos.

Ahora el Otocirujano se ha transformado en otoneurocirujano, porque en sus operaciones aborda el ángulo, se extrirpan con buena técnica respetando el facial los neurinomas del acústico y se hacen operaciones de diferentes tipos que yo le cedo la palabra a mi hijo para que las describa en algún momento de libertad, que tiene muy pocos debido a la gran cantidad de trabajo que pesa sobre el y que puede desenvolver gracias a la colaboración de los 34 miembros de nuestra consulta de otorrinolaringología.

Muy probablemente el primer neurinoma del acústico extirpado por un otólogo lo hicimos nosotros con mis colaboradores, que en aquella época eran Felipe Álvarez, Miguel Olarieta, Fernando Olaizola, Julio Sanjuán, Alfredo Juderías, Roberto Alcover, Federico Guillem, cuyo padre fue uno de mis mejores colaboradores durante mi etapa Valenciana tanto en Valencia como en Castellón, un hombre muy trabajador y siempre dispuesto a ayudar en cualquier momento del día y de la noche y hombre tremendamente agradable para los pacientes.

Nosotros para conseguir una rápida epitelización de la cavidad mastoidea usamos injertos libres de piel que extraemos del brazo o de la pierna de los operados con lo que la cavidad ósea queda cubierta por el epitelio que acorta en mucho el tiempo postoperatorio así como también hacía desaparecer el dolor en las curas.

Debíamos tener un exquisito cuidado en la esterilización del instrumental para evitar infecciones ya que si la cavidad se infectaba el postoperatorio se prolongaba días y meses. Además la infección del colgajo timpanomeatal y de nuestros injertos creaba una cavidad aparentemente limpia pero que siempre quedaba cierto grado de infección que influía en la audición de los pacientes.

Por ello poco a poco se fueron perfeccionando las técnicas utilizando fresas de acero, fresas diamantada y fresas de oro.

El brazo-trepano que utilizábamos para realizar estas operaciones estaban completamente esterilizados y cubiertos por una funda formada por paños absolutamente estériles.

Estas reglas eran seguidas sistemáticamente al máximo y el Prof. Shambaugh fue capaz de infiltrar en los cerebros de todos los ayudantes quirúrgicos para que pensaran siempre que la esterilización era básica para el éxito de la fenestración y por tanto de la recuperación auditiva.

Debemos puntualizar que en la ventana redonda aparecía un foco otoscleroso que la obturaba cubriendo la membrana por lo que en bastantes ocasiones tuvimos que fresar cuidadosamente todo el caparazón óseo otoscleroso o no que cubría dicha ventana redonda pensando siempre que nuestros enfermos únicamente podían oír si ambas ventanas estaban permeables.

Tuve que intervenir en la Junta directiva de la Sociedad Española de ORL para hacerme cargo de un problema económico ya que la Sociedad estaba en quiebra por falta de socios y porque la administración no era buena sobre todo en relación con el problema de la revista e incluso de mi peculio particular aboné deudas que había contraídas con el editor para que pudiera subsistir. Posteriormente, y al estar así puntualizado en el testamento de mi padre, fundé un premio que se concede periódicamente y lleva el nombre de «Antolí-Candela».

En el año 1960 fui invitado por un Grupo Médico de Los Ángeles para pronunciar cinco conferencias sobre problemas de oído. Al terminar éstas, no recuerdo como apareció Willian House que me introdujo en su Grupo donde pude adquirir nuevos conocimientos sobre el diagnóstico clínico, radiográfico y quirúrgico, referente al

neurinoma del acústico y lógicamente a la sintomatología inicial y el uso del pantopaque para conseguir un diagnóstico radiográfico perfecto del estado del conducto auditivo interno y de la presencia o ausencia del neurinoma así como también de su extirpación quirúrgica.

Todos estos conocimientos fueron desarrollados posteriormente en nuestro Servicio del Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas e Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo situado en el Pabellón 8 de la Ciudad Universitaria, donde la íntima colaboración del Dr. Manuel Trujillo conseguimos explorar y finalmente diagnosticar neurinomas que fueron operados por nosotros con la colaboración de los Dres. Álvarez de Cozar, Julio Sanjuán, Miguel Olarieta, Roberto Alcover, Juderías, De la Hoz, Olaizola, Antolí-Candela Cano y otros.

Muy probablemente tanto el diagnóstico como la extirpación quirúrgica del neurinoma fue realizada otológicamente por primera vez en España. En años sucesivos visité repetidamente el Grupo Otológico y posteriormente visité Memphis con el fin de conocer los trabajos de John Shea y su técnica para el tratamiento quirúrgico de la sordera por otosclerosis.

Todos estos conocimientos fueron aplicados y aumentados en el citado pabellón 8 de la Ciudad Universitaria e ignoro aunque creo que fuimos los primeros en España que practicamos vía otológica el tratamiento quirúrgico del neurinoma del acústico.

En años sucesivos continué visitando el grupo con el fin de aumentar mis conocimientos referentes a los tumores del acústico y por tanto al estado del conducto auditivo interno. Todas estas nuevas técnicas fueron comunicadas en España mediante conferencias y publicaciones.

Los avances en el sentido neurológico en esta época fue grande y quizá definitivo por lo que no se podía hablar de otología sino de otoneurocirugía debido a la necesidad de introducir en nuestras operaciones instrumental y técnicas neurológicas.

Las dificultades diagnósticas y quirúrgicas fueron eliminadas gracias a la aportación radiográfica sistemática practicada por el Dr. Trujillo que afortunadamente dominó la técnica del pantopaque y valorar la existencia o no del neurinoma en el conducto auditivo interno.

El problema quirúrgico en relación con el citado tumor era su extirpación sin lesionar el nervio facial que en dos casos operados con el Dr. Obrador el citado nervio facial atravesaba el tumor por lo que hubo necesidad de seccionarlo.

Todos estos conocimientos y experiencias fueron comunicadas tanto en España como en el extranjero mediante conferencias ilustradas con diapositivas y films logradas mediante la utilización de tomavistas especiales que se adaptaban a los visores de los microscopios que en aquella época era absoluta novedad en España porque era un elemento de enseñanza muy valorable que revolucionó y aumentó la eficacia de nuestras presentaciones en Cursos y Congresos que se celebraban no sólo en España sino en todo el mundo.

Entre las últimas aportaciones a nuestra otorrinología deseo referirme a lo concerniente al diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgicos de los neurinomas del acústico y también a lo referente a los implantes cocleares con una nota de la conducta de esta consulta referente a dicho tema descrita por el Dr. Alfredo Arcocha.

Los implantes cocleares son dispositivos electrónicos diseñados para detectar energía sónica mecánica y convertirla en señales electrónicas que puedan ser enviadas al nervio coclear y ser interpretadas por el paciente. Consta de un micrófono que recibe la información y la transforma en señal eléctrica, que es transmitida a un electrodo implantado en forma extracoclear o intraneural. El lugar de estimulación en la implantación coclear parece ser el ganglio espiral.

La selección de pacientes: Normalmente se consideran candidatos a implante coclear los pacientes con hipoacusia bilateral (umbral promedio para tonos puros mayor de 95 Dbs), incapaz de beneficiarse con las prótesis auditivas convencionales, con buen estado de salud físico y mental y con motivación y paciencia para completar un programa de rehabilitación. Los pacientes con sordera congénita no suelen conseguir la misma efectividad con el implante que aquellos cuya sordera se desarrolló después de la adquisición del lenguaje. En cuanto a la edad, no se aconseja la colocación de implantes cocleares a niños menores de dos años debido a que la inmadurez de la vía auditiva puede estar

influyendo en su hipoacusia y esto puede mejorar con el crecimiento del niño.

Se realiza un colgajo de piel postauricular lo suficientemente grande para recubrir la bobina con un margen suficiente para impedir la extrusión del aparato.

El asiento para la bobina se crea en la porción escamosa del hueso temporal, inmediatamente posterior y superior al lugar donde hacemos la mastoidectomía. Se realiza una mastoidectomía simple, adelgazando la pared posterior del conducto para poder ver bien la ventana redonda. Se abre el receso facial, conservando una capa de hueso sobre el nervio facial para protegerlo.

Con una fresa de diamante pequeña se remueve el labio del nicho de la ventana redonda. En ocasiones el nicho y la membrana de la ventana redonda están reemplazados por nuevo hueso o tejido fibroso. Esto es más frecuente en paciente cuya sordera es debida a meningitis. En estos casos se debe fresar a lo largo de la espira basal hasta 4 ó 5 mm hasta encontrar una rampa timpánica permeable que permite instalar el electrodo activo. La osificación completa del caracol puede ser una contraindicación para usar un sistema multicanal, que requiere 15-25 mm de inserción.

Las complicaciones son raras y son las mismas que en la cirugía por enfermedad crónica del oído: infección, parálisis facial, pérdida de LCR, meningitis y los peligros de la anestesia.

No se ha visto que la colocación del implante coclear tenga efectos negativos sobre el sistema vestibular o sobre el tinnitus.

Después de muchos años de experiencia que comprende un período de adiestramiento primero con mi padre y luego en todos aquellos centros ya mencionados para que completara mi formación, llega un momento en que debido a las múltiples condiciones tanto físicas como mentales uno puede reflexionar sobre toda la evolución sobre todo en la enseñanza que yo he tenido la enorme suerte de recibir y a pesar de los años sigo recibiendo por fortuna, en relatar toda la experiencia vivida no tiene otro motivo que el demostrar la absoluta necesidad de conocer distintos criterios para seleccionar los que consideramos más apropiados y que influyan directamente en el progreso y por tanto en la

constante evolución tanto de la medicina como en este caso particular de la audiocirugía.

Resumiendo todas mis experiencias considero que es necesario dedicarse enteramente a nuestra profesión médica en este caso otológica a conseguir los mayores conocimientos que tenemos el deber absoluto e indiscutible de relatar nuestro criterio para que bien sirva de enseñanza o por lo menos describa una trayectoria otológica vivida durante aproximadamente más de 65 años.

Ahora recordando a duras penas todas las épocas pasadas considero que mi vida otológica ha sufrido múltiples vaivenes pero al fin y al cabo ha servido para aprender y como siempre me dijo mi padre, aprender para enseñar, tanto la teoría estudiada como la rica experiencia personal que el otólogo recibe a través de su vida.

Considero que el haber comenzado explorando enfermos con luz de gas hasta llegar al estado actual, no solo de nuestros conocimientos sino de los medios que poseemos para conseguir buenos diagnósticos ha transcurrido una vida verdaderamente estimulante y sorpresiva debido a los conocimientos de todo tipo que hemos ido almacenando en el transcurso de los 65 años de profesión otológica.

Yo tuve la enorme suerte de tener un padre que no solo me enseñó muchísima otología, sino que además pude aumentar mis conocimientos y transmitirlos en muchas ocasiones sobre todo por los países de habla española debido básicamente al sacrificio constante y resistir las grandes ausencias con mi esposa Elisa Cano que siempre estuvo dispuesta a colaborar en mi accidentada vida profesional.

