

¿DEBE CONOCER EL PACIENTE SU DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS?

Por el Dr. DANIEL J. REYES

Médico-Director del Dispensario Público Antibaciloso de Santiago, República Dominicana

Dos decenios atrás el médico consultado se sentía satisfecho de haber cumplido con un deber profesional y de humanidad al esconder al paciente tuberculoso el verdadero diagnóstico de su mal. El secreto pasa desde luego a oídas de algún familiar; pero como es natural pensar, los familiares no pueden vigilar siempre los pasos de esta clase de enfermos a quienes los médicos consultados temen mandar el reposo en cama definitivamente, temeroso de que den en el clavo de su verdadero padecimiento; tampoco sus allegados pueden tomar medidas directas contra ellos, pues se abstienen, por sentimientos familiares, de demostrarles nada que les haga sospechar su mal real. Y estos enfermos, inocentes casi siempre del peligro que riegan a su alrededor, siguen campantes haciendo "contactos" con el público.

¿Es demostrar sentimientos humanitarios exponer a la sociedad a la generalización de una enfermedad contagiosa, por no declararle abiertamente a un sujeto el mal que alberga?

Pero ya hoy—desde la Gran Guerra a esta parte—los viejos moldes estructurales de las leyes políticas y sociales se han desintegrado para formar el nuevo concepto de la personalidad individual dentro de la sociedad: el individuo es sólo un miembro de la entidad social, que hay derecho a eliminar, si necesario es, para salud de la misma. El individuo, como miembro monovalente, se debe a la sociedad; y ésta tiene derecho a sacrificarlo o eliminarlo cuando confronta algún peligro a tal unidad. Y aquí el término grupo familiar puede substituir con propiedad al término sociedad, siendo la familia como lo es, la primera agrupación social en el orden cronológico.

Un tuberculoso abierto en el seno de una agrupación social, es una manzana podrida dentro de un barril de manzanas buenas.

Ya hoy se inclina a ser otra cosa. Desde esa época de humanismo a base de sacrificio social y de temores pusilánimes, mucha agua ha bajado por el río y la profesión médica ha tenido que evolucionar en este sentido, tanto más cuando actualmente las adquisiciones científicas modernas permiten hacer un diagnóstico con el máximum de certeza en esta materia, que sólo detiene a ciertos profesionales timoratos y conservadores, escurriendo el bulto para no estigmatizar de tuberculoso a un sujeto que ciertamente lo es.

El primer paso en el tratamiento feliz de la tuberculosis pulmonar consiste en el diagnóstico precoz, pues descubierta la enfermedad en su incipiencia e interesado el paciente en las prescripciones adecuadas a su mal, ganada está la primera parte de la batalla. Siempre que se sospeche tuberculosis y no pueda hacerse el diagnóstico exclusivamente por el examen físico, el profesional tiene contraído con la sociedad el ineludible deber de no perder de vista al enfermo hasta conseguir un examen roentgenológico ó bio-bacteriológico, o ambos a la vez, que descarten definitivamente o ratifiquen las sospechas de tuberculosis pulmonar. Hay que recordar que en los casos sospechosos no cabe hacer un diagnóstico negativo exclusivamente con el estetoscopio.

Establecido indubitablemente el diagnóstico, hay que poner al corriente de su mal al enfermo.

Herederos de una costumbre que fué ley en tiempos pretéritos, aún quedan hoy algunos profesionales que cometen la alta equivocación de esconderle su afección al paciente y enmascararla diciéndole, por ejemplo, que tiene "un puntito" o "placa" en un pulmón, o "un resfriado muy grave" o si no "un pulmón muy débil", reticencia esta que de nada sirve, y representa una injusticia para el individuo así como para el público, pues no conociendo aquél la naturaleza de su mal, tal vez no lo considere de suficiente gravedad para atenderlo debidamente a fin de impedir su agravación más allá del período curativo. Además—y este es razonamiento capital—si el enfermo no está al tanto de su mal, mucho menos podría esperarse que observara escrupulosamente las precauciones ordenadas para proteger a las personas que giran en su medio ambiente, principalmente a los niños, tan propensos a la infección tuberculosa.

Otro aspecto del problema de la profilaxia social de la tuberculosis pulmonar lo constituye la declaración obligatoria de esta enfermedad a las autoridades sanitarias locales. Se pueden contar con los dedos de la mano los médicos que cumplen a cabalidad con este requisito de la ley de sanidad. Esta reglamentación, nacida para la defensa social en aquellas naciones maduras en cuestiones de lucha contra la peste blanca (Estados Unidos, Alemania, Inglaterra), tiene una finalidad que salta al claro para la salud social; pero en muchos países es un mito y no pasa de ser una de las bellas medidas solamente escritas. La mayoría de la profesión médica, por apatía cuando el consultante es pobre, y por interés pecuniario cuando el paciente se basta económicamente, no denuncian tales casos de tuberculosis por temor de ofender o perder al cliente o por el fatal desconocimiento, adrede o real, que tienen muchos profesionales médicos de las obligaciones contraídas con la sociedad y con la nación en el ejercicio de su profesión.

Los sufrimientos morales y la sugestión de suicidio que atemoriza a ciertos médicos y a ciertos familiares al declarar al enfermo su mal,

son asunto arcaico y excluído del tapete del diagnóstico moderno; de bases más ficticias que reales. Las estadísticas sobre este asunto de algunos países extranjeros no señalan que el suicidio o la ponosis moral en esta clase de enfermos sea mayor que en otras enfermedades crónicas de similar evolución (cáncer, lepra, etc.).

Además, ¿es justo, de acuerdo con la moral médica y los modernos conceptos de conservación social, exponer a la sociedad al contagio general, por temor a denunciar a un enfermo su mal, o hacerlo conocer de las autoridades sanitarias competentes?

Mientras no dispongamos de una vacuna específica sin marco de dudas—como tenemos para otras muchas enfermedades infecto-contagiosas—las autoridades sanitarias y las instituciones destinadas a este fin, tienen el derecho y el deber de echar mano a todas las leyes y reglamentaciones permisibles en la lucha contra el flagelo de la tuberculosis pulmonar que está imperando actualmente

Etimología de marihuana.—El nombre de marihuana, según parece, tiene en sus componentes la palabra mayí que quiere decir cautivo, pero según Guzmán, quien consultó con un especialista en la lengua mexicana, la palabra viene de Malihua, que procede a su vez de Mallin, que significa prisionero y hua que expresa signo de propiedad. La terminación ana quiere decir coger. Así los indios bautizaron con el nombre de malihuana, que los españoles corrompieron, llamándole marihuana.—SAMUEL RAMÍREZ MORENO, *Rev. Mex. Psiq., Neurol. & Med. Legal.* 11, nbre. 1934.

Terapéutica de la anemia perniciosa.—En un folleto de 22 páginas, el Ministerio de Sanidad de Inglaterra ha publicado un informe sobre las últimas investigaciones relativas a la naturaleza y terapéutica de la anemia perniciosa. Desde que Minot y Murphy publicaran su primer trabajo en 1926, se ha perfeccionado mucho la hepatoterapia, descubriéndose que nuevas sustancias, por ejemplo, los preparados del tejido gástrico del cerdo, poseen eficacia igual que el hígado, y resultan más convenientes y económicas en algunos casos. En Inglaterra, desde que se introdujera la nueva terapéutica en 1927, la mortalidad de la anemia perniciosa disminuyó de 45 por millón para los varones y 56 para las mujeres en 1927, a 30 y 39, respectivamente, en 1928. La hepatoterapia también se ha probado, con resultados variables, en anemias secundarias, por ejemplo, a uncinariasis, desnutrición, embarazo, disentería, esprúo, y hasta carcinoma gástrico. Janet Vaughan en 1931 declaró que el extracto hepático sólo resulta tan eficaz como el hígado íntegro en las anemias megalocíticas del grupo de la anemia perniciosa, pero que en las secundarias a hemorragias, el hígado surte efecto y el extracto no. En otro grupo (de anemias de deficiencia debidas a inanición e hipoalimentación, etc.), la reacción es buena al hígado combinado con hierro, pero el hígado íntegro también es más eficaz que los extractos. Además, algunas anemias y hemopatías no reaccionan ni al hígado ni al extracto hepático. En una tabla al final del trabajo, se compendian las anemias que reaccionan y las que no reaccionan a la hepatoterapia, y las hemopatías resistentes. El folleto contiene una biliografía bastante completa. (Adams, E. W.: "Report on recent researches upon the nature and therapy of pernicious anaemia", 1934.)