

## Pequeña historia de una gran especialidad. 25 años en el Servicio de Otorrinolaringología del Centro Hospitalario «Princesa de España»

José A. Rosell

*A mi hospital «Princesa de España»,  
al que he dedicado mi ilusionado trabajo.*

### A modo de prólogo

Una de nuestras obligaciones debe ser el conocer nuestra historia, pues, a mi modo de ver, debe considerarse como patrimonio indiscutible legado de nuestros padres en la profesión y más concretamente en la disciplina que nos ocupa. La historia es el basamento, los cimientos en donde ha de elevarse nuestra formación. Conociendo a los que nos precedieron entenderemos lo que somos y, sobre todo, lo que debemos ser. Nuestra historia dirá cuál es el sentido profesional, científico, humano y también el social que rodea nuestros actos.

**E**l objetivo es hacer en este trabajo una exposición, una semblanza o reflexión sobre la evolución de nuestro servicio desde el otoño de 1974 hasta la misma época de 1999. No obstante, le precede una primera parte en la que se hace referencia al concepto de enfermedad; de hospital (sus tipos) y la idea concebida como hospitalismo, siguiéndole una opinión personal sobre la especialidad en general y la otorrinolaringológica en particular.

Hay una segunda parte histórica en la que se comentan los primeros conocimientos que se tienen de las enfermedades del oído, nariz y garganta. A continuación, una somera visión de la actualidad, sin entrar en grandes detalles ni pormenorizar sobre técnicas o teorías empleadas, sólo nombrar algunos autores, recordar a todos, sería enormemente prolijo dado el gran número de procedimientos y especialistas que se ocupan de esta disciplina, pudiendo olvidar algunos tal vez los más representativos.

Se hace, por tanto, un reconocimiento individualizado de las tres ramas que sustentan a la especialidad, desde una amplia óptica de los procedimientos empíricos hasta los más actuales.

Se finaliza con unas referencias biográficas sobre de la O.R.L. giennense de los primeros 50 años de este siglo, y una aportación sobre nuestra experiencia en el cuarto de siglo que hemos dedicado al servicio del Centro Hospitalario «Princesa de España»

Así, el maestro MARAÑÓN, indicaba que «la Medicina consiste en buscar en los antecedentes de una determinada rama de la disciplina, investigando nuevos datos, leyéndolos en las horas propicias de la meditación, ordenándolos y escribiéndolos después con la mayor claridad» (recuerda Viseda Rodríguez). Este trabajo, bajo mi punto de vista, pretende (no sé si se consigue) contemplar dos aspectos de la actividad médica: la información y la actitud. La primera incluye la difusión del conoci-

miento que se adquiere con la práctica asistencial; la segunda, intrínseca a una

Palabras clave: Recuerdo de la O.R.L. Memoria de 25 años del Servicio O.R.L. del «Princesa de España».

Fecha de recepción: Octubre 1999.



Hospital «Princesa de España».

buena praxis, conlleva serenidad e iniciativa en la labor.

En este sentido, y haciendo un pequeño esfuerzo retrospectivo, pretendo dar a conocer lo que hemos realizado en el transcurso de los veinticinco años de mi estancia en el Centro, siendo consciente de que se abre

un futuro ante el cual aún estamos algo escépticos; dudas ante la forma que se desarrollarán los hechos, la evolución de la especialidad y dudas ante las nuevas enfermedades.

Quiero dedicar aquí, en testimonio de gratitud, un recuerdo a quienes fueron mis maestros: al Profesor Francisco Antolí-Candela Cebrián, en cuanto a la especialidad otológica, y al profesor Rafael García-Tapia Hernández respecto a la laringología, pero sobre

todo destacar una persona que me ha formado como profesional tanto en el aspecto humanitario como especialista, este es, sin duda, el Dr. José Antonio Gutiérrez Zavala, con quien estaré en deuda, al que el destino le hizo desaparecer prematuramente en plenas facultades.

12



Flanqueado por los Profs. Alpente y Sánchez Revilla.  
A la izquierda de la foto, el Prof. J. A.° Gutiérrez Zavala (1974).



### Introducción

«Quien no sabe lo que busca,  
no ve lo que encuentra».

(CLAUDE BERNARD)

La introducción, quizá algo conceptual, pretende algo tan singular como es el evocar el substrato íntimo del hombre que, de alguna manera, participa activamente en la filosofía y política de la Medicina y en este caso de una especialidad.

Tal vez sería oportuno reconocer que una de las preocupaciones del hombre de nuestro tiempo es el humanismo, término «humanismo» (que no humanitarismo), que en sí significa muy poco por su vaguedad y complejidad, aunque siempre muy sugestivo y que a lo largo de la historia, ha sido un símbolo representativo de un anhelo de nuevos horizontes, de superación y esperanza y, en suma, un intento de recuperar de alguna forma la «esencia de lo humano». Pero bien es verdad que no debería separarse en el médico el humanismo del humanitarismo, pues se encarga de la antropología del hombre, su entorno y su enfermedad. Alber S. Lyons indica: «Se espera del médico que actúe de una manera más acorde con las necesidades de cada paciente, visitándole en su domicilio, dedicándole más tiempo, manteniendo, e incluso elevando, su eficacia técnica; en pocas palabras, incrementando su rendimiento profesional. Al mismo tiempo se va considerando cada vez más al médico como un comerciante, como «proveedor» de cuidados sanitarios... Realmente, la mayoría de las instituciones médicas que dicen defender el «humanismo» no ofrecen cursos de historia, arte, filosofía o sociología».

Sigue diciendo: «Normalmente, ni el médico ni su paciente conocen el proceso a través del cual el médico ha llegado a ser lo que es; no saben cómo se han desarrollado sus métodos, ni cómo han surgido sus actuales principios éticos. Con toda seguridad sería muy útil situar estos fenómenos en su contexto histórico...». «¿Cuántas doctrinas erróneas defendemos todavía en el siglo XX? Si supiéramos con certeza que son

erróneas las habríamos rechazado. Por ello investigamos y aguardamos con esperanza». Haciendo una reflexión retrospectiva observaríamos que bajo la influencia del positivismo y del pragmatismo se creyó en el dominio de la naturaleza por la ciencia. El hombre gracias a su inteligencia técnica y práctica, ha conseguido influir sobre cuanto le rodea, intentando limitar, modificar o extinguir ciertos estímulos que le son adversos.

La Medicina en general y las Especialidades en particular, se encuentran dominadas por la ciencia y la técnica cuyo resultado será, sin poder evitarlo, la aparición progresiva de la deshumanización, pues, en cierto modo, nos aleja de la concepción del «hombre» en todo su ser, con las distintas expresiones y repercusiones que conlleva, ya que la acelerada evolución del estudio de las ciencias naturales, puede llevarnos a una exaltación científica y a una superespecialización, apartándonos de la visión antropológica del hombre que debe ser el objeto de la Medicina, por lo que la «ars medica» no debe perder de vista su condición humana.

Claude Bernard, en su «Introduction à l'étude de la médecine expérimentale», indica: «La ciencia actual está necesariamente por encima de la del pasado y no hay motivo alguno para buscar un incremento de la ciencia moderna en los conocimientos de los antiguos. Sólo se puede encontrar allí la historia del espíritu humano, que es una cosa muy distinta». Continúa haciéndose una pregunta: ¿dónde radica la seguridad de la ciencia? «La ciencia rechaza lo indeterminado y cuando en medicina se fundan opiniones sobre el acto médico... se da un ejemplo de esa medicina de fantasía, que puede ofrecer los mayores peligros, encomendando la salud y la vida de enfermos a los caprichos de un ignorante inspirado. La verdadera ciencia enseña a dudar y abstenerse de la ignorancia».

Por otro lado, y de auténtica actualidad, está su cita que nos hace pensar: «A menudo algunos médicos se envanecen de haber curado a todos sus enfermos con un determi-

nado remedio. Pero la primera pregunta que deberíamos formularles es si han probado no hacer nada. ¿Cómo saben si es el remedio o la naturaleza quien ha curado?». Fue una lección de Bernard que se resumiría: enseñar a evitar ilusiones. Y como dice Claudio Sánchez Arbonoz (quiero ver el mismo sentido): «El historiador tiene el deber de no dejarse ganar ni por la saña ni por la hipérbole».

• Waksman gustaba recordar el cuento del rabino: «Debo el máximo a mis alumnos, que me hicieron preguntas y me hicieron ver que no lo sabía todo».

En una de las reflexiones de Bernard se comenta: «Las bibliotecas son parte integrante del laboratorio del sabio, pero con la condición de que sirvan para conocer la naturaleza de las observaciones de sus antecesores y no para encontrar opiniones hechas que le dispensen de trabajar e investigar los fenómenos naturales». He aquí el mensaje y consejo que hemos de seguir: trabajar en esa línea para que los que nos siguen puedan tener las mejores y útiles referencias en sus trabajos.

#### La enfermedad

«En efecto, el médico debe conocer la gramática,  
la retórica, la dialéctica, necesita de la aritmética,  
digamos lo mismo de la geometría.  
E incluso no debe ignorar la música»

(San Isidoro de Sevilla,  
«Etimologías». Siglo V)

El dolor y la enfermedad, la enfermedad y el dolor, han sido el binomio que ha acompañado al hombre en su historia. Desde la maldición de Adán y Eva; negros o blancos, genios o idiotas, esclavos o emperadores; a todos ha alcanzado de alguna manera. Se puede decir que, en los albores de la humanidad, la enfermedad tuvo que ser tan antigua como la vida misma. Esto nos lleva a pensar que, como ahora, debió existir una lucha permanente contra la enfermedad. Repasando la historia, leemos en algunos apartados de antiguos tratados, cómo los helenos no prestaban demasiada atención a

los que padecían de enfermedades, incluso les creían inferiores. Podría traducirse en una idea de la sublimación o desgracia del hombre, de la relación hombre-dios o de aquél tocado por los dioses, cuya caída en desgracia le inducía a padecer enfermedades. El hombre debió considerar a la enfermedad como producto de influencias sobrenaturales.

Posteriormente, en un ambiente más científico, los romanos dividieron a las enfermedades corporales en accidentales y pasajeras (*morbis*) y en permanentes (*vitium*). Por ello se clasificaba a los hombres en sanos (*sani*) y enfermos (*infirmi*) y éstos últimos subdivididos en enfermos habituales (*vitio laborantes*) y temporales (*morbo laborantes*).



La enfermedad.  
Misión del médico: «Llevar sobre sí el dolor y el riesgo de muerte del enfermo».  
(Dibujo de Signorelli).

A través del tiempo surgiría el empirismo, brujería, superchería y los fenómenos sobrenaturales y astrológicos.

Tratando de buscar un concepto de enfermedad en la historia, y según tendencias y escuelas, la definición cambiaría según época y concepción del proceso. Así, encontramos:

- Hipócrates consideraba a la enfermedad, como: «el esfuerzo de la naturaleza para volver al estado normal las funciones alteradas». «Estar enfermo supone vivir y vivir supone organización».
- Demócrito: «como una anarquía de los átomos o corpúsculos invisibles».
- Temnison de Laodina: «un trastorno de las fibras en que se compone el organismo humano, según aquellas estuviesen constreñidas (*strictum*) o flojas (*laxum*)».
- Van-Helmont: «alteración del arqueo o principio vital encargado de mantener el orden durante la salud».
- Sydenham: «el esfuerzo de la naturaleza para restablecer las funciones alteradas y destruir las potencias dañinas»
- Sauvages: «la acción del principio vital para restablecer el equilibrio funcional y destruir los principios morbosos».
- Bichat: «los esfuerzos hechos para resistir a la muerte».
- Cohnheim: «Enfermedad es una desviación del proceso normal de la vida, producida por una acción perturbadora de las condiciones externas y de los poderes internos del organismo».
- Bouchard: «Enfermedad es el conjunto de los actos funcionales, y secundariamente de las lesiones anatómicas, que se producen en la economía, la cual sufre a la vez las causas morbíficas y reacciona contra ellas». También indica: «la enfermedad es una manera de ser, una manifestación de la vida».
- Letamendi: «Enfermedad es una perturbación vital relativa, ocasionada por causa cósmica, determinada por aberración física de la energía individual y caracterizada por trastornos plástico-dinámicos».

• Corral y Maestro: «Enfermedad es un modo de vivir anormal, en que el organismo reacciona contra algún daño».

• Rostand la creía como un estado anormal de los órganos.

• En general los eclécticos la consideraban como un trastorno de las funciones y de los órganos a la vez.



Prof. Laín Entralgo.

• El concepto puramente nosológico define a la enfermedad como «una perturbación del modo de ser del individuo que la naturaleza no puede dominar».

• Laín Entralgo: «La enfermedad humana es un modo aflictivo y anómalo del vivir personal, reactivo a una alteración del cuerpo psicoorgánicamente determinada; alteración por obra de la cual padecen las funciones y las acciones vitales del individuo afecto y reacción en cuya virtud el enfermo vuelve al estado de salud (enfermedad curable), muere (enfermedad mortal)

o queda en deficiencia vital permanente (enfermedad cicatrizal)». Y hace la reflexión «Vivir humanamente es tanto responder al guante que el mundo en torno constantemente nos arroja, como arrojar el guante a ese mundo». Así, nuestro maestro Laín, al final de uno de sus trabajos, se hace las preguntas: *¿cuáles serán las enfermedades del futuro?, ¿cuál será el futuro de la enfermedad?*: «Nunca podrán quitar al hombre su dolorido sentir; pero la especie humana se transformará del modo más fecundo y progresará maravillosamente». Por él deben apostar los médicos del siglo XXI.

- Albarracín nos indica que «el médico, además de su formación, ha de entender a la enfermedad orgánica como modo de vivir de una persona; porque la enfermedad no sólo está en el hombre, sino que es del hombre.

- Hay una carta de Goethe a su amiga Carlota von Stein (según un prólogo de Laín), que indica: «También yo... tengo por cierto que la humanidad, al fin, vencerá; temo solamente que el mundo llegue a ser al mismo tiempo un gran hospital, y cada hombre un enfermero de otro hombre». En este sentido, Nietzsche escribirá acerca de la «civilización» y la «mejora» de humanidad: «Nada más precioso que la virtud; con ella acabaría siendo la tierra un hospital, y la sentencia *«cada uno, el enfermero de cada otro»* sería el acabose de la sabiduría».

16

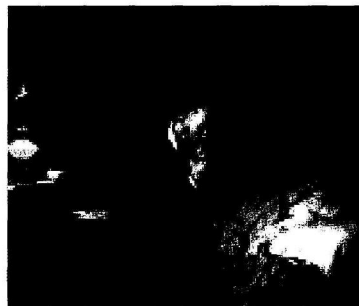
La definición de enfermedad puede estar sujeta, como vemos, a opiniones diversas según la consulta a los distintos autores aunque varía poco en su fondo, pudiendo ser múltiple dependiendo de las tendencias que se han ocupado del proceso morboso que agrede continuamente a la sociedad, pero nunca se acaba de aprender al respecto de los medios para combatirla, debiendo ser cautos y humildes en nuestras posibilidades, recordando la enseñanza que supone el leer y escuchar a los demás.

En general, podría decirse que es la alteración más o menos grave de la salud del cuerpo, o toda alteración en las condiciones normales de la vida del individuo (sean psíquicas o físicas), pueden ser proclives a desencadenar la enfermedad, a pesar de que nuestro organismo se defiende por medios llamados de compensación intentando la restitución a la integridad.

Ya hemos comentado en otro lugar, que el éxito de la curación depende de un exacto conocimiento de la enfermedad. La medicina moderna avanza, y lo hace a expensas de lo que se aprende en las lecciones que nos dan las propias enfermedades, de la revisión de los casos clínicos y sobre todo avanza por la experiencia clínica y más desde que comenzaron los estudios histológicos y necropsias, e incluso se podría decir que la muerte da luz y es fuente de saber médico por obra y gracia de la anatomía patoló-



La visita médica. (R. Picasso, 1897).



«Dudas diagnósticas».

gica. Escudriñando en el interior humano, la propia muerte nos ayuda a conservar la vida y a vencer la enfermedad.

Por cuanto se ha mencionado y antes de conocer para lo que sirven las especialidades y los procedimientos indicados al respecto, Laín indica que hay que tener presente, al menos una idea clara, de lo que es la enfermedad.

Los médicos son meros espectadores y al mismo tiempo, anónimos protagonistas de la historia, pues viven la vida desde un lugar privilegiado o especial, y es el contacto íntimo con los pacientes, protagonizando la realidad de la situación y, porqué no, a veces como consultor bien social, familiar o sacerdotal.

A la vista de las nuevas enfermedades infecciosas y la marcha del empleo de fármacos para combatirlas, se deduce que habrán de aparecer nuevas enfermedades unas veces subsiguientes a los propios agentes infecciosos, otras a la iatrogenia bien por la no adecuada aplicación o bien por el mal uso o abuso de los mismos, pero, a mi juicio, por que se desconocen con certeza sus efectos que, a largo plazo, pueden influir en el sistema inmunológico del hombre.

Hay un concepto, tal vez algo místico, que nos refiere MUSET: «No puede olvidarse que el dolor, la enfermedad, tiene un gran poder educativo; nos hace mejores; más misericordiosos; nos vuelve hacia nosotros mismos y nos persuade de que ésta vida no es un juego, sino un deber».

#### El hospital y su historia

Recordemos que la palabra hospital deriva del latín *Hospitum*, que significa lugar donde se hospedan las personas, siendo su adjetivo relativo *Hospitalis*, que quiere decir hospital.

Se sabe que en los tiempos más remotos, la Medicina se ejercía en los lugares adjuntos a los templos y en ciertas ocasiones en el propio domicilio, según datos obtenidos de los escritos procedentes de la India o encontrados en Egipto.



Prof. Jiménez Díaz.

Es en la India y en Ceilán donde primero aparecen algunas concentraciones de tipo hospitalario, así como en las ciudades griegas de Cos, Cnidos y Epidauró, que exponía los enfermos ante la estatua de Esculapio dentro del recinto edificado y habilitado para tal fin.

En la época del Imperio Romano surgen ciertos establecimientos destinados a la curación de los pacientes procedentes de las campañas de guerra, pero los primeros hospitales considerados como tales se crearon en el siglo IV d.C., como el de Ostia fundado por Fabiola. Más tarde son construidos y asistidos por la propia Iglesia o por Monasterios, (Milán, Padua, Salerno, Florencia), ocupándose incluso del mantenimiento. Posteriormente aparecen grandes edificaciones como en Francia el Hotel Dieu o el de Siena en Italia.

Se tiene conocimiento de que los árabes de Bagdad, grandes aficionados a la Medicina, hacen construcciones por los años 707, 874, 925, pero no hay grandes muestras de res-

tos arquitectónicos hospitalarios de esa época.

Durante las cruzadas se construyeron Materías, dedicadas sobre todo a los tratamientos de la lepra y aparecen los hospitales de aislamiento. Una de las más famosas construcciones sería el Hospital de San Lázaro. Estas edificaciones se hacían lejos de las ciudades, tanto por repugnancia como por miedo y temor al contagio de la enfermedad.

En el Concilio de Aquisgrán, se trazaron unas normas para la construcción de los hospitales, creyendo que lo ideal sería que estuvieran próximos a la Catedral o a algún convento.

Hay noticias de un Xenodoquio que se edificó en Mérida en la época de la dominación visigótica. Posteriormente, en los siglos XII y XIII aparecen en Burgos, Barcelona y Valencia.

En Inglaterra los hospitales surgen primero en York, el de Saint Gregory, y en el año 1215 el de Saint Thomas que fue uno de los más famosos y donde se estableció la primera escuela de enfermería. Fue también de gran renombre el de Saint Bartholomew de Londres.

Sobre el 1524, en América, Hernán Cortés fundó el primer hospital con el nombre de Jesús Nazareno y más adelante el de San Hipólito. Pero en la época de Felipe II (1566) el más conocido es el que se construye en Madrid. En éste siglo se fundó la benemérita Orden de San Juan de Dios, que tan gran fama alcanzaría por sus trabajos en el bien de los enfermos, distribuyendo las construcciones por todo el país. Luego siguió el orden de los Clérigos Regulares Ministros llamados Camilos.

En el transcurso del tiempo se va observando cómo los responsables de las construcciones hospitalarias modifican los interiores y facilitan la higiene, dándoles prioridad a la ventilación y a la evacuación de las aguas residuales. San Luis de Francia fue modelo.

En la época renacentista surge una gran cantidad de hospitales en los que van a co-

laborar grandes hombres, como Covisart, Laë nec, Andral, Sabourand, Brussels (fundador de la Escuela Médico-Militar Francesa).

En los Estados Unidos, en el siglo XVIII, aparecen los hospitales de Philadelphia y Massachusetts.

La Iglesia otorga a los hospitales numerosos privilegios y gracias, encaminados a no mermar sus rentas. Clemente III, Pío III y Pío V, se distinguieron por ello. Y no es hasta la Edad Moderna cuando interviene el Estado en la tutela del hospital.

El Hospital, concebido como lugar de asilo y caridad, es situado en los lugares anejos a los templos, y va admitiendo unas características y un cambio en el ejercicio profesional. Posteriormente la idea llega a estructurarse como un establecimiento encargado en exclusividad de la salud de la sociedad actual.

#### Hospital actual

...Y SERÁS HOMBRE:

Si en tu puesto mantienes la cabeza tranquila cuando todo a tu lado es cabeza perdida.

Si tienes en tí mismo una fe que te niegan y no desprecias nunca las dudas que ellos tengan.

Si esperas en tu puesto, sin fatiga en la espera, si engañado no engañas, y no buscas más odio que el odio que te tengan.

Si eres bueno y no finges ser mejor de lo que eres.

Si al hablar no exageras lo que sabes y quieres:

...Serás Hombre.

(RUDY NARD KIPLING)

El Hospital moderno se irá transformando en un centro complejo con servicios consagrados a la terapia, a la reeducación, a la prevención de las enfermedades, a la investigación y a la enseñanza, volviéndose hacia la comunidad como una garantía de la salud, ascendiendo en este ambiente con una tendencia paralela a las nuevas concepciones sanitarias, reivindicando el derecho a la salud por parte de la población.

Actitud que, en mayor o menor grado, exige de los gobernantes su satisfacción prioritaria. Hay que reconocer que ha tenido que pagar un tributo, y es que se ocupa de la enfermedad pero tal vez menos del propio enfermo. Las relaciones humanas se van perdiendo por el tecnicismo y la superorganización. Problema que hemos de considerarlo de primera necesidad debiendo recuperar aquel afecto perdido, para ello todos hemos de aportar nuestro esfuerzo, nuestro saber y, desde luego, unos grandes deseos de conseguirlo.

Es preciso reconocer que es una meta indiscutible el evitar la deshumanización hospitalaria, al tiempo que sería deseable el prestar un mayor interés a los aspectos psicológicos y psicopatológicos del hombre que padece de enfermedad. «No hay enfermedades sino enfermos», es un principio que cada curso oíamos en las aulas de la Facultad, pero es un tópico que a veces no tenemos en cuenta en las salas hospitalarias o a la cabecera del enfermo. A veces éstos, como hemos referido, encuentran poco calor humano en su relación con el personal sanitario y no podemos evitar que piensen que se encuentran desprovistos de libertad, prisioneros de su propia enfermedad y faltos de amor y caridad, y como dice P. Guillén: «A pesar de la tecnificación, el médico debe conservar su virtud humana a la hora de enjuiciar la enfermedad, del enfermo que la padece».

Un hecho negativo que surge con demasiada frecuencia es el término conocido como «hospitalismo». Término que deriva del alemán «Hospitalismus», que según la versión de Kuntz, quiere decir los peligros e inconvenientes que resultan tanto del tratamiento como de la estancia en el hospital. Naturalmente aquí cabe tanto la causa biofísica como psicósomática, y un lugar predominante en la etiología de éste síndrome, se encuentra la infección nosocomial, tan grave y frecuente en ocasiones en este medio.

Este problema no es actual, se conoce desde hace muchos años, como los derivados de las

antiguas guerras en que se acumulaban pacientes con diversas heridas colonizadas por distintos gérmenes y que contagiaban con gran agresividad en muchos casos al resto de los pacientes. Llegó a denominarse «putrefacción del hospital».

Ante esta visión infectiva, algunos médicos (SEMMELEISS y otros) hicieron una llamada a la limpieza de todo el arsenal quirúrgico, médicos y personal sanitario, siendo con Lister cuando comienzan a usarse ciertos productos antisépticos por vía tópica, aunque, por desgracia, algunas veces causaban causticaciones.

Fue de gran ayuda el conocimiento de las transmisiones por vía aérea de ciertas cepas bacterianas, así como las propias manos del cirujano, que reinfectaban las heridas, por lo que hasta la llegada de los antibióticos, el problema, como vemos, era grave. Su aparición supuso un gran adelanto para la curación. Pero posteriormente se conoció que manejados de una forma indiscriminada y en grandes dosis, producen resistencias y efectos colaterales viéndose cepas que se hacen cada vez más virulentas, e incluso, como en nuestros días, cepas mutantes que no ceden a los antimicrobianos a los que antes eran sensibles.

Las fuentes de contagio suelen ser, por tanto, el ambiente; la atmósfera; el material y el propio enfermo. Por otro lado están la edad del paciente y las enfermedades generales concomitantes, las inmunodeficiencias o bien las alteraciones de tipo tóxico o yatrogénico. Confiamos que a ello van a oponerse anticuerpos específicos e inespecíficos, pero se sabe que las defensas disminuyen su acción por efecto de ciertas sustancias: corticoides, antibióticos, antimitóticos, e incluso bacterias (sobre todo las endotóxicas); pero también cada día se emplean mejor los elementos inmunoterápicos y estimulantes no específicos de las defensas naturales.

Vemos el gran problema que surge con el «hospitalismo», aunque la patología de depresión inmunitaria puede darse, como es natural, también en ambiente ambulatorio.

Es una patología que puede afectar a cualquier especialidad, y sobre todo, en las que precisan de largo encamamiento o curas oclusivas, y desde luego las de las vías respiratorias y urinarias.

Podríamos decir que si en el siglo XVIII, se considera a la salud como derecho indiscutible, y la Beneficencia acapara el poder de la asistencia. En el siglo siguiente, la tecnificación de la medicina es un hecho que se vislumbra al principio y se establece y toma consistencia al final de esta época. A principios del XX, en otros países, se observa un movimiento de creación de la Seguridad Social, haciéndose realidad en el nuestro a mediados del mismo. Se considera al hospital como centro de la asistencia médica en la que se incluye la medicina preventiva. Pero en la actualidad, los grandes cambios orientativos junto a los altos costos de la Sanidad que demanda la sociedad, hace que se complique el manejo del centro por el incremento del gasto.

El hospital, como la vida y el progreso imparable, es cambiante precisando de una legislación diversificada y dependiente de la catalogación y tipo de asistencia. Es loable el interés que cada día se despierta en la intención de los gestores tratando de crear gabinetes de control de calidad asistencial. Es posible que los hospitales monográficos no estén de actualidad, siendo los de agudos los más abundantes (y los más costosos por la tecnología que se le exige). La mayoría de los de crónicos suelen estar aun a expensas de Instituciones.

#### La especialización

Todo hombre puede ser, si se lo propone, escultor de su propio cerebro».

(SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL)

Cajal afirmaba que las especialidades científicas son la aplicación de toda una Ciencia a una rama en particular del saber. Y Jiménez Díaz decía que «sólo es especialista aquel que es capaz de manjar la técnica de una especialidad sin olvidar que ésta y su técnica, son parte de algo profun-

damente complejo como es el conocimiento de la enfermedad, o mejor aun, del hombre enfermo. Por tanto, si existe la especialización es porque es imprescindible».

Botey afirmó: «Para que un estudio médico o quirúrgico pueda ser calificado de especialidad, es necesario que la porción o el órgano del cuerpo humano a que se refiere, posea una importancia primordial»... «es imprescindible que los distintos afectos morbosos que en aquel o aquellos órganos puedan tener asiento, sean de difícil diagnóstico con los medios exploratorios comunes, de tal modo que no se pueda con ellos emitir casi nunca un juicio definitivo sobre su naturaleza y forma de lesión»... «para que el tratamiento, tanto médico como quirúrgico, de las enfermedades de estas regiones, resulte racional y eficaz, es conveniente poseer conocimientos teóricos y, sobre todo, prácticos, no comunes».

Indica Perelló que las especialidades no surgen súbitamente por generación espontánea, sino que son el producto de un largo proceso de evolución y formación creado por una necesidad.

Si el equipo sustituye al hombre en la labor científica, ello no quiere decir que el hombre que forma parte de un equipo pierda por ello algo de sus valores fundamentales, sino que por el contrario, se da cuenta de que no es el centro del mundo, dependiendo no sólo de sí mismo sino también de los demás, ejemplo, que como hemos visto, nos dio Waksman.

#### Concepto de la Otorrinolaringología

El definir el concepto que un profesional posee sobre la misma profesión que ejercita, considero es tarea ardua precisamente porque el contacto directo con la realidad sobre la que opera, le hace olvidar muchas veces el «*primun movens*» de su tarea. Sin embargo, como recordaba Cajal: «sería bueno que cualquier profesional pensase todos los días durante media hora sobre cuál es el fin y cuál los principios de su pro-



fesión, del mismo modo que un buen católico debería rezar diariamente el Credo».

#### Estructura

Es obvio pensar que la OTO-RRINO-LARINGOLOGÍA sea la rama de la Medicina que estudia los problemas del oído, nariz y garganta. Su definición procede del griego, Otos: oído, Rinos: nariz, y Laringe: garganta. Su cometido es complicado debido a los lugares en donde topográficamente va a ubicarse su anatomía y va a desarrollar su función, que al relacionarse con estructuras vecinas (de enorme trascendencia), obtiene unas características precisas en el hombre, pues influirá en su vida tanto social como individual. Abarca unas actividades sensoriales y de relación tan importantes que inciden en el hombre en su conjunto social. Es decir que gracias al oído se puede estar en contacto con el exterior, y por otra, por la voz, comunicar nuestras impresiones y los sentimientos más profundos.

No en tiempos muy lejanos (por la reestructuración sanitaria de los últimos veinte años), la O.R.L. también se ocupaba del estudio del esófago, sus exploraciones especiales, así como del estudio clínico, procedimientos diagnósticos y técnicas terapéuticas del árbol bronquial (sobre todo como colaboración en la extracción de los cuerpos extraños).

El hecho de ocuparse de la otología, entraña una doble responsabilidad, una como especialidad quirúrgica y otra como especialidad funcional con un substrato psicológico, pues en el sordo, el mundo de los sonidos ejerce una influencia continua sobre su vida afectiva. La sordera total significa la ruptura completa con el mundo exterior; esto hace que puedan tener algunos ciertos trastornos psíquicos que, en ciertos casos, pueden llevar al paciente al suicidio. La situación del sordo progresivo es menos dramática pero no deja de ser cruel.

Se tiene consciencia de que las personas de carácter recio, en lugar de abatirles la sordera, les provoca un aumento de su personalidad enérgica y por su aislamiento, estudian mejor su interior incrementando su formación que luego se traduce en una fuente de actividad intelectual, ejemplo de ello podría ser Beethoven o nuestro gran maestro de la pintura Goya (aunque no descartamos la depresión y ciclotimia).

La rinología es la más joven de todas las ramas, incluso hace algún tiempo constituía un terreno completamente ignorado por las dificultades que ofrecía la exploración de sus cavidades. Hoy ofrece un gran campo el estudio mediante el empleo de la endoscopia.

La laringe, órgano de la locución, o mejor, válvula de emisión de la voz, se encuentra frecuentemente interesada en el curso de las enfermedades crónicas y agudas por su ubicación en la encrucijada aerodigestiva; en otras ocasiones es asiento de procesos edematosos en el curso de nefropatías, cardiopatías, etc.; no faltan alteraciones nerviosas orgánicas (compresiones, traumatismos, infecciones) que dan lugar a parálisis de los nervios intrínsecos; a alteraciones funcionales, psicológicas (como la histeria), procesos benignos y malignos localizados, e incluso ciertos procesos craneales que, a distancia, pueden originar parálisis o paresias del órgano.

La cirugía oncológica apoyada en la Anatomopatología, bien preoperatoria (la mayoría de las veces), pero también peroperatoria, orientará sobre la estrategia quirúrgica. Este proceder permite conocer la naturaleza del tumor, estadiaje y su grado de malignidad que influirá sobre el pronóstico.

La Foniatría ocupada del estudio de la voz en sus dos modalidades: hablada y cantada. Si bien es cierto que la voz es el resultado de la función laríngea y este órgano es del dominio del laringólogo, sin embargo hay también otras cavidades que forman parte de la mecánica fonatoria, como la nariz, boca, pulmones, glándulas endocrinas, etc., dándole una complejidad extraordinaria, siendo necesario estar en posesión de unos

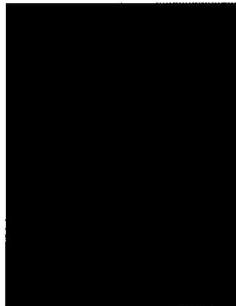
conocimientos físicos, musicales, de armonía, etc., en los que el laringólogo no está especializado, por lo que corresponde al foniatra su exploración, estudio y tratamiento. La Otorrinolaringología como especialidad hospitalaria, y desde el punto de vista científico, exige el conocimiento de sus fundamentos para la aplicación de su ejercicio dentro del Hospital como una rama del conjunto que ha de estar presente en su organigrama. De esta manera se concluyó que tan importante puede ser su conocimiento y actividad, como puede serlo la Medicina Interna o la Cirugía General, ya que se entendía que el fracaso de su función puede representar el fracaso del conjunto o el deterioro de la buena marcha del centro, de ahí la nueva responsabilidad que la medicina moderna ha hecho recaer sobre la formación del médico hospitalario, pues la eficacia y responsabilidad profesional obliga a estar preparado, ya que en caso contrario no sólo supone su propio descrédito, sino el de la organización a la que pertenece. Ha de ocuparse no sólo de la atención del proceso agudo, sino de promocionar la salud mediante profilaxis, la educación sanitaria, de la formación permanente de especialistas, de diplomados en enfermería o auxiliares especializados, de la documentación e informatización, de la actualización de las publicaciones, organización de reuniones científicas en general y especializada, y, por qué no, del gasto que conlleva. Para la correcta sistemática asistencial de la especialidad, han tenido que incorporarse en su apoyo, disciplinas que le son de absoluta necesidad, como la radiología (en sus versiones convencional, axial computarizada o RNM, electrocoagulación, crioterapia, radar, láser, etc.); la diafanoscopia; punción exploradora y PAAF; salpingografía; las nuevas técnicas exploratorias cinematográficas y de videoimagen; la estroboscopia; la informatización de los procedimientos; las técnicas de «Forestier y Valpeaun, la «Luz fría» de Wolf, etc. Muchos de ellos suelen ser medios sofisticados pero de gran ayuda por los conocimientos e in-

formes tan exactos que de su interpretación se desprende, junto al microscopio y la endoscopia, la exploración ideal para un diagnóstico.

Por tanto, los conocimientos otorrinolaringológicos, como otras disciplinas, han de basarse en las ciencias fundamentales de anatomía, histopatología, fisiología, patología general, médica y quirúrgica, química y física. No hay que olvidar la gran relación que mantiene la especialidad con la oftalmología, la pediatría, la medicina interna y la neurología. Esto es así, y viene a propósito la cita de Letamendi: «El que no sabe más que medicina, ni aun medicina sabe». Y amplía la cita Laín Entralgo: «El que de veras quiera saber medicina (y en este caso se me ocurre, la especialidad), necesariamente habrá de conocer muchas disciplinas que antes no parecía pertenecer a ella». La Química nos proporciona una gran ayuda, y buena prueba de ello lo tenemos a la hora de la elección de las nuevas técnicas de anestesia y analgesia en la lucha contra el dolor, con una gran variedad de técnicas dependientes del acto quirúrgico, edad, sexo, peso y estado sistémico. Todos los procedimientos anestésicos han evolucionado substancial y simultáneamente junto a la cirugía, permitiendo la salida del operado despierto y sin dolor. Pero también hay medicaciones que usa el propio cirujano que le facilitan intraoperatoriamente su labor. No cabe duda que la quimioterapia ha supuesto un gran avance en la terapéutica. En este sentido habría que permanecer siempre en deuda con el insigne Paul Ehrlich pionero de esta disciplina.

La inquietud científica que se despertó en el mundo médico en los últimos treinta años, la puesta al día de los conocimientos teóricos, tuvo que llegar de igual manera a la Otorrinolaringología como vemos, sobre todo con el gran acontecimiento que constituyó la inclusión del microscopio, la endoscopia y el láser en el arsenal de la especialidad.

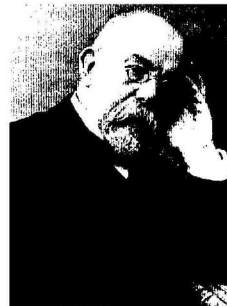
Por ser una especialidad en la que trabajamos en campos angostos, a veces profun-



Ramón y Cajal.



Pasteur.



Koch.



Bhering.



Ehrlich.



Lister.

dos, y sobre todo mal iluminados, se vio enormemente favorecida con estas valiosas aportaciones. Con estos medios se puede profundizar en esos recónditos lugares, estrechos vericuetos anatómicos y oquedales tan sólo conocidos teóricamente en su anatomía. Mediante la incidencia de su luz, penetrante, limpia y filtrada, podemos observar, los procesos óseos, vasculares, estructuras nerviosas, etc., que antes permanecían en la más absoluta obscuridad e impenetrabilidad, haciéndoles difíciles el estudio y ahora se muestran con gran claridad de visión.

Con éste método se han logrado realizar intervenciones que antaño se hubieran creído de ficción ya que a veces las estructuras

que rodean el campo quirúrgico, extremadamente delicadas, solían limitar su examen y cualquier maniobra desgraciada, podría dar lugar a daños irreparables, hecho que en la actualidad, al ser más meticulosa la cirugía y sobre todo más visible el campo operatorio, las complicaciones se han reducido ostensiblemente. Otro tanto podría decirse de la más novedosa técnica, la endoscopia.

Nuestra especialidad es una disciplina incisiva, en constante evolución, por ello la forma de trabajar en equipo en la actualidad es, debe ser, distinta al concepto de antaño, no ya por la problemática quirúrgica que asume, sino porque los distintos criterios y la forma de efectuar la labor así lo

obliga la sociedad. Vemos cómo ha cambiado el presente y cómo encara el futuro la otorrinolaringología.

En definitiva, las bases en que debe apoyarse y sustentan la especialidad, deben resumirse, a nuestro juicio, en:

- a) Ocupación de la salud del paciente y que ha de comprender prevención, curación y rehabilitación sin olvidar la labor psicológica.
- b) Docencia. Hemos de recordar que al estar mejor preparados, más útiles seremos a los demás.
- c) Labor de investigación, experimentación y divulgación científica.

#### Razones de la creación de la O.R.L.

La creación o nacimiento de la O.R.L., como se ha pretendido indicar, no fue fruto de un capricho o azar, sino que obedeció a razones o circunstancias imperativas (como diría el Dr. Bueno Fajardo en una Monografía de Pediatría):

- *Razones científicas.* Por el acúmulo de conocimientos relacionados con los órganos auditivo, nariz y garganta, así como por el incesante crecimiento de la ciencia al respecto, junto a la gran cantidad de bibliografía relacionada con esta disciplina.

- *Razones técnicas.* La sofisticada exploración que se precisaba para el diagnóstico de la patología de la especialidad, así como el preciso instrumental necesario para su conclusión.

- *Razones económicas.* Aquí cabría implicar a la revolución industrial de finales del siglo que motivó grandes concentraciones urbanas y consecuentemente el aumento de los procesos, sobre todo infecciosos.

- *Razones sociales.* Surgió en el siglo XIX el proteccionismo ante las grandes tasas de morbilidad y mortalidad. Esto hizo que la enfermedad, y la salud en general, se convirtieran en problemas centrales para la sociedad ilustrada. De esta manera empezaron a prodigarse las grandes escuelas de otorrinolaringología, en un principio en Francia, Inglaterra y Alemania y, por supuesto

en nuestro país. Actualmente es un hecho difundido como necesidad indiscutible.

#### Referencias cronológicas de la Oto-Rino-Laringología

El siglo XIX fue la época que constituyó el progreso de la especialidad otorrinolaringológica, y en el siglo XX su consolidación, pero sería importante tener unos datos de la evolución de la misma a lo largo de los años, aclarando que con anterioridad a esta época, ya se estudiaban y se ejercían por separado las subespecialidades (oído, nariz y garganta). Hay que evocar a la figura de VON EICKEN, el cual siendo profesor de Rinolaringología, absorbe la Cátedra de Otolología de Berlín a la muerte de Passow, quien era Aurista. Diría, no obstante, que los siglos XVII y XVIII fueron esenciales para el futuro que se vislumbraba

En 1932, presidido por el Prof. SCHMIEGLOX en Copenhage, se realiza el primer Congreso de la especialidad. Posteriormente, en la marcha de las distintas reuniones, tuvieron mucho que ver las contiendas bélicas tanto la nacional como la europea. Con respecto a nuestro país, tuvo una gran relevancia la primera reunión de la Sociedad Española de O.R.L., que se realizó el 11 de febrero de 1949, tres meses después de haberse constituido la Andaluza.

Desde sus inicios la Sociedad Española ha realizado hasta la fecha, 17 Congresos y la Andaluza 20, siendo el 21 el que nos corresponde realizar en octubre del año 2000.



Prof. Sacristán Alonso, Presidente de la SEORL.

### Otología

¿Sabes cuando el agua suena,  
si es agua de cumbre o valle,  
de plaza, jardín o huerta?.

(*Proverbios y Cantares*. A. MACHADO).

En la época prehistórica, hombre de Neanderthal, pertenecientes al «homo sapiens» (70.000 años), se ven ciertas muestras de tratamientos realizados en huesos encontrados. En el Neolítico, ya con herramientas, el hombre perfora cráneos y trepana oídos. Muchas de estas muestras se encuentran en yacimientos y en pinturas.

En ciertos documentos ninnivitas cuneiformes, se describen las otitis medias y ciertas lesiones del oído externo, todo ello de una forma compleja, y, quizá, algo farragosa.

En una tablilla de arcilla sumeria encontrada por KRAMER (4.000 años de antigüedad), aparecen tratamientos respecto a las enfermedades óticas. En el propio Código de Hammurabi (2.000 a.C.) hay descripciones no sólo de las recetas sino que ofrece una legislación con normativas en la práctica y ética del médico.

En esta época se destacan éxitos quirúrgicos sobre taponamientos para los oídos, y hablan sobre los zumbidos de oídos y el dolor, sobre todo en los textos Acadios, que achacaban el dolor de oídos a espíritus o demonios, hechos recogidos en el «Tratado de Terapéutica».

Según Thomson, hacia el 1800 a.C., en Mesopotamia se conocían y se describieron ciertos problemas del oído, creyendo que el dolor era causado por la mano de algún espíritu. Es lógico pensar, que el tratamiento debería ser basado en invocaciones a los dioses, al mismo tiempo que se empleaban ciertos productos que se introducían a través de los conductos auditivos con el fin de sanarlos, tapándolos a continuación con lana. En otras ocasiones, se empleaban las fumigaciones por la misma vía (con las posibles lesiones que sospechamos surgirían). Hay descripciones sobre el combate del dolor mediante la compresión de las carótidas a nivel del cuello, pretendiendo conseguir una isquemia cerebral la cual provocaría un

estado de aturdimiento comatoso, posiblemente útil para cirugía de la región.

Ya se habla de las plantas que se pueden emplear por vía oral, pomadas, ungüentos, cataplasmas sedantes: « Si un hombre sufre de las orejas, tomará agua de granada y agua opopónaco y embeberás en ella un taponcito, que introducirás en las orejas. Harás uso durante tres días. Al cuarto día quitarás el pus del interior de las orejas y las limpiarás con sumo cuidado. Cuando el pus no salga y más que gota a gota, machacarás alumbre y lo insuflarás en el interior de las orejas mediante un tubo de caña».

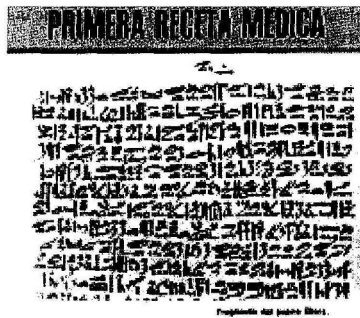
Hay algunas citas como la del Rey Salomón (1015-975), decía: «El Señor hizo el oído que escucha y el ojo que ve» (Proverbios 20:12), y referencias sobre Empédocles, en el 500 a. C. que parece ser conoció la membrana timpánica y la cavidad del oído medio.

En el siglo IV a.C. en el Uttatarantia del Ayur-Veda (Veda de la longevidad), en la India, se encuentran descripciones de 28 enfermedades del oído.

SUSRUTA explica la forma de realizar autoplastias de pabellón auricular al mismo tiempo que habla de los taponos ceruminosos y la forma de extraerlos. Esto mismo se describe también en un libro chino, el CHING-CHE-CHUNG-CHING. Coetáneo con estas narraciones, en el Japón, aparece el libro que relata la patología polipoide del conducto auditivo externo y flujos de aspecto purulento que fluían por el mismo al exterior.

En Egipto donde hace su aparición el gran compendio conocido como Papiro de Ebers (verdadero tratado de Farmacopea faraónica en el que se cita más de 700 remedios), y en sus páginas 854 f y 856 g, relata los intentos para dar una explicación a la fisiología. En él se dice que cada uno de los oídos recibía dos vasos por encima de los hombros mediante los cuales, se introducía el soplo de la vida a través del de la derecha y por el de la izquierda el de la muerte. Esto hacía pensar que si había algún desarreglo en alguno de los vasos podría aparecer la sordera. En el Ebers 456 hay argumentaciones

mediante las cuales trataban la ceguera instilando humores de un ojo de cerdo en el oído del paciente afecto, observando cierta relación entre ambos sentidos. No faltan afirmaciones en las que se describían las causas posibles de una sordera, así destacaban los traumatismos craneales, desórdenes ginecológicos, la vejez, o causas intrínsecas del oído, como las alteraciones otorricas, describiendo a continuación una variada terapéutica.



Primera receta médica.

No debe olvidarse que a los egipcios se les debe la palabra «química» derivada del vocablo «chim» que significa ciencia egipcia. Más tarde, los griegos a la farmacia la denominarían *pharmakon* (que procura seguridad), hecho que nos llega con los procedimientos precisos para la atención no sólo de la patología ótica sino de las restantes del organismo.

En la medicina homérica se encuentran descripciones anatómicas de la cabeza y del cuello en varios pasajes de sus obras. Así *Ouas* y *ous* son los términos que mencionan el órgano del oído, el pabellón de la oreja y el conducto auditivo externo. Los lóbulos de las orejas le llaman *lobós*.

En la Grecia de HIPÓCRATES, se narran las relaciones que hay entre el oído, la nariz y la garganta. Se hace un estudio de los acúfenos, de las ilusiones auditivas, de las

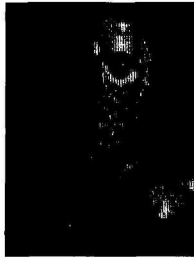
supuraciones, de las complicaciones cerebrales, de los traumatismos craneales relacionados con las enfermedades de los oídos. Vemos cuánto afinaba este gran genio helénico, y todo ello condensado en su gran libro de los Pronósticos.

Son conocidas y mantenidas muchas máximas y aforismos, en los que, en algunos de ellos, decía: «las deposiciones biliosas cesan cuando sobreviene la sordera», «...el no oír y el no ver, en la fiebre continua y estando débil el enfermo, cualquiera de éstas cosas es indicio de muerte inminente», «si la calentura está acompañada de sordera y el enfermo echa sangre por las narices o le entra diarrea, se pone bueno...». En el punto 22 habla sobre la otitis: «El dolor agudo de oído con fiebre alta y continua es sombrío y hay el peligro de que el paciente delire y muera...». «Sólo cuando una materia blanca fluye del oído hay esperanza de que las personas jóvenes se recuperen, si se combinan otros síntomas favorables». Aquí se observa el papel del drenaje que apostilla Ciges.

Durante tiempo se creyó que las supuraciones de oído procedían del cerebro. El «Padre de la medicina» y sus discípulos recogerán en las páginas de su *Corpus Hippocraticum*, una medicina que abarca todas las disciplinas. Habla del dolor agudo del oído con fiebre, y se adelanta a decir que los que lo padecen, cuanto más joven más grave será. Emplea abluciones abundantes y calientes de agua y baños de vapor en los oídos.

La figura de Esculapio (*Asclepio* de los helenos), trasciende sus fronteras, de hecho se sabe que Tito Livio requerirá al griego para sanar en Roma ciertas plagas «apoyado por la gran serpiente», quien tenía fama de sanador en enfermedades de oído y garganta entre otras.

Hacia el 124 a.C., AESCLEPIADES DE BITINIA, que nacido en Prusia, discípulo de CLEOFANTO DE ALEJANDRÍA, tuvo grandes dotes de exposición y también de charlatanismo. CICERÓN le elogia en alguno de sus textos. No tenía gran afición a la anatomía, a la que en cierto modo despreciaba, pero si



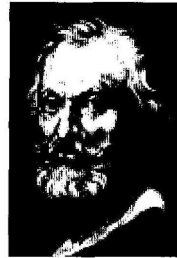
Agneón.



Asclepiades de Bitinia.



Celso.



Galeno.

se ocupaba de los procedimientos higiénicos, aunque en casos extremos utilizaba medicamentos enérgicos con cierta prudencia. Se le debe la división de las enfermedades en *agudas* y *crónicas*. Fue maestro de multitud de alumnos, algunos de ellos como TEMISONTE, que fue el que desarrolló sus doctrinas y describió muchas de las enfermedades de los oídos junto a su terapéutica. Los romanos, al tiempo de combatir la enfermedad en general y de los oídos en particular, utilizaron la psicoterapia como remedio de la analgesia sin olvidar las plantas. Por entonces CELSO, contemporáneo del Emperador Tiberio, volvió a describir la autoplastia de pabellón auditivo, al propio tiempo que diseñó instrumental para la extracción de los tapones y fórmulas de medicación astringente para los estados otorreicos en las otitis supuradas. Todo está recogido en sus ocho libros *De Médica*, en la cual hay una práctica personal para la cirugía.

GALENO (131-200 d.C.), rico y muy odiado por sus contemporáneos, llegó a ser médico de la Corte Imperial, hizo descripciones anatómicas como lo demuestran los *Manuales de disección y administraciones anatómicas*. No puede considerarse un gran terapeuta, pues indicaba que la Medicina tenía dos piernas: la sangría y la purga, pero sí fue el artífice de la Polifarmacia. Hizo multitud de vivisecciones. Mantuvo la hipótesis acerca de los *neumas* o espíritus, como el *neuma vital* (corazón); *neuma somático* (cerebro) y el *neuma orgánico* (hígado). El mérito principal de Galeno ante la histo-

ria, es el haber creado la Filosofía Médica. Hacía recomendaciones sobre la bondad de la leche de loba, aceite de eléboro tibio, lana y resina en la terapia de la patología purulenta, observando las complicaciones auditivas en las enfermedades infecciosas. Sí fue fiel a los principios de «*primum no nocere*» (lo primero no perjudicar) y del «*contraria contrariis curantur*» (contra el calor, el frío; contra la humedad, la sequedad; contra el dolor, el bálsamo).

En Bizancio, AECIO DE AMIDA, que vivió a finales del siglo VI d.C., da a conocer una serie de instrumentos para tratar de corregir ciertas enfermedades óticas. Su gran obra fue el *Tetrabiblion*, dividido en 16 tratados, citando abordajes quirúrgicos para eliminar el dolor de oídos.

ALEJANDRO DE TRALLES (525-605 d.C.), macedonio y considerado como el mejor médico después de Hipócrates y Galeno, que ejerció en Roma, escribe varias obras, la más importante es un tratado de Medicina en 12 tomos la *Biblion Therapeutikon*, traducida al latín con el nombre de *Arte, Medicina libri duodecim*.

PABLO DE EGINA, en el siglo VII, médico ambulante, logró dar un gran impulso al estudio de la otopatología. Escribió la *Hypomnema* o libro de los recuerdos. En su volumen III habla de las enfermedades del oído. Puede considerarse como uno de los cirujanos más sobresalientes de la Alejandría de este siglo bizantino. Su descripción sobre cirugía sería el fundamento para ABUL-KASIM.

En el siglo VIII sobresale en Montpellier, entre otros, BERNARDO DE GORDONIO, que edita

el *El Lilio de Medicina*, en el que hace mención a las enfermedades de las «orejas» y del tronío y acúfeno ótico; de las otalgias; úlceras de los oídos y supuraciones. Hace descripciones anatómicas del temporal y su contenido. «...en el oír ocurren tres accidentes: ...que se pierde, disminuye o se corrompe. Se pierde en el sordo, disminuye dando grandes voces y se corrompe cuando aparecen los acúfenos». Hay una gran descripción de los ruidos de los oídos y del posible trauma acústico, aportando grandes causas, y se atreve a indicar los pronósticos. Utiliza aceite rosado, agua rosada, vinagre, óleo de nenúfar, lechuga y hierba mora; o hinojo, anís, mejorana, etc., si la causa que provoca el proceso es por frío. ABUL-KASIM-CHALOS-BEN-ABBAS, en el siglo X, hace una magnífica descripción de las atresias, de los cuerpos extraños, de las otalgias en general, etc., MESUL, el Joven, en su tabula *Crabbadin*, habla de algunas enfermedades óticas acompañantes o no de acúfenos, sordera y dolor de oídos, y BENTH CRISPO en su *Commentarium medicinale*, menciona la sordera y los acúfenos.



Maimónides.

Los árabes AVENZOAR y AVERROES (siglo XII) inician una medicina importante en Occidente. Se basan en las plantas para el tratamiento de las enfermedades óticas y de otras enfermedades. Estos médicos son polígrafos, sabían medicina, matemáticas, astronomía, música, filosofía, etc. Sientan las bases de la «Alquimia».

El judío cordobés Maimónides (1135-1204), fue el representante médico por excelencia de su época. Da instrucciones para las causas de la otitis, y usa un canuto, calentado en el extremo alejado del oído, para calmar dolencias de supuraciones acuosas. Su obra: *Guía de descarriados*, cuya filosofía influiría en SPINOZA.

En la Edad Media, JOHGA BEN SARABI o SERPIANO (el Viejo), señala las hemorragias óticas. RACÉS describe algunos remedios para las supuraciones de los oídos, entre ellos el alumbre, azafrán, vinagre, etc.

En la escuela de Salerno aún no se menciona el nervio acústico en el compendio *Demonstratio Anatomica*, en el cual aparecen invocaciones en las descripciones como la de ROGERIO, que habla aún de «gusanos del oído». Pero estas descripciones vulgares no sólo las vamos a encontrar aquí, ya que otros muchos le secundan como CIFO, BARTOLOMÉ, GUILLERMO DE SALICILETO, etc.

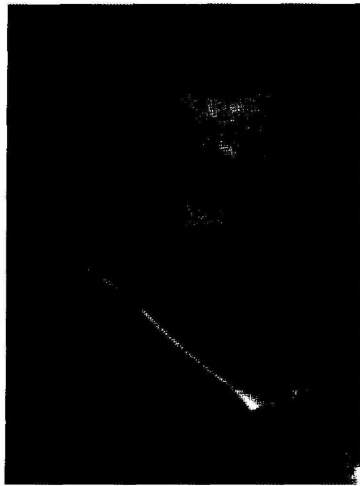
En el Renacimiento, hacia el 1496, NICCOLE empleó unos tubos de acero y plata que funcionaban como audífonos. Fue la época en que PARACELSO piensa que la enfermedad surge por que existen perturbaciones químicas y sólo la química puede curarlas, oponiéndose a la Polifarmacia. El renacimiento ofrece al médico la posibilidad de crecer en su figura haciéndose imprescindible para cualquier tema en la sociedad que convive. ACHILLINI, en 1512, descubrió, al parecer, el yunque y el martillo, y BERENGARIO DE CARPI, en 1514, y gran estudioso del momento, comienza estudios sobre estos huesillos. Muchos años más tarde Falopio diría: «Berengario es sin duda ninguna el primer renovador del arte anatómico, perfeccionado después por Vesalio».

GUIDO DE CHAULIAC emplea el espéculo ótico y nasal, destacándose de igual manera otras



figuras de la época, VELASCO DE TORONTO, JUAN AERCULANO, etc.

Durante esta época van modificándose las nociones que se tenían sobre la estructura del órgano auditivo, y aparecen figuras tan importantes, VESALIO (1513-1564), que en su *De humani corpori fabrica*, demuestra, al diseccionar cadáveres humanos, algunas equivocaciones de Galeno que hacía lo propio pero en animales (algunos llegaron a definirlo como «el asesino» de Galeno). Hace descripciones del martillo y yunque hacia



Vesalio.

1543. Tres años más tarde, INGRASSIA describe el estribo, las suturas del cráneo, los huesos esfenoidal y etmoidal y habla de las ventanas de la caja timpánica. BARTOLOMEO EUSTACHIO, nacido probablemente en San Severino a finales del siglo XV o comienzos del XVI y fallecido en el 1574, fue un gran anatomista en el estudio de la disección del oído. Entró al servicio del Cardenal Duque de Urbino, el futuro Papa, y se consideró seguidor de Galeno. También hizo la descripción del músculo tensor de la cuerda del tímpano, del estribo y de la trompa que

lleva su nombre, así como de la válvula de Eustaquio (vena cava), vena ácigos.

Por otro lado, FALOPIO (1526-1562), estudia la cóclea, los conductos semicirculares, nervio facial, ojo, trompa uterina y los dientes hacia 1561, y VAROLIO (1575) volvía a describir el músculo del estribo.

HIENOYMUS FABRICIUS D' AQUAPENDENTE (1537-1619), discípulo de Falopio, estudió detenidamente el sistema venoso, con grandes aportaciones de la anatomía vascular ótica.

Por ésta época aparece la figura de Fray PONCE DE LEÓN (1530), que ideó la forma de enseñar por medio de la mímica a aquellos que carecían del sentido de la audición.

Una gran descripción impresa del oído se debe a los españoles Pedro XIMENO (1549), que pertenecía a la escuela Valenciana y Luis COLLADO (1555), quienes hacen descripciones del estribo, y en el año 1572 aparece COTTER, quien publica un texto sobre fisiología del oído: *De auditus instrumento*. Andrés LAGUNA y Francisco VALLES DE COVARRUBIAS (1524-92), observan en su cátedra de Alcalá de Henares, los huesecillos del oído y su mecanismo de transmisión.

Antoni van LEEUWENHOEK (1632-1723), un comerciante que nada tenía que ver con la Medicina, consigue las mejores lentes de Europa, hecho que sirvió para que Marcelo MALPIGHI (1628-1694) creara la Anatomía microscópica de la cual se favorecieron todos los del siglo XVII y XVIII.

En este siglo XVII aparecen, como se ha dicho, los primeros intentos de utilizar lentes de aumento, y en 1655 Pierre BOREL, proyectando una luz sobre el conducto y cavidad ótica, informa: «he podido visualizar unos seres con forma de gusanos en la sangre de pacientes con fiebre». Físico de la Corte de Luis XIV, introduce en 1656 su colección de observaciones microscópicas. Empieza la época de la Microscopía.



Falopio.

DU VERNEY fue el primero en afirmar que el pus del oído viene de la cavidad timpánica, publicando su *Traité de l'Organe de l'Ouïe* en 1683, y HILDEN diseña un dilatador del conducto auditivo externo. Es la época en que VALSALVA (1666-1723) es pionero en la neurología y fisiología del oído, hecho plasmado en su anatomía ótica.

La Otolología clínica fue poco modificada en los tiempos posteriores, ni siquiera con la figura de FERNEL. Tan sólo se puede tener en cuenta la descripción que hace TAGLIA-COZZI, quien estudia de nuevo y actualiza la autoplastia.

RUYSCH, holandés (1621-1731), y de WILLIS (1621-1675), ambos estudiaron con detenimiento la cadena de huesecillos así como el caracol, dando la explicación de la función de los mismos. Pero la modificación de la otología quizá comience en el siglo XVIII, debido, tal vez, a la figura de GLAESSER.

Cien años después de PONCE DE LEÓN, en 1620, Juan Pablo BONET, publica su obra, *Arte para enseñar a hablar a los sordomudos*.

Una gran descripción sobre las trepanaciones mastoideas hay que debérsela a RIONALANO, y a partir de aquí van poco a poco sistematizándose y organizándose los estudios de la morfología de este órgano, sobre todo con DUVERNEY que anunció la comunicación de las celdas mastoideas hacia el año 1683. Precisó los estudios anteriores realizados sobre el caracol y los conductos semicirculares, así como la morfología de la cuerda del tímpano. Pero fue tal vez VALSALVA el que con su estudio sobre la exploración de la trompa, influyera en MALPHGI (1628-1694), quien desempeñó al mismo tiempo el cargo de Cirujano del Hospital de Incurables y de Profesor de Anatomía de la Universidad. Puso al descubierto los riñones del perro, sin ocasionar la muerte del animal, disecó más de 1.000 cabezas humanas y publicó *De Aure Humana*, pero el conocimiento de sus trabajos se debe a MORCAGNI. A mediados del siglo, hacia el 1648, KIRCHER idea la «Trompeta Auditiva».

En el siglo XVIII aparecen autores como CORUGNO y VIEUSSENS, que estudiaron de una manera profunda la anatomía de la zona. El primero mantuvo que el laberinto contenía líquido y fibras en la membrana basilar, haciendo una somera explicación de sus estudios.

En el 1711, SHOR (músico trompetista, que tras un accidente que le afectó a su rostro, tuvo que dejar de tocar cambiando su afición por la del laúd, regaló a Hendel uno de sus diapasones), ideó y empleó los diapasones, instrumentos que aun se usan como procedimiento esencial a pesar de las nuevas técnicas sofisticadas actuales.

Es en esta época cuando tiene difusión el empleo de los gases en la lucha contra el dolor, siendo variada la composición y formación química de los anestésicos.

En 1724, GUYOT, postillón francés, y CLELAND en 1741, comienzan a cateterizar la trompa con unas sondas maleables. Coetáneos son J.L. PETIT, que realiza grandes trabajos sobre la trepanación mastoidea y ELI, hace lo propio sobre la miringotomía.

En el siglo siguiente aparece en escena el mesmerismo de Antonio MESMER (1733), amigo de los grandes genios: MOZART, GLÜCK y HAYDEN. Su procedimiento ayudó en su época a combatir la ansiedad y dolor, incluyendo las molestias óticas.

En 1728, MARTÍN MARTÍNEZ, en su obra *Anatomía completa del hombre*, se ocupa de la descripción de la apófisis lenticular del yunque como hueso independiente. Posteriormente en 1767, MECKEL colocando huesos temporales en agua helada, demostró que el laberinto estaba también lleno de hielo, confirmando la existencia de los líquidos laberínticos. En el año 1783 aparece en Inglaterra WOOD, al que se debe la fundación de la primera escuela para sordomudos.

En el año 1789, SCARPA describe la ventana redonda con su membrana como tímpano secundario.

La patología del aparato auditivo, lógicamente sigue estudiándose cada vez mejor, llegando a hacerse diagnósticos muy acertados

y a describirse la anquilosis de los huesecillos, esto debido a HOFFMAN y HOFMEISTER. Fue el siglo en que con la destilación de la morfina del opio, se da un gran avance al control del dolor y se sientan las bases de la anestesia por SERTURNER.

Carlos BELL (1774-1842), gran cirujano de Edimburgo y Londres, fue el primero en formular la distinción de los nervios raquídeos en sensitivos y motores, distinguiéndose como gran escritor. Su hermano Juan (1763-1820) publicó una gran obra sobre *Anatomy of the human body*. En España, Juan NAVAL (1797) publica su *Tratado físico-quirúrgico de las enfermedades de los oídos*.

Un siglo después DE PETIT habla sobre las mastoidectomías, modificadas por WILDE y TRÖELTSCH. Y COOPER fue el primero en practicar la paracentesis hacia 1800; más tarde Politzer colocaría los drenajes. A principios del siglo XIX aparecen las grandes figuras de SOMYERING, MACENDIE, PURKINCE e ITARD. Este último nacido en Oraison, Francia, hacia el 1775, cirujano militar y muerto en París en 1838, fue cirujano de Val de Grace. Tiene como anécdota la educación del niño idiota y mudo encontrado por unos cazadores en los bosques de Cacaune. Se dedicó por entero al estudio de los sordomudos. A él se deben los trabajos: «Mutisme produit par lesion des facultés intellectuelles» y «Traté des maladies de l'oreille et de l'audition» (1821). Idea sus sondas y espéculos óticos, así como la jeringa para la extracción de tapones de cerumen.

Aparecen dos Escuelas contradictorias, la de HAHNEMANN abstencionista o nihilista y la de SKODA u osteopática y quiropráctica, hecho que trascendió en el ambiente clínico con las correspondientes controversias de ambas escuelas, muchas de cuyas aplicaciones se trataron de aplicar a las dolencias óticas.

Aparece MAGENDIE (1773-1855), quien asevera: «las fumigaciones de los órganos sólo pueden ser estudiadas con experimentos», oponiéndose al vitalismo. Pero el más representativo del momento fue el gran Claude

BERNARD (1813-78), realizado al lado de Magendie, publicando su «Recherches anatomiques et physiologiques sur la corde du tympan»

Marcos VIÑALS Y RUBIO (1812-1895), hace una gran descripción del peñasco del temporal, dando a conocer la entrada de las celdas mastoideas (aún no le denomina antro), caracol, columela («espacio que dejaría una culebra enroscada sobre un cono»), descripción que reeditó Rafael FORNS en 1896.

En realidad fue Francia, a mediados de este siglo, donde primero se reconoció a la otología como especialidad médica, y es por ésta época cuando combate EWALD la teoría del «piano» propuesta por HELMHOTZ, para ello emitió sus famosas leyes, algunas

de las cuales están vigentes.

Discípulo predilecto de Helmholtz es Friedrich Leopold GOLTZ (1834-1902), que correlacionó muchas funciones del cerebro y la médula espinal, demostrando las relaciones entre los vértigos y las alteraciones vestibulares, y afir-



Helmholtz.

mó que los primeros son resultado de la enfermedad o irritación de los conductos semicirculares. Pero la otología tuvo un gran auge con Jeane Pierre FLUORENS (1794-1867), profesor de anatomía comparativa de París, quien dio un gran impulso a la otofisiología con sus estudios plasmados en su obra «Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux». En 1820 seccionó los conductos semicirculares en animales y observó los movimientos de su cabeza, deduciendo que estos conductos reglan el órgano del equilibrio y fue el primero en considerar que el nervio acústico estaba formado por dos pares uno el coclear y otro el vestibular, sin

olvidar que era el cerebelo quien controlaba la coordinación de los movimientos.

KRAMER (1801-1869) aún empleaba las sanguijuelas y el acetato de plomo para algunas de las enfermedades del oído.

Un hecho, o descubrimiento trascendental fue el ideado por LAËNEC (1816), médico puritano, con su sistema de auscultación directa, hecho que se extendió para prácticamente todas las especialidades. Es una época en que Charles BAUDELAIRE (1821-1867), angustiado poeta francés, escribió en su obra «Intimate Journals», temas relacionados con la O.R.L.

James YEARSLEY (1805-1869) fue médico general y dejó la atención de los pacientes con dolencias generales para establecerse como cirujano de oído. Fundó el Metropolitan Ear Nose and Throat Hospital. Concluyó en la idea de que las enfermedades del oído procedían de la garganta. También se atribuye a él lo que se llamó tímpano artificial (tapón de algodón húmedo y lana que se colocaba en las perforaciones centrales y secas).

KOLLIKER, en 1851, estudió minuciosamente los tejidos al microscopio, quizá el primer paso para especialidad. Sobre el 1870 HARTMANN fabrica un audiómetro, siguiéndole una gran cantidad de autores como DELSTANCHE, GELLI, COOSEMANS, GUYE, GRADENIGO, ROSI, HEIMAN, WENDT, OKOVNEF, LERMOYER, etc., que contribuyen a hacer de la Otolología una especialidad quirúrgica. Con ellos se afianza el conocimiento de la anatomía descriptiva y comparada, histología, embriología y fisiología, así como las malformaciones. Todo este avance en la cirugía llevaba paralelo un cambio y mejoría en el artesonado de la instrumentación.

Un gran paso supuso la aplicación del cloroformo por SOUBERAN en 1831, hecho que aprovecharía James I. SIMSON en 1847, y los cirujanos del momento para aplicarlo a la otopatología.

La patología del oído interno cobra mayor interés con la figura de MENIERE (n. en Angers y m. en París 1779-1862). Fue ayudante de DUPUYTREN e influenciado por Itard, describió la enfermedad que lleva su

nombre, con los signos de vértigo, acúfenos e hipoacusia. Se le atribuye a él el diagnóstico de la enfermedad al observar a una niña con una hipertensión laberíntica post-traumática («Sur une forme de surdité grave dépendant d'une lésion de l'oreille interne»). Otro discípulo fue BONNET y el recordado VOLTINI (1819-89).

Del 1815-1876, aparece la ya nombrada figura de William WILDE, padre de Óscar WILDE, autor de gran genio y temperamento. Publicó el *Aural Surgery*, que fue el primer gran libro de texto de la especialidad. Aún se describe la incisión de Wilde para la apertura de las mastoiditis agudas.

Joseph TOYNBEE (1815-1866), publicó la obra *Diseases of the ear*, en la que describía la anquilosis del estribo con la ventana oval e hizo grandes experimentos con la trompa de Eustaquio. Murió precisamente al insuflar o autoinsuflar los vapores de cloroformo y ácido cianhídrico.

LISTER consigue con el empleo del ácido fénico la antisepsia y MILULICZ añade la mascarilla facial. Eficaz procedimiento en la cirugía general y especializada que veía disminuir las infecciones postoperatorias.

El médico francés, Felix GERLIER (1840-1914), describió el síndrome que lleva su nombre «vértigos paralizantes», en la que describe que el herpes zóster provoca la inflamación del ganglio geniculado; y Jean Marie CHARCOT (1825-1893), uno de los grandes neurólogos del mundo al tiempo que gran escritor, a este vértigo descrito por Meniere le asignó el término latino «Vertigo ab aure laesa».

Probablemente la figura que quedará para la historia fue la del dentista Horace WELLS (1841) que usó el óxido nítrico, comercializado posteriormente por MORTON (quien intenta la agrupación de las tres ramas de la especialidad) y JACKSON. Posteriormente se unió el empleo del éter para la anestesia. Hacia 1837, MULLER puntualiza la diferencia entre las propiedades acústicas del aire y del agua y la necesidad de que exista un mecanismo para transformar las vibracio-

nes aéreas, de gran amplitud y baja presión a las vibraciones líquidas de baja amplitud y alta presión.

En el 1851, CORTI y REISSNER estudian el órgano que lleva sus nombres, así como el canal membranoso. Cuatro años mas tarde RINNE y WEBER idean las pruebas que llevan también sus nombres, técnicas que aún están vigentes. En esta línea de exploración está GRAHAM BELL (1872) quien dio gran impulso a la audiometría con aparatos que pudieron considerarse electrónicos.

Marcel LERMOYER (1858-1929) describe una variante de la enfermedad de Menière, en la que a la enfermedad vertiginosa se precede en años con síntomas de sordera y zumbidos.



Bell.

VIRCHOW ofrece la idea de que «toda parte enferma está en conexión parasitaria con el resto del organismo a costa del cual vive».



Primera anestesia por Morton. Extirpación de un tumor de cuello.

Y GERHART, en 1859, sintetiza el ácido acético salicílico, y DRESSER lo introduce en 1899. Von BERGMANN publica en 1888 la primera descripción de lo que llamó «operación radical». KESSEL, en 1885 propone la vía endoaural desarrollada posteriormente por SHAMBAUGH. Éstos, junto a KEY (1876), practicaron estapedectomías por casualidad al observar una fractura del conducto semicircular horizontal.

Son los años en que SANTORIO, fue el personaje a quien se debe el termómetro, la balanza de precisión, el higrómetro, etc., probablemente apoyado en los estudios de HERÓFILO (siglo IV a.C.), utensilio utilizado por todas las especialidades.

En la segunda mitad del siglo, nos vamos a encontrar a TRÖLTSCH (1858) y POLITZER (1835-1920, húngaro), que dan un gran auge y preponderancia a la otología. A Politzer



Politzer.

se le considera como un gran tratadista y notable políglota, catedrático de Otología en Viena. Son múltiples los trabajos que publica sobre el cateterismo. Fue un gran cirujano, actuó sobre los colesteatomas, otitis media crónica adhesivas, en las que insuflaba en el oído medio a través de la trompa, al tiempo que hizo las primeras fotografías de la membrana timpánica. Las perforaciones las cauterizaba en su borde. Fue el creador de una escuela a la cual asistían estudiantes de todas partes debido al crédito ello suponía. Hacia 1893 hizo una magnífica exposición de la histología de la otoesclerosis. Este autor experimentó con aparatos eléctricos para determinar la pérdida auditiva pero fracasó, como otros muchos, en los resultados.

SCHWARTZE, natural en Neuhoj (Pomerania), fallecido en el 1910, dedica su interés sobre todo a la anatomía patológica del oído, cuyos discípulos crearon la medalla que cada cinco años se adjudica al mejor trabajo

sobre otología. Coetáneos intervienen TURNBULL, HINTON y EYSELL.

LUCAE, en 1870, valora la transmisión de los sonidos a través de los huesos craneanos como diagnóstico de las enfermedades del oído. Pero la cirugía específica del laberinto es reglada (Ciges) por JANSEN en 1895. Intervienen en este medio HAUTANT y GRADENIGO, éste describe en 1904 la petrositis, siendo RADEMADIER (1876-1936) quien se ocupó de la cirugía del peñasco.

BERTHOLD, en 1878, comenzó a cerrar las perforaciones timpánicas con injertos libres de piel. Un poco después, aparece BEZOLD (en 1900) publicando un importante trabajo original sobre la fisiología e infecciones del oído.

Tal vez apoyado en la anquilosis descrita, JESSEL hacia el 1875, realizó la primera movilización del estribo. En 1857 extrajo el estribo, en 1880 el martillo y el tímpano, en 1888 fijó el tímpano sobre el yunque o al estribo y en 1889 realizó un intento de radical mastoidea. Junto a BOUCHERON en 1888, comunicaron sesenta casos operados, pero la técnica quedó olvidada hasta ROSEN. SCHWABASCH, hacia el 1885, idea la prueba que lleva su nombre y un año más tarde, MIOTT estudió la propagación de los sonidos y demostró su proyección hacia cada oído, lo cual era bilateral. Este parece que hizo más de 200 movilizaciones en 1890.

En España aparece la figura de Ricardo BOTEX, nace en 1855, publicando su obra en 1886 titulada *Higiene, desarrollo y conservación de la voz*. Más adelante, en un congreso internacional de París, presenta dos trabajos: «La estructura de los pólipos de las mucosas nasales» y «El bacilo de Koch como elemento de diagnóstico en la tuberculosis laríngea». En el 1902, publica sus estudios sobre observaciones anatómicas y describe la lámpara otolaringoscópica de gas para la iluminación refleja con espejo frontal. De igual manera idea espejillos intratimpánicos planos y cóncavos con los que diagnostica la patología de la cadena oscilar, las lesiones osteíticas y colesteatomatosas del ático y de los recessos faciales;

improvisa un tímpano artificial «económico» para las miringoplastias. Describe perfectamente las lesiones antes mencionadas y practica osculotomías con el instrumental ideado por él. Diseña bisturíes y gubias para la trepanación mastoidea y escoplos craneotómicos con el fin de resolver las complicaciones endocraneales. Sus dibujos anatómicos son perfectos aún en la actualidad, así como también todas las técnicas quirúrgicas que practicó y enseñó en



Ricardo Botey.

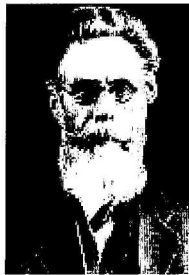
su Cátedra libre de O.R.L. de Barcelona, contribuyendo a la formación de los otorrinolaringólogos españoles e introduce la palabra Otorrinolaringología en España: «La palabra oto-rino-laringología, admitida hoy día en España por todo el mundo médico, fue introducida por mí en nuestra patria en 1888»... «Quizá con más fuerza que en las demás secciones del humano saber, en Medicina se ha hecho sentir la necesidad moderna de la división del trabajo. Se han impuesto diferentes especialidades; primero

que ninguna, después de una desesperada lucha de más de cien años, la oftalmología; luego, con menores resistencias, la ginecología, la toxicología, la pediatría, la psiquiatría, la sifilografía, la dermatología, la urología, la otología, la laringología y, por último, la rinología, rama la más joven de todas nuestras actuales especialidades, pues sólo cuanta unos veinte años de existencia». Así se manifestaba Ricardo Botey en Barcelona el 31 de agosto de 1914, en uno de sus Tratados sobre la O.R.L., además fundó en Barcelona la Sociedad Española de Otorrinolaringología, aunque fuera posteriormente conocida como nacional, en 1949.

ROENTGEN (1835-1923) descubre la Radiología. Y a finales de siglo aparecen los espesos CURIE, cuyo descubrimiento no se limita al radio sino al torio y polonio. Época en que BECQUEREL con el uranio descubre la radioterapia, tal vez sin conocer la trascendencia que traería años después.

Hay que destacar de igual manera a Rafael FORNS que hacia 1896, en una comunicación presentada al primer Congreso Español de O.R.L. de Madrid, resalta la figura de Marcos Viñals y hace un estudio en su *Memoria Nueva*, describiendo la porción petrosa del temporal, exponiendo sus descubrimientos sobre el órgano interno del oído. En las preparaciones del oído interno usaba, para seguir los diminutos conductillos intrapetrosos, pelos fuertes de barbas de gato. En 1899, Luis SUNÉ MOLIST organiza el Primer Congreso Español de Otología celebrado en Barcelona. Su nombre está entre los más prestigiosos de la Medicina española. Su efigie fue colocada a instancias de Politzer en la Galería de Otólogos de la biblioteca de la Facultad de Medicina de Viena. Fue una época prolífica en intentos de mejorar la funcionalidad del oído. RARACI quizás fuese el primero que actuara sobre la base del estribo. Fue una técnica criticada llegando a paralizarse su empleo hasta entrado éste siglo, hacia el 1911, que BARANY la introdujo de nuevo.

LUDWIG, SAKE y ZANGAL, actualizaron la técnica de la radical mastoidea, y parece que



Roentgen.

tiga en el caracol.

Se tienen noticias que el fresado del promontorio para llegar a la primera vuelta coclear, fue realizado por PASSOW. A finales de siglo se introduce la sistemática del diapasón y el reloj junto con el silbato de GALTON que llega a 44.000 Hz. GELLE y ROMBERG idean sus pruebas para la exploración de la audición y equilibrio. En 1930, WEBER y BRAY descubren el fenómeno que lleva su nombre: unos electrodos situados en el nervio auditivo de un gato descerebrado permiten reconocer en receptores telefónicos los sonidos y las palabras pronunciadas al gato. Sigue la carrera para la exploración del órgano auditivo y aparece el acúmetro eléctrico realizado por HUGHES. Es el precur-



Ludwig.

DRONBNICK, en 1879, que realizó la primera anastomosis del nervio facial con el nervio espinal accesorio. KOPTE en 1901 hace lo propio con el nervio hipogloso. HENSEN (nacido en 1835), hacia 1902 describió sobre el Ductus Reunians, e inves-



Madamme Curie.

sor del audiómetro, y en 1902 Hutchinson presentaría el primer aparato auxiliar auditivo.

La inquietud quirúrgica hizo que la otología se transformara, por la topografía de su patología, en otoneurocirugía mediante la cual se aborda el ángulo pontocerebeloso y el C.A.I. procedimientos útiles para atacar los tumores del ángulo pontocerebeloso, estenosis y otros procesos neoformados. Obtiene un gran relieve con los seguidores de Harvey Cushing, concretamente Walter E. Dandy (1886-1946), quien aconsejó la sección del nervio vestibular para aliviar los vértigos laberínticos resistentes al tratamiento. Sugiere la sección intracraneal del octavo nervio afectado como medio para curar la enfermedad de Meniere. En 1927 BUNNELL practica la primera sutura intratemporal del nervio facial y tres años después coloca un injerto. En esta época se recurrió a la destrucción alcohólica o eléctrica de los conductos semicirculares para abolir los vértigos intensos.

CHARCOT, en 1891, utiliza la hipnosis y sienta las bases para la psiquiatría moderna, utilizándola en ciertos síntomas auditivos.



Desde que MEYER (1868) describe las vegetaciones adenoideas, los auristas se dan cuenta de que mucha de la patología ótica procede de la nariz, y precisamente la patología del cavum es la que hizo que se unieran los auristas y laringistas (Perelló).

Es de razón recordar que DUCHESNE demostró experimentalmente que los cultivos de *penicilium glaucum* disminuían la virulencia de los microorganismos (B. Coli y otros), adelantándose 30 años a FLEMING. Apoyándonos en datos del Profesor Cañizo, analizaríamos ciertas personalidades que influyeron en la especialización de toda España y por supuesto en la de nuestra comarca autonómica. Me refiero a Rafael Ariza y Espejo (1826-1887), condecorado con la Gran Cruz de Carlos III y de Isabel II, quien fue el que abrió la primera consulta para enfermedades de Garganta, Nariz y Oídos, precisamente el lugar que después sería el Instituto Rubio. Hace grandes estudios sobre las otorreas, pólipos de oído, abscesos mastoideos, tuberculosis del oído, etc. Mentor de la grandeza de este gran especialista es Cortezo y Collantes, que hace una relación de sus trabajos y publicaciones. Le siguió su alumno Eustasio Uruñuela (1853-1907), que utiliza ya la iluminación refleja para la exploración. Si éstos trabajaron en el Instituto Rubio, en el Hospital de la Princesa se encontraba Mariani Larrión (1833-1909), que fue profesor libre de Clínica Médica y Francisco Rueda y Carrera (1865-1923), quien ejerció la otorrinolaringología junto a la Cirugía General.

Creus y Encinas se distinguen como grandes cirujanos en la esfera O.R.L. que, como dice Pulido, «Mucho antes que Faure, y con más seguridad que Nélaton y Ollier, nuestros dos cirujanos llegaron a la rápida extirpación de enormes pólipos con operaciones preliminares nuevas, de cuya invención nadie habla antes que ellos». No les va a la zaga Alvaro Presta Torns (1863-1933); Pedro Verdós Mauri; Roquer Casadesus (1855-1899), en Barcelona. En Ma-

drid Baldomero González Álvarez; Federico Gómez de la Mata. Al menos también nombrar a CASANOVA CIURANA (1849-1919), GARCÍA HORMAECHE (1890-1941), BARBERÁ Y MARTÍ (1850-1924).

Las investigaciones de BARANY (1876-1936) concluyeron con la descripción de su síndrome hacia 1911, que consiste en sordera vértigos y dolor en la región occipital. Independientemente de ello, ideó una serie de pruebas diferenciales ingeniosas para investigar las funciones laberíntica y cerebelosa. Recibió el premio Nobel de Medicina en 1914 por sus investigaciones sobre la fisiología y la patología del aparato vestibular. Trabajos recopilados por Politzer en 1913 y Stevenson y Guyhrle en 1949.

La exploración del laberinto posterior llega a comienzos del siglo XX, que junto a la exploración auditiva mediante el monocordio de STRUYKEN, el ensordecedor de BARANY y la prueba de Schwabach, se introduce en el protocolo de exploración.

En la década del 1900 algunos observan que cuando se elimina algún huesecillo, la otorrea cede o mejora por ello hay un gran entusiasmo de realizar la osculotomía. Es una época de la cirugía, que se atreve con los abscesos cerebrales y cerebelosos, con la trombosis del seno lateral y las mastoiditis de BEZOLD, tal vez, dicho sea de paso, por tener a mano la anestesia general clorofórmica.

En 1906 consiguen Santiago RAMÓN Y CAJAL, y GOLGI, el Premio Nobel de Medicina. Hecho trascendental donde se apoyarían todos los estudiosos del sistema nervioso. JENKINS, hacia 1913, abriría el conducto semicircular horizontal para dar audición y BARANY el c.s.c. lateral.

En 1920, Herman SCHAWARTZ crea el audiómetro y FLETCHER construyó un audiómetro eléctrico, un discípulo de HOLMGREEN, quien utilizó por primera vez el microscopio, aunque Oloff NYLEN fue el que desarrolló su sistemática en 1921, empezando la microcirugía ótica con el microscopio monoocular. Aquí se inicia la cirugía de las otorreas, aprovechándose



Fleming.

SOURDILLE, algo más tarde, para realizar la fenestración del conducto semicircular y observar una ganancia auditiva.

Esta técnica la emplearon LEMPER, ROSEN, quienes al palpar el yunque, o al realizar una fenestración, por casualidad, movilizó el estribo, como ya había demostrado BOUCHERON, SCHAMBAUCH, FOWLER, GUTLRD, SCHNCKENECHT y, posteriormente, CLAVERTE, CAMPOS y MERCANDINO.

Fleming, en 1928, descubre el *penicilium notatum* del que se extraería la penicilina. Trascendental descubrimiento experimentándolo en humanos, sirviendo de punto de partida para el resto de la antibiosis.

FOWLER, en 1922, introdujo el audiómetro electrónico, que era enorme, como un mueble, pero no logró demostrar la otosclerosis. Sin embargo junto a LORENTE DE NO, hizo un gran estudio neurofisiológico auditivo, adelantándose a lo que se conocería como reclutamiento. Personaje fallecido en Tucson (Arizona) y recordado en ese país por Kruger y Woolsey, así como más tarde por Fulton.

Parece que G. PORTMAN en 1923 sistematizó la estapedectomía, pero el tratamiento qui-



Domag.

rúrgico de la otosclerosis, alcanza su gran relevancia con la fenestración de LEMPET (1938). Coetánea a esta

patología es el conocimiento de la génesis de la otitis del lactante, teniendo gran avidez por sus conocimientos tanto otólogos como pediatras.

Digno de destacar está la escuela Valenciana, que iniciada por un discípulo de Cajal, Juan Bartual Moret (1863-1940), seguido por su hijo Rafael Bartual Vicens (1908-1974).

En 1930 se hicieron los primeros intentos de estimulación del nervio auditivo, aunque la primera comunicación fue realizada en 1957 por DJOURNO EYRIES y VALLACIEN. En 1938 Charles S. HALLPIKE (1900-1979) y Hugh W.B. CAIRNS (1896-1952), describieron inicialmente los cambios histológicos característicos de la enfermedad de Meniere, hecho plasmado en el artículo «Observations on the pathology of Meniere syn-



Prof. Potman, M.  
Hijo de Gerard.

drome». Cairns, australiano se convirtió en profesor de neurocirugía de Oxford. Aunque no se descarta la hemorragia, HALPIKE y CAIRNS observan una distensión en la membrana intracoclear causante del hydrops según demostró LINDSAY. Posteriormente, se vio y experimentó la neurotoxicidad de algunos fármacos antibióticos.

En 1947, OMBREDANNE manifestó que muchas de las hipoacusias infantiles eran debidas a malformaciones osculares. El estudio de la oteosclerosis también evoluciona en su concepción en la que algunos, como WOLF y LEMPERT, ven una participación vascular y otros como BRUNNER, JAFFE y LICHTENSTEIN observan fenómenos de osteoclasia y osteoformación.

Para el tratamiento del vértigo se han ensayado multitud de procedimientos, desde la alcoholización, coagulación, descompresión, a la neurectomía o bien el drenaje del saco endolinfático (House, Schucknecht).

Tal vez el precursor de la timpanoplastia fuese ITURRIACAGOTIA, que con su técnica pretendía la curación junto a la ganancia auditiva. Pero fue el gran WULLSTEIN quien sistematizó e impulsó la técnica para la otulosis y otopatías por infección, y UNTERBERGER en 1957 el primero en utilizar la fascia muscular; más adelante, KLEY y HERRMANN darían a conocer sus experiencias.

La radiología tiene una gran influencia para el diagnóstico, sobre todo, las incidencias de SCHULLER, STENVERS y un sinfín de incidencias que no vienen al caso, incluso tomografías. Más adelante, ya en la década de los 80, se establecería la prescripción de al TAC e incluso la RNM.

Las cánulas de Hartman se usarán para la limpieza del ático y la caja. Por entonces comenzará a haber un esbozo de trauma acústico con la inclusión en la sociedad del teléfono, hecho que fue incrementándose al mismo tiempo que evolucionaba la aviación el tráfico e incluso el submarinismo, al que se añadía el efecto barotraumático del laberíntico.

Con STENCER aparecen unas pruebas de simulación ideadas por él. Los audiómetros

eléctricos van haciéndose en serie. En España se incorporaran los audiómetros, incluyendo en (1940) las gráficas americanas, así como medidas especiales de exploración, que redundan en el diagnóstico clínico y quirúrgico, por lo que se transforma la especialidad en una ciencia eminentemente quirúrgica. LUSCHER detalla en 1953 las normas de las escalas del audiómetro.

CAWTHORNE, en 1945, realiza las estapedectomías con gran precisión. Pero en realidad la cofocirugía comenzaría hacia 1950, y así DAVIE y WALSH establecieron el principio de la necesidad de que existiese un intacto mecanismo de impedancia en el tímpano, cadena y ventana oval.

Pasada la década de los años 50 se introduce la hudoaudiometría y A.E.E.G., pruebas supraliminares para la investigación del reclutamiento, fatiga y adaptación, junto a la audiometría automática.

En la década de los 60, las sorderas de transmisión por oteosclerosis se ven liberadas con el empleo sistemático de la estapedectomía. PORTMAN, HOUSE, SCHUCKNECHT, sustituyen el estribo por prótesis de tantalio.

En 1961, BEKESY, Premio Nobel por su descubrimiento concerniente a los mecanismos físicos y estímulos en la cóclea, así como por la teoría de la audición y por la directa observación microscópica del estribo en la hidrodinámica del oído medio e interno. Describió los potenciales evocados.

En 1964, SIMONS, MONGEOM y LEWIS, presentaron los resultados de sus experiencias sobre implantes cocleares, y MICHELSON en 1968 hizo lo propio en investigación animal. En este medio también destacó LENHARD.

W. HOUSE y URBAN desarrollaron el implante coclear monocanal, y en 1978-79 G. CLARK, implantó el multicanal Nucleus. Siendo los primeros intentos españoles los realizados por PRADES, pero el primer implante coclear español estuvo a cargo de García Ibáñez, Torres Cassó y Benito. Más tarde se abordaría la fosa media de forma sistematizada.

La utilización del implante multicanal tuvo un gran avance en años posteriores y, aun hoy, la carrera en este tema es muy disputada.

En lo que se refiere a los Potenciales Evocados, se diría que hace más de 40 años que se registró por DAWSON los potenciales somatosensoriales, y desde entonces las publicaciones han sido cuantiosas, cuyos estudios sobre otoemisiones acústicas ocuparon gran profusión de tesis y trabajos de investigación. Técnica muy detallada posteriormente por Ciges (gran investigador ORL) y otros.

Es más adelante cuando se introduce la exploración coeleográfica, impedanciometría y aumenta la

precisión quirúrgica de la timpanoplastia, del nervio facial y auditivo así como la del vértigo. En la exploración también se incluye la nistagmografía, estudio del conducto auditivo interno, apareciendo la radiografía contrastada y estatiografía.

El proceso de exploración ha tenido tal repercusión, que en cualquier hospital de mediana entidad, disfruta de este método exploratorio de forma sistemática

Tras ese enorme avance que supone la cofocirugía, se lanzan a su estudio y puesta al día, multitud de autores y cirujanos de todo el mundo, en el que por supuesto se incluyen los españoles (Antolí-Candela, García Ibáñez, Rodríguez Adrados, Bartual, Ciges, Sánchez Fernández, las escuelas catalanas, castellanas y posteriormente grandes discípulos que aun se encuentran en primera línea española).

Personajes ilustres con problemas de oído: Jonathan Swift, quien padecía de Meniere bilateral: «mi vértigo apareció en 1690 después de haber comido en una sola vez 100 manzanas reinetas doradas en Richmond. Cuatro años después, a 20 millas de ese lugar, en Surrey, apareció mi sordera; desde

entonces, dos amigos no han dejado de visitarme por turno, todos los años. Siendo viejos conocidos, muchas veces se han peleado por venir juntos. Debo añadir que una vez cada 5 ó 6 semanas, me quedo sordo durante 3 ó 4 días. En Inglaterra, antes de los 20 años, un buen día pillé un resfriado, que me causó la sordera y desde entonces sigo sordo».

«mil olores  
y colores  
dan mis flores, que enamoran...  
También llevo de esas flores  
que devoran».

(Pregón de Flores. M. MACHADO)

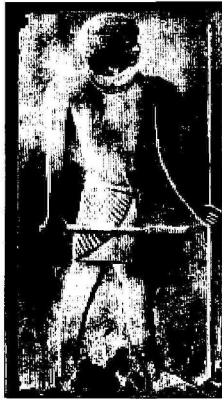


Prof. Ciges Juan.

#### Rinología

En lo que se refiere a la Rinología, según la bibliografía consultada, en la antigua Mesopotamia ya se ocupaban de ésta parte de la especialidad. La nariz era objeto de cuidados médicos y hay relatos sobre los problemas de las epistaxis, aconsejándose técnicas y formas de realizar los taponamientos nasales. Pero hay un dato anecdótico de la época de Herodoto, concretamente a la hora de dilucidar sobre la creación del primer hombre. Según leyenda, la creación del hombre se le encargó a Prometeo, quien hizo una estatuilla de arcilla con la figura humana, a su nariz aplicó rayos solares, de esta manera se provocó la primera señal de vida ya que hizo un sonoro estornudo. Historia controvertida entre Ovidio, Apolonio, Luciano, Higinio, etc., y, por supuesto, rechazada por todas las religiones.

El papiro de Ebers (1500 a.C.) muestra un injerto nasal, en el que se destaca un médico SAKENT ENANACH, posiblemente el primer médico conocido, (el que curó las narices del rey), y que no se sabe si coincide con el denominado ARAD-NANAS, quien escribe una carta a su rey en la que hace observaciones sobre las hemorragias nasales que su hijo padecía, así como los procedimientos que deberían realizarse para cohibir las mismas.



Supuesto primer médico.  
Sakent Enanach.

En la época de Homero, éste, a la nariz la denominó ris o rines. A la frente (métopion o metópion, limitada por la raíz de la nariz (rinòs hi-pèr py-mátës) y por las orejas (ophryes). También se encuentran otras descripciones en las que se comentan ciertos problemas

nasales, afirmándose que a través de la nariz entra y sale la vida llevando el primero y último de los alientos. En otro lugar se aseguraba que: «Vivo está quien tiene aliento en su nariz y simientes en sus miembros». En el papiro de SMITH se describen los traumas nasales y la terapéutica a seguir en el ocena, en el que se recomiendan dátiles. También en Egipto el catarro común es ya conocido y tratado, y a este respecto, exclamaban: «Sal, tu que rompes los huesos, destruyes el cráneo, socavas la médula de los huesos y atraviesas los siete orificios en la cabeza de enfermo» (Ed. 763).

Más adelante y en otro lugar aparecen relatos en los que se dice que ARISTÓTELES, refiriéndose al tacto y al gusto, observó que la nariz sería el centro de las sensaciones olfativas, gustativas y visuales. Hecho que comentaba en las clases que impartía en su Academia griega de la época de Filipo y Alejandro. HIPÓCRATES señalaba que los pólipos nasales se arrancaban con un hilo o se cauterizaban con un hierro al rojo, o abría una ventana nasal, extraía el pólipo y costura, luego la piel. En uno de sus escritos se puede ver, en el punto 18, una descripción del coriza, creyendo que la efusión procedía del cerebro, transcurriendo esta idea



Aristóteles contempla el busto de Homero.

hasta 1655 en que Schneider, describe la pituitaria estableciendo la impermeabilidad de la lámina cribosa. También Hipócrates hace una gran descripción de los catarros repetitivos que podrían corresponder a la sinusitis. Pero la descripción de los senos no llegaría hasta el Renacimiento como indica Ciges.

Consideraba Hipócrates al estornudo como un reflejo positivo y lo valoró como «uno de los síntomas más saludables en el estado ordinario de salud y de gran valor para la evolución favorable de las enfermedades del cerebro». « Si sobrevienen estornudos, al que sufre un ataque de hipo, resuelven el hipo».

En el siglo IV a.C. en el AYURVEDA de la india, ya aparecen reconstrucciones de la nariz por injertos, método actualmente mantenido en la cirugía moderna y se conoce como «método indio».

El poderoso imperio babilónico con sus médicos-sacerdotes, se oscureció con la pérdida de los miles de volúmenes de la admirable Universidad de Alejandría, aunque quedaron datos en los que se describía la hidrorrea nasal, los pólipos y el ocena. Triste desgracia para el patrimonio de la Humanidad.

Escuelas como las de Hipócrates, Cornelio, Celso y Galeno, hablan del coriza y de la sinusitis. Galeno, en sus descripciones nasa-

les, se refiere al «hueso en panal de abejas», que sirve de filtro cerebral. Los catarros de la mucosa nasal fueron macroscópicamente conocidos por su «flema» o «pituítas», y dividía las enfermedades nasales en pólipos y ocnas.

CHARAK y su discípulo SUSHRUTA, un siglo después de Cristo, describen un método rinoplástico a expensas de mejilla y posteriormente de colgajo frontal, quizá una variante del «método indio».

La Medicina árabe evoluciona al respecto y hay descripciones de estudios entre los que destacan los llevados a cabo por Avicena, Racés, Averroes y Abulcasin.



Averroes.

En la Edad Media se destacan las controvertidas escuelas de Salerno y de Bolonia, y en el siglo XIII, nuestro compatriota Arnaldo de VILANOVA ideó un espéculo con luz artificial para mirar el interior de la nariz. El estudio de la patología nasal evoluciona poco, despacio, tal vez hasta pasado el siglo XIV en el que aparecen técnicos de la materia, como en Italia, país en el que de nuevo, se inicia con verdadero interés el estudio de los temas encaminados a actualizar los procedimientos reparadores mediante cirugía plástica. De ello hay noticias en la familia de los BRANCA de Sicilia, o los VIANEO, que arreglaban tanto la nariz como los pabellones auriculares o los labios. An-

tonio BRANCA, en Bolonia, describió el método italiano con un colgajo de la piel del brazo.

SAVANAROLA, en el siglo XV, utiliza unos espéculos para el estudio de la nariz.

GUIDO DE CHAULTAC, describe la intervención sobre pólipos nasales por medio de unos ganchos con estrangulación y cáustica. Pero quizás la máxima figura de ésta época (1546-99) fuese Gaspare TAGLICOZZI, de Bolonia, quien dio un gran impulso a la técnica de la rinoplastia (mediante colgados de piel tomados del brazo), aunque poco a poco estos métodos fueron cayendo en el olvido. Ambrosio PARÉ estudió la nariz con tubos endoscópicos con fenestraciones laterales, haciendo una gran descripción sobre el ocnas. HICHMORO en el siglo XVII (1651) describe el antro del seno maxilar y los procesos supurativos de origen dentario. DIONIS (1717) mostró el espéculo nasal aunque atribuido a Chauliac. A final del siglo (1795), RUNGE describe las principales enfermedades de los senos al tiempo que DESAULT y DESCHAMPS abordan el seno frontal. También en este siglo Jorge ARNAUD DE RONSIL consigue un espéculo de superficies muy pulidas que reflejaba una luz, pero no pudo emplearse en la nariz, sólo en vagina. Philips BOZZINI (1773-1806) construye un endoscopio con iluminación interior que puede considerarse el precursor de la endoscopia, aunque fue Pierre Salmón SEGALAS quien hace los primeros endoscopios con luz interna útiles para ver enfermos. Sigue BONNAFONT (1805-1891) que coloca una fuente de luz en posición lateral al endoscopio y la introduce en la nariz gracias a un espejo. Parece ser que a quien puede considerarse padre de la endoscopia es a Antonio Juan de DESORMEAUX (1853), urólogo de gran prestigio.

En 1882, ZUCKERKANDL publicó su tratado de anatomía normal y patología de los senos paranasales. Un año más tarde GRÜNWALD explica, con magnífica erudición, sus lecciones sobre supuraciones nasales.

OGSTON y LUC proponen (Ciges) en 1884 la abertura económica de la pared frontal del seno, hasta la llegada de JANSEN y RITTER

en 1893 que abordan el seno frontal por la pared orbitaria en amplia resección.

Hay una gran cantidad de citas que hablan del territorio etmoidal como las del Catarro de SCHNEIDER, quien destaca una secreción propia del órgano nasal, pero no enumera las glándulas de BARTOLINO y MEIBOMIO. La Unidad etmoidal la individualiza TISSIER (1899); SKILLERN que en 1928 enuncia lo que considera el Problema del Etmoides, etc. Otros se ocuparían más en extenso del tema.

Los hallazgos de RICHET, las experiencias de ARTHUS y el concepto de Von PIRQUET, demuestran fenómenos y efectos en los que la inflamación supurativa no significa una necesidad, y, en cambio, las acciones efectoras de los estímulos mórbidos parecen desarrollarse bajo signo de mecanismos neurales y bioquímicos de esencia complicada. La inflamación serosa de ROESSLE y las enfermedades de adaptación de SELYE, son prueba evidente de la importancia impulso-reacción, que no son excepcionales para el etmoides, como lo recordaba AZOY. Un poco antes en 1852, KOLLIKER fue el primero en describir las adenoides, volviendo a hacerlo Mheyer y ZCERMAK (1859) con su rinoscopio, dio un gran impulso a esta rama de la especialidad.

WALDEYER (1881) logró sistematizar el tejido linfático de la orofaringe, dándole



Waldeyer.

el nombre al anillo que lleva su apellido, y James YEARSLEY fue el primero que logró extraerlas. La instrumentación especial para tal acto quirúrgico fue ideada por MEYER. Procedimientos, técnicas e instrumentación

fueron modificándose hasta llegar a St. CLAIR THOMSON.

En este siglo XIX, fructífero en nuestra especialidad, aparecen grandes figuras, como Joseph C. CARPUE (1816) y CHIARI (1899). Con este último la Rinología se une a la Laringología comenzando una etapa eminentemente más quirúrgica. Se funda la «Revue de Laryngologia» en Francia por J. E. MOURE, el cual se destacó como gran experto en rinotomías laterales y fisuras laríngeas, ideando un instrumento de iluminación.

Hasta finales del XIX y primeros del XX no se abordó de manera definitiva el tratamiento de las deformidades de la nariz, entre los autores RÔE y JOSEPH, el primero como pionero y el segundo con su obra monumental, ponen a punto unos procedimientos que, con base científica y técnicamente reglados, posibilitan verdaderas intervenciones quirúrgicas que dejan de ser aventuras más o menos aisladas (MONSERRAT).

Para el tratamiento fue de una gran ayuda el descubrimiento de la cocaína por ANREP (como hemos comentado) y la adrenalina por TOKAMINI y ALDRICH independientemente.

El gran quirúrgico de esta parte de la especialidad fue KILLIAN, que logró actualizar la cirugía hacia el 1900. Sus procedimientos están aún en boga, al menos gran parte de ellos.



Killian.

WOADKES estudió las fosas nasales y cavum, haciendo una magnífica descripción de los pólipos nasales manifestando que se debían a infecciones crónicas del etmoides. La patología sinusal fue motivo de estudios durante esta época, como lo demuestran las narraciones de ONODI, BOSWORTH, GRUNWALD, SILCOCK y KUSTER. Tal vez los mejores estudios y procedimientos quirúrgicos se deban a CALDWEL y LUC, métodos que aun se realizan.

Pero hay que reconocer que la cirugía sinusal no se inicia con éste siglo, ya que hay noticias de que el seno frontal fue abierto en 1780 por RUNGE y la sistematización del procedimiento por ABERDEEN. La moderna cirugía del seno vendría con LUCAE y JANSEN.

El estudio de la Rinología es seguido por un conjunto de grandes hombres que destacarían cada uno en una parte de la subespecialidad, así recordemos a NEGUS, FLORES, ARDOUIN, HUBER, etc. En la embriología, SCHAEFFER, ALBRECHT, ORTOS LLORCA, etc. El epitelio del aparato respiratorio es estudiado por GRAY, LUCAS, HILDING, PRÖETZ,



Prof. Gregorio Marañón.

etc., y la fisiología se actualizaría con HAJECK, ZUCKERKANDL y SWINDLE.

En 1902, FLIESS, en una de sus teorías indica: «Sobre la relación causal entre la nariz y el órgano sexual». «...las malas prácticas sexuales (masturbación) no sólo afectan a la nariz; el sistema nervioso sufre daño directo. Si embargo, la satisfacción sexual anormal influye regularmente en la nariz...». En 1903, Hirschmann fue el que primero logró explorar con endoscopia el seno maxilar, y en 1930 Slobodnik ve el seno a través de su meato. En los años 1954-55 OTTSON y ADRIÁN, estudian el electroolfatograma ampliando su estudio GESTELAND en 1960-65. Es curioso saber, según HAINER, la can-

tidad de olores que un hombre puede percibir alcanzando a más de 10.000 sustancias. MARAÑÓN en 1949 en su trabajo «Problemas endocrinos en O.R.L. afirmaba: «El dibujo definitivo de ésta (se supone se refiere a la nariz) es un dato directamente sexual, por eso la nariz, no se desarrolla hasta después de la pubertad... En el varón una nariz grande suele ir acompañada de un gran desarrollo viril». Continúa un estudio desde la niñez respecto a la participación de la nariz en la sexualidad.

Poco a poco van introduciéndose los rino-faringoscopios, glotofaringoscopios, manteniéndose la olfatometría de ZWAARDEMAKER y, de igual manera, van surgiendo cirujanos rinólogos, como AUBRY, SENECHAL, FOMON y CONVERSE. Pero la cirugía correctora se ampliaría con BRUNING y BALLENGER con ligeras modificaciones de unos a otros. Coetáneos están FLETCHER, KRIEG y FREER.

Ciertas enfermedades específicas van cambiando el concepto del tratamiento y de igual manera puede decirse de los procedimientos de la patología sinusal, iniciándose una terapéutica con los aerosoles (BARACH, SCHWAD, CALICETT, etc.). Quizá los grandes maestros de ese momento fuesen ERMIRO DE LIMA y PIETRANTONI.

HAM y CONNARCK (1984) indican: «Cuando intentamos esclarecer la función del tejido eréctil de las vías nasales y su relación con el aparato genital no se debe olvidar que en muchas especies animales la estimulación sexual depende notablemente de los estímulos olfatorios».

Hay multitud de escuelas que van introduciendo cambios en la exploración y tratamiento de las patologías nasales, que por su diversidad tratamos de no exponer por temor a olvidar a algunos, tal vez más importantes, pero no por ello dejaremos de recordar los trabajos del español catalán MONTSERRAT VILADIU, que dio un gran avance en esta parcela de la especialidad. Posteriormente se sumaron a los procedimientos quirúrgicos funcionales los de reparación y estética. Son grandes escuelas que dejan su impronta no sólo en la cirugía por vía externa sino que abogan por la



vía interna mediante el empleo de la fibroscopía endoscópica, que en las manos de Messerklinger, Wigand, Draf, etc., junto a los nacionales como Massegur, Ademá, Fabra, etc., cobró un prestigio y una actualidad, que la hace imprescindible en cualquier consultorio.

«El jardín tiene una fuente  
y la fuente una quimera...»  
Cantaba una voz doliente,  
alma de la primavera.  
Calló la voz y el violín  
apagó su melodía.  
Quedó la melancolía  
vagando por el jardín.  
Sólo la fuente se oía.

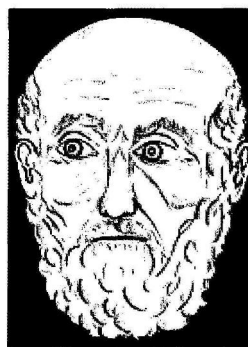
(J.R. JIMÉNEZ, *A Machado*)

#### Faringo-Laringología

También la historia de la Faringo-Laringología se remonta a la antigüedad. Se tienen noticias de que en Egipto aparecen unas tallas, en las que se muestran los procedimientos de la técnica de la traqueotomía, aunque no hay relatos escritos al respecto. Recordar las denominaciones homéricas: cavidad bucal *stóma* (*mástax*), los labios



Dibujo de la posible primera intubación traqueal.



Hipócrates.

kheilos, los dientes *odóntes*, la lengua *glossa*, las fauces *laimós*, el paladar *hypenón*, la garganta *phárynx*, *laukaníē* y *stómakhos*. En esta época, bien como tratamiento bien como modo de infundir soplo del dios, se habla de la herida en la garganta, tal vez la traqueotomía.

Hipócrates, en su libro de los Pronósticos, habla de las ulceraciones de la garganta con fiebre elevada y abscesos, así como los de la úvula.

La escuela hipocrática describe la afonía subsiguiente a la sección de la tráquea y explica cómo funciona la epiglotis durante los movimientos respiratorios y deglutorios.

La sintomatología y evolución clínica del cáncer de laringe ya fue referenciada por ASCLEPIADES DE BITINIA en el año 91 a. C. Y ERASISTRATO describió los problemas que causaban los abscesos laríngeos. Según Celio AURELIANO, Asclepiades de Bitinia realizó con éxito la traqueotomía, técnica e intervención que fue condenada por ARETEO y vuelta a poner en boga por ANTILE (140 d.C.).

GALENO (180 d.C.), en sus descripciones habla de la afonía por neumotórax doble, sección de los músculos y nervios intercostales, y profundizó sobre el cáncer de laringe. Dio nombre a los cartílagos y nervios que

aun llevan la misma denominación y comparaba la laringe con una flauta.

La traqueotomía tomó gran actualidad en las manos de ABUL-KASIN y Guillermo de SALICILETO, aunque fue ACQUAPPENDENTE el que fija unas indicaciones, al tiempo que recomienda las cánulas permanentes.

En Italia, Leonardo DA VINCI (1452-1519), muestra unos dibujos anatómicos de una gran precisión en lo que se refiere a la laringe y al árbol bronquial. Guido GUIDI (1544) emplea la cánula metálica. BERENGARIO DE CARPI (1460-1530), estudia los cinco cartílagos, y describe los aritenoides así como el timo. Julius CASSERIUS (1512-1616) describe la laringotomía, técnica que utiliza PELLETAN (1788) para extraer un cuerpo extraño.

En el siglo XVII aparece el instrumental más especializado, y fue MONAVIUS (1644) quien propone intervenir ante los problemas planteados por los cuerpos extraños. A él le siguieron BONNET y WILLIS.

Juan de VILLARREAL, de Úbeda, médico de Felipe II, escribe sobre el «morbo sofocante» («garrotillo»). Describe a la difteria como «enfermedad maligna, contagiosa y pestilente, que corrompe la sangre por ser de naturaleza venenosa». *El libro se publicó* en 1611.

Por otro lado STENON y WHARTON (1610-1673) estudian las glándulas dando un gran impulso a los trabajos en cadáver.

PARÉ denomina a las inflamaciones de las amígdalas esquinancias. Y Paracelso describe las pseudomembranas y las anginas



Exploración médica rural.



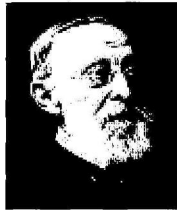
Morgagni.

blancas. Es a principios del siglo XVIII cuando se instaura la denominación de «anginas» en lugar de esquinancias.

KODERICK (1750) realiza la extracción de pólipos laríngeos. PETIT (1790) diagnostica la laringitis tuberculosa y MORGAGNI (1765) habla de adenomas laríngeos, haciendo un gran estudio sobre el receso entre las bandas y cuerdas vocales, como lo recuerda en su «Anatomicorum princeps».

En pleno siglo XVIII aparecen las publicaciones de BOERHAVE y los informes necrópsicos de Morgagni sobre el cáncer de laringe. Por la misma época aparecen BRETONNEAU y TROUSEAU (quien sistematizó la traqueotomía como tratamiento paliativo en el cáncer de laringe), los cuales hablan de la difteria faringo-laríngea y ROKITANSKY hace lo propio sobre la laringitis herpética, escarlatinosa, tífica y estudia la Anatomía Patológica de los tumores laríngeos estableciendo la diferenciación entre tumores benignos y malignos, sentando el principio de que el cáncer de laringe puede desarrollarse primariamente en este órgano. De igual manera destacan TRAVERS hacia 1818, estudiando la histología VIRCHOW, CORNIL y RINFLISCH. LAÉNEC (1819) realiza un estudio perfecto de la anatomía patológica.

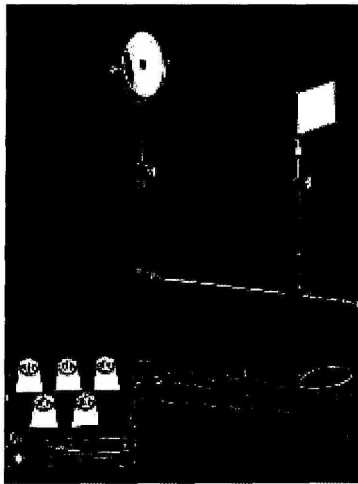
Hacia el año 1829 aparece SEMU, que intentó ver la laringe de un niño con un espejillo que fracasó, y BABINGTON idea los



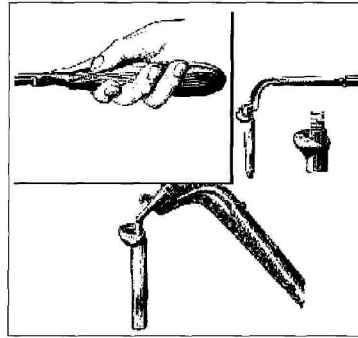
Virchow.

espejos para la exploración de la laringe y colocaba al paciente de espaldas a la luz solar. A éste instrumental se le llamó glotoscopio. Hasta bien entrado este siglo no se describen las amígdalas faríngeas.

**BRAVERS** (1833) realizó la laringotomía como vía de abordaje para la extirpación de papilomas malignos con empleo de la cauterización. **EHRMAN** (1844) extirpó por la misma vía un tumor vegetante de cuerda vocal. Más adelante, **L. HISTON** (1854), y en Alemania **Friedrich HOFMANN**, aparecen como importantes laringistas de la época. En el estudio sobre la mesofaringe, **VIDAL** diferencia las amígdalas supuradas de los flemones, precisando en este caso que la inflamación se extiende a los tejidos que rodean a la glándula; diferencia la peritonsilitis del absceso laterofaríngeo (Ciges).



Laringoscopio principios del siglo XIX.

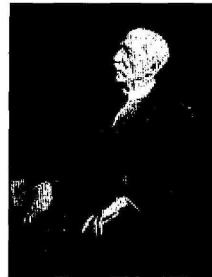


Instrumentos de dilatación.

El espéculo reflector cóncavo fue ideado por **AVERY** y en Budapest **CZERMAK** (fisiólogo) y **PESTH** perforaron el espejo cóncavo de Avery para visualizar mejor, manteniéndolo con la propia dentadura, su discípulo **SEMELEDER** lo colocó en unas gafas y **WALKER** (1861) en una correa en torno a la cabeza.

En 1852, el español **Manuel GARCÍA** (1854), que enseñaba música en Londres y París, ideó el laringoscopio que aún se usa en la clínica diaria, y se trata de un espejillo con un mango. En ocasiones usaba un segundo espejo para ver la propia laringe. **CZERMAK** y **TURCK** comenzaron a usarlo para ver la laringe patológica con luz artificial. Este espejillo modificó el estudio de la patología laríngea tal vez más que la auscultación y percusión en las enfermedades torácicas.

El gran impulso a la exploración lo dio la incorporación de la coainización de las mucosas que evitaban los reflejos, como se haría de igual manera en la nariz.



Manuel García.

En el año 1832 nació en Santander el español SOTA y LASTRA, catedrático de Patología Quirúrgica, fallecido en 1913. Publicó grandes trabajos literarios y científicos aunque donde más destacó fue en la laringología. Fue un hábil operador conocido en el extranjero, colaborando en la obra americana de BURNETT (System of diseases of the ear, nose and throat). Publicó muchos trabajos sobre la especialidad, entre ellos: Laringitis Hemorrágica; Acción Patológica del tabaco en la garganta; Tratamiento local de la Tisis laríngea; Extirpación de la laringe, etc. Muchos procedimientos se emplearon en la terapia de los procesos laríngeos: Horace GREEN (1802-66) usaría el nitrato de plata para pincelar el interior de la laringe; BUCK (1851), y SOLÍS COHEN y FAUVEL (1867) extirparon por vía indirecta neoformaciones laríngeas; MORELL-MACKENZIE extirparon gran número de tumores por laringotomía. Creo justo recordar unas reseñas de la gran figura de M. Mackenzie, que aparecería sobre en el año 1837. Escribe una gran obra titulada «Diseases of the nose and throat» (1880-84), obra de gran valor didáctico y que tanto habría de influir en los laringólogos de la época. Fue el primero en utilizar los términos «abductores y adductores» para los músculos laríngeos, y crea el Throat Hospital de Golden Square. En su clínica se van a formar gran cantidad de especialistas como CHEVALIER JACKSON de Filadelfia, auténtico motor de la laringología. La figura de Mackenzie está obligadamente ligada a la del Emperador Francisco III, que aquejado de un cáncer laríngeo, creyó el especialista que no se trataba de tal enfermedad, siendo su equivocación lo que probablemente le llevara al monarca a la tumba. También fue uno de los promotores de la amigdalectomía. Fue motivo de una magnífica conferencia del Prof. Ciges. Paul BURNS (1861) sigue con intervenciones laringológicas aunque con gran número de muertes. ALBERS (1829) y GUSSENBAER y CZERNY (1870), realizan laringectomías totales con fines fisiológicos por encargo de BILLROTH (1829-94). Este gran hombre, de honradez y franqueza demostradas, le hizo

reconocer sus resultados tanto si eran positivos como los fracasos, llegando a crear una escuela que se extendió por todo el continente. Parece ser, según algunos, fue quien realizó por primera vez una laringectomía (1873) por cáncer de laringe (paciente que murió a los pocos días). Una de sus mejores publicaciones fue «Tratado General de



Billroth, en clase.

Patología y Terapéutica Quirúrgicas, que alcanzó once ediciones. Otros consideran que la primera laringectomía se debe a Patrick HERON WATSON (1832-66). BOTTINI (1875) logró una supervivencia de 6 años en una laringectomía. Y THIERSH (1880), logra curar un cáncer mediante laringectomía total.



Semón.

GLUCK y ZELLER (1879) estudiaron la laringectomía total en perros, y sistematizaron la técnica al independizar las dos vías (aérea y digestiva). SEMON, alemán de nacimiento, dio a conocer lo que sería su ley: «Ley de Semón», que

afirmaba que los nervios abductores se afectaban antes que los adductores, dando un gran empuje a la fisiopatología.

St. CLAIR THOMSON (1859-1954), siguió las técnicas marcadas por Semón, perfeccionando la sistemática.

En nuestro país el primero en efectuar la laringectomía fue Federico RUBIO (1827-1902) y constituye la número 17 de la relación de Mackenzie, sobre las diecinueve primeras practicadas en el mundo, cuatro de las cuales las realizó Billroth. Era cirujano general y su escuela constituye el lu-

Parece ser que KIRSTEIN, en Berlín, con ayuda de la espátula y de la lámpara prismática incandescente de CASPAR, vio por primera vez el interior de la laringe en una inspección directa. Desde éste momento KILLIAN comenzó con la endoscopia laríngea, traqueal y bronquial. CHEVALIR JACKSON, como se ha mencionado, modificó los tubos iluminando la porción distal, tubos que aun no han decaído.

Merece la pena detenernos un momento en recordar la figura de nuestro gran TAPIA (Profesor A. García Tapia). Sabemos que



Mackenzie.



Prof. Antonio García Tapia.

gar donde se forman las especialidades quirúrgicas en España; es donde acuden como fuente de documentación los futuros especialistas.

En 1900, BORDET y GENDOV descubren el bacilo de la Tos Ferina, sentando las bases para la vacuna. En 1905, EINHORN, incorpora la novocaína como anestésico local. Y en 1906, Reginald AUBREY FASSENDU, emite por radio la voz humana.

WAUGH, a principios de siglo, extirpa correctamente la amígdala y describe los procedimientos de la ablación adenoidea. GREENFIELD SLÜDER (1912), actualizó la guillotina tonsilar y BALLENCER diseña una variante del amigdalotomo.

nació Ayllón en 1875 y fue Catedrático de la especialidad en Madrid. Durante la época de su especialización, asistió a las mejores escuelas europeas, siendo requerido repetidamente en el extranjero (París, Berlín), para realizar intervenciones de cuya habilidad todos sabían. Médico de la Armada, obtuvo diversas menciones, así como ostentó importantes cargos y representaciones. Fundó varias revistas, una de cuyas monografías trata sobre Manuel García.

Hay como anécdota, que a un Congreso Internacional (París) llevó 13 enfermos operados de laringectomía total, demostrando cómo deglutían, hablaban correctamente e incluso podía cantar. Se dice que llegó a

formar una especie de coro con laringectomizados.

Entre sus muchas publicaciones se encuentran: El microscopio en el diagnóstico del cáncer de laringe (1903); La esofagoscopia en el tratamiento de los cuerpos extraños del esófago (1903); Colección de instrumentos dilatadores de las estrecheces esofágicas (1909); Sobre la operación de GLUCK (1916); Enfermedades de la nariz, faringe y laringe; etc.

Desde los más remotos tiempos de la cirugía laríngea, surgieron modificaciones operatorias tendentes a evitar la pérdida de las funciones fonatorias y respiratorias de la laringe. Así apareció la técnica de FÖDERL (1899), perfeccionada por SOERENSEN, MAJER y RIEDER, técnica semejante a la criohioidopexia.

Parece ser que la primera amigdalectomía bajo anestesia general y disección, se debió a SHAMBAUGH en 1945.

La laringectomía económica de SEBILEAU (1922); La laringofisura con tirotomía ampliada de St. CLAIR THOMPSON; La laringectomía frontal anterior de Tapia-Lerroux-Robert; la hemilaringectomía de Gluck-Soerensen y Hautant; la laringectomía parcial anterior de Torrents; las técnicas horizontovericales de Ogura y Bocca; las de Alonso; las tunelizaciones de Álvarez Vicent; las de Serafini (1970), etc., están permanentemente en la mente del cirujano.

En 1940, Renato SEGRE tiene gran éxito en la rehabilitación del lenguaje en los operados de laringe.

Es obligada la mención de Justo ALONSO, PIETRANTONI, AGAZZI, H. MARTÍN, CONLEY, BOUCHE, GUERIERE, ANDREA, etc., que perfeccionaron los vaciamientos cervicales, y sobre todo, Oswaldo SUÁREZ, GAVILÁN, SACRISTÁN, VIDEGAIN y otros de reconocido prestigio repartidos por nuestra geografía. La microscopía aplicada estuvo a cargo de KLEINSSASER y PRADES (en nuestro país), e incluso intentos de sustitución del órgano laríngeo, como los de WORK, BOLES (1965),

MUNIER KUHN (1968), OGURA y SILVES (1969). Parece ser que el primer trasplante se realizó en 1969 por KLUYKENS. En España hay escuelas que siguen en esta línea. Un gran avance para la exploración y diagnóstico supuso la evolución de la radiología que se efectúa con gran precisión, definiendo mejor la topografía, mediante la laringografía, endoscopia, microscopía, T.A.C. la Angiografía y RNM.

En cuanto al tratamiento coadyuvante, se encuentra la crioterapia; cobaltoterapia; curieterapia; tratamiento locorregional con antibióticos, perfusiones intraarteriales; quimioterapia en general, junto a la inmunoterapia, etc., y actualmente, en cirugía, el láser.

En la evolución de las técnicas, se ha beneficiado la brocoesofagología por incorporar en su arsenal la instrumentación de «luz fría» y de fibra que permiten la exploración minuciosa y escisiones de prueba precisa, así como la extracción más cómoda de cuerpos extraños. También la aplicación de la micro-foto-cinematografía y televisión, pero sobre todo la entrada en el arsenal la endoscopia clínico-quirúrgica.

**Recuerdo anecdótico-histórico del que se le atribuye ser el Patrón de la Laringología, San Blas**

Fue un obispo de Sebaste, en Armenia. Murió de horrible martirio en la época de Licinio, en el año 316. Santo popular al que se le invocaba sobre todo en las afecciones de garganta. Se bendicen en su nombre el día 3 de febrero frutos, panes y en ciertas localidades, como Jaén, las célebres rosquillas del Santo para evitar enfermedades de garganta.

Desde hace muchos años, el día de este santo, se celebra por parte de los especialistas de esta provincia (me consta que también en otras), una reunión de hermandad, en la que departe amistad y recuerdos a los que nos precedieron en la profesión.

Aquí el bautismo proclama  
su voz de gloria y de muerte.  
Aquí la unción se hace fuerte  
contra ella el cuchillo y la llama.  
Mirad cómo se derrama  
mi sangre por cada herida.  
Si Cristo fue mi comida,  
dejadme ser pan y vino  
en el lagar y el molino  
donde me arrancaron la vida.

(Himno del día de San Blas en la  
Parroquia de la Magdalena. Jaén)

#### Somero recuerdo de la O.R.L. giennense

Como mencionábamos en el L aniversario de la Sociedad Andaluza de Otorrinolaringología, publicado en la Revista de la misma (como indico textualmente), sería deseable por mi parte que nuestra discreta aportación, sirviera como homenaje a los que nos han precedido en el ejercicio de la especialidad que, como maestros, nos mostraron el camino abonándolo con su buen saber y hacer, humanidad y dedicación.

Desconocemos, o al menos no tengo la seguridad ni datos claros de la especialidad provincial de principios de siglo, pues no me es posible descubrir en las Actas del Archivo Histórico de Santo Domingo, ni del antiguo Hospital de San Juan de Dios, ni en las del Colegio de Médicos, cuyo presidente durante años fue nuestro gran Bernabé Soriano, de cuya memoria todos los giennenses están en deuda. Sólo en los Archivos de la Beneficencia, se pueden encontrar referencias ligadas a cirugía general, aunque escasas, pues la especialidad o el empleo de las técnicas otorrinolaringológicas en nuestra provincia (similar en otros lugares de nuestra geografía autonómica), se inició, como indico, posiblemente en manos de cirujanos generales, y con más claridad aparecen sobre los años 1910 al 1917.

Siguiendo el relato de la revista recordamos que sobre esta época se fundó una Clínica Operatoria de Especialidades, según reza en un artículo o anuncio publicado en un periódico local, el llamado *El Pueblo Católico*, en el que se reunían una serie de es-

pecialistas en diversas materias y en la que aparece por primera vez, la figura de un especialista en otorrinolaringología y rayos X, el Dr. Cibanto. Esta clínica, ubicada en la calle Roldán y Marín 6, tuvo una vigencia de 8 años. Posteriormente se fundó otra clínica por el Dr. Palma García, que aún perdura aunque modificada en su estructura, donde él hacía, además de su especialidad de Cirugía General, casi toda la otorrinolaringología, ya que el Dr. Cibanto había fallecido (al parecer de forma violenta).

Por entonces se publicaba una Revista de Especialidades, en la que mensualmente el Dr. Palma publicaba sus intervenciones y entre ellas gran número de casos de O.R.L., hecho que hemos podido comprobar revisando la casuística en la que se observan desde 1919 al 1924, trabajos como: Cirugía maxilar; traumatismo faciales; Osteomielitis del maxilar; cirugía plástica (labio leporino); carcinoma de labio; fibroneuroma frontal; sarcoma maxilar; otitis media crónica supurada; abscesos cerebrales secundarios a otitis media; septoplastia; poliposis nasal; cuerpos extraños; plastia de pabellón; sinusitis maxilar; amigdalectomía; pólipos laríngeos; bocio quístico; angioma cavernoso de cuello; escrófula, y así un largo etc. Al mismo tiempo, este tipo de cirugía, junto a la general de su especialidad, la desarrollaba en el Hospital de San Juan de Dios (1619-1972), hoy sede del Instituto de Estudios Giennenses.

Según la Revista de Especialidades del año 1920, la estadística que presenta de cirugía de la mastoides es de 73 casos, con cinco complicaciones cerebrales muriendo 3; y según reza su escrito: «Lo frecuente de la otitis media supurada y su rebeldía al tratamiento de lavados (Clorógeno) y demás medios, no operatorios, obligan al práctico a proponer la intervención que no suele ser aceptada por la mayoría de los pacientes, esta resistencia la expone a las serias complicaciones que muchas veces suelen terminar con la existencia». A esta estadística debe añadirse la del Dr. don Juan García.



Grupo de cirujanos en 1917. Doctores Palma, cirugía general; Dr. Civanto, primer O.R.L. de la provincia de Jaén.

52

Personalmente me asombra la habilidad de ciertos profesionales de la cirugía en una época en la que los medios eran tan escasos y los conocimientos sólo revelados a través (o supuestos) de las revistas extranjeras, pues eran muy escasas las nacionales, que pudieran caer en sus manos. Las referencias españolas como la de Federico Rubio, Ariza y Espejo, etc., ya han sido comentadas.

Posiblemente, sobre el año 1925, se añadió al grupo quirúrgico, por oposición, un joven otorrinolaringólogo, que luego llegó a ser una figura de la especialidad, el Dr. Segovia Morón, quien se hizo cargo del servicio de otorrinolaringología hasta los años 60; experto desde mucho antes de la guerra civil española, ocupó un lugar predominante durante décadas hasta que tuvo un acci-

dente de tráfico y le apartó de la profesión, fallecido en 1975. Un año antes (1974) ocupó su cargo por Concurso Oposición el que suscribe.

La enorme habilidad quirúrgica del Dr. Segovia, probablemente cofundador de la So-

ciedad Andaluza, elevó el prestigio de la especialidad, formando un servicio modelo de la especialidad en el Hospital de San Juan de Dios. La cirugía no sólo la realizaba en el Hospital sino en su Clínica privada e incluso en el



Dr. Segovia.



propio domicilio del paciente. Llegó a idear cierto tipo de instrumental práctico, ya que era muy rudimentario y escaso en esa época. Hay datos en el *Anuario Médico* de 1927, sobre un hombre ocupado en la especialidad en Linares, don Raimundo Linares Muñoz del cual carecemos de datos.

En Úbeda se desatacó otra gran figura de la otorrinolaringología de aquella comarca que incluía hasta la sierra del nordeste, el Dr. don Juan de Dios de las Peñas Bellón, natural de esta ciudad, siendo primero especialista en Odontología por la escuela de Madrid. Al principio se estableció en la capital española en dicha especialidad, y posteriormente obtuvo la licenciatura en Medicina y Cirugía, que era lo que siempre deseaba.

Desde su licenciatura, su meta era la otorrinolaringología, haciendo gran amistad con un genio de la especialidad, el Dr. Antolí Candela Cebrián, con él trabajo consiguiendo una preparación en la cirugía de la sordera, incipiente entonces en nuestro país. Todo ello le supuso gran esfuerzo económico que lo suplía su gran ánimo y deseo de conocer a fondo la especialidad.

Ganó la plaza en 1958 la plaza de jefe de O.R.L. de Jaén, pero su deseo siempre fue estar en la bella ciudad que le vio nacer, Úbeda, donde siguió ejerciendo ininterrumpidamente la especialidad hasta su fallecimiento; que por cierto tuvo lugar de forma inesperada, como suele ocurrirle a muchos grandes hombres, mientras trabajaba en el cometido de su profesión, durante una intervención quirúrgica.

Vemos cómo dos coetáneos, que mantuvieron una amistad durante años, ejercían su vocación por la especialidad en nuestra provincia, el Dr. Segovia y Dr. De las Peñas.

En 1955, el Dr. Segovia presidió la V Asamblea de la Sociedad Andaluza que se celebró en Jaén, en la que dieron cita los más prestigiosos y prestigiados especialistas de España. De esta reunión salieron grandes publicaciones que se plasmaron en la Revista, entre ellas varios casos clínicos como Fístula lateral congénita de cuello; Nueva

terapéutica para el tratamiento del oca; Enfisema recidivante de tímpano, etc.

Volviendo a la época pre-bélica civil, recordáramos que la Beneficencia tanto Municipal como la Provincial, especialmente los casos quirúrgicos, se internaban en las Salas del Hospital Provincial de San Juan de Dios, cuya atención sanitaria era, independientemente de los médicos, por las Hermanas de San Vicente de Paúl. Como en el resto de la geografía, era la Diputación Provincial la encargada de suministrar la asistencia ya que tutelaba los hospitales, que en su día fueron de órdenes religiosas.

Hay anécdotas, como la que nos refiere el Dr. don Manuel Bueno Fajardo, eminente pediatra que ejerció durante muchos años en nuestra ciudad. Se refiere a la penuria de la época del conflicto bélico civil de los años 1936. Indica que había carencia de todo, aparte de los alimentos, en el caso concreto que nos ocupa, de falta de anestesia general por lo que, a veces, la cirugía ótica tenía que hacerse «in vivo» (pues se acabó el Cloroformo), y en este caso por grave complicación sarampionosa (meningitis), refiere que gracias a la pericia y habilidad de los operadores: Dr. Segovia Morón y sus ayudantes Hispán Quesada y Navarro Funes, el niño operado en esa precariedad de condiciones, no sólo vive sino que es Catedrático de Pediatría hoy día de la Facultad de Medicina de Zaragoza, su hijo.

Hasta los años 50, según mis investigaciones y por tanto anteriores a la creación de la Sociedad, solo hubo el Dr. Cibanto, Dr. Segovia, Dr. Peñas de Úbeda y algún otro en Linares como se ha comentado. Tal vez coincidieran en los últimos años de la década los Drs. Cañada, Carazo y Berro (fallecido) en Jaén. Sobre el año 1950 se incorporaron los Dres. Jurado y Palomares (fallecidos en 1983 y 1982, respectivamente) a Andújar.

En la ciudad de Linares hubo otros especialistas que se ocuparon de la cirugía de la especialidad, llamémosle convencional, así destacan los Dres. Luis Rodríguez Ordás; José Herrero Quintero; y Bernardo Mon-

tes Noriega. Hubo algunos otros que desplazaban a esta ciudad sin ocupar plaza oficial, los Drs. Gómez Naranjo, Valdeolmillo y Figueroa García Pimentel.

Fue a finales de los cincuenta y principios de los sesenta, cuando aparecieron otros especialistas que ya conocían la microcirugía, Pérez Carretero y Samaniego. En los 15 años siguientes la exploración y la cirugía era la tradicional o convencional (gubia y martillo), hecho que nos asombra aun cuando vemos radicales de aquella época, realizadas con verdadera pulcritud y perfección con que se realizaban los amplios vaciamentos petromastoideos. Hasta el año 1974 no empezó la Microcirugía en Jaén. Actualmente la práctica de la especialidad se realiza en toda la provincia en todas su extensión de microcirugía, endoscopia y foniatría, careciendo de laserterapia.

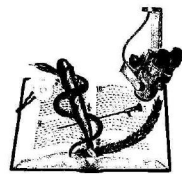
**Evolución de la Otorrinolaringología del Centro Hospitalario «Princesa de España» en los últimos 25 años**

«Loquere ut te videam»  
«Habla para que te conozca»

(SÉNECA)

Permítaseme un breve recuerdo de aquellos grandes profesionales que han marcado un

hito en nuestro centro, en nuestra provincia y posiblemente fuera de ella. Prohombres con los cuales tuve la satisfacción de compartir trabajo: Doctores Segovia Morón (le sustituí en el cargo y por tanto el tercer Jefe de servicio del Centro Hospitalario); E. García Triviño Sr.; Enrique Alcázar Luque; José Comas Tarragona, «in memoriam». Actualmente aún podemos disfrutar de la amistad de otros que aun alejados de nuestro Centro mantienen viva la actitud de genios de la Medicina: Ernesto Herrera, Fermín Palma Rodríguez; Abe-



Logotipo del Servicio de O.R.L. del Centro Hospitalario «Princesa de España».

lardo Moreno; Guillermo Castillo; José M<sup>a</sup> Sillero Fernández de Cañete; Gabriel Arroyo Guerrero; Carlos Gutiérrez Aguilera; hermanos Sánchez Palencia. Todos ellos basta nombrarlos para que el Centro Hospitalario, como si fuera un ejército que recuerda a sus maestros, se ponga en pie.

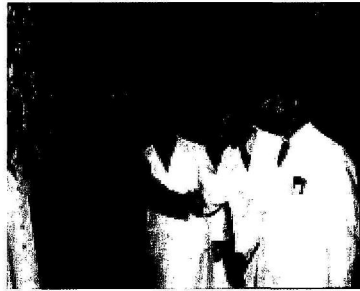
A lo largo de este tiempo han dirigido el Centro Hospitalario 5 directores técnicos: José M.<sup>a</sup> Sillero Fernández de Cañete, Antonio Alberti Oliver, Joaquín Carmona Velarde, Florentino García González y Manuel Pérez Rafecas, y 7 Directores Gerentes: José Luis Villagran Escobar, Juan Hernández, Manuel Fernández Sánchez, Miguel Pérez de la Blanca, Cesáreo Granados García, José Luis Molina Padilla y actualmente Manuel Pérez Rafecas.

El personal que ha colaborado en el transcurso de este tiempo en nuestro servicio, podríamos diferenciarlo en tres épocas:

1.<sup>a</sup>. Los primeros cinco años nuestra plantilla era sólo de dos especialistas: Fernando Ramiro Ortega y José A. Rosell Antón, época en la que teníamos la Docencia MIR de la especialidad y por la que pasaron don Emilio García de la Torre, don Luis Soldado, don Lorenzo Zaragoza, Dr. Galán, amén de un gran número de asistentes voluntarios (después se perdió la docencia de MIR especializada).

2.<sup>a</sup>. Sigüentes dieciocho años, en los que además de los dos especialistas mencionados, se incorpora como Médico Adjunto don Julio Puertas Martín.

3.<sup>a</sup>. Los dos últimos años, y debido a la presión asistencial, se incorpora para guardias y urgencias doña Leonor Uceda Carrascosa. No es posible olvidar a personas que han trabajado y trabajan, en el servicio desde un principio mostrando siempre su valía y dedicación, actitud inmejorable que hacen posible que cada día se obtenga un excelente resultado, son la ATS Luisa Gutiérrez Millán en quirófano y Juana García García, Auxiliar de Clínica de consulta externa, cuyo esfuerzo, muchas veces, sobrepasa su cometido. Es por tanto una labor indispensable e insustituible dadas las características de nuestro centro.



Inauguración del Centro Hospitalario «Princesa de España», 1979.

No puedo citar a un solo anestésista, ya que han colaborado con nuestro servicio la totalidad de su equipo de forma rotatoria.

#### Elementos influyentes en la evolución de la O.R.L.

##### Prevención

Durante ese período de tiempo se ha intentado, no sé si se ha conseguido, mantener un espíritu de renovación incorporando a la otorrinolaringología los conocimientos que se disponía de la Cirugía General incluyendo la Cirugía Maxilofacial y Reparadora, manteniendo una actitud crítica y autoevaluadora, apoyada en los medios que disponíamos. Actitud compartida con la docencia intra y extrahospitalaria en la idea común de una educación permanente a la población.

En nuestro programa se ha procurado hacer patente lo que eran enfermedades hereditarias, congénitas, degenerativas y las debidas a los hábitos imbricados en la sociedad, plasmando nuestros conceptos y actitudes en protocolos.

Tal vez sea corto el espacio de tiempo, pero no hemos visto cambios sustanciales a lo largo de estos 25 años de la patología (pero sí en técnica) que implica el empleo de nuestra especialidad. Sólo, tal vez sea importante destacar, la notable disminución de la cirugía de la amígdala a favor de su tra-

tamiento médico conservador. A ello ha contribuido el empleo de la moderna farmacoterapia e inmunoterapia, así como el conocimiento de la fisiopatología eliminando la teoría, y también la práctica, en la que se utilizaba la cirugía como único medio para erradicar y curar la enfermedad, en la creencia de que siempre se mostraba como una enfermedad focal. Hecho que gracias a los estudios bioquímicos e inmunohistoquímicos, hacen que el diagnóstico de enfermedad focal no sea consecutiva exclusivamente de la amigdalitis repetitiva. Pero no olvidamos que aun sigue siendo un proceso controvertido.

De igual manera han evolucionado los procedimientos oncológicos de nuestra disciplina. La determinación de los marcadores tumorales, la exploración más sofisticada, la quimioterapia y la radioterapia, han pasado a un primer término haciéndonos más asequible y, diría, menos complejo el tratamiento quirúrgico, aunque por desgracia aun mantenemos unas cifras muy elevadas del empleo de la cirugía mutilante. Pero también es necesario mostrar las nuevas alternativas de la cirugía parcial que dan la oportunidad de la locución a los pacientes. La educación sanitaria y la revisión precoz de los pacientes hace que no se observen las grandes invasiones neoplásicas de antaño (aun hay casos).

Semejante actitud y sobresalientes resultados se han obtenido en la cirugía plástica y funcional ótica y por supuesto, la nasal, pues intervienen nuevas técnicas microquirúrgicas y endoscópicas, que no sólo muestran mejor el campo sino que inciden directamente en el tipo de cirugía al hacerse menos cruenta y, por otro lado, repercute sobre las estancias hospitalarias que son mucho más cortas.

##### Progresos técnicos. Incorporación de nuevos procedimientos diagnósticos,

Independientemente de las técnicas parciales, de reparación, farmacológicas tanto químicas como físicas, los procedimientos de radiodiagnóstico por imagen (ultrasonografía, TAC, RNM, gammagrafía, angiogra-

fía, angiorrsonancia etc.), han sido esenciales no para el empleo posible de la cirugía sino para emitir incluso a priori un pronóstico.

#### Cambio de mecenazgo del Centro Hospitalario

Desde nuestra incorporación al servicio estuvimos gestionados por la Exma. Diputación Provincial la cual hizo posible que se realizaran progresos en la sanidad, sumida por entonces en un ambiente, sobre todo técnico, algo obsoleto. (Hubo unos años que dependía de la Fundación «Miguel Servet», gestionada por la misma Diputación). De esta manera se mantuvo una actitud de Hospital Provincial hasta 1992 (antes hubo un tiempo en que participó una combinación que se denominaba RASSA) en que la gestión pasó al Servicio Andaluz de Salud. Esto trajo consigo una comarcalización asistencial y reglamentación de la atención, pero perdimos algo tan esencial como la cirugía Maxilofacial y Reparadora, así como el empleo de los conocimientos a la brocoesofagología.

#### Jerarquización, dedicación y labor en equipo

Fue preciso tener una Jerarquización hospitalaria de dedicación exclusiva en turno de mañana, con la correspondiente organización de las urgencias y guardias durante las 24 horas. Pero lo más importante fue la creación de un gabinete, de un equipo, que organizadamente se ocupaba de la atención de la patología otorrinolaringológica. Es decir que se pasó de ser una medicina individualizada a ser un equipo.

Se ha intentado hacer una subdivisión por secciones de las tres subespecialidades (oído, nariz y garganta), pero debido a la escasez de plantilla sólo conseguimos hacer una especie de rotación semanal para todo tipo de cirugía.

#### Demandas asistenciales y sociales

El proceso de transformación de la asistencia va paralelo al cambio social, a la me-

jora de vida, al conocimiento y educación de la población respecto a la alimentación y hábitos nocivos. Sin embargo ha aumentado el estrés, el ritmo agobiante de trabajo y de vida, la agresión y permisividad social, la polución aérea y acústica, etc., que hace peligrar de nuevo, la eficacia que se venía consiguiendo en los medios, aunque soy optimista a este respecto, sobre todo si se utilizan y racionalizan eficazmente los medios informativos, en especial la televisión, que actualmente desinforma y da noticias sesgadas en muchas ocasiones de los últimos acontecimientos.

#### Definición de las áreas de influencia hospitalaria

Como se ha comentado, el área asistencial está marcada (aunque en este momento esté detenida por factores de organización en la política sanitaria), a cada centro. En nuestro caso, esperamos, que sea de una población próxima a los 85-95,000 habitantes. Cantidad suficiente, e incluso elevada dado el organigrama que conforma nuestro centro asistencial.

#### Libre elección de asistencia hospitalaria

Quizá haya sido uno de los logros más importantes en el último año, ya que al hacernos competitivos, nos obliga a estar mejor preparados si se ha de ofrecer el trabajo de un servicio en particular o de un centro en general, que oferte calidades asistenciales. En este sentido, según datos de la Junta Autónoma nuestro centro y nuestro servicio son de los más solicitados de los 32 que componen el Servicio Andaluz de Salud, hecho que nos mantiene ilusionados.

#### Gestión de la nueva especialidad del futuro

La otorrinolaringología, como otras especialidades, está en evolución permanente, se apoya de forma imprescindible y admite la influencia de la biología molecular, del conocimiento de la genética (y su manipulación mediante ordenador), posibilidad de trasplantes de órganos, y un largo etc., que

están actualizándose y dando a conocer cada día en los medios de difusión especializados, al tiempo que su conocimiento nos lo demanda la sociedad. De otro lado está el perfil social y demográfico junto a la educación de la población que incidirán en la morbilidad y mortalidad, exigiéndonos una asistencia más acorde con los tiempos.

Pero hay un hecho importante, comentado en la introducción sobre humanismo, y es que no debe perderse esa perspectiva de médico, de hombre que debe dedicarse a los demás.

Es oportuno recordar a Lyons / Petrucelli que en su Historia de la Medicina indican: «Muy pronto las ideas y las actividades de hoy serán juzgadas por los historiadores y los científicos del siglo XXI —esperemos que con cierta admiración, quizá con tolerancia, quizá con asombro. Pero no tenemos que avergonzarnos de que cada período se vea analizado por el que le sigue. Entramos en el futuro mirando hacia atrás, y sólo vemos el camino que se ha recorrido. Es necesario considerar la medicina actual como una mera transición entre el pasado y el futuro».

**Síntesis de nuestra labor al frente del Servicio de Otorrinolaringología**

#### *Nuestro Servicio*

En forma esquemática diré, que atendiendo a un protocolo de identificación de la labor asistencial del centro, trato de explicar los apartados que componen el proceder de nuestro servicio.

#### **I. Área estructural:**

Espacio físico:

- |                      |      |
|----------------------|------|
| a) N.º de camas      | 8/10 |
| b) N.º de consultas  | 4    |
| c) N.º de quirófanos | 1    |
| d) N.º de despachos  | 4    |

#### **1. Equipamiento médico y de apoyo administrativo:**

Escaso desde la creación del Centro hospitalario tanto en el ámbito de consulta como del arsenal de quirófano.

#### **2. Personal facultativo:**

Dos especialistas hasta 1979 y tres desde entonces. Se ha sumado otro cuarto desde hace un año para apoyo a las guardias y urgencias

#### **3. Necesidades:**

- Dotación de instrumentación y utillaje para la exploración vestibular (videonistagmógrafo, Potenciales evocados, etc.), Endoscopia, videocámara quirúrgica, etc.
- Administrativo de consulta
- ATS para la exploración de apoyo a curas y de agudeza auditiva y/o vestibular.

#### **II. Área funcional:**

##### **1. Organización asistencial del servicio:**

- Distribución del personal facultativo:
  - Todos los facultativos pasan consulta externa.
  - La cirugía es en días alternos para dos de los facultativos excepto para el Jefe del Servicio que interviene todos los días de quirófano.
- Horario programado en consultas externas, hospitalización y cirugía. Las consultas se inician a las 9 horas hasta las 12,30 horas en que se empieza con los resultados
- Sistema de guardias:
  - Dos de los FEA se alternan en la labor de asistencia de guardias y urgencias localizados.
- Existencia de protocolos asistenciales. Existen unos protocolos presentados a la Junta Facultativa en los que se basa la cirugía del servicio.

e) Actividad asistencial. Diaria excepto los días de quirófano que sólo queda uno para las urgencias.

Visita diaria a ingresados en planta a primera hora de la mañana y antes de iniciar la consulta externa.

2. Actividades docentes, de investigación y publicaciones.

No hay que olvidar que cualquier actividad asistencial desarrollada permite la realización de una gran cantidad de actos docentes y de estudios de investigación.

- La docencia no debe estar dirigida sólo a los facultativos, sino a los diplomados en

enfermería así como a los/las Auxiliares colaboradores del servicio. Yo ampliaría, y es que debe hacerse extensión a todo el organigrama que compone la plantilla hospitalaria, pues cada uno tiene un cometido profesional, concienciando que su labor la efectúan en un ambiente hospitalario.

Se realizan de dos a tres Sesiones Clínicas por semana previas a los días de quirófano, y excepcionalmente alguna otra según casos clínicos.

Las publicaciones se hacen mediante los casos clínicos en Simposium o Congresos o bien se publica en Revistas Médicas, sobre todo en Seminario Médico del I.E.G.

b) Gabinete para cirugía del hueso temporal.

### 3. Sistema de evaluación:

a) Puede indicarse que se practica una autoevaluación mensual del facultativo que de alguna forma se comenta con el Jefe del Servicio.

b) Evaluación mensual de los MIR de Familia.

c) Evaluación y comentarios en sesión de la marcha del servicio

d) Índice de mortalidad: 0.

e) Índice de complicaciones intraoperatorias: 0.

f) Índice de complicaciones postoperatorias: 0/1.

g) Porcentaje de reintervenciones: 0,9%.

h) Índice de solicitud de histopatología mes: 25%.

i) Porcentaje de traslados a otros centros mes: 0.

j) Número de lista de espera de consulta externa: 15-20 días.

k) Porcentaje de lista quirúrgica: 60% (120 días).

l) Índice de absentismo laboral:  $0 \pm 1$  mensual.

### 4. Determinación de los estándares asistenciales:

Consulta externa:

a) N.º de primeras consultas/día: 15.

b) N.º de segundas consultas/día: 30.

c) Tiempo de las primeras: 20'.

d) Tiempo de las segundas: 15'.

e) Relación primeras/sucesivas:  $1/2 \pm$ .

f) Otras consultas: Personal del Centro así como Interconsultas.

### Hospitalización:

a) Estancia media (mensual) 1,61.

b) Índice de ocupación (%) (mensual): 32,22.

c) Índice de rotación (mensual): 6,20.

d) Tiempo de la primera visita: 5'.

e) Tiempo de las sucesivas: 5'.

f) Número de defunciones (anual): 0 (1 excepcional).

g) Número de Interconsultas: 3/día.

### Actividad quirúrgica:

a) Número de intervenciones quirúrgicas programadas (día/mes): 30/35 (Hubo algún tiempo en que la cirugía se hacía en dos quirófanos al mismo tiempo, por lo que se incrementó casi al doble).

b) Tipos de intervenciones mes:

• Grandes: 6

• Medianas: 12

• Pequeñas: 18

• Mínimas: 4

c) Rendimiento de quirófano (%)/mes: 72%.

d) N.º de intervenciones urgentes/mes: 5.

e) Otros: 5.

### Urgencias:

a) N.º de urgencias/mes: 20.

b) N.º de ingresos/mes: 6.

c) Otros: 4.

### III. Propuestas de objetivos y plan de necesidades para cada curso:

• Objetivos asistenciales. Sería interesante, además de necesario, precisar el área de influencia hospitalaria.

• Docentes. Autonomía suficiente y dotación mínima para el desarrollo del gabinete de investigación, así como ayudas para la asistencia a Cursos de Formación.

• Plan de inversiones. Si el servicio tuviese la dotación económica necesaria y autonomía mínima para sus necesidades, tengo la seguridad que se incrementaría tanto la eficacia como la eficiencia del trabajo.

• Recursos humanos. Siempre hemos tratado de suplir las necesidades de plantilla mediante la buena voluntad y esfuerzo para

llevar a término el trabajo sin que desde el exterior se conociese la deficiencia. Desde hace años se viene solicitando el incremento de la plantilla.

• **Material.** Este Servicio como el resto de las especialidades, carece de los medios técnicos más actuales, no obstante, y una vez más, la dedicación, el esfuerzo del equipo hace que nuestro servicio sea uno de los más requeridos para su asistencia.

En 25 años hemos podido ver la evolución de la especialidad en la faceta biomédica, cultural, técnica, social, etc. En la última decena de este siglo se ha observado el triunfo de la biología molecular y de DNA recombinante que han agilizado nuestra idea sobre los desórdenes genéticos (como dice el profesor Manuel Bueno), hecho que nos hace pensar que antes de tomar ciertas determinaciones en nuestra metodología, hemos de observar un conocimiento genético, sobre todo ante patologías que se repiten familiarmente, como se ha comentado en la gestación de la nueva O.R.L.

Sería ideal, y de hecho se va consiguiendo, obtener la identificación de los distintos genes responsables de los procesos que aparecen en determinados grupos. Este proceder está aun lejos de poder llevarlo a la práctica hospitalaria de forma sistemática, pero el camino es cada día más propicio, de hecho ya se podría contar con un «banco» de órganos bajo el empleo de la clonación. Desde hace años se sabe que la etiología multifactorial puede influir sobre la esfera O.R.L., así como la relación con ciertos factores de riesgo bien sistémicos bien por hábitos como el alcohol, el tabaco o las drogas, que inciden sobre el pronóstico y tratamiento.

No cabe duda que a lo largo de este cuarto de siglo, ha habido un incremento de participación de la juventud especialista, se ha prodigado el número de comunicaciones y de publicaciones. Los Cursos y los Congresos dan fe de este aumento de colaboración, hecho que antes de este periodo era muy deficiente. Pero al mismo tiempo, hay que reconocer, los jóvenes están mucho mejor preparados que los de antaño por diversas

circunstancias (medios, hospitales, etc.), que redundan en beneficio del participante, del servicio, del Centro, del país y sobre todo del paciente.

Estos 25 años ha sido un periodo en el que hemos asistido a la gran carrera que ha supuesto tanto la aparición y uso de los modernos antibióticos, de las terapéuticas antivirales, de la inmunoterapia, de la quimioterapia (cada vez más eficaz), de la radioterapia, del gran avance que supone el uso de los trasplantes de órganos, de la cirugía endoscópica, del uso del láser, etc., sin olvidar los grandes avances en las técnicas diagnósticas (cada día son más sofisticados) cuya base está en la informatización. Aparece un sinfín de procedimientos que, desde luego, incide y repercute económicamente, y en otras ocasiones rondar los límites de la ética y de la legalidad, pues no es raro que pueda existir un abuso en prescripciones (tal vez como defensa médica), que grava sobre el presupuesto y sobre la población sanitaria.

Han desaparecido (90%) las ideas de curaciones milagrosas o por curanderismo, así como el administrarse sustancias un tanto especiales o útiles para curar ciertas dolencias («dar de comer al gusano del oído»; el uso del ajo; la leche de una nodriza para el oído supurante, etc.).

Nuestra especialidad, como otras disciplinas, se hace preguntas que siempre acuden a nuestra mente: ¿Hasta cuando hemos de soportar la carga del SIDA? ¿Cómo solucionar los problemas de la reactivación de enfermedades que se creían erradicadas? Como dice Laín Entralgo (ya referido con anterioridad): ¿Cuáles serán las enfermedades del futuro? ¿Cuál será el futuro de la enfermedad? ¿Hemos de cambiar en nuestras actitudes ante la incógnita que se nos presenta? Son preguntas que, aun siendo reiterativas, nos hacen reflexionar sobre el porvenir.

Con respecto a la O.R.L. su futuro será paralelo al de otras disciplinas basadas (como se ha mencionado) en ese sofisticado estudio mediante la genética y la informática, que hará que la terapéutica cambie en pro-

cedimiento, técnica y aplicación, sin olvidar la influencia de los grandes perfiles socio-demográficos (del hombre) que exigirán un cambio en la estrategia. Será el triunfo de la sociomedicina.

*Reflexiones en torno a nuestra experiencia*

Quiero seguir el prodigioso ejemplo que la vida me da,  
y ser como la tierra, dura y fértil,  
como el claro y risueño manantial,  
como el árbol de sombra bienhechora,  
como el rubio y dulcísimo panal.  
Quiero vibrar en todo lo que vibra,  
a un tiempo trabajar, sufrir y amar.  
Amo el color cambiante de los cielos,  
el ímpetu bravío de la mar  
y desprecio la charca, que, estancada,  
se pudre y se convierte en lodazal.

(Aspiraciones, CASTILLO SALVADOS)

Hemos conseguido hacer una recopilación de las consultas externas desde septiembre de 1974 hasta el mismo mes de 1999, sumando 74,179 (Gráfica 1).

Respecto al proceder recogido en nuestra casuística, tenemos:

- Amigdalectomías: 682.
- Vegetaciones adenoideas: 2,373 (Gráfica 2).

La otoscopia dejó paso a la otomicroscopia y ya está evolucionando o está dando paso a la endoscopia óptica e incluso la cirugía asistida por ordenador.

Respecto a la timpanoplastia ha sido importante, y esto se deduce de la experiencia, que además de tener la preparación adecuada y elegir el tipo de estrategia, vía de acceso, tipo de injerto, anestesia, etc., tiene una gran dependencia el estado tanto somático como psicológico del paciente.

La verdad es que el pronóstico es difícil de aventurar en la cirugía radical y más en la técnica cerrada, siendo la reconstrucción de la pared posterior la que nos ha dado mayores satisfacciones a pesar de la radicalidad previa. Otro hecho es el reconocer que el material utilizado empleando los oscúlos conservados, nos fue mejor que con los heteroinjertos.

Un problema aun difícil de solucionar en nuestras manos es el derivado de las reci-

divas colesteatomatosas. Pero también es verdad que en la mayoría de los casos hemos obtenido comprensión por parte de los pacientes, ya que les exponemos las estadísticas de otros autores, pero no puede soslayarse que las dudas pueden aparecer en los casos de recidivas repetidas en el mismo enfermo a pesar de la radicalidad de la técnica.

Año	Consultas
1974	420
1975	1.429
1976	2.857
1977	2.986
1978	3.232
1979	2.265
1980	1.325
1981	1.781
1982	1.558
1983	1.484
1984	1.470
1985	1.567
1986	1.523
1987	1.652
1988	1.984
1989	2.011
1990	2.700
1991	4.272
1992	4.205
1993	4.639
1994	4.027
1995	4.170
1996	3.592
1997	5.170
1988	6.230
1999	4.720
TOTALES	74.179

Gráfica 1.—Consultas.

Aquí se recoge la asistencia desde septiembre de 1994 (por ello hay menos consultas), hasta septiembre de 1999 (evidentemente faltan tres meses).



Amígdalas	Adenoides
2	19
8	44
10	74
15	93
16	99
20	119
27	173
24	154
112	197
85	170
70	168
50	102
60	114
30	130
14	118
15	124
17	118
6	120
11	114
15	167
11	92
11	80
19	94
14	88
9	75
11	27
682	2.873

Gráfica 2.—Cirugía de la amígdala y adenoides.

La reproducción más frecuente se ha obtenido en los colesteatomas congénitos; en los de conducto externo y marco tímpanal estrechos; en los de mala o difícil visualización del receso tímpanico; en las reinfecciones de origen tubárico; en los casos de poca higiene, en los casos concomitantes de rinosinusopatías frecuentes, etc. (más o menos en ese orden). Podríamos hacer referencia numérica a la cirugía del oído:

- Timpanoplastias 845
- Miringoplastias 211

- Estapedectomías 240
- Cirugía del vértigo 24
- Drenajes transtimpánicos 661 (Gráfica 3).

Resultados de las Miringoplastias: Gráfica 4.

Es de suponer que el futuro de la cirugía que precisa de prótesis se encuentre en aquellas que puedan ser osteointegradas, lo cual facilitará la audición en aquellos procesos cuya funcionalidad transmeatal no sea la deseada.

De igual manera están evolucionando las audioprótesis externas siendo personalizadas y autoajustables y digitales.

Las fosas nasales y senos siempre fueron los grandes olvidados de nuestra especialidad. Con la incorporación de la endoscopia nasal, tanto como medio exploratorio como quirúrgico, el porcentaje de dudas clínicas y resultados quirúrgicos ha cambiado.

La mera exploración del espéculo nasal junto con la experiencia del especialista y radiología, eran los grandes apoyos que tenía el diagnóstico del órgano. Las fosas nasales, los cornetes, la válvula, los meatos y poco más, eran accesibles. El cornete medio nos «hablaba» permanentemente de la supuesta patología que podría haber en el interior del seno. Ahora con los medios indicados no sólo somos capaces de ver todo lo anterior sino que nos introducimos en los espacios ocultos hasta la rinofaringe, teniendo la oportunidad de adelantar un diagnóstico e incluso un pronóstico de lo observado. Cirugía que puede hacerse ambulatoriamente por lo que el coste del ingreso beneficia al paciente y al centro.

Por este medio se ha practicado la cirugía polipoidea, biopsias de rinofaringe y apertura del ostium antral. Al mismo tiempo que se ha puesto de manifiesto y localizado el saco lagrimal para las dacriocistorrinotomías. Todo ello plasmado por medio de videoimágenes, útiles para ayudantes y docencia en general.

Se ha podido constatar que en la evolución de estos 25 años, la cirugía radical o parcial de los senos ha disminuido, entre otras

Año	Timpanoplastia	Miringoplastia	Estapedectomía	C. vértigo	Dernaje
1974	3	1	0		1
1975	19	7	2		5
1976	18	6	2		5
1977	26	5	9		10
1978	28	7	8	1	15
1979	35	9	11	1	25
1980	46	10	13	2	41
1981	45	12	4	2	40
1982	31	13	6		15
1983	41	10	11	2	50
1984	11	3	1		5
1985	35	13	5	2	20
1986	44	18	12	3	15
1987	42	19	11	2	36
1988	64	10	18	2	81
1989	67	8	25	2	41
1990	53	16	24	2	54
1991	12	6	6	1	8
1992	21	11	10		20
1993	32	9	10	1	25
1994	20	2	8		8
1995	20	3	6		7
1996	31	2	11		35
1997	36	4	12		38
1998	31	3	8	1	22
1999	34	4	7		39
TOTAL	845	211	240	24	661

Gráfica 3.—Cirugía de oído

cosas por tener mejores diagnósticos radiólogos (TAC y RNM) y en segundo lugar por hacer cirugía conservadora endoscópica.

La endoscopia ha sido o ha marcado un hito en la exploración laríngea. No hemos eliminado el espejillo laríngeo de M. García, pues a veces su eficacia es manifiesta, pero la verdad es que con la nueva técnica, que magnifica la imagen, el diagnóstico «a priori» es más concluyente que antes. Se han podido diferenciar las parálisis laríngeas de tipo local y central, como infinidad de pro-

cesos que antes estaban «ocultos» a la visión indirecta.

En cuanto al número realizado de la zona nasal y paranasal:

- Nariz 1.578
- Senos 480 (Gráfica 5).

Endoscopias:

- Bronoscopias 139
- Esofagoscopias 111
- Endoscopia nasosinusal 238 (Gráfica 6).

La evolución en la cirugía oncológica, glandular y cuello en general, también ha sufrido cambios. Por un lado por haber desapare-

INJERTOS PRENDIDOS		FUNCIONALIDAD	G. AUDITIVA
1.ª intervención	68%	58%	<10 d.B.
2.ª intervención	70%	35%	<10 d.B.
3.ª intervención	45%	5%	<15 d.B.
		2%	>20 d.B.

Gráfica 4.—Resultados de la miringoplastia.

Año	Nariz	Senos
1974	5	2
1975	18	8
1976	40	12
1977	52	17
1978	55	18
1979	65	15
1980	96	18
1981	85	16
1982	57	29
1983	90	17
1984	116	6
1985	100	18
1986	99	18
1987	98	16
1988	54	46
1989	59	48
1990	60	20
1991	28	17
1992	50	28
1993	63	17
1994	48	13
1995	39	13
1996	68	14
1997	44	18
1998	32	21
1999	57	15
TOTALES	1.578	480

Gráfica 5.—Cirugía de nariz y senos.

Año	Broncos	Esofag.	Endo
1974	1	1	
1975	4	5	
1976	11	4	
1977	3	6	
1978	7	12	
1979	1	9	
1980	11	5	
1981	16	8	
1982	8	8	
1983	12	12	
1984	4	5	
1985	2		
1986	8		
1987	14	1	
1988	12	9	
1989	1	7	
1990	10	6	
1991	11	4	
1992	1	1	
1993			2
1994			12
1995			22
1996			35
1997			65
1998			54
1999			48
TOTALES	139	111	238
			488

Gráfica 6.—Endoscopia a partir de 1993.  
(La endoscopia se empezó a practicar a partir de 1993).

cido parte de la patología facial en beneficio de la cirugía Maxilofacial, y por otro lado por la cirugía infantil como especialidad (labio leporino, fisura palatina, etc.), así como la cirugía tiroidea (todo ello realizado en la época de patrocinio de la Diputación Provincial. Cambio obligado por la reestructuración de la Red Sanitaria del SAS). Se ha practicado cirugía parcial y radical de la laringe, del esófago cervical, de la lengua, del labio, pirámide nasal, pabellón auricular, etc., mediante la utilización de colgajos mioepidérmicos útiles para las plastias reparadoras, unos procedentes del frontal,

otros faciales, pero sobre todo deltopectorales.

La cirugía oncológica de la laringe la tenemos protocolizada dependiendo de las normas internacionales TNM, no forzando nunca las indicaciones de la parcialidad y funcionalidad, pues siempre hemos seguido (dependiendo del tipo de tumor) las premisas de respiración primero, deglución después y finalmente la fonación.

Nos hemos atendido a la determinación de las técnicas parciales con extremada visión de pronóstico y futuro. No obstante hemos practicado muchas más técnicas parciales en

Año	Microcirugía	Cuello	Traqueotomías	Glándulas
1974	4	2	2	0
1975	16	8	8	4
1976	30	12	11	5
1977	38	17	16	8
1978	40	18	17	9
1979	45	20	14	9
1980	67	32	10	15
1981	60	28	9	13
1982	37	29	15	5
1983	22	12	5	8
1984	25	10	6	6
1985	30	8	7	9
1986	41	14	5	6
1987	36	10	14	8
1988	42	11	17	10
1989	44	10	12	6
1990	42	20	21	11
1991	25	9	13	5
1992	40	12	11	7
1993	35	12	10	5
1994	28	13	14	7
1995	27	13	12	6
1996	46	20	7	7
1997	32	9	10	6
1998	31	13	14	4
1999	23	12	10	6
TOTALES	906	385	290	186

Gráfica 7

los últimos 15 años que en los diez primeros de nuestra andadura en el Centro Hospitalario «Princesa de España».

Entre las técnicas que se realizaron, la numeración global sería:

- Microcirugía 906
- Cuello 385
- Traqueotomías 290
- Glándulas 186 (Gráfica 7)

Pormenorizando los campos:

- Cervicotomías 40
- Laringes 294
- Tiroides 25
- Submaxilar 119
- Parótidas 42 (Gráfica 8)

• Cirugía de boca (neoplasias) 82

• Colgajos en cirugía reparadora oncológica 60

• Labios leporinos 10 (Gráfica 9)

Anestesia local:

- Variada 1.049 (Gráfica 10)
- En consulta 1.208
- Total 2.257

Cervicotomía .....	51
Laringe .....	304
Tiroides .....	34
Submaxilar .....	130
Parótida .....	52
Total cuello .....	571

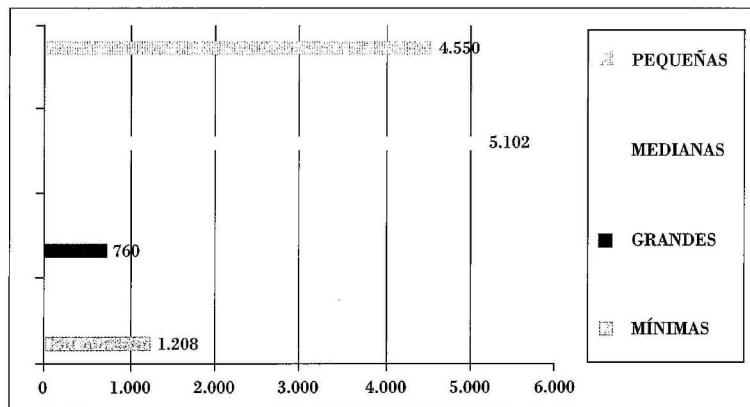
TÉCNICAS DE LARINGUECTOMÍA EMPLEADAS:

Hemilaringectomía subglótica .....	1
Vaciamiento subcondral (A. Vicent) ..	7
Hiotiroepiglotectomía .....	5
Parcial ertical transtiroidea (Tapia) ..	82
Horizontal parcial infravestibular ...	1
Parcial frontoanterior .....	22
Parcial Alonso Modificada .....	186
TOTAL .....	304

Gráfica 8.

En total, la cirugía que han necesitado anestesia ha sido 10.412, que sumada la local hace 12.669.

### Cirugía



Las intervenciones mínimas no están contabilizadas en quirófano por haberse realizado en consulta externa. Total intervenciones incluidas las mínimas, más anestesia local: 12.690.

Año	Boca	Colgajos	L. Leporino
1974	0		
1975	1		
1976	1		
1977	3	2	2
1978	3	1	
1979	4	2	1
1980	5	4	2
1981	4	2	
1982	4	2	
1983	2	4	
1984	6	6	1
1985	2		
1986	6	5	2
1987	3	2	1
1988	1		
1989	2	4	1
1990	3	3	
1991	1	1	
1992	2	1	
1993	8	5	
1994	2	1	
1995	2	2	
1996	4	3	
1997	3	2	
1998	4	3	
1999	6	5	
<b>TOTALES</b>	<b>82</b>	<b>60</b>	<b>10</b>

Gráfica 9.—Cirugía general.

**Relación mantenida con entidades y sociedades médicas**

- Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial (SEORL y PCF).
- Sociedad andaluza de Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial (SORLA y PCF).
- Sociedad Nacional de Otoneuro-Oftalmología.
- Sociedad Nacional de Cirugía Máxilo-Facial.

Año	A. local
1974	12
1975	21
1976	32
1977	50
1978	53
1979	48
1980	50
1981	44
1982	28
1983	25
1984	34
1985	38
1986	49
1987	39
1988	51
1989	43
1990	58
1991	44
1992	54
1993	42
1994	26
1995	55
1996	38
1997	46
1998	46
1999	23
<b>TOTAL</b>	<b>1.049</b>

Gráfica 10.—Cirugía local.

En el transcurso de este tiempo, y debido a mi cargo en el Centro «Princesa de España», he tenido la ocasión de ser Profesor de la Escuela de Enfermería; en 1982 ser elegido Presidente del Colegio Oficial de Médicos de nuestra provincia; miembro de la Junta directiva de la Sociedad Andaluza (me corresponde la organización del XXI Congreso de la misma, fecha octubre del año 2000); Redactor Jefe de la Revista Seminario Médico desde 1992. Y tengo el honor de ser Consejero Numerario del Instituto de Estudios Giennenses.

Desde que me hice cargo del servicio de otorrinolaringología, este servicio ha sido

Ponente

1975: *Microscopía Quirúrgica en O.R.L.* Mesa Redonda. Centro Hospitalario «Princesa de España». Jaén.

1976:

—II Simposium Nacional de Oto-laringología. Dr. Profesor Babé Delgado. Alicante.  
—I Jornadas de Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial. C.H.P.E. Jaén.

—*Cáncer de laringe*. Mesa Redonda. Ciudad Sanitaria «Virgen de las Nieves». Director Dr. Esteban Lasala. Granada.

1977: II Jornadas de Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial C.H.P.E. *Vértigo*, Jaén.

1978: *Parálisis Laríngeas*. Cátedra de Otorrinolaringología Universidad Complutense. Profesor Poch Viñals, de Madrid.

1979:

—*Granuloma Eosinófilo de mastoides*. XIII Congreso de O.R.L. y P.C.F. de la Sociedad Andaluza de O.R.L.

—*Epidermolisis faríngea*. XIII Congreso de O.R.L. y P.C.F. S.A.O.R.L. Jaén.

—*Parálisis nerviosa de la laringe*. XIII Congreso de la S.A.O.R.L. Jaén.  
1980:

—*Melanoma de fosas nasales*. IV Jornadas de O.R.L. y P.C.F. Centro Hospitalario «Princesa de España».

—*Tumores mixtos de parótida*. IV Jornadas de O.R.L. y P.C.F. Centro Hospitalario «Princesa de España».

1982:

—Moderador de las V Jornadas de O.R.L. y P.C.F. Centro Hospitalario «Princesa de España».

—*Evolución de la microcirugía laríngea en el cáncer de laringe en los últimos 5 años*. III Simposium Internacional de O.R.L. Director Profesor Babé Delgado. Alicante.

1983:

—*Cirugía endoral en los tumores de boca*. I Seminario Oncológico de Cabeza y Cuello. Homenaje al Dr. López Heredia. Director Dr. Antonio Muñoz Cariñanos. Sevilla.



Visita de los Presidentes de Colegios Médicos a S.M. el Rey D. Juan Carlos I.

–Fracasos en el tratamiento de los tumores del seno piriforme. VI Jornadas de O.R.L. y P.C.F. Centro Hospitalario «Princesa de España».

1984:

–Hemiglosectomía pelvictomía con mandibulectomía en el Cáncer de lengua. XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. Oviedo.

–Faringolaringectomía total con reconstrucción con colgajos Deltopectorales. XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. Oviedo.

1985:

–Urgencias Faringolaríngicas. I Curso de Urgencias Craneofaciales. Centro Hospitalario «Princesa de España».

–Complicaciones nasosinusales. I Curso de Urgencias Craneofaciales. C.H.P.E. Jaén.

–Dolor odontógeno. I Curso de Urgencias Craneofaciales. C.H.P.E. Jaén.

1986: Complicaciones de la Sinusitis. VII Jornadas de Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial. Jaén.

1987:

–Fisiopatología del laberinto Posterior. Mesa Redonda. Colegio Universitario de Jaén.

–Cirugía de los colgajos mioepidérmicos en la esfera Craneo-Facial. II Curso de Urgencias Craneofaciales. C.H.P.E. Jaén.

–Colesteatoma. Colaborador en la Ponencia Oficial de la Sociedad Española de Otorrinolaringología. Madrid.

1988:

–Cáncer de Laringe. Colaborador en la Ponencia Oficial de la Sociedad Andaluza de O.R.L. Huelva.

–Cirugía Nasofacial mediante colgajos. XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial. Pamplona.

–Quistes gigantes del suelo de boca. XIII Congreso Nacional de la S.E.O.R.L. Pamplona.

–Reconstrucción maxilar mediante prótesis metálicas y colgajo deltopectoral. XIII

Congreso Nacional de la S.E.O.R.L. Pamplona.

–Tumor de mejilla y colgajo frontal vía transigomática. XIII Congreso Nacional de la S.E.O.R.L. Pamplona.

1990:

–Tumores de los senos paranasales. «Encuentro en Granada» Cirugía Maxilofacial»

–Displasia ectodérmica hipohidróica. Reunión de la Sociedad Andaluza de O.R.L. Puerto de Santa María.

–Tratamiento de las Sinusitis crónicas con CIPROFLOXACIONO. Mesa redonda. Andorra.

–Reconstrucción de labio a partir de colgajo deltopectoral. XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. Santander.

–Colgajo retroauricular para cubrir brecha quirúrgica en el cáncer de pabellón. XIV Congreso Nacional de la S.E.O.R. Santander.

–Colesteatoma de seno maxilar. XIV Congreso de la S.E.O.R.L. Santander.

–Cirugía otológica y de laringe. Moderador Mesa Redonda. C.S. «Virgen de las Nieves». Director Dr. Esteban Lasala. Granada.

–Otitis y Sinusitis. Mesa Redonda Infecciones de oído y aparato respiratorio inferior. H. Condestable. Jaén.

–Rinitis alérgica. Mesa Redonda de Alergia. Condestable Jaén.

1992:

–Úlceras. Mesa Redonda. Moderador. Centro Hospitalario «Princesa de España». Febrero. Jaén.

–Trastornos del equilibrio. Mesa Redonda. Centro Hospitalario «Princesa de España». Noviembre. Jaén.

–Psicoprofilaxis. Moderador de Mesa Redonda de Enfermería. Mayo.

1993: Tumores de Cabeza y Cuello. Mesa Redonda. Centro Hospitalario «Princesa de España». Mayo. Jaén.

1995:

–Cirugía endoscópica nasosinusal. Instituto de Estudios Giennenses. Simposium de Actualización en Terapéutica. Mayo.

Contestación al discurso de Ingreso como Consejero del Dr. Sillero en el Instituto de Estudios Giennenses.



–*Estado actual de la cirugía endoscópica de los senos y vías lagrimales*. Real Academia de Medicina de la Universidad de Granada.

1996: *Prebivértigo*. Simposium de Actualizaciones en Terapéutica del Instituto de Estudios Giennenses. Mayo. Jaén.

1997:

–*El Ronquido y la apnea del sueño*. Mesa Redonda Radiofónica de Onda Cero. Jaén. Febrero.

–*Prebivértigo, últimas revisiones*. Torredongimeno. Mayo.

–*Enfermedad de Wegener*. Congreso de la Sociedad Andaluza de O.R.L. (Ponencia Compartida con la Dra. Leonor Uceda). Junio.

1998:

–*Cirugía endoscópica de las fosas nasales y senos*. Curso de Microcirugía endolaríngea para Enfermería. Enero.

–*La Voz como órgano social*. C.H.P.E. Enero. Ruido como agente pernicioso en el trabajo. Sede de la Delegación Provincial de Salud. Jaén. Febrero.

–*Trastornos del equilibrio en la senectud*. Colegio Oficial de Médicos. Marzo.

–*Rinopatía alérgica*. Andújar. Abril.

–*La clonidina ayuda al control de la hemorragia en la cirugía de oído*. (Póster del Congreso Nacional de SEORL. Las Palmas. Octubre.

–*Caso especial de epistaxis*. (Póster en colaboración con la Dra. Leonor Uceda). Congreso nacional de la SEORL. Las Palmas. Octubre.

–*Mirando al enfermo*. Moderador de la Mesa Redonda en el XXV aniversario del Hospital «Princesa de España». Octubre. Jaén.

Durante las décadas de 1980 hasta la actualidad he dictado las siguientes Conferencias

1982:

–*El tabaco en otorrinolaringología*. Colegio de EGB y BUP de la ciudad de Andújar.

–*El Mareo*. Centro Cultural de Úbeda.

1985: *Acción y efectos del humo del tabaco*. Sede de la Cruz Roja. Jaén.

1986:

–*El Mareo en la práctica Médica*. Centro de Asistencia Primaria de Andújar.

–*Disfonía y Ronquera*. Centro Hospitalario «Princesa de España» Jaén.

1987:

–*Disfonía*. Clínica de «Puerta de Hierro». Madrid.

–*Tabaco y Drogodependencia*. Salón de Actos Castillejo de la Caja de Ahorros de Córdoba. Jaén.

–*Adenopatías cervicales*. C.H.P.E. Octubre. Jaén.

–*Ageusia y anosmia*. C.H.P.E. Noviembre. Jaén.

1988:

–*Acúfenos*. C.H.P.E. Jaén.

–*Etmoiditis*. C.H.P.E. Jaén.

–*Urgencias en Otorrinolaringología*. Temas para Diplomados en Enfermería. C.H.P.E. Jaén.

1989:

–*Traumatismo Acústico*. C.H.P.E. Jaén.

–*Tumores benignos de la cavidad oral*. Jaén.

–*Aferencias y eferencias de la mucosa nasal*. Jaén.

–*Patología inflamatoria de la rinofaringe o cavum*. C.H.P.E. Jaén.

1990:

–*Tratamiento oncológico de los tumores nasosinusales*. C.H.P.E. Jaén.

–*Urgencias en las vías respiratorias*. Enseñanza Médica Continuada: Linares, Bailen y Andújar.

–*Acción y efectos del humo del tabaco*. Sesión de Drogodependencia. Martos.

–*Aspectos sociales y médicos del sordo*. Asociación de Sordomudos de Jaén.

–*Causas del cáncer de laringe*. Asociación Provincial de Laringectomizados. Cruz Roja Española. Jaén.

–*Infecciones en Otorrinolaringología*. Curso de Sesiones Clínicas del Centro de Asistencia Primaria: Federico del Castillo. Jaén.

1991:

–*Reflujo Gastro Esofágico*. Centro Hospitalario «Princesa de España». Febrero. Jaén.  
 –*Traumatismo acústico en el ambiente laboral*. Abril. Centro de Higiene y Seguridad en el Trabajo. Sede de Jaén.  
 –*Otitis y Sinusitis*. Octubre. Centro de Asistencia Primaria de Motril (Granada).  
 –*El Tabaco*. Centro Cultural de Alcaudete. Noviembre.  
 –*Traumatismo acústico*. Diciembre. Alcaudete.  
 1992:  
 –*Fisiopatología del Anillo de Waldeyer*. Jaén.  
 –*Otitis y Sinusitis, estado actual*. Abril. Colegio Oficial de Médicos de Jaén.  
 –*Acción y efectos del ruido*. Junio. Jaén.  
 1993: *Infecciones en el Anillo linfático de Waldeyer*. Marzo. Santisteban del Puerto. Jaén.  
 1994: *Fisiopatología de la otitis media y Sinusitis agudas*. Andújar.  
 1995:  
 –*Inmunología de la amígdala*. Martos.  
 –*Fisiopatología nasosinusal*. Torredonjimeno, Mancha Real y Úbeda.  
 1996:  
 –*Infecciones de las vías respiratorias altas*. Febrero. Orcera (Jaén).  
 –*Inmunología del anillo linfático de Waldeyer*. Jaén.  
 –*Tabaco y Adolescencia*. Colegio «Alto Castillo» de Jaén.  
 –*Estado Vegetativo Persistente*. Colegio «Alto Castillo» de Jaén.  
 –*La Ronquera y sus consecuencias*. Sede Cruz Roja Española. Congreso Regional Andaluz de Laringectomizados.  
 –*La Voz y sus alteraciones*. Reunión organizada por el Departamento de Ciencias de La Salud de la Universidad de Jaén. Noviembre.  
 1997:  
 –*Vértigo Senil*. Mayo. Martos.  
 –*Enfermedad de Wegener*. Octubre. Jaén.  
 –*Diferencias entre el Presbivértigo primario y secundario*. Torredonjimeno.

1988:

–*La Endoscopia y microcirugía*. Tema de divulgación para postgraduados, enfermería y MIR. CHPE Jaén.  
 –*Anatomofisiología de la laringe*. LA VOZ. Enero. CHPE Jaén.  
 –*Enfermedades laborales en la esfera otorrinolaringológica*. Dirigido a Enfermería de Empresa. Delegación Provincial de Salud. Jaén.  
 –*Rinopatía alérgica*. Centro de Salud. Asistencia Primaria. Andújar. 16 abril.  
 –*Otitis externas difusas. Otitis de nadador*. Instituto de Estudios Giennenses para Médicos de Asistencia Primaria. 14 julio.  
 –*Otitis externa y medias*. Centro de Salud «Federico del Castillo», junio. Jaén.  
 –*Patología infecciosa del oído*. Centro de Salud «El Valle». Junio.  
 1999:  
 –*Farmacología en O.R.L.* Cooperativa Farmacéutica de Jaén (enero 1999).  
 –*El Ruido como agente lesivo en la Sociedad* (mayo 1999). Hospital de San Juan de Dios. Jaén.  
 –*Urgencias y emergencias en Otorrinolaringología* (septiembre 1999). Universidad de Jaén.

#### Publicaciones

1973:

Título: «Otro caso de laringectomía supraglótica y enfermedad endocrina». *Revista Española y Americana de O.R.L.* Dr. García-Tapia.

1976:

1. Título: «El Laberinto Posterior». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España»*.
2. Título: «Microcirugía y Microlaringoscopia en el diagnóstico del Cáncer de laringe». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España»*.
3. Título: «Estenosis Laringotraqueales». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España»*.

1977:

1. Título: «Síndrome del Agujero Rasgado Posterior». (Compartido con el Dr. Sillero) *Revista Informativa Medicoterapéutica RIMT. Bayer.*
2. Título: «Atresia de fosas nasales». *Revista Informativa Medicoterapéutica Bayer.*
3. Título: «Vértigo». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*

1978:

Título: «Microscopía en el Cáncer de la rínge». *Revista Informativa Medicoterapéutica Bayer.*

1979:

1. Título: «Fisiopatología nasosinusal». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*
2. Título: «Parálisis laríngea. Caso clínico». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*
3. Título: «Carcinoma de cavum. Caso clínico». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*
4. Título: «Complicaciones en la Patología de O.R.L. habitual». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*

1980:

1. Título: «Neurinoma del Nervio Neumogástrico (X par)». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*
2. Título: «La sordera». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*
3. Título: «Sarcoidosis cervical». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*
4. Título: «Ototoxicosis». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*
5. Título: «Adenitis cervicales y su problemática». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*
6. Título: «Granuloma eosinófilo de mastoides». *Seminario Médico del Instituto de Estudios Giennenses.*

1981:

1. Título: «Patología fundamental no tumoral de la laringe». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*

2. Título: «Otosclerosis y traumatismo acústico tras estapedectomía». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*
3. Título: «Melanoma maligno de fosas nasales. Caso clínico». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*

1982:

1. Título: «Cuerpos extraños en las vías aerodigestivas superiores. Actitud terapéutica». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*
2. Título: «Amigdalitis específicas e inespecíficas. Comentarios a casos clínicos». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*
3. Título: «Reconstrucción faringoesofágica. Caso clínico». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*

1983:

1. Título: «El Oído supurante». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*
2. Título: «Osteoma Gigante del seno frontal». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*
3. Título: «Neoplasias malignas de la cavidad oral». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*
4. Título: «Libertad y Profesión». *Periódico Jaén.*

1984:

1. Título: «Faringolaringectomía total circular con Vaciamiento Cervical Ganglionar Funcional Bilateral». *Revista de la Sociedad española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico facial.*
2. Título: «Hemiglosectomía pelvictomía con mandibulectomía». *Revista Española de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico facial.*

1985:

1. Título: «Neuralgias de origen odontógeno». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*
2. Título: «Complicaciones nasosinuales». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*
3. Título: «Urgencias Faringolaríngeas». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España».*

1986:

1. Título: «Cirugía de los colgajos mioepidérmicos en la esfera Craneo-Facial». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España»*.
2. Título: «Disfonía y ronquera». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España»*.

1987:

1. Título: «Adenopatías cervicales». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España»*.
2. Título: «Ageusia y anosmia». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España»*.

1988:

1. Título: «Acúfenos». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España»*.



Jornadas de O.R.L. 1983.

- 72
2. Título: «Etmoiditis». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España»*.

1989:

1. Título: «Traumatismo acústico». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España»*.
2. Título: «Tumores benignos de la cavidad oral». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España»*.
3. Título: «Aferencias y eferencias de la mucosa nasal». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España»*.
4. Título: «Patología inflamatoria de la rinofaringe o cavum». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España»*.

1990:

1. Título: «Sordera brusca». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España»*.

2. Título: «Tratamiento oncológico de los senos paranasales». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España»*.

1991:

- Título: «Reflujo Gastro Esofágico en Otorrinolaringología». *Anales del Centro Hospitalario «Princesa de España»*.

1994:

- Título: «Cirugía endoscópica nasosinusal». *Seminario Médico del Instituto de Estudios Giennenses*.

1995:

1. Título: «Deterioro Auditivo Inducido por Ruido (DAIR)». *Seminario Médico del Instituto de Estudios Giennenses*.

2. Título: *Estudio de 250 casos de Trauma Acústico en la provincia de Jaén*.

1996:

- Título: «Presbivértigo». *Seminario Médico del Instituto de Estudios Giennenses*.

1997:

1. Título: «Enfermedad de Wegener». *Seminario Médico*.

2. Título: «Libertad en Medicina». *Seminario Médico*.

1998:

1. Título: «La aportación Médica en la Historia del Instituto de Estudios Giennenses». *Boletín. Segundo Seminario «Manuel Caballero Venzalá»*. Marzo.

2. Título: «Epistaxis de origen malformativo». *Seminario Médico*.

3. Título: *Experiencias con la CLONIDINA en la Cirugía del oído*. Póster presentado en el Congreso de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial. Octubre Las Palmas de Gran Canaria.

4. Título: *Otros tipos de EPISTAXIS*. Póster presentado en el Congreso de la SEORL en Gran Canaria. Octubre.

1999:

- Título: *La sociedad del ruido*. Simposium sobre Avances en Medicina. Instituto de Estudios Giennenses. Mayo.

Durante estos 25 años se han realizado los siguientes congresos

1975:

- Mesa redonda en homenaje al Dr. Segovia: *Actualidades en cancerología*.



Jornadas de Vértigo: José A. Rosell, Prof. Navarro, Prof. Poch Viñals, Dr. Comas, Dr. Sillero Fernández de Cañete.

1976:

I Jornadas Nacionales de Otorrino-Laringología y Patología Cérvico Facial. Jaén: «Cancerología Oro-faríngeo-laríngea».

1977:

II Jornadas Nacionales de Otorrino-Laringología y Patología Cérvico Facial. Jaén: «Trastornos del equilibrio».

1978:

III Jornadas Nacionales de Otorrino-Laringología y Patología Cérvico Facial. Jaén: «Sesiones de Patología oncológica de la nariz, senos y labios».

1979:

Secretario de la XIII Asamblea de la Sociedad Andaluza de O.R.L. celebrada en Jaén

1980:

IV Jornadas Nacionales de Otorrino-Laringología y Patología Cérvico Facial. Jaén: «Patología Inflamatoria, Infecciosa y Tumoral de las Cavidades orofaríngeas».

1982:

V Jornadas Nacionales de Otorrino-Laringología y Patología Cérvico Facial. Jaén: «Tratamiento actual de la Patología del oído medio e interno».

1993:

VI Jornadas Nacionales de Otorrino-Laringología y Patología Cérvico Facial. Jaén:

«Fracasos en la terapéutica oncológica en O.R.L.» (C).

*Organización de los Cursos de Enseñanza Médica continuada en la provincia en la etapa de la Presidencia del Colegio de Médicos.*

Creación del Primer Boletín Informativo del Colegio Oficial de Médicos de Jaén.

1984:

Mesa Redonda sobre Vértigo. (D).

1985:

—Curso de Urgencias Cráneo Faciales.

—Curso de Anatomofisiología y práctica O.R.L. para postgraduados.

1986

VII Jornadas Nacionales de Otorrino-Laringología y Patología Cérvico Facial. Jaén: «Complicaciones en las infecciones nasosinusales».

VIII Jornadas Nacionales de Otorrino-Laringología y Patología Cérvico Facial. Jaén: «Vértigo». Colegio Universitario.

—Curso de Actualidades en Medicina Hospitalaria.

1988:

IX Jornadas Nacionales de Otorrino-Laringología y Patología Cérvico Facial. Jaén: «Parálisis facial».

1990:

X Jornadas Nacionales de Otorrino-Laringología y Patología Cérvico Facial. Jaén: «La Otorrinolaringología y las enfermedades sistémicas».

1992:

XI Jornadas Nacionales de Otorrino-Laringología y Patología Cérvico Facial. Jaén: «Curso sobre Patología Oncológica de Cabeza y Cuello».

1998:

A) XII Jornadas Nacionales de Otorrino-Laringología y Patología Cérvico Facial. Jaén: «Curso de microcirugía y endoscopia para postgraduados y Diplomados en Enfermería».

B) Moderador de la Mesa Redonde 25 aniversario de la inauguración del Centro Hospitalario «Princesa de España».

Es de destacar la facilidad que hemos encontrado en la Dirección del centro, facilitándonos la oportunidad de asistir y colaborar en los Congresos, Simposios, Jornadas que pudieran ponernos al día sobre la evolución de nuestra especialidad o paraotorrinolaringológica, cirugía Maxilofacial, cirugía reparadora, etc., por toda la geografía española y en el extranjero. Entre los extranjeros: Oporto. Profesor Do Santos; Colonia. Infecciones por Gramm negativos. Bayer. Leverkussen. Alemania; Implantantes

Cocleares. PR, Barr. Lacklan, San Antonio Texas. EE.UU.; Munich, Hospital Universitario. Profesor Kastenbauer. Alemania; Copenhagen, Implantantes Auditivos. Centro de Audioprotesis de Oticon. Dinamarca; Oslo. Nuevas tecnologías sobre Prótesis Auditivas. Noruega; Vértigo. Oporto, Portugal

#### Trabajos de videomedia

4. Osteoma frontal. Carcinoma lingual. Cíndroma de seno maxilar. Rinoseptoplastia. Microlaringoscopia y microcirugía endolaringea. Injertos miocutáneos. Microcirugía de oído. Glosectomías. Mandibulectomías. Cáncer de lengua. Sustitución mediante colgajo frontal.

*Colaborador en los Simposium de Actualización en Terapéutica del Instituto de Estudios Giennenses*

-1995: «Cirugía endoscópica nasosinusal y lacrimal».

-1996: «Vértigo en el Anciano. Presbivértigo».

-1999: « La Sociedad del Ruido».

#### Epílogo

«El conocimiento de la historia, como dice LAÍN, ofrece integridad del saber, dignidad moral, claridad intelectual, libertad de la

74



Jornadas sobre Infecciones: J. A. Rosell, Prof. Montserrat, Prof. Maños, Prof. Trassera.

mente y cierta opción en la originalidad, hecho aplicable a cualquier especialidad». Hemos evitado a propósito, las citas de las técnicas más actuales pues múltiples son los procedimientos que aparecen a diario, que, por sus variantes y modificaciones, desbordarían la idea de este tema.

No obstante, sí conviene recordar que la Otorrinolaringología es una especialidad que por su amplitud en procesos distintos, es, tal vez, una disciplina que precisa de bastante tiempo para su conocimiento, pues aun estando ubicada su patología en el recinto cefálico y cervical, no por ello sus procesos serán fáciles, concretos y reducidos. Es interesante traer a nuestras páginas la Introducción que hace el Profesor Cañizo Fernández Roldán en una Monografía reciente de la Historia de la Otorrinolaringología, en la que a su vez hace una cita de Sánchez Albornoz: «quien quiera inteligentemente preparar el mañana debe mirar hacia la Historia e interrogarla». Con esta

sugerente cita, y a propósito, he pretendido fundir en estas páginas la intimidad que existe entre el humanismo; la especialización y la práctica exigida para el tratamiento de las enfermedades de la esfera otorrinolaringológica y, como es preceptivo, un somero recuerdo que he podido obtener de la especialidad en nuestra provincia y de nuestro servicio.

Finalmente, termino, desearía disculparme por la extensión de este trabajo, con una frase recogida por Laín del Archivo Nacional de Washington: «What is past is prologue»: Lo que es pasado es prólogo. El prólogo de un futuro en el cual los médicos seguirán siendo eficaces agentes de la esperanza terrenal del hombre. ◀

---

J. A. Rosell Antón, *Jefe del Servicio de O.R.L. del Centro Hospitalario «Princesa de España»*

---

---

**Bibliografía**

---

1. ACOSTA MADEIRO, C., y ROUX MARTÍNEZ, E.: «Médico y Sociedad», *Monografía BEECHAM*, 2.ª ed. 1989.
2. ALBARRACIN TEULÓN, A.: *Historia de la Enfermedad*. SANED, 1987. Madrid.
3. *Anuario de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial*. 1999.
4. *Anuario Médico de España*. Ed. Apolo, 1927.
5. ARRIBAS, M. Ángel: *Mito y Leyenda del estornudo*. Ed. DRAFT Promoción de Mercados, S.A. Monografía de OMEGA, 1995.
6. ARRIBAS, M. Ángel: *Crónica histórica de la Otitis*. LILLY Ed. Nagasys, 1996. Madrid.
7. CALBET CAMARASA, José M.ª: *Aportación del Galenismo*: Monografía FHER.
8. CRESPO, Pedro: *Paracelso «Una nueva Medicina»*, Ed. Antibióticos, S.A.
9. BBECHAM MONOGRAFÍA: *Legislación Hospitalaria*, 1982.
10. BIALANCIONI, Guglielmo: *Manual di Oto-Rino-Laringoiatria*, volumen III, Ditta Carlo Colombo. Roma, 1930.
11. BOTEY: *Tratado de Oto-Rino-Laringología*. Ed. Salvat, 1914.
12. CALZADA, José M.ª: «Los Neurocirujanos», *Leguas*, núm. 120-1986. Ed. Gráficas Gispert. Esplugas, Barcelona.
13. DEL CAÑIZO FERNÁNDEZ ROLDÁN, A.: *Historia de la Otorrinolaringología Española (1850-1950)*. Ed. International Marketing/Communications, S.A., 1997. Madrid.
14. GARCÍA IBÁÑEZ, E.: *Tecnopatías del Músico*. Ed. Arizta, 1996.
15. GARCÍA TAPIA, A.: «Manuel García, Su influencia en la laringología y en el arte del canto». Ed. facsímil, núm. 97.
16. GUSEZ: *La práctica Otorrinolaringológica*. Ed. Virgili, 1905. Barcelona.
17. *Historia y vida*. Extra 56. Médicos y enfermos. El arte de curar. 1990.
18. HOECHST-MARION-ROUSSEL: *Cura de la piedra y dolor de la sjada o/y cólica renal*. Gutiérrez Julián. Facsímil incunable de 1498. M.R.A., Creación y Realización Editorial, S.L.
19. LYONS/PETRUCELLI: *Historia de la Medicina*, Ed. Doyma, 1984.
20. LAÍN ENTRALGO, P.: *Historia Universal de la Medicina*. Ed. Salvat, 1972.
21. LAÍN ENTRALGO, P.: *Historia de la Medicina*. Ed. Salvat, 1982.
22. LANDERLAND, SAE Laboratorios: *Historia de la Medicina*, fascículos II, III, IV y V, 1966-67.
23. MINUTOS MENARINI, Febrero 1988, Ed. Menarini, S.A.
24. MORACHE, MC.: *Tratado de Higiene Militar*. Ed. Carlos Bailly-Bailliere, 1888.
25. ROOSEBOOM, María: *Microscopium Comunicación*, núm. 95. Impreso y editado en Layden, 1956.
26. *Segunda Reunión Nacional de Médicos Escritores*. E. Belgas, S.L., 1975. Bilbao.
27. SOUBIRAN, A. y DE KERNEY, Jean: «Le Journal de la Medicine» (*El Diario de la Medicina*), Ed. Luis de Caralt Emograph, S.A., 1963. Barcelona.
28. ÚRIACH FUNDACIÓN: *150 años de Investigación y Futuro*. Gráficas Clarión, S.A., 1988.