Entre los documentos de este período hay uno que desearíamos contase muchos otros semejantes. Se trata de una esquela encabezada por una cruz, y con dirección manuscrita debajo de aquélla: «Al Sr. Dn. Ignacio Santponts», «convidando a la abertura de Estudios del Real Colegio de Cirugía de esta Ciudad», donde debía leer el discurso inaugural el Profesor don Domingo Vidal. Debajo de las líneas impresas de la invitación figuran otras manuscritas y encabezadas con las cifras del año 1788, diciendo luego textualmente: «Nota: Que oí la oración, y en mi vida he oído discurso más ofensivo, y denigrativo para los Médicos, y todo su nervio se dirigió a hacer ver que éstos eran poco importantes, que apenas tenían lugar en las historias; que aquellos que no eran buenos para Cirujanos se ponían a Médicos, etc. Esta oración no puede olvidarse en lo succesivo. Sanponts.»

De tan original documento se deduce claramente que seguía aún en Barcelona la enconada rivalidad entre médicos y cirujanos que poco más o menos reinaba en todas partes; quien haya leído las inmortales cartas de Guy Patin y recuerde las invectivas y sarcasmos lanzados a cada paso contra los cirujanos de París y de su época, tendrá idea de lo que podían ser aquellas luchas fratricidas. Hoy día que la dignidad de la ciencia quirúrgica se afirma tan brillantemente, apenas se comprende que pudiera discutirse su importancia, ya que se la relegaba a un lugar secundario y aun inferior. En los archivos municipales de nuestra ciudad y en sus documentos de Gremios, se ven siempre juntos los cirujanos y barberos, lo que indica el concepto en que se tenía la práctica quirúrgica. Se comprende que al instituirse aquí un Colegio de Cirugía, ya que los estudios médicos se hacían, como es sabido, en Cervera, tomase cuerpo la antigua enemistad entre las dos ramas del arte de curar de Hipócrates, que concebía con más latitud y elevación de criterio que sus lejanos sucesores la igualdad perfecta de aquéllas.

Sin duda que ninguno de los asuntos pertinentes a esta Academia daría más tema a sus historiadores que el de los locales que ha ocupado. En los primeros tiempos de su fundación reuníanse los socios amigablemente, unos en casa de otros, y así, que el domicilio del Señor Sanponts sirvió de local social, hasta que, sintiéndose la necesidad de hallarse en casa propia, se solicitó en 1789, del señor Conde de Floridablanca, un permiso para establecerse en el Real Palacio de la Inquisición. En un documento de 1790, firmado por el doctor Bonells en Madrid y dirigido a su amigo Sanponts de ésta, se habla ya como concedida de la Sala de dicho Palacio, pero recordando ciertas dificultades para que aquélla tuviese estado definitivo. Se trataba en suma, de recabar para la Academia el derecho a no ser despojada del local que tan precariamente se le concediera, a pesar de que una carta-orden del Rey, dirigida al Gobernador de Barcelona, y que daba posesión a nuestros antecesores de la referida Sala. Anteriormente a toda esta enojosa tramitación se había solicitado ya del Ayuntamiento de esta capital una dependencia vacante para celebrar sus juntas, a lo cual se accedió provisionalmente, designando una que se hallaba vacante y especificando bien claramente que debía la Academia desalojarla cuando la necesitase de nuevo el Ayuntamiento, lo cual tuvo lugar, por cierto, obligando a los Académicos a solicitar albergue en el referido Palacio. Los tanteos a que se entregaron nuestros dignos antecesores antes de exponer su modesta pretensión al Cuerpo municipal, fueron largos en extremo y aun no les libraron de toda suerte de vejaciones. Así los ediles, antes de acceder a contestar siquiera a la petición de la Academia, decidieron consultar a la Junta de Sanidad. No se hubieran tomado ni podían tomarse más precauciones para admitir a enfermos de peste.

Sesión del 23 de Febrero de 1918

PRESIDENCIA: DOCTOR MARTÍNEZ VARGAS

Tratamiento del cáncer laríngeo por la intubación radífera

POR EL DOCTOR R. BOTEY

Sabido es de todos vosotros que la mayoría de pacientes afectos de cáncer laríngeo no permiten que se les opere de laringectomía total y ni aun de tirotomía o de hemilaringectomía. Dejan pasar la oportunidad de una intervención salvadora, consultan médicos y especialistas, siguiendo variados tratamientos; hasta que finalmente fallecen por asfixia, efecto de la estenosis laríngea, por inedia, a causa de la odinfagia, o por caquexia, consecutivamente a la intoxicación neoplásica.

Sabéis también que el cáncer de la matriz se presta como ninguno al tratamiento por el *radium*, por la facilidad de introducción y de fijación de este poderoso agente sobre el cuello uterino o en el interior del conducto cervical, por durante horas o días.

En cambio, el tratamiento endo-laríngeo del cáncer a beneficio del radio aplicado directamente sobre el mal resulta imposible. Previa anestesia local con una fuerte solución de cocaína, se consigue tan sólo la permanencia del radio en el interior de la laringe por escasos minutos. La sensibilidad y el reflejismo de la mucosa, unidos a lo imprescindible de su permeabilidad para la respiración, impiden una aplicación prolongada.

Siendo, pues, para el interior de la laringe prácticamente insoluble el problema, se aplica el radio por fuera, utilizando filtros de plomo que interceptan los rayos *Alfa* y *Beta*, poco penetrantes, permitiendo el paso de los que obran a la profundidad de 6, 7 y hasta 9 centímetros, llamados *gamma*.



Fig. 1

Tubo de Botey para la intubación radífera.

Mas estos últimos rayos representan tan sólo el 1 % o todo lo más el 2 % escaso de la totalidad de los utilizados, y como no alcanzan así más que cantidades exiguas, donde hace falta, aun echando mano de fuertes dosis de radio, no se consiguen más que resultados mediocres, o nulos, pudiendo ser en algunos casos contraproducentes.

Para poder aplicar directamente el radio, durante el tiempo suficiente, en el interior de la laringe, no existe más que un camino, no hay más que un medio: la introducción del radio en la laringe a beneficio del entubamiento, lo que yo llamo la *intubación radífera*.

Creo haber sido el primero, modestia aparte, en aplicar el radio a beneficio de este expediente, con traqueotomía y también sin ella. Sobre este particular os hablé ya incidentalmente de ello en mayo de 1917, a propósito de la comunicación del doctor don Alvaro Esquerdo, sobre el «Tratamiento del cáncer uterino por las aplicaciones de *radium*.»

La intubación radífera puede efectuarse sin traqueotomía o con traqueotomía, según respire o no el enfermo ampliamente por la laringe.

Si se trata de un *cáncer adelantado* con estenosis laríngea que obliga a la traqueotomía y el enfermo rehusa la operación radical, introduzco este tubo (fig. 1), de punta cónica cerrada, con el auxilio de esta pinza (fig. 2). El tubo lleva en su interior un tubito de Dominici, conteniendo de 2 a 5 centigramos de sulfato de radio puro.

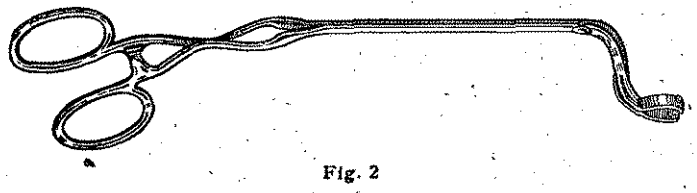


Fig. 2

Pinza para la intubación

Para evitar la expulsión del tubo, lo fijo inferiormente por un bramante, desde el pico agujereado a la cánula fenestrada que veis (fig. 3). Para ello, insinúo por la abertura externa de la cánula y luego por la ventana del dorso de la misma, en dirección a la laringe, un tallo flexible de metal blando, que pasando (fig. 4) por la laringe y la faringe, sale por la boca, siendo entonces atada al ojal del extremo de este tallo la hebra de seda del pico del tubo. Estirando después el tallo flexible, sigue el hilo, que arrastra el tubo hacia la laringe, el cual es en seguida metido en la laringe con la pinza, atando el extremo inferior del hilo al pabellón de la cánula.

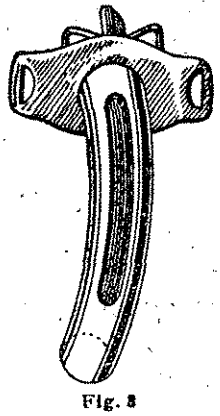


Fig. 3

Cánula fenestrada para la intubación radífera, primer modelo.

En mi primer modelo, la cánula interna estaba fenestrada al modo de la externa, lo que hacía imposible la extracción de la primera para su limpieza, puesto que en estos casos de cáncer laríngeo las secreciones moco-purulentas ensucian tan pronto el interior de la cánula interna, que a las pocas horas la llegan a obstruir, dificultando la respiración del enfermo. Además, por la ventana

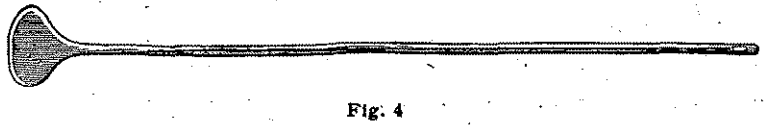


Fig. 4

Tallo de metal flexible para fijar el tubo radífero sobre la cánula

de la cánula penetran mamelones carnosos y porciones de neoplasma que la semi-ocluyen y que al quitar la cánula para substituirla por la ordinaria, arrancan, dando lugar a hemorragias (fig. 3).

Mi nueva cánula interna, en vez de amplia ventana, posee una fisura longitudinal que permite el paso del hilo de sujeción, hilo que al concluir el enchufe de la cánula interna, queda sujeto al nivel del pabellón si se le insinúa en la curva que junto a él forma la fisura (fig. 5, 3). Además, cerrando esta cánula la ventana de la externa las granulaciones no pueden penetrar en el interior de la cánula interna.

Puédese ejecutar la intubación radífera sin sujeción inferior; pero creo preferible fijar el tubo a la cánula, porque el enfermo pudiera desintubarse durante nuestra ausencia. Hay pacientes, en efecto, en los que la intubación resulta fácil; el tubo penetra bien y se sostiene admirablemente en el interior de la laringe; pero en cambio, existen enfermos, cuyo cáncer ha estenosado y desviado el eje de la laringe, haciendo difícil la penetración del tubo, el cual se mantiene oblicuado y se sale con facilidad, por un movimiento del cuello, un golpe de tos o un reflejo nauseoso.

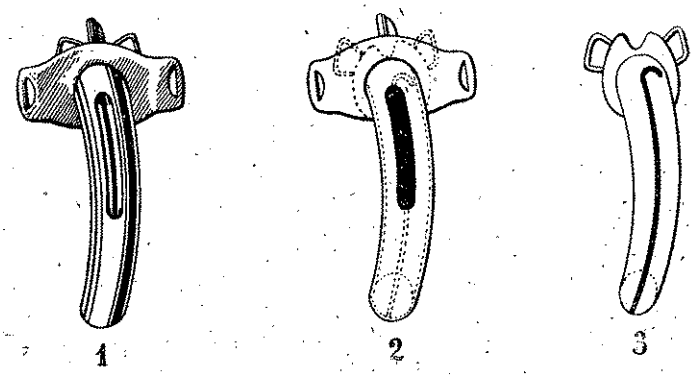


Fig. 5

Segundo modelo de la cánula de Botey para la intubación radífera. 1. Entera. 2. Cánula externa. 3 Cánula interna.

Efectúo la intubación radífera de tres maneras distintas, según los casos y circunstancias:

Al modo de la intubación en el niño por el tacto, el índice izquierdo tras la epiglotis y el tubo prendido a la pinza cogida con la mano derecha, como lo efectúan los pediatras. Al estilo de los laringólogos, con el espejillo gutural, cogido el tubo como un instrumento laríngeo, cuando la distancia de los dientes a la entrada de la laringe es grande, no alcanzando la punta del dedo izquierdo la entrada de la laringe, cosa, en mi sentir, frecuente en los adultos, pues en ellos aun forzando la mano y hundiendo una comisura no se logra meter este dedo en el vestíbulo laríngeo. Por último, en algunos enfermos basta apretar, con un robusto depresor, la base de la lengua para que surja tras ella el borde superior de la epiglotis; no hay más entonces que meter el tubo tras este opérculo.

Todas estas maniobras las efectúo, previa anestesia local, a beneficio de toques de solución de cocaína al décimo en la faringe y principalmente en el interior de la laringe. Además, cada tubo lleva

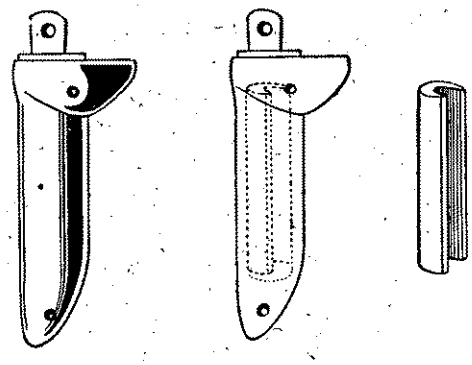


Fig. 6

Tubo de intubación radífera de Botey, con filtro de plomo.

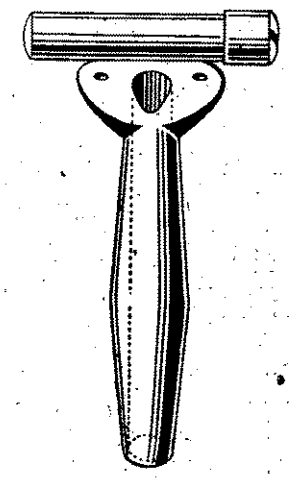


Fig. 7

Tubo de intubación radífera para el cáncer epiglótico y aritenoideo.

prendido a su cabeza un fiador que se pega a la mejilla o viene atado a un tapón de corcho, el cual por su volumen no puede ser tragado en caso de que se soltara o se deglutiera el tubo.

Si el *cáncer es unilateral* y, existiendo poca luz en la laringe, temo que con las aplicaciones de *radium* disminuya la permeabilidad de la laringe a causa de la reacción consiguiente, dificultando la respiración, anticipo la traqueotomía que más tarde debería ejecutarse, para evitar la asfixia, y meto un tubo de mayor calibre, este que os muestro (fig. 6), que contiene en su interior un filtro de plomo de 2 a 4 m/m de grueso, en forma de media caña, desplazable alrededor del tubito conteniendo el radio,

con lo cual es posible localizar y orientar la acción del radio en un sentido determinado, preservando uno u otro lado de la laringe de la acción de los rayos poco penetrantes que la inflamarían considerablemente.

Si el enfermo respira ampliamente por la laringe, y esto sucede cuando el cáncer se encuentra localizado en la entrada de la laringe o una banda o cuerda vocal, intubo sin traqueotomía.

Así, en el *cáncer epiglótico o aritenoideo*, en el cual, aun estando bastante desarrollado, la laringe es bien permeable, practico la intubación radífera a beneficio de un tubo más largo, abierto por sus dos extremos y por donde respira el enfermo. Este tubo posee atravesado en su cabeza un tubito para el radio (fig. 7.)

Cuando el cáncer está localizado en una *banda ventricular* o en una *cuerda vocal*, cosa muy frecuente esta última, y que por la ronquera que se origina da precozmente la voz de alarma; como tampoco existe la menor estenosis laríngea, introduzco estos tubos que veis, y que poseen en una de sus paredes un hueco para el radio (fig. 8.). Excuso deciros que estos tubos permiten al enfermo respirar por su interior de modo suficiente.

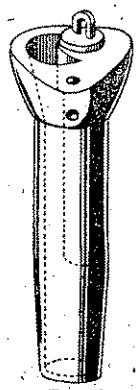


Fig. 8
Tubo de Botey para la intubación radífera permitiendo la respiración por él.

En cuanto al tiempo de permanencia de los tubos radíferos en el interior de la laringe, varía según los casos y las circunstancias. Al principio, y en vista del escaso resultado obtenido con las aplicaciones de radio en el cáncer lingual, del carrillo, labio, del paladar y de la faringe, quise prolongar el tiempo de aplicación en el interior de la laringe, tanto más cuanto las sesiones repetidas son penosas. Así dejaba el radio puesto 24 horas, 36 y hasta, alguna vez, 48 horas consecutivas. Conseguí así en dos casos graves la desaparición de todas las proliferaciones malignas, quedando la laringe limpia, con resurrección de las cuerdas, bandas y epiglotis, enterradas bajo el tejido canceroso. La mucosa laríngea pareció normal o poco menos, y la voz, antes apagada, resurgió bien timbrada. Creí, con gran sorpresa, en una curación milagrosa, quedando asombrado de los espléndidos efectos curativos conseguidos con el radio. Pero a los 2 ó 3 meses la voz se enronqueció de nuevo, sobrevino la tumefacción generalizada de la laringe, y el enfermo, finalmente, antes de un año estaba peor que antes.

En estos enfermos, con estas aplicaciones habituales endolaríngeas de 24 horas, si bien conseguía la disminución acentuada de la neoformación neoplásica, en cambio, a pesar del filtraje plúmbico, se inflamaba con violencia la mucosa laríngea, infiltrándose de edema duro los aritenoides, repliegues ari-epiglóticos y la propia epiglotis en su base. Y era que la laringe es un órgano muy sensible que se irrita extraordinariamente con las aplicaciones de radio prolongadas. En la actualidad, este tiempo de permanencia endolaríngea del radio lo he reducido a 6, 12 y como máximo 15 horas seguidas, según los casos, prefiriendo reiterar las sesiones, aunque con ello moleste al paciente. Este tiempo de permanencia hágolo principalmente breve, o sea de 3 a 6 horas, cuando intubo sin traqueotomía, por temor a que al aparecer la reacción inflamatoria no sobrevenga una estenosis laríngea que me fuerce a traqueotomizar.

En cuanto a la cantidad de radio, empleo tubos de Dominici conteniendo de 2 a 5 centigramos de sulfato de radio puro, o sea doy como dosis total de 6 centigramos-hora a 75 centigramos-hora.

Las sesiones las repito cada 2, 3, 4 ó 6 semanas, según la dosis empleada, las circunstancias del caso y el resultado obtenido.

Hay que admitir que el radio mata la célula neoplásica, la cual, después de un período de latencia variable, se hipertrofia monstruosamente, se disgrega y funde finalmente por citolisis, siendo los residuos absorbidos por fagocitosis y por último, el estroma activado e hiperplasiado, penetra los elementos degenerados dislocados, transformándose en tejido cicatricial.

Si el radio pudiese obrar con la debida intensidad en todos los rincones del tumor laríngeo, el problema de su curación estaría resuelto. Pero si la energía radioactiva es deficiente, y esto acontece en los sitios profundos del neoplasma, el radio excita la multiplicación de las células cancerosas, las cuales crean la recidiva. He ahí, señores, el punto negro, negrísimo, de las aplicaciones locales del radio en el cáncer laríngeo.

Llevo vistos, en efecto, como no ha mucho os decía, enfermos de cáncer laríngeo, cuyo neoplasma, efecto del radio, desapareció casi totalmente; pero a los pocos meses sobrevenía, por desdicha, la terrible recidiva, que obligaba a nuevas aplicaciones, que no conseguían más que un resultado parcial, originándose inflamaciones difusas y finalmente la caquexia.

En otros enfermos, estos efectos disolventes del radio eran menos evidentes; el neoplasma maligno disminuía de volumen, después de haberse abultado por la infiltración inflamatoria; permanecía ulcerado, aunque empequeñecido, pero no acababa de desaparecer. En semejantes casos se trataba de neoplasmas epiteliomáticos pavimentosos estratificados, sobre los cuales el radio obra con menor energía que sobre los tejidos menos diferenciados, como el embrionario, el mixomatoso, el vascular, etc., cuya

reacción electiva, o en otros términos, cuyos elementos constitutivos ofrecen una sensibilidad, una receptividad, una resistencia menor.

Unicamente puedo deciros, en honor de la sinceridad, que en dos casos de cáncer laríngeo localizado en un cuerda sin propagación profunda, he conseguido resultados al parecer satisfactorios, logrando la reabsorción del tumor por durante varios meses. Y digo al parecer porque en ninguno de estos casos ha transcurrido más de un año; persiste una retracción cicatricial atrófica en uno de ellos desde hace diez meses, pero no es imposible que sobrevenga la recidiva.

Y es que, señores, la realidad clínica me ha mostrado que las agudizaciones del neoplasma maligno, las proliferaciones difusas a mayor profundidad, las invasiones ganglionares, las metástasis y las recidivas son más frecuentes con el radio que después de la operación radical.

A pesar de todo, creo que el radio por intubación constituye, después de la cirugía, el más poderoso medio de curación del cáncer laríngeo. Pero creo también que este portentoso agente es difícil de manejar y de dosificar, pudiendo ser causa de reacciones vivas un tanto peligrosas.

Con lo dicho creo que basta por hoy. Propóngome más tarde hablaros de nuevo de este asunto de modo más extenso, cuando el tiempo se haya encargado de decidir del verdadero valor del radio en la terapéutica del cáncer laríngeo.

Sobre el tratamiento de las Epistaxis

POR EL DOCTOR R. BOTEY

Quiero hablaros ahora de un asunto vulgar, conocido de todos vosotros; refiérome a la más frecuente de las hemorragias llamadas espontáneas, a la epistaxis.

Nadie de vosotros ignora que los medios de que disponemos para combatir una hemorragia nasal no son siempre cómodos, fáciles y de espléndidos resultados.

Por más que sobre este particular cada maestrito tenga su librito, es lo cierto que existen casos sencillos y casos rebeldes que obligan a sufrimientos y penalidades por parte del enfermo y del médico, durante varios días.

Si bien la causa de las epistaxis es, como todos sabéis, a menudo general, en la práctica no debemos preocuparnos de ella más que en segundo término. Lo que importa de momento es hacer cesar la pérdida sanguínea, para ver luego despacio si conseguimos evitar la reaparición de la hemorragia.

Debemos, pues, prescindir de la patogenia, modo de pensar excelente para las hemoptisis, las hematemesis, las enterorragias y demás hemorragias inaccesibles, para no olvidar que se trata de una región perfectamente alcanzable con la vista y los instrumentos; en otros términos, hace falta recordar que la epistaxis es una hemorragia quirúrgica.

Sabemos los rinólogos, por percatarnos luego de ello, que cuando hay epistaxis el punto de salida de la sangre es el *septum* nasal, en su extremo ántero-inferior, donde se halla la célebre mancha vascular, sitio de capilares en forma de plexo, procedentes de la rama interna de la arteria esfeno-palatina, y de cuyas ramitas inferiores surge la arteriola de Kiesselback o de la epistaxis. Este sitio ofrece pequeñas dilataciones varicosas y descamaciones con costritas que al saltar rompen estos vasos.

Después de haber observado centenares de epistaxis, me ha parecido notar que la hemorragia era grave cuando surgía la sangre de las márgenes de la mancha vascular, donde abocan las ramitas de la esfeno-palatina; siendo la rinorragia gravísima por lo formidable, si una de estas mismas ramas era la que sangraba.

¿Mas por qué la epistaxis se localiza en el extremo ántero-inferior del *septum*? Aparte de la adherencia de la pituitaria, que impide que los vasos se retraigan, hallándose como incrustados sobre el cartílago; aparte de que el *septum* se halla expuesto a traumatismos, que favorecidos por la dureza del plano subyacente facilitan la ruptura vascular, creo que las epistaxis tienen origen en la mancha vascular porque existe allí una encrucijada de vasos arteriales terminales de las diferentes ramitas de la esfeno-palatina, de las arterias etmoidales, de las palatinas superior y anterior y de la del subtabique, procedente de la facial. Siendo, pues, este sitio el punto de encuentro de los sistemas de la carótida in-