

JACINT REVENTÓS I CONTI

L'EVOLUCIÓ DE LA PNEUMOLOGIA I DE LA CIRURGIA  
TORÀCICA CATALANA EN EL SEGLE XX

IV Congrés d'Història de la Medicina Catalana  
Poblet, 7-9 de juny de 1985  
Actes, Vol. I



La Pneumologia i el seu tractament agressiu o quirúrgic se centraren a principis del segle present en la Tisiologia. Fins a un cert punt s'arribaven a confondre l'una amb l'altra. Era la malaltia més extesa i per tant amb més empremta social.

Les altres malalties pneumològiques eren minoritàries; valgui com a exemple que el Dr. Joan Codina i Altés, publicava en 1917 la seva Tesi Doctoral que versava sobre dos cassos de càncer de pulmó. Aquesta tendència inicial del nostre segle s'ha anat invertint al llarg dels temps, sobre tot a partir dels anys cinquanta, en que la Tisiologia esdevingué gradualment una parcel·la minoritària dintre de la Pneumologia.

Al meu modest entendre, les especialitats mèdiques passen per uns estadis que generalment es reproduïxen en totes elles. Jo voldria afegir que això no és tant sols propi de la Tisiologia.

Existeix un primer estadi, màgic fins un cert punt, complicat, de tractament fonamentalment simptomàtic, de tractament causal més aviat fosc amb resultats pràctics minços. Després comença un segon estadi, de gran agressivitat quirúrgica que soluciona en general els problemes mecànics de la malaltia i també les seqüeles, que ja és bastant, però que tan sols toca parcialment els problemes generals. També comencen a aparèixer, per l'avenç de la tecnologia, les primeres possibilitats de realitzar diagnòstics documentals en vida, i no solament per mitjà de les necròpsies.

En un tercer estadi, apareixen per investigació farmacològica unes drogues cada cop més efectives i amb menys accions col·laterals, quina acció es basa en efectes causals, millorant secundàriament els símptomes. De moment afavoreixen la Cirurgia, permetent ampliar les seves indicacions, però després la van reduint cada cop més, quedant tan sols vigent la seva pràctica al tractament de les seqüeles. Els mitjans de diagnòstic van també millorant, el que fa que les terapèutiques es puguin aplicar de forma molt més selectiva i per tant eficient.

En el darrer o quart estadi, dominada la malaltia per unes drogues suficientment efectives i innòcues, perquè els pacients no arribin a cronificar la seva malaltia, aleshores el problema esdevé cada cop més un problema de Salut Pública i d'Epidemiologia, per tractar d'evitar que la malaltia, que ja no és tan fatal com abans, no es vagi extenent. Així s'arriba, en un període més o menys llarg, a la pràctica extinció de la mateixa.

Aquesta darrera fase està també influenciada per les condicions socials i econòmiques de la Societat contemporània. Evidentment en desaparèixer, o minvar considerablement unes malalties, n'han de sorgir unes de noves.

**I. EN EL PRIMER ESTADI** (a l'inici del nostre segle), l'armamentari terapèutic contra la Tuberculosi pulmonar a Catalunya, com a arreu del món, era més aviat pobre. Les condicions socio-econòmiques de la població, sanejament, vivendes, alimentació, horaris de feina... eren lamentables i la malaltia tuberculosa s'extenia per tot arreu. La prevalència de la malaltia era tal, que no quedava limitada a les classes socials més menesteroses, sinó que també a partir d'elles s'extenia també, encara que amb menor grau, a les classes més elevades. La Tuberculosi pulmonar havia esdevingut el "mal del segle", "la pesta blanca", i rara era la família, independentment de la classe social, que no patia en el seu si d'algun afectat. I el que era més greu, ja que existien grans probabilitats de que tan aviat hi havia un contagi en una família, aquest empastifés altres membres de la mateixa amb gravetats més o menys notables.

La terapèutica més eficient era el repòs i la sobrealimentació completades amb la cura climàtica. Al voltant d'aquestes es forjà tota una parafràntia de "Muntanyes Màgiques" que crearen molts interessos. Com a terapèutica complementària farmacològica "amb certes pretensions d'especificitats", com deia Remigi Dargallo, s'hi afegien l'oli de fetge de bacallà, la creosata, el guayacol, el cacodilat de sosa i els hiposulfits, o barrejes d'aquests medicaments. Tot plegat bastant poca cosa, al menys als nostrés ulls d'homes

de les darreries del segle XX.

Tant és així, que quan en 1906, cau malalt Manuel Reventós, el seu germà Cinto, vivament afectat per la malaltia del seu germà més estimat, comentava amb el pragmatisme que el caracteritzava, que hom tenia la idea clara de que s'hauria de prendre aquella malaltia més seriosament. Un cas idèntic, també la malaltia d'un germà, dugué a Lluís Sayé, a plantejar-se la mateixa qüestió molt pocs anys més tard.

Ambdós tractaren d'enviar llurs germans a Suïssa, que junt amb l'Alemanya Imperial, eren en aquells moments els capdavanters mundials de la Ciència Mèdica, i a l'ombra d'unes muntanyes d'altura mitjana i un clima molt sec, potser havien arribat a ordenar un xic més tota aquella ciència terapèutica, en el nostres ulls actuals, bastant aleatòria.

Cal dir aquí que de curacions completes en aquells moments de la Tuberculosis Pulmonar, se'n produïen més aviat poques; com a molt s'assolien supervivències, en col·locar al malalt amb la seva infecció crònica, en unes millors condicions ambientals. Un cop més en aquest aspecte quedaren també més afavorides les classes econòmicament més poderoses que les altres.

Al final d'aquesta fase (1907) sorgeix el que al nostre coneixement fou el primer dispensari de malalties respiratòries, per descomptat que fonamentalment tuberculosos, que el Prof. Oliver Aznar permeté obrir en l'Hospital Clínic, al Dr. Cinto Reventós, metge post-graduat, com ara es diria, (1904) i als estudiants Lluís Sayé i Joan B. Darder. Anys més tard es monten també a Sant Pau, Serveis de Fisiologia, d'on sortiran Freixas, Rosal i Josep Cornudella. En aquells temps inicià també la seva singladura el Dr. Eduard Xalabarder, de la qual sortiren iniciatives com el Dispensari i més tard el Sanatori de Torrebónica, els Dispensaris Blancs més endavant, el segell antituberculós i tantes altres.

**II. EL SEGON ESTADI.** El de màxima activitat quirúrgica s'inicia amb l'introducció del Pneumotòrax de Forlanini. L'acció terapèutica del Pneumotòrax, a l'igual que la resta de les aplicacions de la mal anomenada colapsoteràpia, s'inicien més aviat per la immovilització pulmonar que pel colapse. A Catalunya i a Espanya el primer Pneumotòrax es realitza a Barcelona, a l'Hospital Clínic, que feia poc que havia estat inaugurat, per Reventós i Sayé el 1911. Els hi ensenyà a aplicar un pintoresc personatge brasiler que venia d'Itàlia de visitar a Forlanini en mig d'un muntatge quelcom grotesc en un poble gitano. Va fer la primera insuflació, el primer cop de la pera d'aire, el Degà de la Facultat, Mariano Batlles.

El Pneumotòrax fou el primer acte terapèutic realment útil que va dur a una guarició total a molts tuberculosos pulmonars. Fou un mètode àmpliament emprat, que salvà la vida a molts catalans.

Aproximadament un any més tard s'obren a l'Hospital Clínic dues sales de tuberculosos, a càrrec de Cinto Reventós i Lluís Sayé, mentre que al Dispensari quedaria Darder. Per aquells anys surten en aquell servei alguns estudiants que més endavant serien prou famosos en el conreu de l'especialitat de la Fisiologia, Dargallo, Seix, Vilalta...

Però de vegades el Pneumotòrax, degut a adherències pleuropulmonars no era suficientment efectiu. Calia tallar aquestes adherències o completar de nou el Pneumotòrax. Sorgí aleshores la tècnica de la secció d'adherències, que originà un viatge a Escandinàvia per visitar al Prof. Semb, de Lluís Frontera i Cinto Reventós, a principis dels anys vint. La tècnica de secció d'adherències passa d'un estadi en què romangué en mans de cirurgians, a un segon estadi en què se'n féren càrrec especialistes amb certes veleïtats quirúrgiques, fent-ne una petita especialitat, com Lluís Rodés, Càrdenas, Canrad Xalabarder, i molts d'altres.

La secció d'adherències no fou l'única via per completar Pneumotòrax infeccios, sinó que quirúrgicament a cel obert se cercaren noves vies, com el Pneumotòrax extrapleural, l'exo-endo, els piombatges. Iniciaren aquesta mena de Cirurgia, Antoni Caralps, Tomàs Lorenzo, que fou el gran mestre

d'aquesta tècnica, i un xic més endavant Gerard Manresa i Felip Margarit.

El colapse definitiu del pulmó amb resecció de les costelles fou un altre camí, però més greu i més mutilant. La primera toracoplastia en el nostre país fou realitzada pel Dr. Joan Puig Sureda, al Clínic. El seguiren Antoni Trias i Lluís Frontera. Aquest últim fou una llàstima que degut a no voler enfrontar-se a les dificultats i tragèdies que aquesta especialitat produïa en aquells temps, l'abandonés per una àrea més plàcida com era la Urologia. Empès per Lluís Sayé i Cinto Reventós al mateix temps, que era molt dir aïeshores, hagués pogut ser el veritable pare de la Cirurgia Toràcica Catalana.

En la Toracoplastia i l'altra Cirurgia d'aquell moment, Antoni Caralps tingué els seus millors dies. A un tècnica quirúrgica depurada com a deixeble del Dr. Puig Sureda, afegí un coneixement, en aquell temps capital, de l'evolució de la malaltia tuberculosa. Tant n'estava convençut d'això Cinto Reventós, que amb paciència va anar convençant al Dr. Puig Sureda a Platón i al Dr. Corachán a St. Pau, que deixessin aquesta Cirurgia en les mans de Caralps. El problema de la correcta indicació del tipus de la intervenció quirúrgica i el moment de realitzar-la eren aïeshores de capital importància. Altra gent que foren experts en la toracoplastia foren Lorenzo, Soler Roig, Manresa, Margarit, Masferrer, Xalabarder, etc.

El drenatge dels vessaments purulents intrapleurals, tuberculosos o no, fou un altre capítol. De les simples incisions de la paret toràcica, amb drenatge de gasses o gomes, acompanyada generalment amb resecció de petits fragments de costella, força mutilant per cert, es passa al drenatge per tub, complementat per l'aspiració que resolva la majoria de les paperetes. Però hi havia ocasions en que el pulmó no es reexpandia i la supuració tornava a rebrotar. Sorgiren aïeshores les terriblement mutilants operacions de Schede o la Hemi-toracectomia de la que fou l'iniciador Felip Margarit. A Marsella vaig tenir l'ocasió d'aprendre de Metras, la tècnica de la Decorticació pulmonar que els avenços tecnològics de l'aspiració forçada, i els antibiòtics, feien aquesta l'operació d'elecció en aquestes circumstàncies. Però aquest tractament més lògic de la malaltia degut als avenços tècnics que la feien possible, apareixen precisament en el moment en que degut al tractament més precoç, i amb antibiòtics més poderosos, també la feien cada cop més innecessària.

Caralps i Cinto Reventós foren grans partidaris de la paràlisi del frènic, per tractament de les grans caverne de la base pulmonar. Era una operació fàcil i sense complicacions, aquelles terribles complicacions post-operatòries que es presentaven en aquells temps i que avui, gairebé no sabem explicar-nos per què es presentaven. Avui sabem que era una aberració des d'un punt de vista funcional i duia a una gran amputació de la capacitat de ventilació. També es feren al cap d'anys reserves d'aquest tipus a la pràctica del Pneumotòrax, que per altra banda havia guarit a tanta gent.

El quist hidatídic pulmonar fou una malaltia quirúrgica molt extesa, sobre tot a Espanya, fins els anys seixanta, en què paulatinament anà desapareguent en extremar-se el control sanitari a les bèsties i als escorxadors. Avui és excepcional. Les seves complicacions eren greus i el seu tractament quirúrgic agraft. La Cirurgia, evitant els perills del tòrax obert, començà amb les mensupialitzacions i acabà amb les quistectomies en un temps. El gran mestre de la Quistectomia hidatídica fou sense discussió Tomàs Lorenzo.

Per mi és una malaltia molt especial, ja que a través d'ella el meu pare conegué a la meva mare que n'era portadora d'un de gran tamany. La meva mare fou intervinguda en el quiròfan improvisat al menjador d'una torre de Sant Gervasi el 1924, pel Dr. Lluís Frontera. En aquell moment no hi havia clíniques adequades i el Cirurgià suís, De Quervain, a qui es va consultar, manifestà al meu avi que era el primer cas que veia.

Les reseccions pulmonars no esdevingueren entre nosaltres una operació comuna fins a la segona meitat dels anys cinquanta. Les operacions intratoràciques foren "tabú" fins a la introducció de la intubació traqueal i la ventilació assistida pels americans MELTZER y AUER (1909). El seu mètode va trigar

però molts anys a ser universal, potser per la mania de SAUVERBRUCH, amb tota la seva autoritat, de voler introduir el seu complicat sistema de càmeres hipobàriques, que no passà mai de física recreativa. Per aquesta circumstància i altres, la resecció pulmonar, o exèresi, passà per una llarga prehistòria, tant a Catalunya com a arreu del món. Els resultats foren d'entrada millors en les supuracions pulmonars i en els processos tumorals que en els malalts tuberculosos, en els quals es produïen complicacions degut al moment evolutiu de la malaltia, sobre tot l'empíema i la temuda fístula bronquial. La seva generalització es produí tant sols després de la II Guerra Mundial, segurament com a conseqüència de les millores tècniques aportades pel tractament de les ferides toràciques de guerra.

També la tècnica anà millorant. Al principi tots els elements de l'hili pulmonar o lobar es lligaven per mitjà d'un torniquet. Jo encara n'he vist un d'aquests torniquets propietat del Dr. Soler-Roig. La fístula bronquial n'era sovint una conseqüència, fins i tot en les supuracions. El tractament individualitzat dels elements de l'hili fou un pas endavant important, però en els darrers anys de la meua pràctica s'han introduït de nou tècniques de sutura en massa dels hilis per mitjans mecànics amb agrafs de tàntal i amb cosidors, primer de procedència soviètica i després americana, que escurçaven molt el temps d'intervenció.

Jo vaig viure bastant l'evolució de la Cirurgia d'exèresi, primer com a ajudant i després com a actor. És curiós quan complicada semblava aquesta operació als inicis, duracions llarguíssimes, pèrdues de sang importants, shocks intraoperatoris... Gradualment les coses anaren millorant, els temps s'escurçaven, es perdia poca sang, fins i tot alguna vegada s'operava sense transfusió, i no existien complicacions, ni intraoperatories ni post-operatories. La resecció pulmonar esdevingué una operació de rutina, i les nostres estadístiques s'assamblaven cada cop més a les estrangeres. A més d'avançar la tècnica de cirurgians i anestesistes i la seva experiència, la confiança dels internistes en el mètode s'anà extenent i enviaven a la taula d'intervencions els malalts en millors condicions, ja que ara no calia "protegir-los" dels cirurgians.

De la Cirurgia del Càncer bronquial, en parlarem més endavant.

Aquest fou el gran moment de Cirurgians com Gerard Manresa i els seus deixebles, Juncosa, Vives, i Vidal, de Felio Margarit i Josep Masferrer.

Els avenços terapèutics d'aquesta època, foren en gran part possibles degut als avenços en el camp de les exploracions complementàries. Cap a la segona dècada del segle la radiologia començà a estar a l'abast dels Tisiòlegs catalans. Ja no solament veuen les imatges anatomo-patològiques de la malaltia post-mortem, sinó que les podien veure en viu, i seguir-ne l'evolució. Hi hagueren metges que aleshores pensaven com tantes altres vegades ha ocorregut, que per fer un diagnòstic no calien "aquestes ombres xinesques" i que amb les exploracions físiques de les quals n'eren mestres consumats, n'hi havia ben bé prou. Però la radiologia ajuda no sols en el diagnòstic i en l'avaluació de les malalties, sinó també fou un ajut terapèutic important en la terapèutica mèdico-quirúrgica pulmonar (localitzacions de lesions, puncions, extensió de les indicacions quirúrgiques, etc...)

La simple radioscòpia (avui abandonada gairebé totalment, encara que pensem que té unes possibilitats que no té la radiografia), i la radiografia, foren aviat completades per la radiografia-estereoscòpica (també abandonada), la planigrafia, les broncografies i angiografies, el pneumo-mediastí i el "scanner". Avui es parla ja de la resonància magnètica, i les tècniques són cada cop més sofisticades i més cares.

Amb motiu del pas per Barcelona, fugint de França durant la II Guerra Mundial, del Dr. Max Biderman, es pot dir que s'inicia l'especialitat broncològica a Catalunya. Biderman establí bones relacions amb els pneumòlegs barcelonins, de forma que després de la guerra el visitaren a ell i als Drs. Forrestier i Lemoine a París. Amb ells es formaren en les tècniques de la broncoscòpia rígida i la broncografia, els nostres broncolòlegs, Antoni Castella, Cinto Sanglas, F.Coll Colomé, tots ells a la vegada caps de noves escoles. El diagnòstic i el tractament del càncer de pulmó i de les dilatacions bronquials, així

com certs aspectes de la tuberculosi avançaren molt amb aquestes tècniques. Joan Castells, fou el capdavanter d'una tècnica ja més sofisticada i menys molesta, la de la fibroscopia bronquial.

[[[.TERCER ESTAD]: Podriem dir que s'inicia amb la introducció de la Streptomina dintre de l'armamentari terapèutic contra la tuberculosi en 1944, i que arribà al nostre país a les darreries dels anys quaranta. Abans hi hagueren algunes drogues amb pretensions de tractament causal però els seus resultats foren més aviat aleatoris, com les sals d'or i el TRIOM.

El primer medicament, un antibiòtic, veritablement actiu contra la tuberculosi fou la Streptomina. Era especialment actiu en les formes recents, impedit l'evolució cap a la tisi. A l'abast dels malalts i metges catalans arribà al principi amb moltes dificultats i a un preu exorbitant, rodejat de tota mena de picaresca. Eren temps en que no es podia receptar pel S.O.E., que donava com a excusa que no era un medicament "suficientment experimentat"... i no obstant fou un medicament salvador en els casos greus i recents com la pneumonia caseosa i la meningitis.

La Streptomina fou aviat seguida per altres quimioteràpics efectius, encara que sovint tòxics, com ella mateixa, el P.A.S. i la Tiosemicarbazona o Tb1. A principis dels anys cinquanta apareix la Hidracida (HN), que és ja una droga amb pocs efectes secundaris. Aparegueren després altres quimioteràpics menors. Als finals dels anys seixanta s'introduí la Rifampicina que possiblement avui és el remei més important.

La tècnica de combinació de diversos quimioteràpics i antibiòtics, particularment actius en diverses fases i formes de malaltia, féren avançar enormement l'efectivitat dels tractaments. Pocs malalts arribarien ja a la fase de cronificació i de complicacions. La Tisi paulatinament anà desapareixent i quedà simplement l'infecció tuberculosa, que a pesar de que periòdicament es diu que existeix un rebrot de la malaltia, aquest no s'acava de confirmar mai.

Alguns països, com els escandinaus i Holanda, pràcticament han erradicat la tuberculosi, altres estan en el camí. A Espanya es féu fa uns anys una campanya d'erradicació, que tan sols assolí uns resultats parcials.

La cirurgia, protegida per la introducció d'antibiòtics i quimioteràpics realment eficaços, assolí durant els anys cinquanta i principis dels seixanta una expansió prodigiosa. Els malalts crònics ja no tenien el perill de reactivar-se amb la intervenció, i les indicacions s'ampliaren llargament. S'operaren aleshores gairebé tots els malalts residuals cronificats. Les tècniques d'anestèsia i reanimació avançaven ràpidament, la intubació selectiva bronquial ajudava a la cirurgia i dificultava les disseminacions peroperatòries. Entre nosaltres grans anestesistes-reanimadors d'aquesta època foren, MONTON, PRATS, JAUME MAS, MIRANDA.... Les sessions lobectomies i segmentectomies es multiplicaren, s'operaven caverres detergides, nòduls residuals per a evitar futurs perills, la poca mortalitat i morbiditat operatòria ho justificava. També s'expandiren en un principi les indicacions del pneumatòrax però ja no es tractava d'ampliar la seva efectivitat amb operacions complementàries, i es passava directament a operacions d'exèresis, quan aquestes no substituïen ja d'entrada al mateix pneumatòrax, degut a que assolía un guariment més ràpid i radical. Aquesta substitució no es produí però, sense la resistència d'alguns tisiòlegs clàssics.

Tota aquesta expansió quirúrgica s'entroncà en uns anys. Els malalts ja no es cronificaven, es guarien ja a la seva fase inicial per l'acció dels fàrmacs. De malalts residuals cada cop en quedaven menys, o bé havien estat ja operats i guarits, o bé s'havien mort. Ara cada vegada arribaven menys malalts cronificats al quirúrgia i en un moment donat el seu flux s'entroncà pràcticament del tot.

L'especialitat que fins aleshores es deia fonamentalment Tisiologia, ja que aquesta era la seva activitat més important, buscà altres camins, tant en el camp mèdic com en el quirúrgic. En 1954 la "Sociedad de Tisiologia", de l'"Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears" canvià el seu nom per el de "Sociedad de Patología Respiratoria"; tot un signe.

La cirurgia de les supuracions pulmonars, l'abcès de pulmó, les bronquièctasis, els quistes infectats, també quedaren extraordinàriament disminuïts amb l'introducció dels moderns antibiòtics i quimioteràpics.

Amb el declivi de la Tisiologia, apareixen altres malalties en l'àmbit de la Patologia Pulmonar. Potser ja existien, però potser també se'ls hi havia fet menys cas fins aleshores.

Passà a un primer pla tot el contexte de les bronquitis, l'enfisema i l'insuficiència respiratòria, a la qual aviat se li reconeixen repercussions cardio-circulatories. Els pneumòlegs aprenen Cardiologia, fet ajudat per l'existència d'aquesta doble especialització en la Seguretat Social.

Per a tractar bé la insuficiència respiratòria cal conèixer la funció respiratòria i per això en els anys seixanta i setanta floreixen molt les tècniques d'exploració funcional dels pulmons i de la seva circulació. Es posen a punt tècniques clàssiques a la vegada que n'apareixen de noves: l'espirometria i la broncoespirometria, la gammagrafia pulmonar, el metabògraf, els gasos en sang, i tantes altres. Albert Agustí, Raimon Cornudella, Jordi Salvadó, Tomeu Vicens, Rodríguez Roysin, són els noms d'aquesta nova especialització en els seus inicis.

El càncer de pulmó, que ara ha esdevingut una malaltia molt comuna, és un altre camp que s'obre. Els nous mitjans diagnòstics el permeten diagnosticar precoçment i sotmetre'l a un tractament quirúrgic, quins resultats milloren paulatinament amb les tècniques més perfeccionades d'exploració funcional respiratòria, anestèsico-reanimadora i quirúrgica.

Amb l'esdeveniment de la quimioteràpia anticancerosa, cada cop amb menys efectes secundaris i més activa, i els protocols de tractament i les radiacions ionitzants, combinats o no amb la cirurgia, faran que potser arribem a veure a aquesta malaltia fent una evolució similar a la de la tuberculosi pulmonar.

L'enfisema pulmonar sembla que també ha creat certes noves indicacions quirúrgiques. El Pneumotòrax espontani, el neumomediastí, i les gran butlles comprensives són les seves indicacions actuals. És possible que la contaminació, el tabac, i la vida sedentària, puguin ajudar en l'expansió d'aquesta malaltia, malaltia de civilització.

La cirurgia tràqueo-bronquial esdevé una realitat: lesions inflamatòries, post-traumàtiques i degudes a la reanimació respiratòria, així com l'afany de realitzar reseccions pulmonars el més econòmiques possible en els afectats per càncer pulmonar amb funció ventilatòria limitada. Em penso que la primera operació de reconstrucció tràqueobronquial del país fou realitzada per l'autor d'aquestes ratlles en 1962, en un traumàtic.

També han aparegut una sèrie de malalties degeneratives del pulmó i de la seva trama intersticial que requereixen amb freqüència la toracoscòpia o la biòpsia pulmonar. El seu tractament efectiu, i la seva prevenció, són ara per ara, pobres.

Amb el tractament dels insuficients respiratoris i les reseccions pulmonars de càncer de pulmó en gent d'edat madura, han rebut en gran impuls les tècniques de rehabilitació respiratòria, per què els pacients aprenguin a utilitzar el millor possible les seves reserves ventilatòries.

**IV. QUART ESTADI.** Jo diria que en el tractament de la tuberculosi pulmonar ens trobem en l'actualitat entre les darreries del Tercer Estadi, i els començaments del Quart, en el que la lluita contra la malaltia es fa sobre tot amb mides Preventives i de Salut Pública.

Es evident que els quatre estadis en què hem dividit l'evolució de les malalties, i en particular la tuberculosi pulmonar, no tenen límits exactes i els estadis es poden barrejar fins un cert punt. Així es poden trobar mides preventives i de Salut Pública en els estadis inicials.

En parlar de les mides preventives contra la tuberculosi que es prengueren a Catalunya durant el present segle, no es poden oblidar els noms de Salvat, Mirambell, Pere Calafell i altres en el que respecta a la prevenció realitzada en la infància, perquè la tuberculosi, ja es deia aleshores, era "una història



que començava al bressol". Pere Calafell, a més de la seva tasca professional fou un capdavanter en remarcar la importància del progrés econòmic-social, en el camí de la lluita contra la tuberculosi infantil, per aconseguir dominar-la dintre del marc de la població en general.

Dintre de la prevenció més "general" tampoc podem oblidar els noms de Seix, Pursell, March i sobre tot Lluís Sayé. Aquest s'adelantà molt al seus temps en la seva actitud professional. Tant s'avençà que no pogué recollir els fruits que havia sembrat en la seva vida. Cinto Reventós fou un metge del seu temps, Sayé fou un metge que s'hauria desenvolupat molt millor en l'actualitat, i és per això que el primer trionfà més socialment que el segon en aquells temps. Seria injust no citar en aquest petit record les actuacions de Sayé i dels seus col·laboradors en el Dispensari de Rodas en l'Hospital Clínic i en el Dispensari Central de Torres-Amat, que avui porta amb tota justícia el nom de Lluís Sayé.

Avui dia existeixen una xarxa assistencial i uns mitjans de diagnòstic que permeten descobrir la tuberculosi en la seva fase incipient. Hi ha uns medicaments prou potents perquè la malaltia pugui ser guarida en curt temps. La gent afectada pot continuar gairebé la seva vida normal, sotmesa tan sols a un tractament farmacològic ambulatori.

Han desaparegut els Sanatoris; no són ja necessaris. Gradualment han anat tancant tots, i no seiaient a Suïssa, a França, a Alemanya. També a Catalunya han desaparegut, Puigdolena, El Brull... i fins i tot ha quedat en via morta el Sanatori Públic de Terrassa. També les sales específiques dels Hospitals per tuberculosos han anat tancant.

En realitat, és que ja no feien falta, perquè l'actual tuberculós pot fer el seu tractament en règim gairebé ambulatori, sense internament. Els malalts crònics o s'han curat, o bé ja han desaparegut. L'internament, avui, ja en una veritable fase de "reconversió" només seria vàlid per aïllar de la Comunitat al malalt contagiós impeding l'expansió de la malaltia.

En les sales d'Hospitals han estat substituïts per insuficients respiratoris, bronquífics, malalts afectats de càncers pulmonars... fins i tot existeixen en alguns llocs unitats de cura intensiva per aquestes malalties.

La Generalitat ha establert ja un programa per l'erradicació de la malaltia al nostre país, encara que no s'ha iniciat amb prou força, malhauradament possiblement per estretors pressupostàries i de prioritats. Però tard o d'hora s'establirà la batalla final contra la tuberculosi, com ha ocorregut en altres nacions.

Es possible que amb el temps, també el càncer de pulmó, l'enfisema, la bronquitis, i les poc conegudes malalties degeneratives del pulmó, segueixin el mateix camí de la tuberculosi i altres infeccions. Segurament canviaran els hàbits de la gent, la prevenció de les malalties potser esdevingui més efectiva, i que un cop conegudes les seves veritables causes, la població accepti totalment i en llibertat la seva prevenció. Possiblement canviaran de tipus de malalties, unes rares esdevindren més comunes i n'apareixeran de noves potser lligades a uns nous hàbits de la població; en definitiva existirà un altra Patologia, una altra Sanitat i una altra Medicina per una altra Societat.