

**DISCURSO DE INGRESO EN LA REAL ACADEMIA
DE MEDICINA DE MURCIA**

(día 20 de marzo de 1986)

**“RENACIMIENTO DE LA ANATOMIA PATOLOGICA
EN LA MEDICINA ACTUAL”**

por el

Ilmo. Sr. D. Guzmán Ortuño Pacheco

Excmo. Sr. Presidente,
Excmos. e Illmos. señores,
Señoras y señores:

Constituye este acto un motivo de singular satisfacción personal, sobre todo al comprobar que es la culminación de una vieja amistad compartida con los miembros de esta docta Institución, quedando muy en segundo plano los posibles merecimientos personales. Tengo la sensación de volver de nuevo al lugar apacible, donde se practica la comunicación científica y humana en un clima de comprensión y de tolerancia y en donde los distintos planteamientos vitales son analizados bajo una óptica absolutamente antidogmática. Ello es así, pues si bien esta acogida que hoy me dispensáis significa para mí el entrar por la puerta grande, esta Real Academia de Medicina, en realidad, me había abierto sus puertas desde hace muchos años, precisamente en unos momentos decisivos en mi vida profesional, y para mí enormemente emotivos, ya que marcaban el reencuentro con mi tierra murciana. Es por tanto que resultaría poco elegante que yo me limitara exclusivamente a expresar mi agradecimiento hacia ustedes, por la elección que en su día me honraron como Académico de Número y no lo hiciera extensivo a tantas otras circunstancias en que esta Real Academia de Medicina me apoyó y contribuyó de una manera importante en mi vida científica y profesional.

Acabados los estudios de preuniversitario en mi ciudad natal de Jumilla y al carecer por aquel entonces Murcia, año 1960, de Fa-

cultad de Medicina, marché a la Universidad de Navarra donde me doctoré y además tuve la suerte de encontrar a la compañera de mi vida, mi esposa Gloria.

Desde un primer momento la meta era volver a Murcia, con las dificultades propias de la especialidad que había elegido, que sólo se practicaba en un medio hospitalario. Tuve que ir a Sevilla, donde se iniciaba la construcción de la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío y en donde un grupo de patólogos jóvenes, bajo la dirección del Dr. Loizaga, creamos un Departamento de Patología Moderna en íntima conexión con la Medicina Clínica. Fue una época fecunda y con un gran horizonte por delante. Pero he aquí que una mañana de mayo del año 1971, recibo la llamada del Director de la Residencia Santa María del Rosell de Cartagena, Dr. Oterino Flores, para que pusiera en marcha el Servicio de Patología.

Eran momentos en los que no existía plétora médica y en la que un profesional era requerido en distintos sitios. Rechacé otras ofertas de hospitales de mayor rango y atraído por mi tierra desembarqué en la ciudad de Cartagena. Detrás de todo ésto, lo que supe unos meses después, estaba una persona que más tarde sería Académico y que hoy tengo el honor de que conteste a este discurso, el Dr. Manuel Rodríguez Bermejo.

¿Recuerdas Manolo?: Nos habíamos conocido unos años antes en Bilbao. Corría el año 1967 y ambos acudimos al III Congreso Nacional de Anatomía Patológica. Nos presentó Jesús Vázquez, hoy Decano de la Facultad de Medicina de Navarra. Yo era un residente en formación y tú el Patólogo de Murcia. Te expresé mi deseo de volver a la tierra y aún tengo grabadas tus palabras de elogio hacia Murcia, que calificaste de tu patria chica.

Habíais fundado pocos años antes en Salamanca la Sociedad Española de Anatomía Patológica. Allí debutaste con tus aportaciones científicas y también en el coso taurino para lidiar, en ocasiones al alimón con Agustín Herrero Zapatero, un astado de respetable envergadura. Esta faena tuvimos ocasión de disfrutarla recientemente en el último Congreso de Granada. No pudiste asistir por estar convaleciente. Te echamos de menos. Allí tu maestro, el Profesor Zamorano, proyectó una película de tal acontecimiento, con motivo de cumplirse las bodas de plata de nuestra Sociedad. Todos los patólogos españoles aprendimos de tu casta, de tu temple y coraje en

las astas de un toro, condiciones que te han servido después para lidiar al más difícil toro de la vida. Un salmantino con enjundia y para mí más murciano que el Callejón de la Aurora, Académico de Número de la Real Academia de Murcia apadrinó la llegada de este jumillano al acogedor Puerto de Cartagena.

La cuenca minera de Cartagena padecía un importante problema social: la silicosis. ¿Sabes lo que es la silicosis? se preguntaba Pérez Reverte en el diario "La Verdad" de aquellos años, "La silicosis es algo que mata poco a poco, se agarra con fuerza al pecho de los hombres y se obstina en quitarles la vida que les deja la mina, que no es mucha. El polvo que levantan las excavadoras se mete allí dentro, en las entrañas, condenando a una muerte lenta e inexorable. Y te asfixias compañero y te mueres de un modo oscuro y anónimo".

Nos impresionó el problema de la silicosis y nos dedicamos a su investigación, tratando de aportar luz al complejo mecanismo de su patogenia, diseñando la evolución de sus lesiones y sentamos las bases de su carácter sistémico, al observar que no sólo afectaba a los pulmones, sino a otros órganos de la economía. En el año 1974 la Real Academia de Medicina de Murcia me invitó a pronunciar una conferencia sobre la Silicosis en el Campo de Cartagena, honrándome con el nombramiento de Académico Correspondiente. Conceptos que después se publicaron en diversos medios y que hoy ya forman parte del repertorio bibliográfico básico en el terreno de la silicosis, fueron expuestos por primera vez en esta Academia.

Sería otro Académico el Prof. Llombart el que me abrió las puertas de la Facultad de Medicina de Murcia, primero como ayudante, luego como Agregado y finalmente como Catedrático.

Al lado de D. Antonio Llombart nos enriquecimos con su categoría científica y disfrutamos de su calidad humana los que tuvimos desde un primer momento, la suerte de ser sus amigos. Creo que Murcia y la Medicina Murciana deben de estar profundamente agradecidas a la labor desarrollada por quien fue el primer Catedrático de su Facultad de Medicina y miembro distinguido de esta Real Academia.

Finalmente, al incorporarme como docente numerario a la Facultad de Medicina, esta Academia me acoge una vez más en su recinto y en él pronuncio mi primera lección magistral sobre la "Úlcera gastraduodenal". Sería injusto no recordar en este momento a un

destacado Académico hoy fallecido, que me apoyó continuamente y favoreció el contacto repetido y entrañable con esta Institución. Estoy refiriéndome a D. José Manuel Gómez Jiménez de Cisneros, el Dr. Cisneros, como a él gustaba ser llamado, que marcó con su personalidad y trabajo, un largo y fecundo período como Secretario General. Fue el primer patólogo de la Academia, aunque sus aportaciones más importantes las realizara en el terreno de la Micología, alcanzando niveles de experto mundial. Sus trabajos vieron la luz en prestigiosas revistas alemanas. Además fue un incansable recopilador de bibliografía médica de autores murcianos, que guardaba celosamente, después de encuadernarla, en su magnífica biblioteca.

En definitiva, la Academia ha sido el medio que ha facilitado mi enraizamiento en la Medicina Murciana al haberme permitido la comunicación científica, el intercambio de ideas y sobre todo el hallazgo de una nueva dimensión de la Ciencia, acaso más humana y cordial.

Por todo ello muchas gracias.

Al plantearme el preceptivo discurso doctrinal de Ingreso en esta Institución varios temas de atractiva actualidad me vinieron a la mente. Sin embargo renuncié a ellos pensando que un enfoque global de la función de nuestra disciplina en la Medicina actual, podría favorecer en el marco de tan selecto auditorio la difusión de unas ideas, quizás poco conocidas, que sirvieran para reivindicar el trabajo oscuro y callado que muchos patólogos realizan, generalmente en el sótano de nuestros hospitales, fuera del contacto directo con enfermos y sus familiares, aportando con su esfuerzo y dedicación la clave de una Medicina científica y dando cobertura y seguridad al trabajo de clínicos y cirujanos. Por otro lado nos encontramos en un momento del desarrollo científico-técnico en que la máquina progresivamente lo va suplantando casi todo. El valorar la adecuada utilización y fiabilidad diagnóstica de muchos recursos instrumentales es tarea importante en lo que a la Anatomía Patológica, o mejor a la Patología a secas, tiene mucho que decir, en una época de racionalización de los recursos sanitarios que permitan el mantenimiento de la salud de una colectividad y aporten una actuación médica equilibrada. Por tanto permítanme ustedes que les hable del presente y futuro esperanzador que la Anatomía Patológica puede desempeñar en la Medicina Moderna.

El modelo sanitario actual en España está siendo cuestionado desde diversos colectivos. La demanda sanitaria ha crecido de una manera espectacular en los últimos años. El número de asegurados ha aumentado considerablemente hasta tal punto que la Seguridad Social da cobertura al 94% del total de la población. Conceptos tales como exceso de hospitalización y aumento de costes, plantean serios problemas que son necesario abordar de una manera realista mediante la racionalización del trabajo y quizá la mayor disposición de elementos humanos que permita una menor utilización de costosas técnicas instrumentales. En los hospitales, estamos asistiendo a una avalancha de enfermos, muchos de los cuales podrían ser atendidos en unidades primarias, fuera del medio hospitalario. Los servicios centrales están completamente desbordados de trabajo. A cada enfermo que llega a un hospital le practicamos innumerables y complejos análisis así como estudios radiológicos múltiples; cuando revisamos la historia clínica quedamos sorprendidos por el volumen de la misma, ya que junto a una anamnesis generalmente sucinta nos encontramos con cientos de unidades analíticas y decenas de estudios radiográficos, sin olvidar las modernas técnicas diagnósticas tales como la tomografía axial computerizada y la más reciente resonancia nuclear magnética que vienen siendo utilizadas, especialmente la primera de una manera creciente.

Sin embargo, es posible que a pesar de este enorme bagaje de recursos exploratorios que manejamos con profusión en la actualidad, la calidad de la Medicina que practicamos no haya mejorado de una manera sustancial. Lo que ya no entra en el terreno de la hipótesis sino de la más pura realidad, es el hecho de la deshumanización del acto médico y además que los costes de la existencia sanitaria se han disparado de una manera alarmante. Es necesario y urgente la revisión del uso a veces abusivo de los medios diagnósticos que irá en primer lugar en beneficio del enfermo al no someterlo a exploraciones que por rutinarias a veces resultan innecesarias y por otro permitirá una reducción de los costes sanitarios. Como señala Stormby, las mejoras técnicas y caras han tenido consecuencia para la economía de la sociedad, habiendo creado una alternativa a la filosofía médica. En muchos países se ha reducido el número de camas de hospital y se ha puesto un gran énfasis en la asistencia sanitaria primaria con técnicas diagnósticas menos sofisticadas.

Es curioso señalar que en el momento actual son precisamente los países más ricos los que se están planteando seriamente el control de la calidad, de la eficacia y sobre todo de los costes de sus servicios de salud. Parece claro que los servicios de salud del futuro deben de proveerse de mecanismos que permitan una medida y control de todos aquellos factores que intervienen en el acto médico. La capacidad del sistema para revisar y controlar continuamente estos objetivos no pueden quedar al arbitrio de indicadores tan relativos como los certificados de defunción y el tiempo de estancia en los hospitales, sino que es necesario encontrar otros parámetros más objetivos y de mayor rigor científico. Y es precisamente la Anatomía Patológica la que probablemente puede contribuir de una manera decisiva a desempeñar un papel central en la reorganización y sobre todo uso racional de la moderna tecnología aplicada a la medicina.

La Anatomía Patológica es la ciencia que permite la comprensión científica de la enfermedad en todos sus aspectos: patogenia, patocronia, clínica, pronóstico, diagnóstico y tratamiento, basándose en el estudio de la lesión a nivel de órganos, tejidos y células. La Anatomía Patológica dispone de un potencial aún no desarrollado en su totalidad, que pertenece al futuro de esta disciplina y cuya utilización no es un privilegio de los patólogos sino más bien un derecho y una obligación de la medicina y de la sociedad. Esta disciplina es tan indispensable en la ciencia médica como la matemática es necesaria a la ciencia física. Tres partes perfectamente definidas se encuentran dentro de la anatomía patológica: la patología postmortem, o estudio científico de la enfermedad en sus manifestaciones en el cadáver, mediante la realización de autopsias clínicas, la patología quirúrgica, ésto es el estudio de biopsias y piezas quirúrgicas procedentes de la actividad quirúrgica o bien material extraído exclusivamente para establecer un diagnóstico morfológico y, finalmente, la citopatología que permite el estudio de la enfermedad mediante la observación de células más o menos aisladas o más o menos cohesionadas que se descaman espontáneamente o bien que son extraídas por el patólogo de una manera activa mediante la punción aspirativa con aguja fina.

La autopsia no es un procedimiento moderno sino todo lo contrario. Desde hace más de 3.500 años se trataba de desentrañar el

futuro estudiando las vísceras de los animales, lo que de una manera indirecta empezó a contribuir al conocimiento de la patología. Es precisamente la correlación entre los datos clínicos y los hallazgos postmortem lo que sentó las bases científicas de la enfermedad y aceleró de una manera considerable el desarrollo de la medicina actual, siendo el instrumento más importante en la investigación de la enfermedad y de sus manifestaciones clínicas. Se pregunta Anaya por qué es la autopsia tan importante cuando los análisis de laboratorio pueden definir con exactitud algunas enfermedades a través de la medida exacta y automatizada a veces de decenas de variables. Cuando la tomografía axial computerizada añade e informa con detalle de tamaño, localización, densidad y probable naturaleza de las masas, cuando la radiología, la inmunología, el laboratorio de hormonas y la medicina nuclear han explorado todos los conductos y aprovechado todas afinidades citológicas, inmunológicas y metabólicas para detectar la función alterada, cuando toda clase de medios ingeniosos, quirúrgicos en sentido clásico algunos, mediante punciones o endoscopias otros, han traído a nuestro laboratorio todas las partículas tisulares imaginables para ser estudiadas por nuestros propios medios, cuando todo ésto está ya en todas partes, y más aún en el hospital, ¿qué pinta allí un procedimiento aparentemente tan primitivo como la autopsia, que muchos ven como una manipulación del cadáver, con metodología semimediieval? Partiendo del hecho elemental de que una enfermedad se manifiesta por síntomas diversos y que un mismo síntoma puede ser debido a distintos procesos, puede parecer reiterativo en el momento actual decir que mientras un médico no haga la autopsia de sus propios pacientes, sus conocimientos provendrán de los libros de texto y de las descripciones floridas de los procesos excepcionales o de las estadísticas, todo hecho por los demás, pero sin que llegue a completar su propia experiencia porque una autopsia jamás es un trabajo rutinario aunque a veces nos pueda dejar insatisfechos. No hay ningún sitio donde se demuestre mejor la autenticidad de la medicina que en la sala de autopsias.

Evidentemente la autopsia no puede ser por sí misma la esencia de una patología científica, pero lo es igualmente que sin ella la patología carece por completo de base. Señala Oliva que el médico que no siente la necesidad de hacer autopsias fracasa no sólo

como científico sino también como hombre, pues no se atreve a lo más fundamental, preguntarse a sí mismo: El examen postmortem representa el último paso de la atención médica continuada, sin el cual no es posible conocer la calidad de la medicina que se imparte en un hospital. Un hospital que no controla la calidad de su medicina con parámetros objetivos como es la correlación entre los diagnósticos realizados en vida y los diagnósticos postmortem, es un hospital que va a la deriva.

Hay un concepto muy pernicioso y es el creer que la realización de estudios postmortem permiten el progreso médico, cuando en realidad el mismo no depende del número de autopsias sino de la formación de las personas que realizan el examen del cadáver. Para sacar partido a un examen postmortem es necesario originalidad, imaginación, constancia y tener una serie de conocimientos básicos de patología general para correlacionar los datos morfológicos que nosotros debemos de interpretar. El clínico que favorece la realización de exámenes postmortem es una persona que en cierta medida tiene una capacidad grande de honestidad intelectual. El ser humano probablemente nunca resuelva todos los misterios del universo, seguramente tampoco pueda resolver todos los misterios de este universo tan maravilloso y complicado que es el organismo humano. El universo de la célula, a imagen y semejanza del universo cósmico, tiene misterios encerrados que son infinitos, pero la curiosidad del clínico y del patólogo no debe de ser menos infinita; si nosotros perdemos la capacidad de asombrarnos ante la fenomenología del hecho biológico y todo lo que vemos tratamos de encasillarlo en los compartimentos estancos de nuestra formación previa, nuestro conocimiento se deteriora, no progresa y en suma no contribuimos al progreso científico.

La autopsia comprende un servicio muy importante para la medicina hospitalaria moderna y también para la administración, al significar un mecanismo de control de calidad. Se ha argumentado que debido a los grandes avances en el conocimiento clínico y al uso de la información de laboratorio obtenida durante la vida, la autopsia tiene ahora un papel menos importante que jugar en la calidad del control de la medicina práctica. Sin embargo recientes estudios realizados por Briton en Escandinavia muestran que los diagnósticos clínicos principales de causa de muerte solamente son confirmados

por la autopsia como correctos en un 57% de los casos y que son erróneos en un 30% de los mismos, con un 13% de casos en los que no es posible hacer un diagnóstico antes de la muerte. Y además, cuando se comparan los resultados obtenidos en el estudio de grandes series autopsicas de principio del siglo y actuales se observa que a pesar de la introducción en la medicina de una sofisticada tecnología diagnóstica el porcentaje de errores no ha disminuido de una manera significativa. Cuando la autopsia revela que el diagnóstico clínico es incompleto o incorrecto, no significa necesariamente que el clínico no es experto sino simplemente nos indica lo mucho que nos queda por aprender.

El examen postmortem no ocasiona solamente beneficios a la comunal médica sino también a la propia familia del paciente, ya que en primer lugar facilita un diagnóstico correcto y cierto de la causa de la muerte, lo cual es particularmente importante para algunas familias, especialmente los padres de aquellos que fallecen de muerte repentina, que permite establecer la causa del fallecimiento y despejar ciertos factores o problemas de culpabilidad. Por otro lado en determinados casos permite la detección de enfermedades infecto-contagiosas que van a facilitar un tratamiento preventivo adecuado en aquellos familiares en contacto con el paciente. Otra misión muy importante en cuanto al beneficio para la familia es que a veces se descubren enfermedades de causa genética, de transmisión hereditaria, y pueden salvar la vida a otros miembros de la familia. Aún recuerdo el caso de una chica de 28 años, fallecida con un cuadro respiratorio agudo y muy florido. El interés clínico era enormemente manifiesto debido a que se sospechaba una enfermedad de los legionarios. El examen postmortem puso en evidencia que el fallo respiratorio era debido a un edema agudo pulmonar por fracaso ventricular izquierdo, ocasionado por una crisis hipertensiva, producida por un pequeño tumor secretor de catecolaminas, situado en una de las suprarrenales. El estudio posterior de todos los miembros de la familia mediante determinaciones en orina de vanilmandélico, puso en evidencia la existencia en algunos miembros de tumores de esta naturaleza ocultos, que no habían dado ninguna sintomatología hasta el presente y permitió un tratamiento eficaz antes de que se produjeran consecuencias más desagradables.

El examen postmortem beneficia indudablemente también a la

comunidad médica, ya que revela un diagnóstico cierto que permite establecer unas correlaciones clínicas, evaluar la terapéutica empleada y facilitar el progreso del conocimiento médico. Merced a los exámenes postmortem se ha obtenido un mejor conocimiento de determinadas enfermedades que de otra manera hubieran pasado desapercibidas. Incluso, el clínico, mediante los exámenes postmortem, puede valorar la eficacia de técnicas nuevas y tan populares como la tomografía axial computerizada. A través de estudios autópsicos Jacobs y colaboradores han demostrado que en el 13,8% de los casos se producían falsos negativos en la lectura de las imágenes del TAC.

El clínico necesita también la autopsia para tener un conocimiento real de la incidencia de las enfermedades. Por otro lado, es una fuente de órganos para el trasplante, al tiempo que sirve para valorar muchas técnicas quirúrgicas nuevas, así como la efectividad o no de potentes fármacos que continuamente se están introduciendo en el arsenal terapéutico actual.

El examen postmortem contribuye también al desarrollo y mejoramiento de los hospitales, hay que tener en cuenta que los hospitales son instituciones sociales que deben responder a las necesidades sociales y poco sabemos realmente de la demanda sanitaria de una población si no tenemos un control exacto de cuál es la patología dominante, qué nuevas patologías van apareciendo en una comunidad, y de esta forma la autopsia en el hospital contribuye de una manera eficaz en programas de educación, de investigación, de epidemiología, de salud pública, etc.

En el área de la investigación, el examen postmortem, ha contribuido y contribuye al desarrollo de la medicina, determinados capítulos tales como el shock, el infarto de miocardio, la arterioesclerosis, el cáncer, las enfermedades metabólicas, el envejecimiento, se han realizado avances merced al material obtenido en los exámenes postmortem. Mediante la utilización de material postmortem y mediante el uso de cultivos celulares se puede estudiar la acción de agentes ambientales, de medicamentos, de hormonas, de anoxia sobre las células, evitando el uso del animal de experimentación. Lo cual no significa que despreciemos los modelos animales en el estudio de la enfermedad, pero tenemos que llamar la atención de que tiene singular importancia el uso de células humanas, de tejidos,

fibras y de órganos derivados de la autopsia para el estudio de sistemas biológicos.

En definitiva, podemos decir que un hospital moderno no tiene ningún control de calidad si no se realiza un determinado número de exámenes postmortem que en cualquier caso no debe de ser inferior de un 25% de la mortalidad. Pero no solamente debemos de quedarnos ahí, sino que este material tiene que ser trabajado, tiene que ser utilizado de una manera racional, tiene que ofrecerse al clínico a través de un protocolo detallado, a través de la sesión clínico-patológica que es la piedra angular sobre la que descansa la medicina científica de un hospital y de esta manera realizar una evaluación continuada con objeto de mejorar cada día la medicina hospitalaria. Para la sociedad en general el examen postmortem nos va a dar un elemento de juicio muy importante, ya que va a significar que podamos conseguir un conocimiento real de la incidencia de enfermedades en diferentes áreas geográficas, lo cual permitirá una planificación sanitaria de recursos, servirá para valorar el efecto de determinados riesgos ambientales y servirá para determinar las prioridades entre varios programas de investigación, así como, por último, para comprobar la efectividad de las medidas sanitarias que en su día se tomaron.

La historia de la patología quirúrgica es mucho más reciente, ya que el microscopio no se usó hasta finales del siglo XVII, y de una manera sistemática bastantes años más tarde. Los libros de texto de patología quirúrgica se registran el año 1682 por SEBELLINO en una sección sobre los tumores clasificables sobre las bases de su malignidad. La función primaria del patólogo quirúrgico, es el diagnóstico de la enfermedad y de su ausencia, sobre las bases de su examen tisular y después, una función también enormemente importante, es la de consulta con el médico que atiende al paciente de tal manera que integra la información obtenida en el examen morfológico, con todos los datos clínicos y analíticos, lo que permite establecer un plan terapéutico y pronóstico para determinada enfermedad. Es precisamente esta propiedad del patólogo como consultor lo que justifica que cuando se remite una biopsia o una pieza al patólogo se le deba de facilitar toda la información clínica pertinente acerca del paciente, para que la imagen obtenida a nivel microscópico no sea un dato aislado, sino que el patólogo con su sólida

formación en medicina clínica y revisión global de la enfermedad pueda, junto con los datos clínicos, correlacionar e integrar los datos morfológicos para obtener un diagnóstico.

Hay algunos médicos que defienden la no aportación de datos clínicos al patólogo, insistiendo en una total objetividad de la realización del informe. Yo creo que esto no es correcto. Podría ser más científico y más objetivo, sin embargo, hay que pensar que detrás de cada diagnóstico está un enfermo y que la patología diagnóstica no sólo es ciencia, sino que el arte de la medicina juega también un papel muy importante. Ya que nuestra misión es comunicar una información que debe de ser utilizada por el clínico para iniciar una serie de medidas terapéuticas, algunas de ellas muy drásticas, o enérgicas, todos nosotros debemos tener todas las cartas en la mano para hacer una conclusión diagnóstica y actuar no solamente como un diagnosticador sino como un consultor donde facilitamos una información muy valiosa a nuestro compañero clínico o cirujano. Es decir, que no despreciamos la necesidad de la objetividad, pero creemos que es mucho más importante en aras de un diagnóstico correcto utilizar una buena correlación clínico-patológica al disponer de todos los datos posibles. Es lo mismo que si algún médico que va a tratar a un paciente practicara el examen físico o exploración sin antes haber hecho una historia clínica o por ejemplo que un médico que está tratando un infarto de miocardio no le viera la cara al enfermo ni supiera nada de sus circunstancias clínicas y solamente se guiara por lo que dice el electrocardiograma. No se puede interpretar una biopsia ósea sin tener una radiografía a mano, ya que puede ser simplemente en primer lugar que no haya una correlación entre los datos radiológicos y el fragmento examinado o bien porque la toma biopsica no se haya hecho adecuadamente o porque el material sea escaso y no representativo en una lesión que en su totalidad concuerde con la edad del paciente, la localización y las características radiológicas, pues debía ser otra cosa. La correlación clínico-patológica es base para un diagnóstico, con ello va a facilitar una valiosa información que se va a usar no sólo para establecer un diagnóstico y para seleccionar una terapéutica adecuada, sino también para estimar un pronóstico. Toda la información que sea necesaria debe ser incluida en los informes, por ejemplo ciertos parámetros en el cáncer de mama son muy significantes tales como ta-

maño tumoral, contorno, necrosis, grado de diferenciación, invasión sanguínea vascular y la presencia y número de ganglios linfáticos axilares con metástasis. La biopsia no tiene la menor probabilidad de ser sustituida en el futuro. Por el contrario, el avance de la cirugía y el refinamiento de la endoscopia y los cateterismos y como no, los progresos de la anestesia, siguen abriendo cada día más y más campos a la biopsia. El estudio de la pieza quirúrgica como elemento sustancial en el pronóstico postoperatorio no sólo tiene un papel que jugar en el futuro colectivo, sino que va a ser exigido por los pacientes tan pronto como su nivel cultural les lleve a saber que su futuro como individuo depende en buena parte de lo que se encuentre el patólogo en el material resecado, la ignorancia en que muchos españoles cultos se encuentran en cuanto al papel jugado por el patólogo en el destino de los enfermos es demasiado peligrosa, socialmente hablando, para permitir que persista. Todo ello, por supuesto, sin demérito de los demás procedimientos clínicos e instrumentales y por mucho que se perfeccione, y por mucho que crezca su rentabilidad no habrá cirujano responsable que proceda a una exéresis mutilante sin una comprobación anatomopatológica, ni clínico que se arriesgue a un tratamiento con problemas secundarios a una quimioterapia o a una radioterapia sin conocer los resultados de una biopsia. Claro que también se tiene que acostumbrar y por supuesto el médico en primer lugar, que hoy día no resulta serio que se pueda tirar ninguna pieza al cubo del quirófano. Todo, absolutamente todo lo procedente del acto quirúrgico debe de ser remitido al patólogo para que proceda a su estudio morfológico, y ello en base fundamental a que es precisamente en esa pequeña o gran pieza que se ha quitado en el acto quirúrgico donde está escrito el futuro de ese enfermo que ha sido sometido a una operación. Todas las piezas estudiadas de una manera sistemática permite descubrir procesos que el examen microscópico normal por parte del cirujano, pasan absolutamente inadvertidos.

El papel como investigador del patólogo quirúrgico también es muy importante. La investigación que puede ser observacional, consiste ésta en que la enfermedad realmente es un experimento natural que se ofrece a nuestra vista y el papel del patólogo se limita a observar los resultados de esta enfermedad de los tejidos, pero con una mente analítica, con una mente abierta, con una mente interro-

gativa, lo cual permite la sorpresa día a día y sacar conclusiones del material que se estudia en los laboratorios. Se ha criticado mucho la publicación de una observación aislada de un único caso, sin olvidar que muchas entidades nuevas en la patología quirúrgica fueron originalmente descritas de esta forma y posteriormente se completaron con descripciones más amplias. En este momento cabe señalar que se trataba de un caso aislado nuestro primer trabajo publicado por nosotros en la literatura mundial sobre silicosis hepatoesplénica y que sirvió para sentar en el año 1974 las bases de un conocimiento morfológico disperso y el concepto de que la silicosis no es exclusivamente una enfermedad pulmonar, sino una enfermedad de carácter sistémica que afecta a todos los territorios orgánicos, especialmente al hígado y al bazo. En fin, que este método de información es válido. Por supuesto que las revisiones de un número de casos tienen un mayor interés, puesto que permiten comparar parámetros de unos a otros casos y así como establecer correlaciones entre la patología de distintas áreas geográficas.

Hay otra investigación muy importante que puede realizar el patólogo-quirúrgico que depende de una manipulación de tejidos humanos. Si el patólogo-quirúrgico es un investigador con una mente abierta y unas ganas de profundizar en el conocimiento de su especialidad, la obtención de tejidos vivos en el material procedente de las piezas quirúrgicas es una fuente importantísima para el cultivo celular, lo cual permite trasplantes a animales atímicos, permite el estudio espectrofotométrico, análisis de DNA en poblaciones tumorales, de la inmunohistoquímica y la microscopía electrónica.

Una de las principales razones de la importancia de los patólogos es la cooperación estrecha con el cirujano para ayudarle a reducir los costes de la cirugía. Y en base a que el patólogo no se debe de transmitir todas las implicaciones que este diagnóstico conlleva. retransmitir todas las implicaciones que este diagnóstico conlleva. La mejor manera es que haya una relación íntima y continua entre el patólogo y el cirujano que hablen el mismo lenguaje y que se entiendan de una manera correcta. Han existido épocas en que el diagnóstico del cáncer aún cuando se ha hecho por el patólogo con un apellido de carcinoma "in situ" o bien carcinoma intraductal, es decir, de una forma limitada y no invasiva de cáncer, nos ha servido para que el cirujano haya realizado operaciones radicales excesivas

e innecesarias. Y en este sentido y para evitar ciertas cirugías no necesarias, donde se tiene un instrumento y una metodología apropiada es en la Punción Aspiración con Aguja Fina que comentaremos más adelante, pero básicamente podemos decir que si todos los nódulos tiroideos fueran sujetos a la realización de esta técnica se evitarían más del 50% de las operaciones del tiroides.

La patología quirúrgica tiene la virtualidad de reconocer de una manera cierta diferentes procesos en distintos puntos de su evolución, diferencia con la lesión en la autopsia que es de tipo terminal. Nosotros en las biopsias vemos lesiones en distintos niveles evolutivos, de manera que cuando obtenemos el material podemos proceder al estudio del mismo haciendo la correlación con el momento de la enfermedad. Este tejido obtenido en el quirófano es base para una metodología de cultivo de tejidos y de técnicas de trasplante. Ello ha hecho posible el estudio de numerosos mecanismos de carcinogénesis, así como el estudio de variaciones en la respuesta a diferentes carcinógenos por parte de tejido humano. El análisis de los efectos de ambientes artificiales, físicos y químicos sobre la expresión de las características fenotípicas pueden realizarse directamente en tejidos de cultivos de células normales y células neoplásicas. La aplicación de técnicas inmunocitoquímicas con una exquisita sensibilidad que permiten la visualización de una variada gama de antígenos facilita al patólogo extender y expansionar sus observaciones morfológicas incluyendo una serie de parámetros bioquímicos. Las aplicaciones potenciales incluyen la caracterización de todo el espectro de fenómenos proliferativos que preceden el desarrollo de una neoplasia, el análisis de la neoplasia completamente desarrollada y la evolución de nuevos sistemas de marcaje tumoral. Clínicamente estas técnicas pueden facilitar una ayuda muy importante en un diagnóstico diferencial del cáncer, determinar el pronóstico y predecir la respuesta a varias formas de la terapéutica.

Nos queda por comentar la citopatología o citología clínica que estudia la lesión a nivel de las células, bien descamadas espontáneamente de superficies temporales, lo que constituye la citología exfoliativa, o bien aspirados mediante punción con aguja fina, lo que constituye la citología aspirativa. Las dos áreas en las que se ha desarrollado más ampliamente la citología exfoliativa son la ginecología y la respiratoria; mediante una citología vaginal es posible

una valoración múltiple, que incluye el estado hormonal de la paciente, el estudio microbiológico de la flora vaginal y sobre todo el reconocimiento de lesiones displásicas que preceden al desarrollo de cáncer de cuello o del mismo cáncer de cuello en una fase inicial o "in situ", fácilmente curable en la totalidad de los casos. La realización periódica, por lo menos anual de la citología vaginal en las mujeres por encima de 25 años significaría una erradicación total del cáncer de cuello de útero en la población femenina.

No es de este tipo de examen citológico del que queremos profundizar en nuestra disertación, sino de la obtención de tejido y células mediante la punción con aguja fina, mediante su utilización no sólo se logra un diagnóstico morfológico preciso sino que además es posible obtener material suficiente para receptores estrogénicos o estudios citoquímicos. Las ventajas de este método no son sólo científicas sino también de índole humanitaria. Cerca del 95% de las mujeres con cáncer de mama pueden ser diagnosticadas antes de emplear la cirugía. Ello evita la angustia de la mujer que le han quitado un tumor y no sabe si al despertar encontrará o no amputado su seno, en función de lo que diga el patólogo en la biopsia intraoperatoria. Hoy día el enfoque terapéutico del cáncer de mama ha cambiado de una manera radical, no pareciendo indicadas las amputaciones masivas y sistemáticas que se realizaban hace algunos años. En cualquier caso, el paciente tiene derecho a ser informado de las distintas posibilidades terapéuticas y elegir aquéllas que según su sentido estético o su psicología considera más adecuado. La citología aspirativa brinda un diagnóstico previo a la intervención, lo que permite una planificación terapéutica adecuada sobre todo con información al paciente. La citología aspirativa evita pues la angustia, al facilitar un diagnóstico de benignidad a una enferma con un bulto preocupante. Es cuando se la compara con otros procedimientos diagnósticos, no sólo más rápida, sino también menos dolorosa, menos cara y menos compleja tecnológicamente, no requiriendo del concurso del cirujano ni del anestesista, ni grandes inversiones de capital, por lo que es un método de diagnóstico que debe de popularizarse rápidamente en España, habida cuenta de la crisis económica que padecemos y de la necesaria reconversión y racionalización del sector sanitario.

¿Por qué la citología biopsia aspirativa no es popular todavía en

nuestro medio? Las innovaciones en medicina sufren un proceso curioso por no decir paradójico, algunas son incorporadas rápidamente por la comunidad médica y entran en servicio, generalmente son técnicas caras que requieren grandes desembolsos en aparatos. Otras innovaciones requieren décadas y necesitan una defensa continua para finalmente gozar de aceptación general. Un ejemplo clásico de este último grupo lo constituyó la citología exfoliativa para el diagnóstico del cáncer de cuello que descrita en el año 1928 por Papanicolaou y Babes independientemente, no fue aceptada hasta 25 años más tarde, al recibir el apoyo de la Sociedad Americana del Cáncer.

La citología por punción con aguja fina está sufriendo un largo y agonizante camino para alcanzar su implantación rutinaria como medio diagnóstico en nuestro país. Y ello puede ser debido a diferentes hechos, por un lado por la propia estructura de la práctica médica en España, la punción aspiración reduce considerablemente el número de actuaciones profesionales tales como: biopsias quirúrgicas, pruebas analíticas, exploraciones complementarias, intervenciones quirúrgicas, etc., lo que podría significar la asistencia a la adopción de un método más simple y más económico. Para algunos médicos la técnica representa un método de segunda clase para la obtención de un diagnóstico anatomopatológico. Hay diversas razones esgrimidas para justificar su impopularidad, por un lado que cuando se punciona un tumor puede diseminarse por el trayecto de la aguja y también que la fiabilidad de la técnica no es absoluta. Ambos argumentos son fáciles de rebatir, efectivamente existen algunos casos publicados de colonización neoplásica en el trayecto de la aguja, pero cuando se revisa la metodología de tales trabajos se comprueba que en general la aguja utilizada siempre fue de grueso calibre, y en cualquier caso superior a siete décimas de milímetro; sin embargo la experiencia del hospital Karolinska de Estocolmo, con cientos de miles de punciones efectuadas, no se ha encontrado diseminación ninguna. Además debe de recordarse que el tumor y por tanto el trayecto de la punción va a ser sometido a tratamiento radioterápico o a cirugía radical. Los cirujanos son en general reacios a esta técnica planteando la posibilidad de la diseminación vascular de células tumorales, cuando curiosamente no se plantean al mismo tiempo la posibilidad de que ello ocurra cuando cortan un cáncer de

mama o cuando manipulan un cáncer de digestivo. Los estudios de grandes series demuestran que estadísticamente no existen diferencias en la supervivencia de pacientes puncionados de los que no lo fueron. Según Berr y Robins no existen razones específicas hoy día para no utilizar esta técnica.

Es obligado reconocer que los patólogos tenemos gran parte de responsabilidad en las dificultades de instauración de la punción aspiración biopsia, al ser reacios en un principio a aceptar una metodología de trabajo en la que no habíamos sido entrenados, ya que el diagnóstico anatomopatológico se basaba casi exclusivamente en el estudio de biopsias y piezas quirúrgicas y en el examen post-mortem.

Como señala Christoferson mirando hacia atrás parece bastante extraño que el diagnóstico citológico por aspiración no haya crecido proporcionalmente en relación con su utilidad como técnica diagnóstica. Analizando el por qué de esta situación parece que los Residentes, siempre cambiantes, no se han familiarizado con esta técnica y en su gran valor diagnóstico de tumores, quizás nosotros hemos estado demasiado ocupados propagando las virtudes de la citología exfoliativa y nos hemos equivocado en no comunicar la efectividad de la biopsia aspirativa a nuestros colegas. Es propio del entrenamiento quirúrgico una predilección por cortar más que por pinchar y esa costumbre persiste a pesar de las grandes ventajas que la punción tiene en casos seleccionados. En muchos servicios o departamentos de Anatomía Patológica se infravaloró incluso la citología descamativa, dándose la circunstancia actual de que en algunos de nuestros hospitales la citología vaginal la realizan citólogos procedentes del campo de la ginecología; ello fue altamente negativo para el desarrollo global de la Anatomía Patológica, ya que a remolque de la citología vaginal los ginecólogos comenzaron a responsabilizarse del estudio de la citología mamaria e incluso los más osados, por no decir más imprudentes, se atrevieron con el diagnóstico citológico a nivel de otros órganos, tales como ganglios, tiroides, etc. La citología-biopsia-aspirativa se desarrolló pues de una manera aberrante y limitada al carecer muchos citólogos del sustrato anatomopatológico necesario para la interpretación razonada y correlacionada de las alteraciones citológicas.

Con la planificación de la docencia hospitalaria a comienzos de

la década de los 70 surge el concepto de la acreditación de hospitales para la docencia, en donde juega un papel primordial el servicio de Anatomía Patológica. Dentro de la Comisión Nacional de Especialidades Médicas, la de Anatomía Patológica establece unos criterios para la acreditación de los Servicios de Anatomía Patológica, en la que se fija un mínimo de 60 autopsias anuales, 3.000 biopsias o piezas quirúrgicas y 3.000 citologías. Ello estimula a muchos patólogos de instituciones hospitalarias que ven que para la acreditación de un hospital es necesario la acreditación de su servicio de Anatomía Patológica y la de éste pasa por un número no inferior de 3.000 citologías al año. El desarrollo de la citología exfoliativa familiarizó a muchos patólogos con los principios del citodiagnóstico, entrenó a los citopatólogos en la Punción Aspiración y abrió muchos campos diagnósticos reservados a la patología quirúrgica. Aunque el diagnóstico citológico no excluye la necesidad de la confirmación mediante una biopsia convencional la experiencia clínica de la última década ha demostrado que la citología biopsia aspirativa tiene un lugar definido en el control diagnóstico y terapéutico de las neoplasias. Como señaló Fox, debido a una serie de factores que caracterizan a la biopsia aspirativa, tales como rapidez, ausencia de molestias para el paciente, utilización sin anestesia, ser completamente indolora, economía, sencillez, no necesitando de aparatos ni de sistemas complejos, además de no ser necesario ni el cirujano ni el anestesista, es por lo que la biopsia aspirativa con aguja fina sería el método ideal para el diagnóstico de las neoplasias en países subdesarrollados. En contraste con esta afirmación llama la atención que donde más profusión y desarrollo ha alcanzado la técnica, es precisamente en aquellos países de mayor desarrollo, tales como EE.UU. y Suecia.

Apoyada en los tres grandes pilares que la sustentan: el examen postmortem, la patología quirúrgica y la citopatología, y siempre en íntima conexión con la clínica, la Anatomía Patológica está llamada a ser una disciplina que resurja del sótano de nuestros hospitales y pase a desempeñar el nobilísimo papel que le corresponde dentro de la medicina hospitalaria actual, legitimando las actuaciones profesionales de nuestros compañeros en base a diagnósticos objetivos, autenticando la medicina de cualquier centro que debe basarse, no sólo en criterios de rentabilidad y eficacia, en donde la

Patología tiene mucho que decir, sino también estableciendo criterios de calidad hospitalaria. Creo que como todos los patólogos, estamos comprometidos con la difusión de estas ideas, para que una sociedad culta conozca nuestra disciplina y sepa que cualquier diagnóstico de certeza, que puede exigir, pasa por un estudio morfológico de la lesión. Todos los patólogos hospitalarios estamos en una actitud de servicio ante la sociedad pero pensando que de nuestra actuación profesional se puede obtener más rentabilidad a nivel individual, para el conjunto de la vida hospitalaria y para la planificación.

Por todo lo anteriormente expuesto pensamos que la Anatomía Patológica está llamada a resolver muchos de los problemas que actualmente plantea una Asistencia Sanitaria, que requiere una planificación sobre bases científicas, esperando por tanto un impulso y una potenciación de nuestros laboratorios que favorezca un auténtico Renacimiento, que ya se vislumbra, de la Patología.

He dicho.

Excmo. Sr. Presidente,
Illmos. Sres. Académicos,
Señoras y señores:

DISCURSO DE CONTESTACION

por el

Ilmo. Sr. D. Manuel Rodríguez Bermejo

Es una tradición mantenido por el Discurso del Nuevo Académico, ha sido el tema de este discurso, elegido por aquel en razón de dos circunstancias: por similitud de actividades, con lo cual el comentario debe ser documentado, o por amistad especial, que el nuevo Académico patrocina con el honor de ofrecerle la contestación. En este caso, se trata de un discurso de contestación que se complementa: similitud de actividad y amistad sincera de larga data. Lo ha señalado el Dr. Ortúño, Comenzó en Bilbao, en un Congreso Nacional. Me fue presentado un joven espigado, de buen porte (que naturalmente conserva), con mirada inquisidora y zabelante de saber cosas de su Murcia. Creo que a través de aquella conversación rápida, de pasillo, entendí mejor ese mensaje de retorno que Murcia ejerce sobre sus hijos dispersos a lo largo y ancho de la geografía hispana. Entendí y: Gerardo Ortúño, además, una vocación, un deseo de superación y una ambición, sana ambición, para grandes empresas. No me equivocó. Podría haber supuesto, dada su juventud, como opina, generalizando, el excelente pensador y escritor argentino Máximo Etchebarry, admirador y seguidor entrañable de nuestro Ortega, que "las tiernas cabezas juveniles no se nutren sino de fáciles esquemas y breves conclusiones simplistas". No, insisto, a Gerardo Ortúño, a pesar de aquel aspecto juvenil, casi de abismo de C.O.B.

*Excmo. Sr. Presidente,
Illmos. Sres. Académicos,
Señoras y señores:*

Es una tradición mantenida que, tras el Discurso del Nuevo Académico, haga la contestación un Académico de Número, elegido por aquél en razón de dos circunstancias: por similitud de actividades, con lo cual el comentario debe ser más documentado, o por amistad especial, que el nuevo Académico patentiza con el honor de ofrecerle la contestación a su discurso. En nuestro caso ambas cosas se complementan: similitud de actividad y amistad sincera de larga data. Lo ha señalado el Dr. Ortuño. Comenzó en Bilbao, en un Congreso Nacional. Me fue presentado un joven espigado, de buen porte (que naturalmente conserva), con mirada inquisidora y anhelante de saber cosas de su Murcia. Creo que a través de aquella conversación rápida, de pasillo, entendí mejor ese mensaje de retorno que Murcia ejerce sobre sus hijos dispersos a lo largo y ancho de la geografía hispana. Entreví en Guzmán Ortuño, además, una vocación, un deseo de superación y una ambición, sana ambición, para grandes empresas. No me equivoqué. Podía haber supuesto, dada su juventud, como opina, generalizando, el excelente pensador y escritor argentino Máximo Etchecopar, admirador y seguidor entrañable de nuestro Ortega, que "las tiernas cabezas juveniles no se nutren sino de fáciles esquemas y breves resúmenes simplistas". No, insisto, a Guzmán Ortuño, a pesar de aquel aspecto juvenil, casi de alumno de C.O.U.,

le vi con especial vocación de entrega, y con una cabeza —como diría nuestro compañero de Academia, Dr. Carles Egea— muy bien “amueblada” por dentro. Sus diversas estancias en Pamplona y Sevilla, lograron matices en su formación inestimables. En Pamplona con mayor carácter universitario-docente, al lado de excelentes jóvenes maestros (Dres. Herranz y Vázquez entre otros); y en Sevilla con enorme actividad asistencial, casi febril, recién inaugurada la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío, cuyo organizador del Servicio de Anatomía Patológica, el Dr. Loizaga, había traído de Méjico las enseñanzas de un eminente catedrático español, el Dr. Costero, que lamentablemente hubo de exilarse hacia años por motivos políticos. Allí, en Sevilla, tengo la seguridad que Guzmán Ortuño se formó como anatómo patólogo práctico, primera condición que debe reunir quien ha de enfrentarse a diario con cortes histológicos de tejidos humanos. Por aquel entonces, tras el magnífico resultado de Hospitales tales como Puerta de Hierro, La Paz, la clínica de la Concepción y algunos más, con escasas diferencias cronológicas, se inauguraban otras Residencias y Ciudades Sanitarias (la Residencia de Tarragona, la antigua Arrixaca de Murcia y el Rocío de Sevilla, entre otras). La Seguridad Social, por fin, se había dado cuenta de que cualquier Hospital debía disponer de un Servicio de Anatomía Patológica, aunque fuera situado en los bajos del Hospital, junto al mortuorio (como casi todos), aun en lugares lóbregos. Al respecto, no puedo menos de recordar, no sin cierto horror, el Servicio de la antigua Arrixaca, compuesto por un despacho, un laboratorio y una sala de autopsias, todo al final de un largo pasillo que servía, además, de antesala al depósito de cadáveres. Llegamos hasta acostumbrarnos a identificar los lúgubres chirridos de las puertas de los frigoríficos del mortuorio —especialmente tenebrosos en la soledad de la tarde y aún de la noche— cuando llegaba un nuevo cadáver, y hasta los pasos entrecortados y firmes de los porteadores, al sacar hacia su definitivo destino una caja mortuoria. Los desgarradores gritos de los familiares suponían un *impasse* en nuestro trabajo, a pesar del acostumbramiento.

Sin duda, distraídos por lo anecdótico, nos hemos desviado un tanto del hilo de la exposición. Intentábamos matizar con nuestra propia experiencia lo dicho por el nuevo Académico respecto de la ubicación de gran parte de los Servicios de Anatomía Patológica.

Decíamos que próximo a los años 70 empezaba una red hospitalaria que, aun con deficiencias más de personal que de medios, estaba dotada de Servicios de Anatomía Patológica, donde hombres animosos, trabajando a destajo, tratábamos de ponernos a la altura de otros países. Había llegado el momento de que, para formarse en Anatomía Patológica, no hacía falta marcharse a Norteamérica, Alemania, etcétera. Empezaban las nuevas generaciones de patólogos autóctonos, íntegramente formados en España. Se habían puesto las bases para que pudieran tener continuidad los éxitos de nuestro Cajal, Río Ortega, Achúcarro y un largo etc., pertenecientes a lo que se puede llamar la Epoca de Oro de nuestra Histología y Anatomía Patológica. Antes de los años mencionados (65-70) la Anatomía Patológica estaba prácticamente acantonada en las Facultades, donde eminentísimos catedráticos luchaban con una escasez impresionante de medios, sobre todo de personal, no siendo infrecuente que en estas Cátedras se tuviera que impartir la docencia de Histología, Embriología, Anatomía Patológica, Citología (y tal vez alguna disciplina más en Facultades afines), con la ayuda de un sólo agregado —entonces auxiliares— y algún ocasional ayudante de clases prácticas. Conocimos en detalle algún Departamento de entonces que en algunas fases funcionaba con el Catedrático, el auxiliar y, como complemento necesario, el bedel y la señora de la limpieza. La falta de desarrollo de la práctica anatomopatológica hizo que no fuera infrecuente que los propios profesores se ayudaran, para procurarse unos ingresos dignos, mediante otras actividades, por ejemplo practicando además análisis clínicos u otras actividades.

El nuevo giro hospitalario —insisto— cambió la faz de una disciplina cuyas actividades y necesidad ha expuesto el nuevo Académico de forma contundente. Los nuevos y jóvenes patólogos hicieron sentir su necesidad en los nuevos hospitales. La Anatomía Patológica práctica, que se creía exclusiva de sesudos señores, por lo general metidos en años, resultó que la conocían jóvenes médicos, apenas licenciados 4 ó 5 años antes. Por entonces el profesor Ortuño, catedrático ya en esta tierra —en su tierra— me correspondió también presentarle en esta Academia, en una de las conferencias que pronunció y que ha referido. En la presentación hice mención de que era creencia antigua extendida que todos los buenos Anatomopatólogos debían ser calvos. Esta afirmación por aquel entonces me fa-

vorecía pues, aunque en menor cuantía que ahora, mi cuero cabelludo soportaba ya una buena dosis de despoblación capilar. Se pensaba antes, que, para adquirir una buena experiencia en esta especialidad, había de pasar mucho tiempo, tanto que, para entonces, ya el pelo brillaba con su ausencia. El Dr. Ortuño con su cabellera a tope (entonces y ahora) sería una excepción. Se comprende que ahora, con la metódica actual, en 4-5 años puede adquirirse la misma experiencia, o superior, a lo que antes podía suponer gran parte de la vida.

Como queda expuesto, hemos intentado hasta ahora, transcribir, aunque haya sido mitad sumarial mitad anecdótico, qué sucedió en España en los años anteriores a lo que el Dr. Ortuño destaca como título de su discurso: "El Renacimiento de la Anatomía Patológica en la Medicina Moderna". Hemos utilizado nuestra larga experiencia vivida, basada en lo que el buen autor cómico, el asturiano Vital Aza, denomina el "triste privilegio de la edad". Hemos repetido hasta la saciedad, tanto el profesor Ortuño como yo, el término que denomina nuestra disciplina: la Anatomía Patológica. Ahora bien, el gran mundo, fuera el ámbito médico ¿conoce bien las actividades del anatomopatólogo? Todo el mundo sabe perfectamente las actividades del pediatra, del oftalmólogo, etc., ¿tuvimos fortuna al nominar nuestra actividad con el término de Anatomía Patológica? Me temo que se presta al confusionismo. Uno de los especialistas de nuestro Servicio afirma que, cuando alguien le pregunta qué especialidad tiene, se niega a decir que es anatomopatólogo, porque de inmediato le interpelan con otra pregunta: ¿anatomyo-qué? Somos, sin duda, dentro del contexto médico, el gran desconocido (con excepciones, claro), para el gran mundo. No, por supuesto, dentro del ámbito hospitalario. No en general para los médicos, como es obvio. Por estas y miles más de razones, que la escasez de espacio no nos permite pormenorizar, va tomando carta de naturaleza otro término: Patología y Patólogo.

Nuestras actividades vertidas al momento actual las ha expuesto magistralmente el Prof. Ortuño. Las 3 actividades más concretas (hay muchas más) las expone al detalle el nuevo Académico: autopsias (patología autópsica), biopsias (patología quirúrgica) y citología.

Patología autópsica. Tras lo expuesto por el nuevo Académico, algún caso vivido será sin duda de lo más explicativo acerca de las necesidades de su práctica. Uno de los hijos de un excelente médico

murciano, jubilado ya, de origen caravaqueño, el Dr. Girón Jiménez, hace unos 12 años comenzó con un proceso raro, mal diagnosticable, con incluso manifestaciones neurológicas anormales. La aparición, tras tiempo, de un ganglio axilar nos llevó al diagnóstico. Tenía Ramón —así se llamaba el paciente y amigo— una metástasis de un melanoma intracraneal, lo cual aclaraba de golpe toda la patología. El curso, inexorable, le condujo a la muerte en breve plazo. Su padre, el Dr. Girón, cuando me acerqué a manifestarle mi condolencia, con el espíritu abatido, recuperó fuerzas y, tras el abrazo de rigor, me dijo: menos mal, Manolo, que hicistéis el diagnóstico; de lo contrario ahora mismo estabas haciendo la autopsia a mi hijo. Me dejó estupefacto. Saquen ustedes consecuencias. Aquel médico integral, re-frendaba su categoría científica en un momento tan amargo como la muerte de un hijo.

Ejemplos referentes a la utilidad de las autopsias como colofón de una historia clínica los ha referido Guzmán Ortuño en su discurso. Podíamos referir casos y casos.

Viene bien enfatizar en este momento que gran parte del primer tercio de siglo, en el Parlamento de los pujantes Estados Unidos, lo pasaron si era procedente o no en el país la práctica de autopsias. Los partidarios del “sí” y del “no” y aún los abstencionistas (como en nuestra OTAN), defendían sus posturas. Hasta entonces la medicina que ejercían era copiada de Inglaterra y Alemania sobre todo. “Chupaban rueda” (permítaseme el argot ciclista) de la Medicina de otros países. Tras la aprobación de la práctica de autopsias clínicas, la medicina americana cambió. En pocos años, no más de 10, unido a la política de “fichajes” de valores conocidos, del mundo europeo sobre todo, pasaron a elaborar su medicina propia, que hoy, quiérase o no, seguimos el mundo entero. Repátese, sino las Bibliotecas de los diversos Servicios o Departamentos. La mayoría de sus libros y revistas están en inglés y, lo que es más significativo, en un alto porcentaje proceden de Norteamérica.

Para la práctica de autopsias luchamos en general contra un escollo: la creencia generalizada de la inviolabilidad del cadáver, de su deformación. Nada más lejos de la verdad. En su descargo, si se me apura, este temor tiene en España su razón de ser. Como dice Ian Gibson, escritor inglés de temas taurinos, tratando de explicar la afición a los toros en España, afirma que aquí no se da

importancia a temas livianos (los negocios, los horarios y semejantes fruslerías). España —dice— es el sitio donde mejor se disfruta el presente, y quien disfruta el tiempo presente se da cuenta de que la vida está empapada de muerte, y, en consecuencia, hay que vivir el “aquí” y el “ahora”. Es el aquí y el ahora, con la muerte de por medio, la que da emoción y supone el reto de los alpinistas, tratando de escalar el Naranjo de Bulnes por la cara mala, lo mismo que en los corredores de fórmula 1 o de los ciclistas lanzados a “tumba abierta” en pos de la meta. Los toreros no son menos, y es también el acicate de la muerte, junto al arte, lo que atrae a los aficionados. Para Gibson esta es la razón —el aquí y el ahora, con la muerte acechando— de ese alucinante rito, sin el cual España no sería España. En todos los países —insiste— la muerte es un fin. Llega la muerte y se corren las cortinas. En España, no. En España un muerto está más presente que en cualquier parte del mundo. Todos tenemos experiencias al respecto, en algunos casos, si no en todos, dolorosísimas. El propio García Lorca, tiempo después de la muerte del matador Sánchez Megías, recita: No te conoce ya nadie, pero yo te canto... Aunó sin duda el eximio poeta el recuerdo artístico con la tragedia de su muerte.

No nos extrañemos, pues, que la gente rinda homenaje a sus muertos y que teman que la autopsia pueda deteriorar su efigie. No es cierto, insisto. El patólogo, mediante incisiones preestablecidas, extrae los órganos necesarios para estudio y, después, tras suturas minuciosas y lavado adecuado, puedo asegurar que devuelve el cadáver con igual o mayor aspecto de naturalidad que si no se hubiera hecho el examen autópsico. Es más, tras proporcionarnos un cadáver la posibilidad de estudio de sus órganos, no tenemos inconveniente en cambiar el atuendo habitual —el sudario clásico— por la vestimenta que propongan los familiares. Al respecto citamos el caso vivido, referente a una paciente joven, de unos 20 años, a quien la naturaleza la dotó de tal belleza física que fue proclamada miss en las fiestas de su pueblo. Una infección de sus vías respiratorias altas la llevó a la muerte tras complicaciones irreversibles cerebrales, resistentes a las múltiples terapéuticas aplicadas. Sus familiares, consternados, nos pidieron que su atuendo de miss fuera su mortaja. Captamos el mensaje, y desde el celador de autopsias hasta el último miembro del Servicio hicimos lo posible por acceder al deseo de sus familiares.

Puedo asegurar que, salvo la inexpresividad cadavérica, en la caja mortuoria, lucía la belleza de una miss, cuyos órganos, convenientemente recogidos, suponían piedra angular para nuestros estudios. Su muerte colaboraba al progreso de la ciencia.

Rindamos (para dar el cerrojazo a este capítulo autopsico) tributo de admiración a aquellos esforzados clínicos (Laenec, Loesche) que, aun sin legalizar la práctica autopsica, con sobornos y prácticas varias, lograban en siglos pasados, desenterrar a sus clientes fallecidos y, en la soledad de la noche, estudiar sus pulmones, su hígado, etc. De esta forma pudieron comprobar cavernas, lesiones condensantes, bronquectasias pulmonares, etc. y así, tras correccionarlas con sus observaciones clínicas de auscultación, percusión, etc. etc., estos esforzados médicos pudieron editar sus excelentes tratados que, más de un siglo después, mantienen vigencia.

En estos momentos lamento no disponer de espacio para contar datos históricos de nuestro quehacer, magníficamente expuestos por el Dr. Oliva en su reciente libro "Cajal y la Anatomía Patológica española, una historia compartida".

Patología quirúrgica. Comprende genéricamente la práctica de biopsias. Esta actividad es más conocida del gran mundo. Prácticamente no existe familia que, en un momento dado, no haya estado angustiada esperando el informe de una biopsia. La televisión y los medios de información en general, dando cuenta al mundo de procesos morbosos de personajes de la política, del arte y de las ciencias, están en la mente de todos. El mundo entero está con frecuencia pendiente de dictámenes biópsicos. Es aquí donde se populariza nuestro trabajo. Otra cosa distinta es que el vulgo conozca a fondo cómo se realiza. Pocos conocen que la muestra, el trocito, se fija en un líquido endureciente (formol por lo general) para poder obtener cortes finísimos, previa inclusión en un medio (parafina) que les da más cohesión. Nosotros muchas veces hemos sondeado, sobre todo en personas de confianza, el conocimiento de las gentes al respecto. Resultado desalentador. Personas de buen porte, tituladas incluso, creen que la muestra que nos entregan es triturada (o machacada) en un mortero y analizamos sus residuos. El microtomo, esa máquina nuestra que permite teóricamente obtener 200 rodajas (cortes), cada una de 5 micras, de una pieza del grosor de una moneda, es tan desconocido como el quehacer del patólogo. Lástima que el tiempo

no nos permita extendernos en la historia de la microtomía, desde los tiempos en que se cortaban las rodajas a mano, con una navaja barbera, hasta los tiempos actuales, en que los ultramicrotomos, cuyo precio se cifra en millones, permite obtener cortes extrafinos, de décimas de micra, para las observaciones con el M/E. Después los cortes —y me estoy refiriendo a los oyentes no médicos— tras teñirlos con colorantes se observan al microscopio.

Y aquí, en el microscopio, está el gran reto del patólogo: tiene que diagnosticar. A diferencia del analista clínico que tiene que dar datos, de urea, de cifras de leucocitos, etc., el patólogo tiene que inclinarse por inflamación o por tumor, por benignidad o malignidad, y dentro de esto, tipo de tumor y en muchos casos sentar un pronóstico.

El profesor Ortuño ha tratado en profundidad este capítulo. Es sin duda una de nuestras mayores ocupaciones, desde que se admite que toda pieza quirúrgica, por banal que parezca, ha de pasar por Patología. El cubo soy yo, decía el Dr. Ortuño —mitad serio mitad jocoso— en Cartagena a poco de llegar al Rosell. Todos, en más o en menos, en la época heroica hemos “husmeado” en los cubos de quirófanos como gatos hambrientos en los cubos de basura.

Con esta filosofía, la Patología se ha hecho imprescindible y, además de los cirujanos, los clínicos solicitaron nuestro concurso a medida que los medios de obtención de muestras aumentaban por el proceso tecnológico. Los urólogos, gastroenterólogos, neumólogos, etc. hacían accesibles órganos (vejiga, digestivo, pulmón, etc.) en cuanto dispusieron de aparatos capaces de introducirse por conductos naturales o a través de los tejidos mediante incisión quirúrgica mínima (laparoscopias, toracoscopias y punción de órganos). Nuestro trabajo se duplicó. Hasta entonces (pongamos más o menos 15-20 años), los Patólogos parecíamos el Servicio auxiliar del cirujano. A partir de aquí las punciones de órganos (hígado, riñón y hueso sobre todo), al disponer de pequeños trocares capaces de obtener muestras mínimas de tejido, solicitaron nuestra aportación. La biopsia hepática, para diagnóstico y control de hepatopatías de la más diversa naturaleza, es solicitada más y más por el hepatólogo. La biopsia renal asimismo es primordial para el diagnóstico y seguimiento de las nefropatías; y así un largo etc. La participación no se ha estancado, ha ido a más. La Patología se ha enriquecido con lo que el Prof. Ortuño ha expues-

to como uno de los capítulos actualmente más importantes de nuestra especialidad: la citología por punción con aguja fina. Es de tal efectividad este capítulo que si el nuevo académico hubiera decidido hacer su conferencia de ingreso con este tema hubiera logrado tanta brillantez como con el tema elegido. La verdad es que el estudio de células sueltas es tan antiguo como la Patología, es decir tanto como el microscopio. La fórmula leucocitaria no es más que la citología de la sangre. Con auténtico rigor la comenzó Papanicolaou hace años al estudiar la tipología de las células descamadas en el exudado vaginal. Supuso y supone la detección de tumores uterinos en fases precocísimas. La cantidad de mujeres salvadas es incalculable. No nos referimos expresamente aquí a esta citología llamada descamativa (que se hace también en esputos, orina, etc.), sino a la citología aspirativa, obtenida con aguja fina. Aquí, al utilizar una aguja de mínimo calibre, no se obtiene un cilindro de tejido. Al ejercer la aspiración de una presunta zona patológica se obtiene un "jugo" (permítasenos la expresión) que arrastra pequeña porción de células cuyo estudio —aislado— no formando parte de un contexto de tejido estructurado, puede llevarnos al diagnóstico. Es —valga el símil— como si en el derribo de una casa, nos dieran parte de los materiales (maderas, ladrillos, mármoles, mosaicos) y con ellos tuviéramos que decir estilo, tipo de casa, época, etc. El tema es complejo y requiere una formación completa en Patología. Su utilidad, rentabilidad, fiabilidad, etc., ha sido ya expuesto por el Prof. Ortuño. Sólo puedo apostillar que hoy en día todo Servicio de Anatomía Patológica que se precie, debe disponer de un buen citólogo.

Tiene además la Patología otras actividades que complementan nuestro cometido, todas ellas tratadas de manera precisa por el nuevo académico. La microscopia electrónica, el cultivo de tejidos, la citomorfometría, participación en docencia, en investigación, etc. etc. y el papel no menos cualificado que puede desempeñar en tema tan de actualidad como es el trasplante de órganos. He comentado repetidas veces que el trabajo del Patólogo se parece al de las amas de casa, por lo menos a las que funcionan a la antigua usanza, las cuales se quejan de que su trabajo no se acaba nunca porque enlazan el desayuno con el arreglo de la casa, con la comida, etc.; y aun en éstas, en las comidas, sirven a todos, observan a sus hijos, al marido, etc.

Al Patólogo le sucede algo parecido: da de mano porque ha de hacerlo, no porque su trabajo esté nunca terminado.

De propio intento hemos dejado para las postrimerías el comentario del Curriculum del Profesor Ortuño. Es difícil abordarlo. Si lo hacemos de forma pormenorizada sería poco menos que inacabable. Bastan, estimo, unas consideraciones. Tras la estancia en Navarra y Sevilla y hacerse cargo de la Patología de la Residencia del Rosell en Cartagena, el entonces Dr. Ortuño trabajó al máximo la Patología de una residencia teóricamente pequeña. Demostró que el trabajo hay que buscarlo, y aparece si se tiene ocasión y cualidades. Publicó, viajó, contribuyó a Ponencias, Congresos, salidas al extranjero y aún tuvo tiempo de colaborar en la Docencia de la Cátedra de Murcia. Su trayectoria se cumplía respecto de los vaticinios que anticipábamos. En la primera confrontación obtuvo la Cátedra de Murcia, al quedar vacante por traslado del Profesor Llombart a Valencia.

Sus publicaciones, próximas a 130, abarcan prácticamente la patología de la mayoría de órganos y sistemas. Tiene en efecto publicaciones de patología cardio-vascular, ósea, renal, hepática, gastrointestinal, partes blandas, endocrino, mama, placenta, dermatopatología, tumores melánicos, patología inmunológica, de la hipersensibilidad, etcétera, etcétera. Puestos a destacar, empresa difícil, pondríamos quizá énfasis especial en sus hallazgos en patología pulmonar. En la cuenca minera de Cartagena, el Profesor Ortuño ha reinterpretado la patología referente al polvo silíceo desprendido en la mina. En el estudio del paciente silicótico, en efecto, ha encontrado una patología inédita, sobre todo lesiones dependientes de la sílice en órganos distintos del pulmón (bazo, hígado, etc.); así como la evolución patocrónica de la enfermedad desde el nódulo silicótico inicial a las formas más avanzadas de la misma. Estas descripciones se han admitido en el mundo entero y constituyen hito importante en la interpretación lesional evolutiva de esta importante enfermedad profesional.

Haríamos interminable su relación de conferencias, mesas redondas, ponencias a Congresos, intervención en la Sociedad Española de Anatomía Patológica, participación en la organización de Congresos, etcétera, funciones docentes en la Facultad, cursos de doctorado, dirección de tesis doctorales, etc.

Antes de entrar en la recta final quiero dar mi enhorabuena a Gloria, tu mujer. Por imperativos del amor cambiaste tu tierra Na-

varra por Murcia. Cambiastes los Sanfermines por las Fiestas de Primavera, el restaurante de las Pocholas por los no menos famosos restaurantes murcianos, la sobriedad de tu tierra natal por el aroma del azahar, el colorido primaveral de las jacarandas y de las parkinsonias y el rico bouquet de los caldos jumillanos. No te pese. No me cansaré de repetir aquel estudio, realizado por un periódico de Madrid, ordenador en ristre, respecto del orden de mejor habitabilidad de las capitales españolas. Para sorpresa de muchos, la segunda fue Murcia, tras Santander, la bella ciudad castellana asomada al Cantábrico. Elocuente resultado que habla por sí solo.

Ello me permite agradecer al Profesor Ortuño, flamante Académico ya, sus palabras para conmigo cuando al comienzo alabó mi murcianismo. No existe la menor duda. Antes del año de estar aquí, tras cambio parecido al de Gloria, asegurábamos mi mujer y yo que nos enterrarían en Nuestro Padre Jesús. Incluso, andando el tiempo, un tanto jocosamente yo aseguraba que no me sentiría murciano de hecho hasta tener una parcela en el Cementerio. La fatalidad, terrible fatalidad, ha querido que dispongamos de un panteón antes de que por lógica cronológica debiera habernos correspondido.

Querido Guzmán, de aquella Patología de los años 50 apenas queda el recuerdo. Ha renacido una nueva Patología como has expuesto. Ella es el resto del futuro.

Supondrá reto el deslinde entre una Patología superespecializada, parcelar, y el patólogo general como tal. Lo mismo la mecanización y sofisticación de las técnicas hasta niveles insospechables. ¿Persistirá la ancestral parafina o pasaremos a incluir rutinariamente en plásticos?

También la informatización de Servicios y Hospitales (problema éste que debía estar ya solucionado); y el nuevo giro que tome la Patología con la incorporación a tope de la Inmunopatología; y la cada vez mayor aportación de la histoquímica; y la no lejana incorporación de la patología molecular.

Supondrá reto el descubrimiento de nuevas entidades y el desglose hasta límites insospechados de otros, como sucede hoy con los linfomas, los tumores de partes blandas y los tumores melánicos, por poner algún ejemplo. Igualmente la desactualización de libros imprescindibles (téngase en cuenta que en ningún Departamento médico se manejan y avejentan más libros que en Anatomía Patológica),

libros que en pocos años (5-6) o doblan su contenido o pierden interés; y continuará la persistente incomprensión de los cirujanos y clínicos al suministrarnos casos "acertijo" con información insuficiente.

Reto mayúsculo te planteará como Catedrático, el problema docente, cuyos alumnos, y aún la calle, suspiran por una docencia renovada, actual. Algo parecido sucederá con la dirección de una investigación seria y reglada. También la organización de Departamentos, con personas del más distinto matiz; y la lucha permanente con la Administración, sorda por lo general ante las necesidades de las disciplinas clave.

Y, sin agotar el tema, te supondrá reto casi a diario el caso diagnóstico conflictivo, difícil de etiquetar, capaz de quitar el sueño.

No me cabe duda, Guzmán, que todas estas actividades las elevarás al más alto rango, con una categoría "per se" capaz de equipararse con las mejores del país. Tu capacidad científica y de trabajo serán tus baluartes más firmes. Después, Murcia, tu Murcia, y más ahora que las delimitaciones autonómicas exigen mayor superación, será otro aliciente para que viertas tus esencias en pro de la Ciencia, de tu propia satisfacción y del orgullo de tu entorno. Esta Real Academia, haciéndome portavoz de su sentir, se congratula y te felicita al acogerte como Miembro Numerario.