

UN ALTO EN EL CAMINO RECONSIDERACION NOSTALGICA DE LA NEUMOLOGIA

J. López Mejías

Jefe de Servicio de Neumología.
C.S. Virgen del Rocío. Sevilla.

Es un buen ejercicio intelectual el detenerse alguna vez y contemplar el camino recorrido. Para hacerlo es conveniente, aunque no imprescindible, haberlo recorrido desde el principio o por lo menos durante un buen trecho.

Este ejercicio es el que me invita a hacer la amabilidad de Archivos de Bronconeumología y el que, desde la penúltima vuelta del camino, voy a intentar. Aprovecharé la ocasión para un ejercicio complementario: el de intentar un atisbo sobre cuál pueda ser el porvenir de la Neumología, especialmente en nuestra patria.

Empecé mi contacto con la Neumología hacia 1947, impulsado probablemente, como otros, por circunstancias familiares y personales. Puede decirse que en aquel momento no existía la Neumología sino que sólo existía la Tisiología. Por aquel entonces estábamos, como he indicado en otro lugar, en una medicina fundada en la recogida de síntomas. Progresivamente se ha ido cambiando a una medicina en la que lo que predomina es la recogida de signos. Esto era cierto tanto en la Neumología como en el resto de la medicina. No puede decirse que la Tisiología estuviese entonces poco desarrollada; creo que expresa mejor la realidad calificar la situación de la Tisiología en los años 40 como estancada. Las ideas sobre el origen exógeno o endógeno de la tuberculosis del adulto, el comienzo exudativo o productivo de las lesiones histológicas, el esquema de Ranke y sus variantes, las formas clínico-radiológicas de comienzo de la tuberculosis del adulto, la frecuencia y trascendencia de la tuberculosis hematógena, etc. constituían los puntos sobre los que una y otra vez recaían libros, artículos y discusiones. No hablo de congresos porque en aquellos años no había congresos a causa de la guerra mundial y, posteriormente, por la atonía que le siguió. Y naturalmente, nuestra depauperación en muchos sentidos. La práctica clínica se basaba en la historia clínica y, más que en la radiografía, en la radioscopía y en la reacción tuberculínica, con una analítica complementaria básica. La terapéutica se limitaba al reposo y a la colapso-terapia, médica o quirúrgica. Por entonces la Neumología era una especie de apéndice de la Tisiología que se suponía que los tisiólogos conocían bien.

A final de los años cuarenta empezaron a moverse las cosas y a aparecer datos que abrirían nuevos campos. Para seguir un orden en la relación de los hechos podría servir el de la repercusión que estos datos tuvieron en mí y creo que en otros muchos.

Inicialmente pensábamos que el pulmón estaba compuesto principalmente (y a efectos prácticos casi exclusivamente) por el parénquima pulmonar y que las enfermedades del pulmón eran la de este parénquima; los bronquios mani-

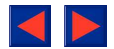
festaban su existencia en las bronquiectasias y en poco más. Sin embargo, hacia 1949 el libro de D. Manuel Tapia sobre la tuberculosis bronquial nos reveló un hecho sorprendente: además de parénquima pulmonar, el pulmón tenía bronquios cuya trascendencia en la tuberculosis se nos revelaba por primera vez, que era posible estudiar adecuadamente y que probablemente debían condicionar más hechos patológicos de los que habíamos pensado.

Casi al mismo tiempo empezamos a descubrir que el pulmón tenía una función que podía alterarse en estado patológico. Entre las muchas deudas de gratitud que he contraído en todos estos años debo señalar la que me liga al Dr. Alix, cuyos trabajos me iniciaron en este misterioso y apasionante campo, por no enumerar más que a uno de los iniciadores de estos temas en España. Poco tiempo después el interés por la función pulmonar, que estudiábamos en los trabajos europeos de Rossier y de Knipping, desembocó en un concepto en el que no habíamos caído: el de la insuficiencia respiratoria, concepto que tardó en abrirse paso más tiempo del que a muchos nos parecía justo.

A partir de la mitad de los años cincuenta se inicia una aceleración de las innovaciones, que se suceden en la Neumología de igual forma que en toda la medicina. Por un lado aparecen conocimientos más concretos sobre la trascendencia de la vascularización pulmonar y de sus técnicas exploratorias, de la pleura y del intersticio pulmonar, aunque las investigaciones sobre este último compartimiento pulmonar son algo más tardías. Por otro, se realizan el Symposium Ciba de 1959 y el congreso de Aspen de 1958, que proporcionan unos puntos de arranque más sólidos a nuestros conceptos sobre bronquitis crónica y enfisema que estaban detenidos casi donde los dejó Laennec. Gracias a todos estos esfuerzos se ha producido un mejor entendimiento, aunque todavía insuficiente, sobre las broncopatías crónicas y sobre el asma, y se ha producido una mejor comprensión de las neumopatías intersticiales, que no hace muchos años eran curiosidades mal entendidas.

Debo referirme también a los progresos que se han hecho en la clasificación histológica y el estadiaje del cáncer primitivo de pulmón, también más tardíos, que han condicionado nuestra visión actual de este proceso. Finalmente, en estos últimos diez años estamos aprendiendo a apreciar mejor la trascendencia de las alteraciones de los músculos de la ventilación, de la defensa pulmonar y a enfocar de forma más realista a las infecciones pulmonares.

La avalancha de estos nuevos conceptos es sobrecogedora y en gran parte inabarcable, lo que conlleva el peligro de la fragmentación de la práctica de la neumología y por consi-



guiente a la necesidad de apoyarnos unos a otros, es decir a la necesidad del trabajo en equipo, cosa más difícil de realizar de lo que a primera vista parece.

Gran parte de la ampliación de estos conceptos se debe a dos órdenes de cosas: a la adquisición de nuevas técnicas de exploración y de estudio, y al hallazgo de terapéuticas válidas.

La lista de nuevas técnicas pudiera alargarse hasta el infinito. Cada una de ellas ha despertado una ilusión, que luego se ha consolidado o no. Aún corriendo el riesgo, seguro, de omitir muchas, bastará pensar en el acelerado desarrollo del diagnóstico por imagen: radiografía, tomografía, broncografía, TAC, angiografía pulmonar, gammagrafía, ecografía, etc., que toman sucesivamente el relevo una de otra de forma más o menos parcial. O el de la endoscopia, cuyos impulsores en nuestra patria fueron los Dres. Castilla y Coll Colomé y que ha sido facilitada por la introducción del fibrobroncoscopio. O la pleuroscopia, que se inició como método para la sección de adherencias. La espirometría, que fue la iniciadora de los estudios sobre el funcionalismo pulmonar, se ha complementado con la gasometría arterial y con una innumerable serie de técnicas que estudian o intentan estudiar aspectos parciales de dicho funcionalismo.

La influencia que las nuevas terapéuticas han tenido en nuestra actitud ante los enfermos neumológicos es enorme: difícilmente podemos hacernos cargo hoy de lo que representaba hace 40 años enfrentarse con la patología respiratoria sin los avances terapéuticos que se han producido en estos años: los antibióticos y quimioterápicos, cuya lista se está incrementando cada día, la quimioterapia antituberculosa que, aparte de permitirnos soñar con la erradicación de la enfermedad, ha eliminado gran parte de las adquisiciones en las que se movían nuestros pensamientos sobre la tuberculosis, a las que me he referido anteriormente; los corticoides, los broncodilatadores de distinto tipo, la oxigenoterapia, los métodos de ventilación artificial, etc. Todos ellos nos han proporcionado una mayor confianza en una terapéutica bastante racional de la que carecíamos. Si en lo que se refiere a conocimientos y conceptos teníamos entonces una «digna pobreza», en la terapéutica nuestro estado rayaba en la «pobreza de solemnidad», visto desde nuestros días.

Una parte importante de nuestro cambio de actitud ha sido el desarrollo de la cirugía torácica, al que han ayudado mucho otros dos desarrollos: el de la anestesia y el de los cuidados intensivos. Hemos pasado de una cirugía de la pared con anestesia local, o con una anestesia general con cloroformo o éter y medios rudimentarios, a una cirugía de exéresis muy segura con anestesia general de base fisiológica, o incluso a una cirugía ahorrativa de función pulmonar, que desembocará algún día en el trasplante pulmonar.

Esta vertiginosa sucesión de avances tiene una contrapartida: el corto tiempo de vida que tienen muchos de ellos, que nacen, crecen brillantemente y se apagan, como cohetes de feria, en poco tiempo. Es necesaria una actitud de razonable cautela ante la aparición de estos meteoros, pero sin caer en el rechazo sistemático. En otros términos, es necesari-

rio casi día a día, separar el grano de la paja; lo que antes, en los años cuarenta, sucedía a un ritmo muchísimo menor.

Quisiera terminar esta mirada al pasado, mencionando dos hechos que han sobrevenido en estos cuarenta años y que me parecen de gran trascendencia. El primero es la generalización de una actitud científica menos subjetivista y a la vez más constructiva y más crítica. Creo que la estructura de las comunicaciones a congresos y los artículos de revista ha cambiado. Parece como si estuviésemos aprendiendo a disciplinarnos, lo que no es chico avance en españoles. Buena parte de este progreso se debe a la actividad de la SEPAR y de las sociedades regionales de Neumología. Otra buena parte se debe cargar en el haber de una facilidad de información muchísimo mayor. Hacia los años 50, por no hablar de los anteriores, leíamos fundamentalmente libros, generalmente escritos por un solo autor. Hoy, los libros suelen estar redactados por varios autores pero, además, disponemos de una gran cantidad de revistas, hasta el punto de que el problema actual está en la necesidad de seleccionar.

El segundo es la irrupción en la comunidad de la medicina social y en el cambio de actitud del enfermo ante el hospital. La primera ha traído no sólo consecuencias sociales muy importantes sino también una tremenda transformación de la medicina, que aún no hemos digerido. La segunda ha llevado al hospital a convertirse en el eje de la asistencia, a mi juicio de forma excesiva. Creo firmemente que este resurgir del hospital es uno de los factores que ha contribuido más al progreso de la medicina y, por supuesto, de la neumología.

Quisiera terminar con lo que pudieran ser algunas previsiones.

Creo que hemos incorporado demasiadas cosas, científicas y sociales, y que lo hemos hecho demasiado deprisa, lo que ha conducido a desequilibrios que empiezan a pesar y a convertirse en rémoras. Me he referido ya a uno de ellos: el excesivo papel que juegan los hospitales en la asistencia neumológica. Este desmesurado papel ha masificado a los hospitales y ha condicionado y hasta coartado el desarrollo de otras actividades que pueden parecer de lujo, pero que son las que evitan la rutina: el desarrollo de la investigación clínica e incluso de la investigación más básica. Creo que en el futuro asistiremos a un mayor desarrollo de la neumología en sectores más periféricos, más cercanos a la población: hospitales comarcales, centros de especialidades, etc. Sería un error gravísimo que esto se hiciese a costa de los hospitales, que deben mantener y aún incrementar sus recursos y elevar su nivel científico y técnico.

Otro factor que va a irrumpir en la medicina es la informática, lo que permitirá, según creo, un mayor desarrollo de la investigación, de los estudios controlados y de la asistencia programada. Para todo este futuro es preciso que evitemos algunos riesgos, en algún caso ligados a nuestra idiosincrasia: el individualismo, la improvisación, la falta de planificación del futuro, etc. Todo sin perder de vista que somos médicos y que, como tales, sólo estamos justificados por los enfermos a los que es necesario curar o aliviar o, si no se puede otra cosa, consolar.