

EDITORIAL

NEUMOLOGIA, UNA ESPECIALIDAD DEFINIDA

La identificación, no totalmente justificada, de la neumología moderna con la tisiología y el constante avance en el terreno de la lucha antituberculosa, que ha tenido como consecuencia la disminución importante de la mortalidad por tuberculosis; la decreciente necesidad de tratamiento sanatorial y la disminución franca del tratamiento quirúrgico como arma antituberculosa, pueden hacer pensar que el campo de la neumología ha disminuido. Sin embargo, al reflexionar sobre la neumología como especialidad hay hechos muy interesantes que analizar que permiten fundar una impresión contraria: la neumología ha devenido una especialidad más amplia, con un adelanto científico indiscutible, como consecuencia del aumento en la frecuencia en las diversas enfermedades pulmonares que abarca, que hace de ella una especialidad con un futuro aún más importante. Los conocimientos en que se sustenta y las técnicas de exploración y tratamiento que en su ejercicio se utilizan actualmente se han diversificado y complicado tanto, que el neumólogo moderno necesita un adiestramiento diferente y muy especial.

En la Unidad de Neumología del Hospital General de México, el internamiento de enfermos por tuberculosis pulmonar y sus complicaciones ha variado de 35 por ciento del total en 1967, a 19 por ciento en 1972. Sin embargo, el número total de casos neumológicos internados no ha disminuido, sino al contrario ha aumentado, pues de un promedio de 47 pacientes al mes que requerían hospitalización entre 1967 y 1971, en 1972 el promedio mensual de internados ha sido de 74, lo que significa un incremento cercano al doble. La Unidad de Neumología ha orientado sus internamientos a pacientes con supuraciones pulmonares, carcinoma bronquiogénico, exacerbaciones de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía y bronconeumonía, insuficiencia respiratoria aguda por múltiples causas, problemas pleurales y padecimientos pulmonares difusos. El material que constituye la neumología de este decenio explica que anualmente una elevada proporción de la literatura médica mundial se refiera a problemas respiratorios —existen más de 200 revistas especializadas en diversas partes del mundo— y que en algunos países como Canadá y los Estados Unidos de América, donde no existía la neumología como especialidad, surja ahora como una de las importantes en los grandes centros médicos. Se pensó que al disminuir la cirugía por tuberculosis, acabaría la cirugía pulmonar; tampoco ha sido así. La cirugía pulmonar por tuberculosis correspondió a 35 por ciento de toda la cirugía de la Unidad de Neumología del Hospital General en 1967 y ha disminuido a 12.9 por ciento, en tanto que la cirugía pulmonar globalmente ha tenido un aumento de 50 por ciento en 1972.

Algunos padecimientos infecciosos tal vez disminuyan en los próximos años por mejores tratamientos médicos y puede preverse una disminución de la cirugía pulmonar por bronquiectasias o abscesos; pero esta disminución había ocurrido ya en el decenio 1950-1960 y hemos visto ahora aumentar nuevamente las cifras a partir de 1970. En cualquier caso, estos números fluctuarán según sea favorable o no la relación antibióticos/gérmenes sensibles. Hay varios puntos más de meditación al respecto: ¿Hasta qué punto aumentará mundialmente la cirugía toraco-pulmonar por traumatismos y por cáncer bronquiogénico? ¿Cuándo existirán condiciones que permitan una prevención eficiente de las enfermedades infecciosas? ¿Cuándo habrá suficiente cultura general para permitir que ya no se tengan que atender casos ya complicados con empiema o absceso pulmonar, necesariamente quirúrgicos? La respuesta a estas interrogantes permitiría predecir la magnitud de la cirugía pulmonar que habría que realizar en el futuro. Por ahora, en nuestro hospital no ha disminuido.

En realidad, parece ya fuera de lugar discutir si la especialidad debe ser médica o quirúrgica. El área de conocimientos que abarca se ha vuelto tan extensa que se justificaría ya la dedicación exclusiva al aspecto médico o al quirúrgico. Pero esto no debe constituir pretexto para desmembrar o repartir esta especialidad. No existe justificación para que áreas del conocimiento precisas en la neumología como la fisioterapia, la inhaloterapia, la rehabilitación respiratoria, el estudio y tratamiento de enfermos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las manifestaciones pulmonares de enfermedades sistémicas, el estudio y valoración de la

función pulmonar, pudieran ser manejadas por quienes no han tenido un adiestramiento especial e íntegro en este campo. Errores como hacer diagnóstico de fibrosis de Hamman y Rich en una tuberculosis antigua cicatrizada, pudieran explicarse en quien conozca algo de problemas pulmonares, pero no la metodología del diagnóstico sencillo —para un neumólogo— de la tuberculosis pulmonar.

El futuro de la neumología es tan extenso que quienes la estudien en el futuro tendrán que escoger entre el área de la cirugía, para integrarse al dominio de la cirugía torácica o adentrarse plenamente en el aspecto médico de esta ciencia; estos últimos no sólo tendrán que conocer la epidemiología, patología, ex-

ploración moderna y complicados métodos de tratamiento de los padecimientos respiratorios, sino también completar su preparación con aspectos de cardiología muy relacionados con el aparato respiratorio. Por la frecuencia creciente —terrible en algunas regiones— de las enfermedades respiratorias; por la importancia notable que tiene la repercusión cardiológica de las enfermedades pulmonares, tanto en materia de diagnóstico como de tratamiento, el futuro de la especialidad requiere el dominio de conocimientos muy extensos, enriquecidos de preferencia con el conocimiento multidisciplinario y amplio de la preparación que proporciona un Hospital General.

OCTAVIO RIVERO

Un examen cuidadoso hecho a la paciente demostró que sólo la orina podía aclarar la duda que existía respecto de la fiebre; en efecto, procedí a sondear a la enferma y encontré que la orina estaba notablemente turbia, de olor ligeramente amoniacal y un poco fétido. En vista de que el examen microscópico reveló una gran cantidad de leucocitos, se procedió a hacer un lavado vesical, a pesar de que faltaban síntomas en apoyo de una cistitis. El examen completo de la orina, hecho el día 4 de junio, aclaró las dudas; en uno anterior había 24 grámos de urea por mil, en éste sólo eran 10; existían algunos cilindros granulosos, celdillas epiteliales de la vejiga en corto número y numerosísimos leucocitos y algunas celdillas renales. La enferma seguía sin más síntoma que la fiebre. (Escalona, G.: *Un caso de pielonefritis consecutiva a un tabardillo*. GAC. MÉD. MÉX. 9 (3a. serie): 331, 1914).