

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LA COMUNITAT VALENCIANA

8 de Julio de 2014

ACTO DE HOMENAJE AL PROF. D. BENJAMÍN NARBONA ARNAU (90 años)

ACADÉMICO DE HONOR

Introducción al Acto. Salutación autoridades y asistentes.

Cuando *pragmatismo y teórica* confluyen en el cirujano, éste personifica la figura del *cirujano-profesor-maestro* en el sentido más amplio, es decir, transmite la personalidad de un estilo profesional que marca la trayectoria del magisterio científico, en simbiosis con sus colaboradores (*sus discípulos*) en el extenso proceso asistencial quirúrgico, inseparable del docente, del investigador y del gestor clínico. Virtudes éstas, de excelencia, que siempre han caracterizado y definido la dimensión intelectual a nuestro homenajeado maestro, del que, como decía Eugenio D'Ors: *del maestro se pueden aprender cosas que el libro no enseñará jamás.*

El Prof. Narbona es, de siempre, un Cirujano Torácico y General, aunque las nuevas, y no tan nuevas generaciones de cirujanos, solo le relacionen con la Cirugía del Aparato Digestivo, en la que, indudablemente, también ha desarrollado una permanente y sustancial actividad desde sus primeras publicaciones. Pero es la cirugía Torácica en su amplia y clásica dimensión (Cardíaca y Vasular “central”, la Pulmonar y la Pared Torácica), junto con la Vasular Periférica y la Oncológica (Mama, Endocrino y Aparato Digestivo) el amplio espectro al que dedica una precoz, especial e intensa actividad, motivo de los *numerosos desarrollos e innovaciones técnicas* que le caracterizan y convierten en uno de cirujanos pioneros de mayor reputación científica de la Comunidad Valenciana, de España y del “mundo quirúrgico” durante más de 45 años (1952 – 1996), siempre desde su perpetua “casa profesional”, también la nuestra: El H. Provincial, H. General y hoy, Consorcio HGUUV.

Su personalidad científica, demostrada y aplaudida en multitud de conferencias, reuniones y congresos dentro y fuera de España, aglutina extensos conocimientos médico-biológicos y humanísticos; una extraordinaria capacidad de trabajo que sabe combinar con una

magnífica e inusual habilidad técnico-quirúrgica (p.e. mitrales < $\frac{3}{4}$ h, o VGP en < 30', como demuestran sus vídeos sin interrupciones); pero es su profundo y ágil pensamiento intuitivo el que le conduce a “*aplicar la intuición para la invención; y la rigurosidad para la demostración*” (como Arquímedes sentenciaba hace más de 2000 años), y “*a medir lo que sea medible; y lo que no, hacerlo medible*” (sentenciado por Galileo Galilei, hace 500 años).

Y ACABO: Como discípulos, hemos intentado, con dificultad, seleccionar y sintetizar para este Acto algunos de los aspectos relevantes de su extenso currículum (*en el que prima y brilla la calidad frente a la cantidad*), y que les expondremos en estas 3 breves sinopsis: **S. CURRICULAR** (Dr. OLAVARRIETA), **S. TECNICO-PROFESIONAL** (Dr. DAVILA) y una **S. MÉRITO-PRESIDENCIAL-PERSONAL** (Dr. ZARAGOZA).

Lo hacemos, pues, en representación de todos sus discípulos y de su siempre fiel “enfermería”: los aquí presentes, los que están pero su calidad de vida no les ha permitido acompañarle, y de los “*inolvidables*” que ya no están entre nosotros.

A Don Benjamín. A ustedes, muy estimadas autoridades e ilustres panelistas, y a todos los colegas, amigos y asistentes a este Acto: Gracias.

BREVE SINOPSIS TÉCNICO-PROFESIONAL

(Dr. David Dávila Dorta)

Me ha tocado el relato sucinto de la figura técnico-profesional del Prof. Narbona. Les adelanto que, aún con gran esfuerzo imaginativo de traslación en el tiempo a las décadas de los años 50's y 60's, (yo inicié la especialidad con él en 1970), me es difícil comprender (y lo digo con cierto conocimiento de causa), cómo en el Hospital Provincial de la Beneficencia (en Guillén de Castro, con el Prof Gascó, Dres. Fdo. Carbonell, Malboissón, Gil Noverques, etc.) y en el nuevo H. Provincial en la Avda. del Cid desde 1962 con su nuevo equipo; durante su primera quincena profesional, con unos medios técnicos limitados y otros semiobsoletos; unas subvenciones entre limitadas y negadas; una reducida biblioteca; unos medios de comunicación ("correos") con las conocidas demoras, y unos medios de transporte y carreteras aún en desarrollo en esa época, nada comparables a los de la década posterior: Pese a esas dificultades para los profesionales, -y muchas más-, el joven Dr. Narbona, supo y pudo introducirse, conocer y desarrollar la cirugía general "científico-técnica" de aquel momento ya emergente en US, UK, Alemania y Francia, de la que les hablaré a continuación de forma breve.

Permítanme esta pequeña, entra tantas anécdotas: Viajaban desde Valencia hasta Alemania en **su** Renault 4-4, los Dres. Narbona, Elarre y Malboissón (tallas:1,76, 1,84 y 1,92, respectivamente) muy entusiasmados en aquel utilitario de apenas (3.6x1.4x1.4 m), 21 cv y 90 km/h v. max. a la que solo se acercaban, ¡en las bajadas!...nos relataba con nostalgia, el Dr. Elarre.

Y sin más prolegómenos... al grano...

EN LA CIRUGIA CARDIOPULMONAR

1951-1952: Realiza las primeras Resecciones Pulmonares. La primera Lobectomía Pulmonar y las primeras resecciones de esófago en la C.V.

1954: Inicia la cirugía de la válvula mitral a corazón cerrado, (“cielo cerrado”), con un instrumento de diseño propio para la comisurotomía dígito-instrumental: la Palanca de Narbona. Instrumento ubicado en el museo de historia de cir cardiovascular en un gran Hospital en Cincinnati, y en el Col. Med. de Valencia.

1958: Realiza la primera operación a corazón abierto en España: Una Trilogía de Fallot bajo hipotermia. (*Meses después lo haría Gregorio Rábago en La Concepción Madrid, bajo circulación extracorpórea*).

1961: Introdujo procedimientos de cirugía a corazón parado, e inició la implantación miocárdica de la arteria mamaria interna para revascularizar el miocardio isquémico: Operación de Vineberg. *Un año después, René Favaloro la realizaría en la Cleveland Clinic EUA.*

Casi simultáneamente introdujo las técnicas endoscópicas bronquiales en la C.V.

1969: Realiza la primera implantación de los primitivos marcapasos (Abrahams) en la C. V. Y entre los pioneros en España, con sus colaboradores Dres. Sancho-Fornos y Fdez. Centeno. Éste, a su vez inició y desarrolló la implantación de marcapasos con estimulación tipo AAI con sonda auricular para tratar la enfermedad del Seno.

También inició el empleo del “Fleje o barra retroesternal” de Abrahams para corregir el Pectus excavatum. Además, trajo y utilizó las grapas de Judet para fijar las fracturas costales.

Y continúa hasta mediados de los 70 con la Cirugía cardíaca a corazón abierto con Circulación extracorpórea en comisurotomías, reemplazos valvulares y cardiopatías congénitas.

EN LA CIRUGÍA VASCULAR

Capdevila (Oviedo), Sobregrau, Sala Planell, Vidal Barraquer (Barna), Paradero del Bosque, Jimenez Cossio, (Madrid)= unidades vasculares frente a servicios toraco-cardio-vasculares como el de Ramiro Rivera (Serv.Cardiovascular), o Servicios de Cirugía General, como el nuestro y algunos otros en España), del que emanó a principios de los 80's la sección de Cirugía Vascular.

1964: Cirugía de aneurisma abdominal

1965: Cirugía de troncos supraaorticos y carótida

1968: Desarrolla la vía retroperitoneal para endarterectomías y by passes del sector ilio-femoral

1972: Inicia el control flujométrico intraoperatorio (Flow-meter) durante la cirugía arterial reconstructiva del sector aorto-ilio-femoral, para el control de efectividad de la revascularización del miembro.

EN LA CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

1961 Realiza la Anastomosis Porto-Cava bajo hipotermia y publica su experiencia acumulada en Megaesófago: Desde la habitual miotomía de Heller a la necesaria y poco frecuente resección del esófago seguida de coloplastia al cuello.

1964: Desarrolla técnicas personales e innovadoras en la cirugía del reflujo gastroesofágico: la técnica original de la Cardiogastropexia con el ligamento redondo estructura anatómica desconocida en la literatura para esta solución técnica. *(Rampal (Francia) lo haría más tarde en la Gaceta de Lyon, desconocida en hemerotecas, colocando de forma "antifisiológica"-en lazo y no en cabestrillo- el ligamento, lo que originaba disfagias "lógicas" y cayó en desuso. Un cirujano catalán publicó la "técnica de Narbona", colocando el ligamento como Rampal: no supo ni leer ni copiar el esquema técnico de Narbona conocido y*

publicado dentro y fuera de España en numerosas ocasiones, y por ello, dicho autor cosechó, obviamente, malos resultados como era de esperar.

Primera publicación: Nueva tecnica antirreflujo (pexia lig. redondo) 1964 (1590 casos) (1ª publ. Med de España Nov 1966)

Ultimas publicaciones: En los Capítulos de **Hernia-3ªed (Sling approach...)** de **Nyhus** Philadelphia Lippincot **1989** p 668-82 y en Surg.of Esoph.Stomach &Small Int (**The Narbona Sling Repair of GER**) **Wastell, Nyhus, Donahue** Boston, Little Brown &C.**1994** 196-207.

1964: Desarrolla, trabajando conjuntamente con el Dr. Chuliá, los estudios manométricos esofágicos en la Comunidad Valenciana y entre los primeros en España.

Junto con el Dr Chuliá y la Dra. Tomé desarrollan y aplican los estudios del Quimismo gástrico (basal, histamina, insulina y pentagastrina) en el pre y postoperatorios de la cirugía gástrica, actualizando los aún poco avanzados criterios químico-clínicos establecidos de vagotomía incompleta. Por los años 90 ya superaban los 2 millares de pacientes explorados.

1965: Aplica la Pexia con el ligamento redondo como técnica antirreflujo en el Megaesófago postmiotomía de Heller.

1966: Inicia el cierre anterior del hiato frénico (Collis) como adyuvante a ciertas operaciones antirreflujo, y con estudios manométricos intra y postoperatorios demuestra la análoga efectividad sobre el EEI, al cierre posterior del hiato frénico.

1966: Ensaya los primeros marcapasos fundugástricos para la recuperación peristáltica postoperatoria.

También ingenia y desarrolla un sistema muy simple y efectivo de “drenoaspiración” intraoperatoria para evacuar el contenido líquido y membranoso-vesicular del quiste hidatídico hepático. *Aplicado en varios centenares de casos: tubo de goma y bisturí del 11 que le atraviesa en sentido longitudinal, aplicándolo sobre la periquística.*

Y populariza el empleo del Drenaje Transcístico como intervención mínima eficaz en la cirugía de la litiasis biliar, frente al establecido por “norma”, tubo en T de Kehr.

1968: Introduce, modifica y populariza en España, en Europa y EUA la Gastroplastia de Tomoda, (U. Fukuoka): un montaje, conceptualmente, más fisiológico-en mi opinión el más-, tras la gastrectomía total o casi total, y en el que sustituye la anastomosis clásica de Braun al pié por una anastomosis en β (beta) de Nakayama (Komei Nakayama, U. Chiba)

1970: Inicia los estudios “**intraoperatorios**” del comportamiento fisiológico y patológico del Esfínter Esofágico Inferior en pacientes sin y con reflujo gastroesofágico, mediante tracciones progresivas del esófago abdominal, concluyendo que el esfínter “no es “débil”, sino “debilitado” y por tanto, “rehabilitable” con determinadas técnicas antirreflujo: Desarrolla y populariza la hipótesis del esfínter de tracción-malla- en “tubo blando” que pronto demuestra de forma objetiva (Stelzner, Narbona 1965, Liebermann).

Aprovechando estos estudios aportó otros, también importantes que mejoran la interpretación de las características físico-presivas del Esfínter Esofágico Inferior integrando los parámetro de la presión mínima, máxima (pico presivo) y la longitud del esfínter, en el “**Área presiva**” ; fundamento gráfico de un “área bajo curva”-mm a mm- que discrimina y aproxima aún más a la realidad fisiopatológica de la respuesta del Esfínter Esofágico Inferior.

1970: Pionero en España de la VGP (Andrup en Copenhague y Johnston en Leeds, feb 1969) para la curación de la úlcera de duodeno, y posteriormente empleada en la gástrica, en VIII-1970(1340 casos). Y, junto con Charlo Dupont del H. V. Del Rocío de Sevilla, suman la mayor serie personal estudiada en Europa y EUA.

1970: Introduce y realiza la Gastroplastia de Collis por vía abdominal (+Pexia lig redondo) en el esófago corto (braquiesófagos y endobraquiesófagos de la nomenclatura clásica).

1971: Introduce y desarrolla en España (primero en Europa y EUA) el control pHmétrico gástrico mediante electrodo oro-gástrico intraoperatorio durante la VGP, para conseguir una vagotomía eficaz. Detección precisa del área secretora del nervio gastroepiploico y del esófago-fúndico (*criminale*) de Grassi.

1971: Introduce, desarrolla y aplica en España el principio técnico de Tomoda (ligaduras orientadoras del tránsito intestinal) para la corrección de los **síndromes postgastrectomía**: dumping, asa aferente, diarrea y desnutrición. También pionero en Europa y EUA.

1971: Introduce y desarrolla en España la Gastrectomía parcial con preservación pilórica (operación de Maki-1967), mejorando la fisiología del estómago parcialmente resecaado.

1972: Introduce y desarrolla, para el acceso a la resección transfrénica del esófago (Grey Turner ampliada), “su” “frenotomía anterior de Narbona” publicada en 1973, y que más tarde publicará Walter Pinotti, en 1976, como “Vía de Pinotti”

1980: Introduce y desarrolla la “Vagotomía torácica por vía abdominal”, a través de la vía transfrénica, en las reintervenciones por vagotomía troncular incompleta. Excelente solución para el ulcus de boca anastomótica. Mas tarde justificada, aconsejada y empleada por François Fekété y varias escuelas europeas.

1984: Desarrolla su técnica original de Asa en Y de Roux para drenaje independiente del muñón pancreático tras duodenopancreatectomía cefálica. Pocos meses después de presentarla en un Congreso Internacional de Cirugía, el Prof. Hollander de Estrasburgo (que asistió a dicho congreso), pretendió con celeridad publicar su “autoría” técnica ¿sin advertir? que la publicación de Narbona había salido unos meses antes en una revista de impacto... Solo Hajime **Yoshioka** (1950) en Tokio, utilizó el asa aislada pero en ella anastomosaba el muñón pancreático y el gástrico al asa.

Por último: Tras su jubilación (1989-1996):

Continuó realizando revisiones clínicas con exploraciones objetivas en centenares de pacientes con la colaboración de los miembros de su ExServicio, así como estudios experimentales en animales domésticos y en silvestres (en el Quiróptero Myotis: nuestro “lo rat penat”), en el Centro de Investigación del Hospital General, (*sobre VGP, Reflujo, Respuesta fisiológica del Esfínter esofágico inferior a múltiples estímulos químicos y mecánicos, en modelos con o sin VGP*). Sus últimos trabajos los dedicó a producir Esófagos de Barret en el perro, con y sin mucosectomía, tras crearle un reflujo gastroesofágico patológico, ácido, biliopancreático o mixto, mediante su, internacionalmente, conocido diseño original. Estos últimos trabajos están publicados en capítulos de libros y revistas extranjeras de notable impacto y presentados en los congresos nacionales e internacionales más importantes del momento.

En definitiva, y acabo:

1º Como investigador, su objetivo fue siempre el mismo: estudiar, analizar, medir y comparar para intentar mejorar las técnicas y salir del acostumbrado “atrincheramiento técnico por costumbre” o de la supuesta inflexibilidad de los dogmáticos “gold estándar”, para buscar siempre la mejor oferta para el paciente con el menor riesgo: su intuición y sentido común le trasladaron precozmente a esta forma “cíclica” de investigar, análoga al “Ciclo de Deming” en la gerencias empresariales niponas al que, obviamente, Narbona desconocía en aquellas décadas.....

2º Como maestro: nos enseñó su experiencia, su metodología y sus técnicas, apoyadas por norma y con su estilo, en fundamentos biofísicos y biológicos pero siempre nos subrayó que lo más importante es saber “lo que no se debe o no conviene hacer en el quirófano” y conocer los beneficios, riesgos y consecuencias si se traspasa la línea de “no retorno” durante una intervención quirúrgica compleja o de alto riesgo.

3º Como persona: Ética, honestidad, responsabilidad profesional y trabajo continuo. Hemos tenido el gran honor, orgullo y la gran suerte, de trabajar a su lado durante décadas en esa, nuestra “casa”, el Hospital General: Querido profesor y maestro, “querido Jefe”, D. Benjamín. Muchísimas gracias de por vida. Y, a todos ustedes, por su atención.