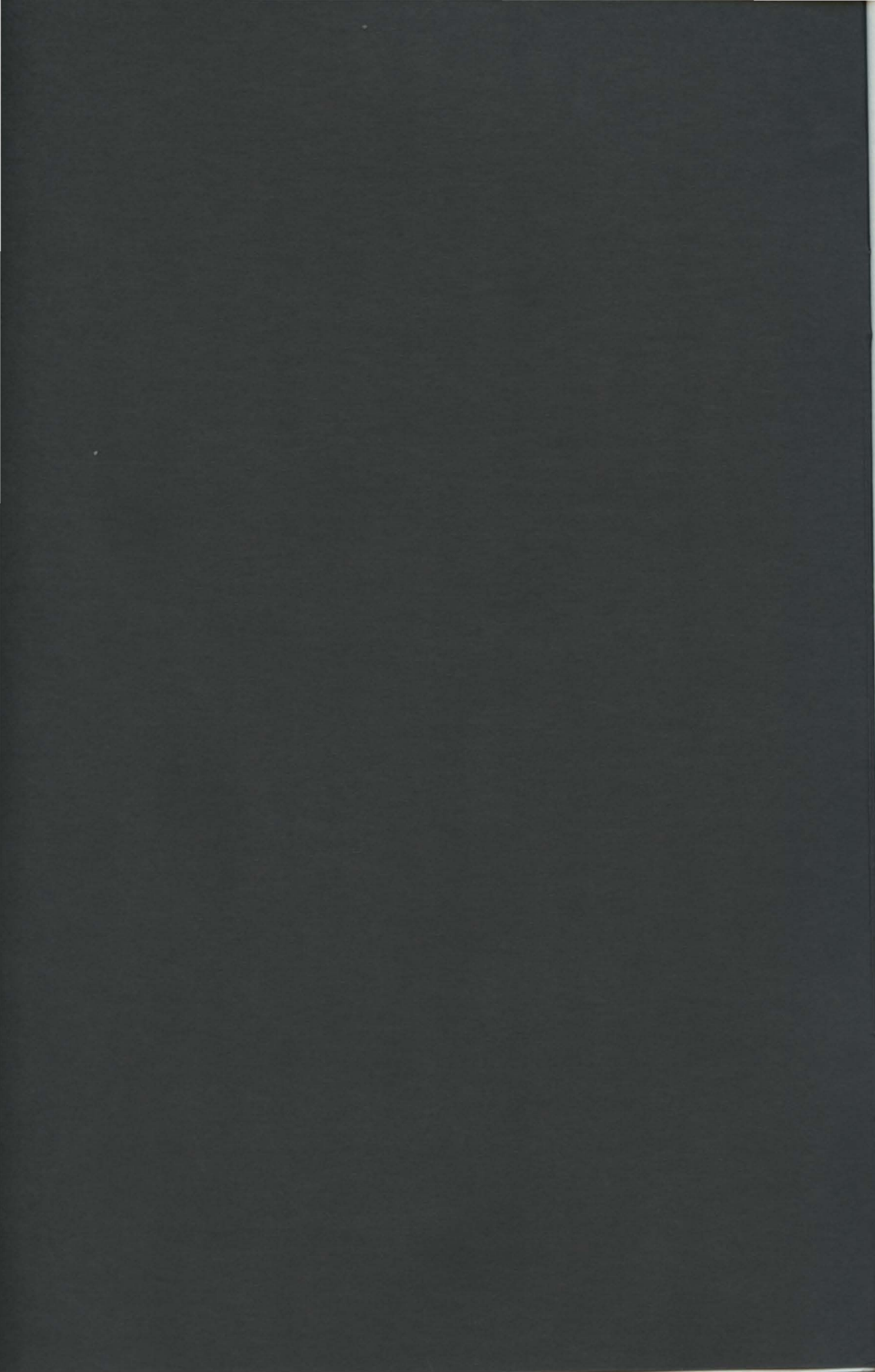


Universitat Rovira i Virgili

Investidura com a doctor *honoris causa*
de l'Excm. Sr. Lluís Delclòs

Sessió acadèmica extraordinària,
10 de novembre de 1995





Investidura com a doctor *honoris causa*
de l'Excm. Sr. Lluís Delclòs



Índex

Investidura com a doctor *honoris causa*
de l'Excm. Sr. Lluís Delclòs

Sessió acadèmica extraordinària,
10 de novembre de 1995



Universitat Rovira i Virgili
Tarragona

Edició de la Secretaria General de la Universitat
Producció del Servei de Publicacions

Discurs d'investidura: © 1996 by Lluís Delclòs

Imprès per Gràfiques Arrels
Polígon Francolí Parcel·la núm. 3 (Tarragona)

Dipòsit Legal: T. 811-1996

Índex

| | |
|---|----|
| Elogi del candidat | 7 |
| pronunciat pel Dr. LLUÍS MASANA | |
| Discurs d'investidura | 15 |
| pronunciat pel Dr. LLUÍS DELCLÒS | |
| Paraules de benvinguda | 27 |
| pronunciades pel Dr. JOAN MARTÍ I CASTELL | |
| Rector de la Universitat | |

És per a mi un plaer i un veritable honor haver estat designat per apadrinar el Dr. Lluís Delclòs i Soler en la investidura com a doctor *honoris causa* per la Universitat Rovira i Virgili. Aquest apadrinament vull que s'entengui en el sentit de transmissor i presentador a la comunitat universitària de l'extraordinària trajectòria científica i professional del candidat, reconeguda a bastament arreu.

Fa dos dies es va complir el primer centenari de la troballa realitzada pel físic austríac Wilhelm Konrad Röntgen, presentada en una escarida publicació de quatre fulls, a la Societat Físico-mèdica de Würzburg. Havia descobert els raigs X. A partir d'aquell moment, la història de la medicina pot ésser dividida en dues fases: abans i després d'aquest descobriment. Cent anys més tard, la seva utilització en la pràctica mèdica i la de les radiacions ionitzants en general han permès sens dubte guarir persones, fins no fa gaire, sense esperança. Però aquest ha estat un camí llarg, en el qual moltes han estat les etapes que s'han hagut de cobrir, i difícil el control d'una eina potencialment perillosa. Les passes s'han anat fent a poc a poc, i cada un dels avenços que han permès el grau d'eficàcia de què avui gaudim tenen hores i hores de treball al darrere amb noms propis, jornades de dedicació apassionada a la tasca de lliurament i dedicació de la vida pròpia a la dels altres. Un d'aquests noms és sens dubte el del Dr. Lluís Delclòs i Soler.

Nascut a Tarragona, fill d'una família fortament compromesa amb la professió mèdica, el seu pare va ser metge radiòleg en aquesta ciutat. El seu avi matern, president del Col·legi de Metges, va seguir els estudis de medicina perquè l'atzar i el destí així ho van determinar, ja que en un primer moment va sentir la vocació de l'enginyeria naval, dictada, sens dubte, per la força del port de la Mediterrània que el va veure néixer. Afortunadament per a moltes persones, es decidí a estudiar medicina a la Facultat de la Universitat de Barcelona, mercès en part a una beca de la Diputació de Tarragona. Es llicencià l'any 1950. Els primers temps com a metge els va dedicar a completar la formació, ja que assistia com a observador al Departament de Terapèutica Física que dirigia el professor V. Carulla a la Facultat de Medicina de Barcelona, al mateix temps que col·laborava amb el seu pare a Tarragona.

Aquestes primeres experiències professionals de ben segur van segellar el

seu compromís amb la professió mèdica i la seva responsabilitat davant la societat. És probablement per això que decidí marxar a ampliar coneixements en l'especialitat que ja l'havia captivat per sempre, la radioteràpia. Treballà com a metge resident al Christie Hospital & Holt Radium Institute de Manchester, sota la supervisió del professor R. Paterson, i va obtenir el Diploma en Radioteràpia mèdica del Royal College of Physicians of London and Royal College of Surgeons of England el 1957.

Amb aquest bagatge tornà a la seva ciutat natal, on treballà per un període de tres anys com a radiòleg a l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. L'ànsia de desenvolupar la tasca al nivell més alt possible el féu tornar a marxar, en aquesta ocasió definitivament, al que ha estat el seu destí en els darrers trenta-cinc anys, Houston, a l'estat de Texas (Estats Units).

Després d'una llarga travessia atlàntica amb vaixell, arribà als Estats Units on, de la mà del que ha estat el seu col·lega i veritable padrí, el professor Fletcher, inicià l'activitat com a associat de radioteràpia en un dels centres més importants del món pel que fa a l'assistència, docència i recerca en oncologia, el MD Anderson Hospital & Tumor Institute de Houston, centre al qual actualment continua vinculat. Durant dos anys, de 1969 a 1971, va ocupar la direcció del Centro de Oncología de l'Hospital General d'Astúries. Però aquesta experiència no va omplir les expectatives professionals del Dr. Delclòs en un país i en un moment en què la projecció i el desenvolupament professional al nivell científic més alt eren fets poc rellevants.

Ha estat professor assistent de radiologia a les Universitats de Texas i Nova York, professor associat de terapèutica radiològica a la Universitat de Texas i des de fa quasi quinze anys ocupa la càtedra d'oncologia clínica Margaret and Ben Love en honor al Dr. Charles A. LeMaistre. I com que en medicina és impossible desvincular l'activitat docent de la pràctica assistencial, la realitza al MD Anderson Hospital i com a consultor de terapèutica radiològica en diferents hospitals de l'estat de Texas.

El treball del Dr. Lluís Delclòs ha estat fonamental per al desenvolupament i l'aplicació clínica de la radioteràpia en el tractament del càncer. En aquest camp és una autoritat mundial, especialment en el tractament radioteràpic de les neoplàsies ginecològiques, de matriu, ovari o mama, camp en el qual ha aportat tecnologia innovadora, ha avaluat diferents sistemes i pautes d'irradiació i, en definitiva, ha permès que molts centres sanitaris del món puguin aplicar actualment la radioteràpia de forma més acurada i efectiva. El treball del Dr. Delclòs ha ajudat sens dubte a incrementar els coneixements científics, però també, i potser això és més important, a curar moltes dones d'arreu. Gràcies a

ell, moltes persones i famílies han vist llum al final d'un camí que s'havia iniciat en la foscor més profunda de la desesperança. Molta gent viu gràcies a la seva vida.

La comunitat científica reconeix la seva tasca, que ha estat motiu de múltiples publicacions en les revistes més importants de l'especialitat, com *Radio-logy*, *American Journal of Roentgenology*, *Radium Therapy and Nuclear Medicine*, *International Journal of Radiation Oncology*, *Biology Physics*, *American Journal of Clinical Oncology*, *Gynecologic Oncology*, *Cancer*, *Radiotherapy and Oncology*, *Endocurithery/Hyperthermia Oncology*, *International Journal of Gynecologic Cancer*, entre altres. De la seva obra cal destacar també l'autoria de nombrosos llibres i capítols de llibres sobre la seva especialitat, que s'apropen al centenar.

El Dr. Delclòs és membre de dret de nombroses societats científiques internacionals, però cal fer esment especial de la Gilbert H. Fletcher Society, de la qual va ser soci fundador i ha estat president.

Un punt de l'activitat científica del Dr. Delclòs que cal destacar és el contacte constant amb l'Amèrica llatina, al qual de ben segur ha contribuït, juntament amb la categoria personal i científica, l'origen. En reconeixement a aquesta relació, ha estat distingit amb nombrosos nomenaments de societats que combaten el càncer a l'Argentina, El Salvador, Brasil, on hi ha una sala per a irradiació intracavitària dedicada a ell (sala Lluís Delclòs) a l'Hospital Santa Mònica a Belo Horizonte. Actualment és president del CRILA (Círculo de Radioterapeutas Íbero-latino Americano).

El nombre de distincions no és menor als Estats Units, on ha estat nomenat *Lecturer* del Dennard-Carroll Memorial a Dallas, membre honorari de The California Radiological Society, *Lecturer* Gilbert H. Fletcher a Minneapolis i ha rebut la Medalla d'Or Fernando Bleodorn a Boston, entre altres.

El d'avui és un reconeixement que s'afegirà a d'altres de l'Estat espanyol, com la Cruz Oficial de la Orden del Mérito Civil, o al doctorat *honoris causa* per la Universitat Autònoma de Madrid. I és ben cert que la seva ciutat natal no l'oblida, ja que el distingí com a Tarragoní Absent el 1978, el nomenà Fill Predilecte de la ciutat el 1986 i li va encarregar de fer el pregó de la Setmana Santa de 1984.

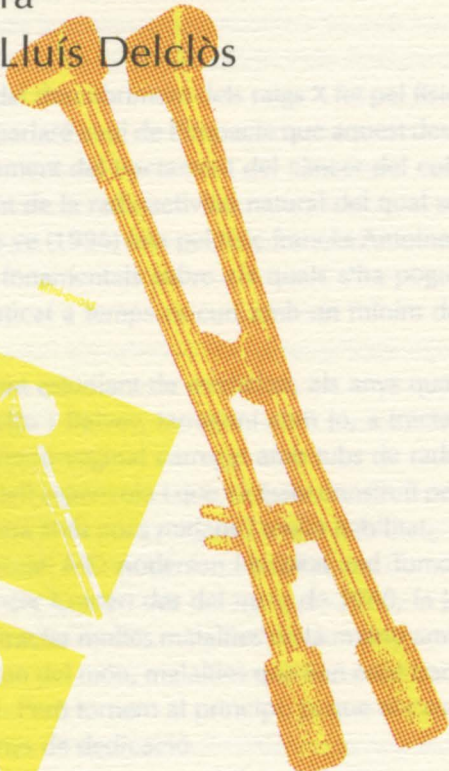
El Dr. Lluís Delclòs i Soler és un home vital, espòs i pare, científic i humà, arrelat a Tarragona i a la Mediterrània malgrat la distància que el destí ha interposat. És amant de la mar, la cuina, els cavalls i les persones que necessiten ajut, ajut en el moment més important de la vida de l'ésser humà, quan la mort o la greu malaltia truca a la porta. Ell ha treballat perquè aquest encontre, si més no, es vesteixi d'esperança.

Rector Magnífic, en la mesura que m'ha estat possible he exposat la vida i l'obra del Dr. Lluís Delclòs i Soler. Demano que amb la vostra autoritat li sigui atorgat el reconeixement dels seus mèrits. Rector Magnífic, us demano que us digneu nomenar doctor *honoris causa* l'Excm. Sr. Lluís Delclòs i Soler i incorporar-lo a la nostra Universitat.

Fletcher-Suit-Delclos Afterloading Applicator

Discurs d'investidura
pronunciat pel Dr. Lluís Delclos

The Fletcher-Suit-Delclos Applicator (FSD) is designed for the intracavitary treatment of uterine cervix carcinoma. It is the only applicator available with tungsten tips, which are both mini-ovoid and the primary ovoid. The combined applicator provides a 10-25% reduction in dose to the rectum and bladder. Also supplied are two-piece unshielded ovoid caps which may be added over the primary caps to extend the ovoid size uniformly in all directions.



J. S. Haas, R. D. Dean, C. F. Mansfield.
"Fletcher-Suit-Delclos Gynecologic Applicator: Evaluation of a New Instrument." *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics* 8:763-768 (1983)

W. C. Ling et al. "Measurement of Dose Distribution Around Calcicostate Using a Thoracic Radiation Field Analyzer (RFA-3)." *Medical Physics* 11 (3) 328-332 (1984)



Se celebra aquest any el centenari del descobriment dels raigs X fet pel físic alemany Wilhelm Konrad Röntgen. Jo parlaré avui de l'impacte que aquest descobriment ha tingut en el desenvolupament del tractament del càncer del coll de l'úter que, junt amb el descobriment de la radioactivitat natural del qual se celebrarà el primer centenari l'any que ve (1996) feta pel físic francès Antoine-Henri Becquerel, van ésser els pilars fonamentals sobre els quals s'ha pogut aconseguir que aquest càncer diagnosticat a temps es curi amb un mínim de complicacions.

D'una forma modesta i encara essent estudiant de medicina, als anys quaranta, ajudava el meu pare, Lluís Delclòs i Balvey, tarragoní com jo, a tractar malalties amb el colpostat (aplicador útero-vaginal carregat amb tubs de radi) que ell va dissenyar durant la Guerra Civil espanyola i que va ésser construït per un mecànic dels ferrocarrils de Tarragona amb pocs mitjans i molta habilitat.

He tingut el privilegi de formar part del MD Anderson Hospital and Tumor Institut (actualment MD Anderson Cancer Center) des del març de 1960, fa ja més de trenta-cinc anys. Allí he pogut tractar moltes malalties de la matriu amb tumors malignes, potser la sèrie més gran del món, malalties que han estat tractades de manera sistemàtica i racional. Però tornem al principi, ja que el camí ha estat llarg i cada pas fet ha costat anys de dedicació.

És interessant que l'aplicació dels raigs X com a mitjà terapèutic va començar pocs mesos després que fossin descoberts. Sabem que un estudiant de medicina, Emil Grubbe, va tractar a Chicago una malalta amb càncer de mama. Els aparells de raigs X d'aquells anys eren poc potents i així es van quedar durant molts anys. A més, al principi ningú no tenia ni idea de les seves propietats físiques i/o efectes biològics. L'any següent (1896) es va descobrir la radioactivitat natural i dos anys més tard, a París, el matrimoni Pierre i Marie Curie (nada Manya Sklodowska, a Polònia) van aïllar el poloni i uns mesos després, el radi. No obstant això, va ésser Bequerel qui va observar primer l'efecte biològic del radi. Pierre Curie va morir prematurament atropellat per un caruatge, i va ésser la seva vídua qui va continuar la feina que tots dos havien començat, motiu pel qual més tard va ésser guardonada amb els premis Nobel de Física (1903) i Química (1911).

Sembla que l'any 1903 Margaret Cleves va tractar amb radi a Nova York les dues primeres malaltes amb càncer de coll de l'úter, dos anys després que Bequerel n'observés l'efecte biològic. Tubs i agulles molt primitius eren implantats directament a l'úter i als teixits del voltant. La primera malalta que va viure vuit anys després del tractament amb radi va ésser tractada, també a Nova York, pel cirurgià Robert Abbe l'any 1905 i va morir el 1913 sense cap evidència de tumor.

El primer gran grup (213 malalts) va ésser tractat per H. A. Kelly i C. F. Borman entre els anys 1909 i 1911, i el Dr. Henry Janeway va començar a tractar malalts de forma sistemàtica al Memorial Hospital de Nova York. Això resumeix, més o menys, el que es va fer als Estats Units durant els anys anteriors a la Primera Guerra Mundial.

L'any 1910 el suec Forssell va posar en pràctica l'anomenat sistema d'Estocolm que, igual que el sistema de París, es van establir després de la Primera Guerra Mundial (durant la guerra els esforços es dedicaven a altres activitats). El sistema d'Estocolm es va desenvolupar durant els anys vint sota la direcció de J. Heyman. Consistia bàsicament en la introducció repetitiva (dos o tres cops) de quantitats relativament grans de radi a la matriu i a la part alta de la vagina. El temps de cada aplicació era de 24 a 30 hores. Els aplicadors vaginals eren unes capsetes que mantenien el radi gairebé en contacte amb el tumor i amb la mucosa vaginal.

El sistema de París, desenvolupat per Claude Regaud-Lacassagne, consistia en la introducció contínua a la matriu i a la part alta de la vagina de quantitats més petites de radi durant cinc o sis dies. Els aplicadors vaginals eren taps de suro que mantenien els tubs de radi a certa distància del tumor i de la mucosa vaginal. El sistema de París es va fer molt popular i durant molts anys va ésser el mètode que s'aplicava a Espanya, potser perquè els espanyols coneixien millor la llengua francesa que l'anglesa.

El sistema de Manchester, posterior al d'Estocolm i al de París, va ésser un perfeccionament d'aquest darrer. L'aplicació única del radi de cinc a sis dies es va dividir en dos de tres dies i els aplicadors es van modificar de tal manera que permetien incrementar la distància entre el radi i el tumor i la mucosa vaginal. Bernard Sandler i més tard Meredith van fer aquests canvis durant la Guerra Civil espanyola, per la qual cosa van fer un pas transcendent. Van adoptar el gamma-Röntgen, és a dir, una unitat de mesura i de dosificació que va permetre d'una forma més científica l'ús del radi i la combinació de la irradiació externa amb raigs X mesurada en röntgens.

Durant la Guerra Civil espanyola, el meu pare, com ja he insinuat abans,

amb l'ajuda del mecànic Sr. Díaz, dels ferrocarrils, va dissenyar i construir un colpostat que a més de mantenir una posició constant en relació al coll de la matriu i la vagina alta, permetia, quan era necessària, la irrigació vaginal. Això era una cosa important quan els antibiòtics i les sulfamides no estaven a l'abast de la medicina local. Aquest colpostat es va emprar (seguint els principis francesos) a l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (anomenat Hospital Civil durant la guerra) i després a la clínica privada del Dr. Enric Guasch. Naturalment, com que la notícia no va ésser publicada en anglès o francès, aquest colpostat no es va popularitzar.

El sistema de Manchester es va estendre ràpidament en el món anglo-saxó amb Margaret Tod, Ralston i Paterson (pioners en el camp de la radioteràpia) i Parker (físic). Els que van donar a conèixer i simplificar les idees de Sandler a més van establir uns punts de referència de dosis, anomenats A i B, idealment emplaçats a l'encreuament de l'urèter i l'artèria uterina (A) i al gangli principal (obturador) de la cadena ilíaca externa (B). Aquests punts, malgrat les limitacions, segueixen essent importants encara que no coincideixin moltes vegades amb les estructures anatòmiques esmentades.

Durant la Segona Guerra Mundial i la postguerra, el tractament del càncer del coll de la matriu es basava en l'aplicació intracavitària del radi. Els aparells de raigs X dedicats a la teràpia eren poc potents, i els pocs que existien eren gegantescos i, per tant, poc pràctics per a l'ús generalitzat. La irradiació externa era necessària per poder proporcionar una dosi als ganglis de la pelvis, ja que la dosi administrada solament amb el radi, que era més que suficient per esterilitzar el tumor a la matriu i als teixits adjacents, no esterilitzava el tumor que havia envaït els ganglis de les cadenes limfàtiques a la perifèria de la pelvis. El que se sabia és que era factible l'esterilització del tumor als ganglis quan es combinaven els dos tipus d'irradiació. Va ésser William I. Morton, als Estats Units, qui va observar que la incidència de ganglis positius en malaltes operades després de la irradiació combinada era molt més baixa que la incidència de malaltes operades sense irradiació prèvia.

El descobriment de la radioactivitat artificial pel matrimoni Jean-Frédéric Joliot Irène Curie l'any 1933 va fer possible més endavant l'activació del cobalt i el disseny de les bombes de cobalt, que van facilitar la fabricació d'unitats de teleteràpia menys voluminoses i més barates que el generador electrostàtic de Van Der Graf i el transformador de ressonància de Charlton. Més o menys al mateix temps es van dissenyar i construir els betatrons, amb energies més elevades (1 milió de volts per al cobalt i acceleradors i 22-45 milions de volts per al betatró).

■ Va ésser a Houston on es va dissenyar una de les dues primeres bombes de cobalt i on es va utilitzar el primer betatró de 22 milions de volts. Això va ésser el començament de la radioteràpia moderna, el pioner de la qual és G. H. Fletcher, i d'aquesta manera va quedar establert el sistema de Houston. Fletcher era francès però va estudiar medicina a Bèlgica i va anar a Houston amb el físic anglès Leonard G. Grimmett, on junts van dissenyar la bomba de cobalt nord-americana. Paral·lelament, els canadencs, per raons òbvies, van tenir el control del cobalt i hi van ésser els primers malalts.

■ El sistema de Houston és un desenvolupament del sistema de Manchester. A la irradiació intracavitària, és a dir, a la col·locació del radi a la matriu i a la vagina alta, s'hi va afegir la irradiació externa per un betatró de 22 milions de volts. La combinació de les dues modalitats va començar primer com a addició de la irradiació externa a la intracavitària per tal d'augmentar la dosi als ganglis pèlvics i després va evolucionar de tal forma que es va canviar l'ordre d'administració, començant amb la irradiació externa i continuant amb la intracavitària a dosis reduïdes. La raó per fer aquest canvi va ésser la introducció de conceptes de volum tumoral i la necessitat de donar dosis més elevades a tumors grans i menys dosis a tumors petits, principis que són d'aplicació general en qualsevol localització per a tumors sòlids i epitelials. L'estratègia consisteix a administrar dosis més elevades a volums tumorals més grans i menys dosis a volums tumorals més petits. La gamma de dosis varia entre 5.000 centigrays o rads per esterilitzar tumors microscòpics fins a més de 10.000 centigrays o rads quan el volum tumoral és de més de 5 cm de diàmetre. Aquesta distribució equilibrada de dosi permet reduir-la als teixits normals del voltant.

■ Es varen introduir els colpostats de Fletcher, que estan basats en idees del de París i del de Manchester, en les quals les modificacions permetien una òptima distribució de la dosi d'acord amb l'anatomia pèlvica i el volum tumoral de la pacient. Els colpostats de Fletcher han tingut modificacions importants per adaptar-los a cada cas i actualment poden ésser usats amb càrregues de radi, cesi o qualsevol altre element radioactiu sòlid. A més a més, el control de la posició de les fonts radioactives es fa a distància, i per tant l'exposició del personal és zero.

■ Quan es du a terme un tractament seguint les normes establertes a Houston, és imperatiu l'ús del sistema intracavitari (intrauterí i vaginal), dissenyat originalment per Fletcher i modificat posteriorment per H. Suit i per mi mateix per facilitar-ne l'ús. Els paràmetres bàsics són els mateixos en totes les modificacions dels models actuals, és a dir, es mantenen: el diàmetre dels colpostats, la protecció amb tungstè per disminuir la irradiació de bufeta urinària i recte, i la

posició axial dintre del colpostat de les fonts radioactives. Segons el material emprat en la construcció (acer inoxidable o material plàstic), es fan les correccions adequades per compensar les diferències en dosis. Com a curiositat local, cal dir que el model contemporani manual de càrrega diferida està construït a Amposta (Tarragona) i un està inclòs en la càpsula radiològica que s'obrirà d'aquí a cent anys, quan se'n compliran dos-cents del descobriment dels raigs X.

La posició dels ganglis a la pelvis i fora de la pelvis es va determinar primer quirúrgicament i més endavant mitjançant la limfografia d'extremitats inferiors. La limfografia pot detectar metàstasis de 3 o 4 mm, a més de donar la posició dels ganglis en relació amb les estructures òssies, i la presència de ganglis positius. Això permet una selecció terapèutica més adequada en cada cas. Els ordinadors ens permeten càlculs més ràpids i més precisos.

Si se segueixen les normes bàsiques suggerides, que han estat modificades al llarg de tres lustres, el percentatge de curacions es manté amb un nombre de complicacions baix. Aquest percentatge s'ha reduït considerablement amb l'ús d'una dosimetria precisa i ràpida que ens permet fer correccions de les posicions dels aplicadors (tubs intrauterins i colpostats) i de les fonts radioactives. Així aconseguim administrar dosis òptimes al tumor primari i als grups limfàtics, i la reducció de dosis a les estructures anatòmiques normals, com són la bufeta urinària, el recte i el sigmoide, l'intestí prim i l'introït vaginal.

Estem limitats respecte a la dosi a administrar per la localització dels focus tumorals. Per exemple, una metàstasi limfàtica o ganglional a prop del tumor central pot rebre una dosi molt elevada sense augmentar el risc de complicacions; en canvi, una metàstasi a la paret de la pelvis o una extensió directa tumoral a la paret de la pelvis limita la dosi a administrar. Tanmateix, és important la localització dreta o esquerra perquè a l'esquerra hi ha el sigmoide, factor que limita un altre cop la dosi a administrar. Quan el tumor ha sortit de la pelvis, el control es fa més difícil i a vegades és impossible. La invasió dels ganglis paraaòrtics enfosqueix el diagnòstic, però si els dipòsits metastàtics són de poc volum encara es poden aconseguir algunes curacions.

La construcció d'acceleradors lineals als anys cinquanta és un altre pas tècnic important, ja que facilita l'extensió dels camps d'irradiació per cobrir amb facilitat els grups ganglionals ilíacs comuns i paraaòrtics. A més a més, com que els aparells són més lleugers, ens permeten la irradiació per sota de la taula, cosa important amb els malalts morbosament obesos.

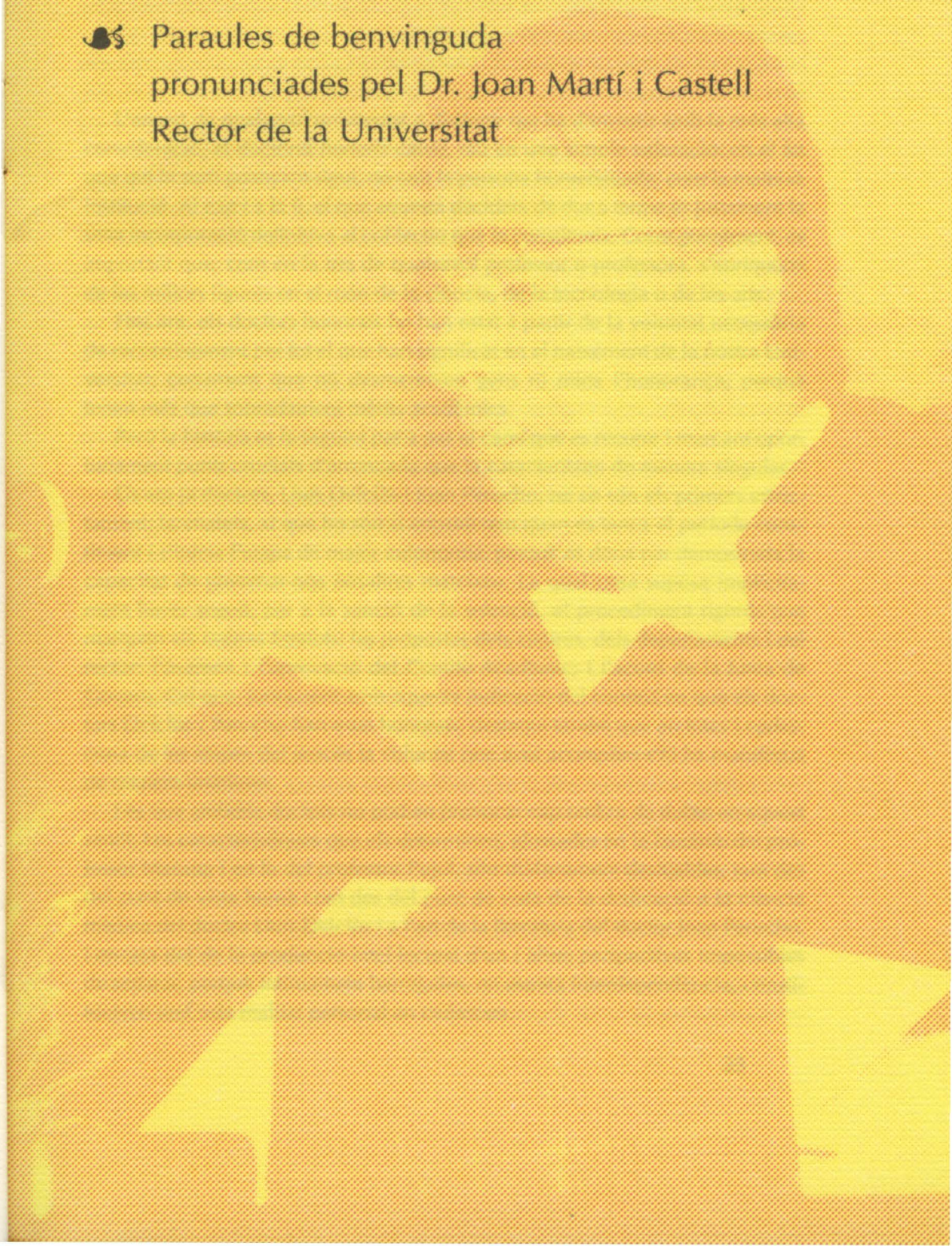
De les «capsetes» d'Estocolm i els «taps de suro» de París de fa setanta anys, hem pasat als «ovoides» de Manchester fins a arribar als colpostats de Fletcher-

Suit-Delclòs. Dels aparells d'ortovoltatge muntats a l'aire hem passat al Van Der Graf, al transformador de ressonància, a la bomba de cobalt i al betatró fins a arribar als acceleradors moderns. Dels càlculs en mil·ligrams-hora, passant per taules fetes a mà, hem arribat als càlculs per ordinador. Coneixem la forma d'actuar dels fotons i dels electrons, i les dosis necessàries per esterilitzar el tumor. També sabem les limitacions que cada òrgan i cada estructura ens ofereixen per poder fer les coses millor. De moment no tenim cap producte químic o biològic que sigui prou efectiu per esterilitzar el tumor metastàtic a distància i per això continua essent importantíssim el diagnòstic precoç. Els tumors petits, de menys de 4 cm de diàmetre sense evidència de tumor macroscòpic clar per limfografia, tenen un 90% de probabilitats de curar-se. Aquest percentatge disminueix a mesura que el volum tumoral augmenta, sigui per expansió o per infiltració, sigui aquesta extensió al cos de la matriu o a les parets de la pelvis.

L'extensió tumoral és important atès que hem de modificar el pla de tractament. Per exemple, l'extensió al voltant del recte-sigmoide predisposa a complicacions que s'hauran de corregir amb colostomia. La història d'infeccions pèlviques i d'intervencions quirúrgiques anteriors predisposa a complicacions. Per tractar de controlar tumors avançats però clínicament limitats a la pelvis, hem intentat combinar la radioteràpia amb la cirurgia i amb la quimioteràpia, tant per via intraarterial com sistèmica, però no s'han millorat els resultats. Hem intentat també la irradiació en condicions hiperbàriques, hem emprat la irradiació amb neutrons, però cap d'aquestes variacions no han millorat els resultats. Una radioteràpia ben feta ofereix els millors resultats amb un mínim de complicacions. La cirurgia radical amb limfadenectomia s'ha de reservar per a malaltes joves amb tumors molt petits i amb la intenció de preservar els ovaris. En general, la cirurgia sola no és superior a una radioteràpia ben plantejada i executada.

Esperem que un dia no gaire llunyà els esforços educatius, tant del ciutadà com dels metges, aconseguixin detectar aquest tumor com més aviat millor per obtenir sempre aquests resultats. Malauradament, això que va millorant en els països més avançats continua essent un problema molt seriós en els menys desenvolupats. Esperem també que no gaire tard sigui possible trobar un producte químic o biològic eficient per tractar els tumors més avançats amb èxit.

☛ Paraules de benvinguda
pronunciades pel Dr. Joan Martí i Castell
Rector de la Universitat



L'encert de qualsevol universitat a distingir qui ha d'investir amb la més alta consideració, el doctorat *honoris causa*, rau en una simple valoració: en el fet que qui hi surti guanyant sigui, no tant la persona homenatjada, com la mateixa institució. Al cap i a la fi, el que aquesta decideix de dur a terme és justament la seva incorporació definitiva al col·lectiu que la constitueix. Conseqüentment, és important que, com en la tria de qualsevol professor o professora, s'enriqueixi de les millors figures en el món de la ciència, de la tecnologia o de les arts.

Fins ara, els doctors honorats ho han estat a partir de la voluntat necessària de reconeixement per tot el que han significat en el naixement de la nostra Universitat; certament que no desmereixen gens ni mica l'honorança, perquè tenen més que sobradament mèrits acadèmics.

Però la història es fa seguint pas a pas el camí que es recorre i marcant oportunament punts crucials d'arrencada que la caracteritzen de manera singular.

Els ara ja doctors, Lluís Delclòs i Joan Perucho, no en són els primers estrictament; tanmateix, sí que ho són si considerem quan es tanca el període constituent i s'inicia l'etapa de major autonomia, perquè es dóna per demostrada la capacitat de governar-nos nosaltres mateixos. La qual cosa suposa implícitament haver seguit, per a la sanció de la selecció, el procediment rigorós que marquen els nostres Estatuts: les propostes dels centres, dels departaments i del rector; l'examen i l'aprovació del Comitè Acadèmic, i l'acord de la Junta de Govern. Cal que, juntament amb aquesta indicació del context en què els doctors Delclòs i Perucho han estat honorats, destaquí també que en totes i cadascuna de les etapes del procés la voluntat que avui acomplim s'hi ha manifestat de manera unànime.

I és que ambdós doctors no podien provocar cap ombra de dubte en aquest sentit. Les característiques que els determinen, glossades en la *laudatio* del professor Masana i en la del professor Pujol, són diàfanament desitjables, tant des del punt de vista humà com des del punt de vista de la dedicació a la ciència mèdica del doctor Lluís Delclòs i a l'art de la literatura del doctor Joan Perucho, i encara del de la producció intel·lectual d'un i altre; perspectives impossibles de separar, perquè íntimament barrejades, en estreta interdependència, constitueixen una sola realitat personal en cadascun.

Per la qual cosa, és ben palès que, d'aquest acte solemne d'avui, qui se'n beneficia és especialment la Universitat. Dit d'una altra manera: hem escollit adequadament. Altrament, acomplim un acte de justícia a què qualsevol universitat està obligada: retre homenatge d'agraïment a qui contribueix de manera singular a fer avançar el món en l'harmonia entre les virtuts que haurien de caracteritzar sempre la nostra condició i la saviesa dels coneixements en les àrees en què s'han especialitzat.

Vull encara destacar una peculiaritat de la investidura com a doctors *honoris causa* de Delclòs i Perucho: que són d'aquesta terra, del nostre entorn més immediat. El proverbi popular que afirma que ningú no és profeta al seu territori té explicacions més profundes que no sembla. Sovint tendim a menystenir allò que ens és molt a prop, probablement per la proximitat mateixa; no és estrany que els homes i les dones, i les seves obres, es coneguin més pregonament per aquells de fora del país d'on són originaris que pels seus conciutadans i conciutadanes. No ens enganyéssim; aquest fenomen delata, no solament que el bosc no ens deixa veure els arbres, sinó una realitat, al meu entendre, molt pitjor: és el reflex de complexos injustificats, segons els quals tot el que procedeix de fora és millor que el que nosaltres fem. La història cultural, mitjançant mecanismes alienants que miren d'escampar prejudicis interessats, es preocupa de fer hegemòniques determinades formes de pensament i determinades expressions concretes seves; aquest fet, que notem especialment en la producció artística en general, es verifica igualment, encara que amb major subtilitat i, doncs, amb més dificultats de percebre's, en qualsevol àmbit de la ciència i, molt més encara, en el de la tecnologia.

És així com, en un sentit fatalment negatiu, es desemboca fàcilment en l'extrem de la intolerància, del rebuig prepotent de tot el que no s'adigui amb els esquemes predominants quant als sistemes de vida. És així com es neguen les diferències, les especificitats que poden destorbar els models que hom ha decidit de fer preponderants.

L'autoodi és l'efecte més pernicios d'aquesta manera de plantejar la història. L'autoodi personal i col·lectiu. Arribem a aprendre a desdenyar-nos a nosaltres mateixos. En lloc de reaccionar contra la desconsideració irrespectuosa d'altri, ens hi sumem, col·laborant al nostre propi anorreament com a individus i com a poble.

La defensa, la reivindicació natural i democràtica dels drets al reconeixement de la nostra existència s'afluïxen per una ignominiosa vergonya dels propis orígens i de la pròpia identitat. Caiem en el parany de titllar de provincià allò que ens caracteritza, en nom d'una artificiosa modernitat que pretén reclamar un

sentiment universalista que amaga un anivellament homogeneïtzador que no suma, sinó que resta, en benefici dels qui imposen una concepció aparentment avançada, que, tanmateix, discrimina prepotentment sempre al seu favor, és clar.

Homenatgem dues persones que són d'aquí. No obsedida la nostra Universitat a pensar solament en els qui no en són. És aquesta una saludable pràctica que, sense oblidar ningú, ens impedirà d'ésser ingrats i ignorants dels valors que tenim més a la vora.

Endemés, prou que sabem del caràcter cosmopolita que qualifica tant el doctor Delclòs com el doctor Perucho. Aquesta és una grandesa més que cal sumar als mèrits que ja han destacat els qui els han apadrinats i que, doncs, no em pertoca a mi de remarcar-los novament: saber ésser universal des de la impregnació de les pròpies arrels. El doctor Delclòs viu des de fa anys a Houston, on exerceix la seva professió, sense haver mai oblidat el seu país. El doctor Perucho ha penetrat des de l'estudi i la lectura en tots els móns possibles, fins i tot en els fantàstics, quimèrics, fabulosos, que la ment humana hagi pogut crear i ha explicat arreu la seva obra i, com a assagista i crític, també l'obra d'altri. D'aquest tret en donen fe a bastament les molt diverses llengües en què han vist la llum l'obra d'ambdós.

Finalment, vull destacar una altra particularitat d'aquest acte solemne. Sempre he dit, amb plena convicció, que cal incentivar des de la nostra Universitat la interdisciplinarietat. L'especialització no solament és bona, sinó absolutament necessària. Però no és contradictòria —no ho ha d'ésser— amb el que podem denominar la formació global. Goso dir que un dels reptes que tenim els responsables de l'educació en tots els seus nivells és justament la capacitat d'adreçar-la cap a una solució que sigui el resultat d'un equilibri just, ponderat, harmònic entre el coneixement profund d'un àmbit ben específic del saber i la capacitat de poder participar, nogensmenys, de qualsevol altre, sense excepció. No és pas una feina fàcil, però això no ens eximeix de la responsabilitat que hi tenim, si hi creiem. És prou evident que el món actual ens obliga al domini meticulós, com més segur millor, d'una faceta del saber; però no ho és menys que en aquest mateix món estem donant mostres grotesques de comportaments incívics, que ens duen a la bel·ligerància més irracional entre persones i pobles. Vol dir que, sens dubte, tot no va com caldria; que ens equivoquem i que cal esmenar. Molt probablement un dels cops de timó que hem de forçar és l'aposta per aquest ensinistrament integral que col·labori a una visió més humana de la història.

El doctor Delclòs i el doctor Perucho hem volgut que simbolitzessin, plegats en aquesta cerimònia, l'agermanament de la ciència i de les humanitats, com

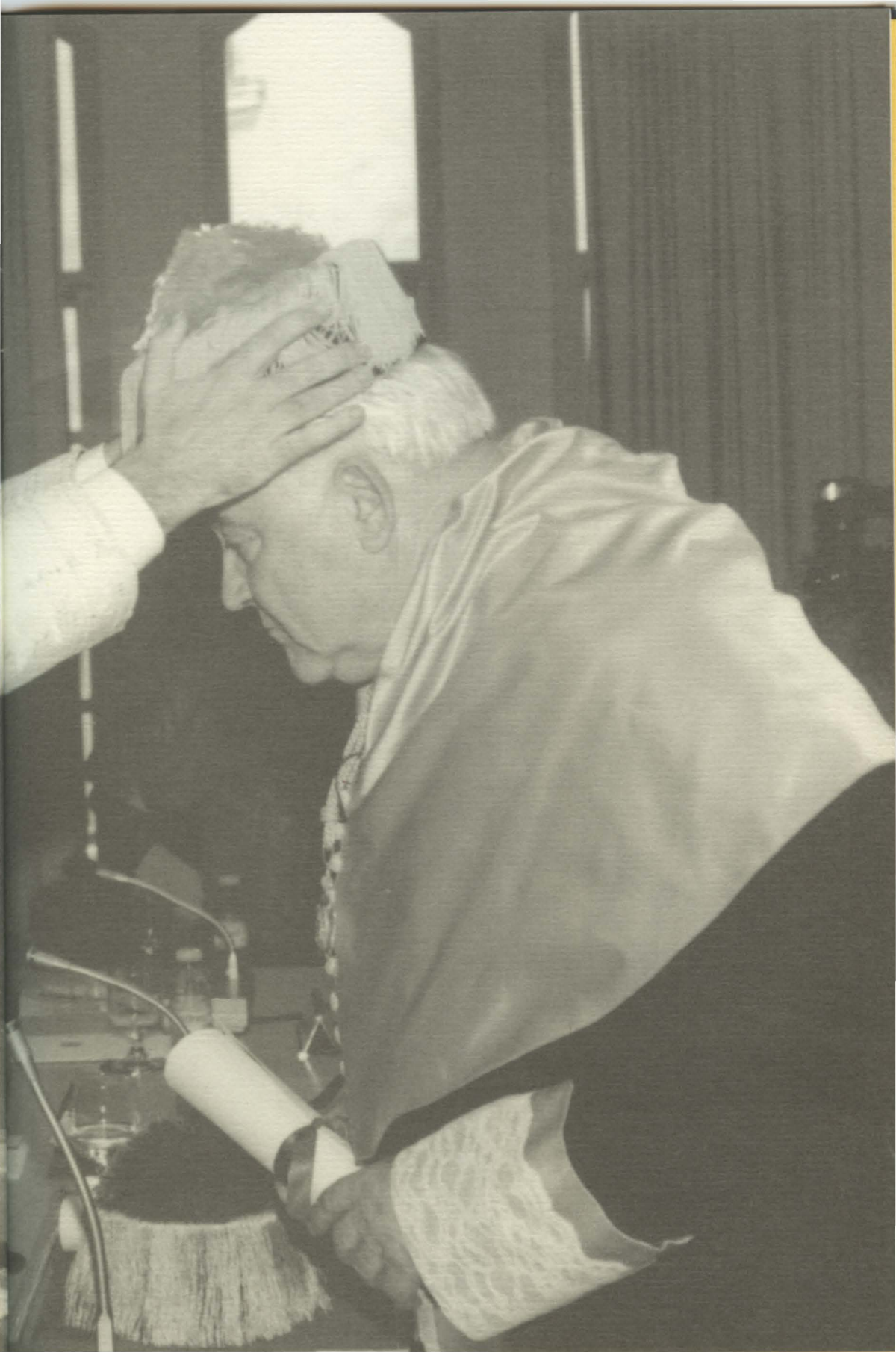
una sola cosa indestriable. I l'ocasió no podia ésser més reeixida, perquè l'un dedica el seu treball a frenar l'estroncament de la vida i l'altre, a procurar que aquesta vida que sortosament s'allarga cada vegada més gràcies a la ciència mèdica s'ompli de sentit a través de la delectació en l'art literari, en l'art en general, en el conreu del pensament, per tal d'augmentar la capacitat d'intervenció en la transformació de la realitat. Viure més no vol dir solament viure més anys, sinó, sobretot, tenir la necessitat i la possibilitat de contribuir en la seva evolució progressivament positiva.

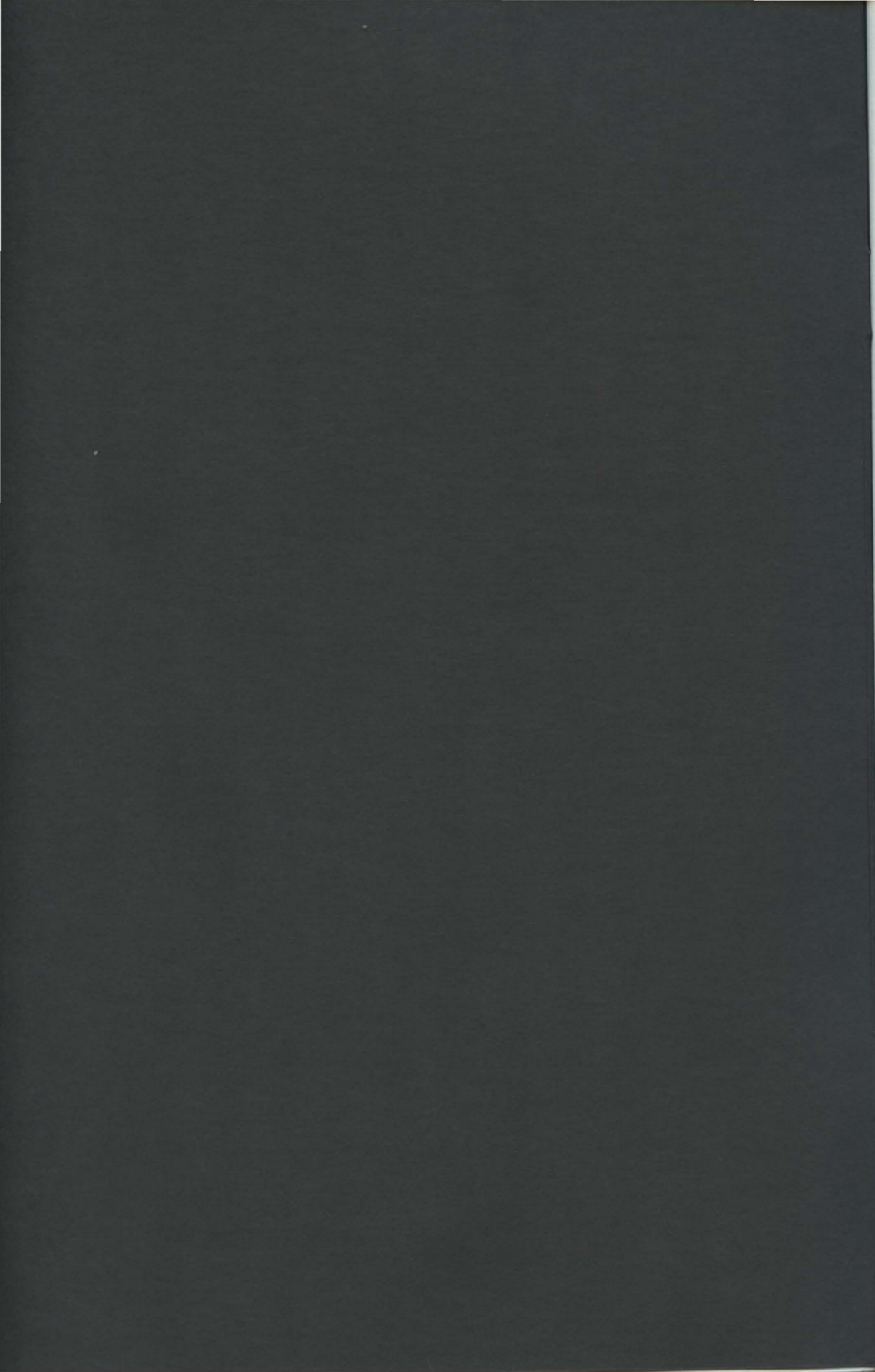
El saber no aconpleix la seva funció en l'erudició per l'erudició, sinó en tant que ens fa més lliures; de la mateixa manera que la llibertat és real solament si reverteix a fer-nos més savis; en un cercle que gira indefinidament.

Benvolguts doctors Lluís Delclòs i Joan Perucho; ultra acceptar la proposta per a invertir-vos, com ho heu estat, amb la més alta dignitat acadèmica, em correspon de donar-vos l'acollença en la nostra institució. Sigueu benvinguts en aquesta casa i en el nostre col·lectiu que la compon. Vosaltres també heu contribuït decisivament amb les vostres aportacions a fer-la créixer.

Continueu donant-nos l'exemple de la dedicació entusiasta i infatigable al treball que tant de bé ens ha reportat i que tant de bé us ha reportat. Sigueu ambaixadors de la nostra universitat, que ara és també especialment la vostra universitat.







UNIVERSITAT



ROVIRA I VIRGILI