

Los efectos paradójicamente contraproducentes de las Luchas Antituberculosas ⁽¹⁾

T. Cerviá

Publicado en *Revista Española de Tuberculosis*, 20/5 (191)205, mayo 1951.

Es indudable que las ondas de destuberculización espontánea experimentada en las naciones europeas están en íntima relación con las mejoras higiénicas y de nivel de vida, ya que se iniciaron antes que las respectivas Organizaciones antituberculosas. Esta misma relación queda corroborada con el retroceso experimentado por esta misma onda cuando la guerra u otras calamidades alteran o disminuyen este mismo nivel de vida e higiene y de cómo se recupera en cuanto pasan estas circunstancias anómalas y desfavorables.

Pero también es sabido que esto no significa que las Organizaciones antituberculosas sean inútiles, puesto que esta destuberculización, acentuada por vía indirecta, acentúa su ritmo en relación con el esfuerzo antituberculoso posteriormente realizado, estando sus resultados en razón directa con él. Conscientes de esto y de que la endemia tuberculosa es uno de los más cuantiosos problemas sanitarios de nuestra época, todas las naciones del mundo, sea cualquiera el signo de su orientación política, han considerado como un deber organizarse, en este sentido, en las medidas de sus posibilidades, pero sin escatimar esfuerzos, ajustándose todas a un patrón fundamental análogo y con las naturales modalidades impresas por las características peculiares a cada cual.

No es momento éste de hablar del antiguo y actualmente ingente esfuerzo antituberculoso español, del cual nos ocuparemos en un próximo día con la debida amplitud. Nuestra experiencia personal se basa en cerca de veinticinco años de actuación en él; esta experiencia es la que, sin más representación que la propia, vamos a

Conferencia dictada, ante la Sociedad Venezolana de Tisiología, en el sanatorio «Simón Bolívar», de Caracas, el día 22 de junio de 1950.

relatar a continuación, confiando que la exposición de un criterio personal, fruto de la observación y el estudio, pueda encontrar eco en la experiencia ajena, ya que el enemigo es común y los medios de que disponemos para combatirlos son similares. Así que, hablando en singular, tenemos la osadía de aspirar resulte en plural y que en su misma vulgaridad, cien veces repetida, esté la razón de su relieve.

Partiendo de la base de la eficacia de las Organizaciones antituberculosas correctamente orientadas y moviéndonos siempre dentro de la más estricta ortodoxia contagiosionista (sin desconocer por esto los demás factores que intervienen en los complejos problemas que estudiamos), queremos poner en relieve haciéndolos desfilar, algunos efectos que, a nuestro juicio, no sólo constituyen puntos muertos en las luchas antituberculosas, sino que, por paradoja, traen consigo resultados diametralmente opuestos a los que se desean, pues contribuyen a la difusión de la tuberculosis en vez de impedirla. Es una llamada a la humildad que se nos brinda ante la exuberancia de tanto poderoso medio como nos ofrece nuestro actual armamento antituberculoso, lección que, en cierto modo, podemos y debemos aplicar a toda la Medicina, en su actual alegre paso de progreso en progreso, sin tiempo para indispensables sedimentaciones y reajustes y con su tendencia a la aplicación, en cierto modo, un tanto deshumanizada de sus técnicas estandarizadas.

Consideramos que este tema, de carácter marcadamente negativo, no por esto deja de ser altamente constructivo, pues en el espejo de su misma vulgaridad se mostrarán verdades de puro sabidas olvidadas por nuestro entusiasmo. Nuestra preocupación por él no es de ahora, sino que ha ido madurando con el tiempo; ya en 1945 lo esbozamos en otro trabajo, pero hoy, de manera más completa, ensartamos con el hilo de nuestra constante preocupación todos estos efectos paradójicamente contraproducentes, trayéndonlos a la consideración de los distinguidos colegas y amigos venezolanos que nos han honrado con su cordial acogida.

I. SUPERVIVENCIA DEL TISICO INCURABLE

Este es el primer efecto natural de la lucha antituberculosa. Aunque esta enfermedad sigue un determinismo que a veces (en un 11,3 por 100, según datos de un trabajo nuestro con DURÁN) no podemos influenciar, resulta evidente que entre un enfermo incurable situado en un ambiente inapropiado y hostil y otro que en idénticas

circunstancias de salud recibe asistencia y tratamiento adecuado debe mediar un margen de supervivencia hasta cierto punto considerable. Los recursos paliativos, las curas sanatoriales y la colapso-terapia de «espera» o en los casos «límites», con lo que a veces se consigue grandes resultados, pero sin curar al paciente ni siquiera hacerle perder su condición de bacilífero, prolongan la vida de bastantes pacientes, a veces casi indefinidamente. Pero no sólo prolongan la vida, sino que, al mejorar el estado general y blanquear los estigmas externos de la tuberculosis, les permiten movilizarse, ejercer y desarrollar actividades a las que, de otra manera, no hubieran podido nunca llegar a tener acceso.

La vida media de un cavitario viene siendo, según los diferentes autores, de cinco a diez años; en nuestro clima, tan benigno, alcanzan esta cifra máxima y aún más. Más del 20 por 100 de nuestros cavitarios superan con creces esta supervivencia, prolongándolo muchos años, y sin perder su carácter bacilífero, aunque ocultándolo, han ejercido continuamente o por etapas ininterrumpidas por sus recaídas profesiones socialmente peligrosas, como magisterio, servicios domésticos, etc. En nuestras encuestas en sanos, al igual, seguramente, que en las de todos los compañeros, se descubren siempre bacilíferos antiguos, consciente o inconscientemente ignorados como tales, ejerciendo su quehacer y sometidos a tratamientos tónicos o paliativos. Esto sin contar aquellos que, sabiéndose enfermos, no acuden a la encuesta y espontáneamente se eliminan del trabajo al faltarles el certificado de salud.

La actuación en este sentido va por dos caminos: 1.º Control permanente y efectivo de todo bacilífero conocido vigilando estrechamente su ambiente y actividades, pudiendo tomarse las medidas pertinentes, respecto a él, si por circunstancias sociales, personales o patológicas se le reputare social y sanitariamente peligroso; y 2.º Reconocimiento sistemático obligatorio previo, y más tarde periódico, para determinadas profesiones, en evitación del arribo a las mismas de cualquier bacilífero o para su diagnóstico precoz en todo caso.

Con esto queda planteada una importante cuestión: ¿Cuál ha de ser el porvenir del tísico incurable, peligroso sanitariamente en sus condiciones de vida, pero conservando más o menos íntegras sus aptitudes de trabajo, y sin necesitar la estancia indefinida en hospital o sanatorio?

En más de una ocasión nos hemos ocupado del contenido social fundamental de los servicios antituberculosos. Precisamente en la función social del sanatorio estriba la primera parte de la cuestión

planteada. Como ya en anterior ocasión significábamos, desde la llegada del enfermo no definitivamente perdido al establecimiento debe empezar la preparación para el momento de su salida del mismo, puesto que no interesa solamente recuperar al enfermo como hombre, sino también como trabajador, ya que, de otra manera, continuaría siendo indefinidamente socialmente un peso muerto, un parásito. Es una triste realidad el que algunas veces, en el momento de salir el paciente del sanatorio u hospital, es cuando empieza el fracaso de la Organización antituberculosa.

La discusión de este importante problema nos llevaría muy lejos, apartándonos demasiado de nuestro tema actual. Nos limitamos, por tanto, a dejarlo simplemente planteado.

II. LAS ALTAS EN LOS CENTROS DE ASISTENCIA

La cuestión de la supervivencia de los tísicos y cuanto dijimos hasta ahora está en estrecha relación con las altas de los sanatorios y demás centros asistenciales de los tuberculosos. De momento, consideraremos sólo tres tipos de altas, dejando las que lo son por curación para más adelante.

A) *Alta por indisciplina*.—Queda fuera de duda que las faltas de disciplina en cualquier establecimiento, si su gravedad o reiteración lo exigen, deben sancionarse con la expulsión del responsable, en evitación de la repetición de hechos, del mal ejemplo y del dispendio que representa ocupar una cama sin beneficio para nadie y en perjuicio de otro paciente que pudiera ocuparla.

Pero ¿es moralmente lícito volver a la sociedad, donde campará todavía con más irresponsabilidad, un sujeto que aun dentro de la reglamentada vida sanatorial resulta incontrolable? Estos sujetos son, además y generalmente, de poca estabilidad social y mucha movilidad, con frecuencia sin familia o divorciados de ella, con lo cual se acentúan aún más las posibilidades de siembra.

Esta cuestión es, a nuestro juicio, uno de los puntos de más difícil solución de las luchas antituberculosas, si no están apoyadas por una legislación adecuada. La solución, a nuestro juicio, sería: 1.º La creación del delito sanitario; y 2.º La creación de Centros asistenciales disciplinarios, de reclusión obligatoria para el aislamiento, tratamiento y corrección o reeducación de estos sujetos.

B) *Alta voluntaria*.—En los Centros antituberculosos, cualquier paciente, en cualquier momento, puede solicitar y obtener el alta voluntaria, pues no están en régimen de prisión.

El enfermo acostumbra pedir el alta voluntaria por algunos de los siguientes motivos: 1.º Por no querer o no poder adaptarse al ambiente y régimen sanatorial. 2.º Por haber ingresado con el propósito de recibir determinado tratamiento y sentirse defraudado si allí no consideran indicado practicárselo. 3.º Por considerar que no está recibiendo ningún beneficio para su salud y acaso espera ir a buscarlo a otra parte. 4.º Por considerar que va empeorando irremediablemente y, por razones afectivas, él o sus deudos desean pase sus últimos días y fallezca junto a los suyos. 5.º Por considerarse suficientemente mejorado para reintegrarse al seno de su familia e incluso al trabajo; y 6.º Para obtener alguna ventaja económica o de otro orden, en forma de subsidio o ayuda para él o sus familiares.

La simple enunciación de estos motivos es suficiente para que comprendamos el peligro sanitario que envuelven, especialmente los dos penúltimos, con el triste rastro que la investigación dispensarial ve con frecuencia en esta clase de enfermos.

Entendemos que un enfermo en cualquiera de estas circunstancias, tan diferentes en sí, pero sanitariamente tan iguales, sólo deberían obtener el alta a condición de que el servicio social del dispensario conozca su ambiente y pueda comprobar debidamente la práctica reiterada de las medidas que se hayan aconsejado.

Y no digamos nada de los permisos más o menos transitorios de salida que, por complacencia y con diversos pretextos, razonables o no, autorizamos, siempre más veces de las debidas, por pocas que sean, a los bacilíferos de los Centros asistenciales, con el inevitable, casi siempre, grave peligro que esto representa, aparte de otras razones médicas y sociales de peso.

C) *Alta por tiempo reglamentario.*—El elevado coste de la estancia sanatorial no permite el peso muerto de la estancia indefinida en estos establecimientos de aquellos enfermos que han dejado de beneficiarse pasivamente en ellos.

Para estos enfermos incurables están los más económicos servicios hospitalarios, pero la delimitación entre ambas clases de Centros es hoy muy difícil, dados los progresos médicos y quirúrgicos en el tratamiento de los tuberculosos. Cierto que a los médicos nos resulta más agradable, y nos da la impresión de rendir más eficacia, haciendo tratamientos activos en nuestros enfermos en vez de la ingrata e incluso desairada asistencia paliativa a los graves, que sólo esperan su final en largos días de consunción y sufrimiento. No obstante, esta segunda función tiene un más alto valor sanitario. Nosotros atribuimos el descenso de las cifras de morbilidad en

nuestra zona de acción a que, sin excesivos agobios de camas, nunca opusimos reparos a la admisión en los Centros clínicos a nuestro cargo de los enfermos irrecuperables, ya que no disponemos de servicio hospitalario para este tipo de clientes; casi el 80 por 100 de nuestros ingresos pertenecen a esta categoría de pacientes, al menos dudosamente (ya que bastantes de ellos se consiguen recuperar total o parcialmente), y el 36 por 100 de nuestras altas del año pasado (y aproximadamente de todos) lo fueron por defunción, cifra exagerada en comparación con las que orgullosamente aportan la mayoría de los demás Centros similares.

La realidad es que no se debe prolongar indefinidamente la estancia en un establecimiento de cura, pero también lo es que un tuberculoso es más peligroso en sus últimos tiempos y que la Organización antituberculosa tiene el indeclinable deber de aislarlo, en estos momentos, en Centros todo lo económicos que se quiera, pero donde estén debidamente asistidos y tratados conforme nuestros actuales conocimientos, de manera que ningún enfermo que lo necesite muera en un ambiente familiar inapropiado.

También debe tratar de evitarse las altas repetidas de los bacilíferos irrecuperables para su reingreso próximo en el mismo Centro o en otro distinto, con lo que resultan largas estadías de años en dichos Centros, periódicamente interrumpidas con salidas a su medio inadecuado, sin otra justificación que un alta reglamentaria, y el consiguiente forcejeo para un nuevo ingreso, sembrando en su hogar o, como más comúnmente ocurre, porque el propio hogar no los reciben, en cualquier otro ambiente (hospederías en la ciudad, generalmente), donde ocultan su mal para no ser rechazados, esterilizándose de esta manera la carga que representa sostener este enfermo indefinidamente sin el completo beneficio sanitario a que debemos aspirar.

Por otra parte, y dicho sea de paso, pensamos que las necesidades de camas de las luchas antituberculosas se han venido hipertrofiando últimamente por encima de las necesidades reales, ya que, a nuestro juicio, es suficiente sobrepasar un poco el clásico cálculo de una cama por defunción para quedar cubiertas en grado aceptable las atenciones de una Organización dotada de todos los elementos actualmente disponibles para la Lucha y en la confianza de que, al correr no muchos años, puedan incluso sobrar. Los sucesivos avances en el tratamiento de la tuberculosis pueden traer, de momento, exigencias de incremento; pero siendo eficaces, como lo son, deben hacer decaer estas necesidades, a no tardar, por debajo de las cifras primitivamente requeridas.

III. EL AUMENTO DE LA MOVILIDAD DE LOS ENFERMOS

Es evidente que la Lucha Antituberculosa, en su beneficiosa actuación sobre los enfermos, ejerce sobre los mismos una movilización de la que anteriormente carecían.

Por haber sido tratada en el apartado anterior, no insistimos aquí en la movilidad consecutiva a la salida del enfermo de los establecimientos de asistencia para su ulterior y a veces injustificadamente demorado reingreso en el mismo o en otro establecimiento.

La afluencia de enfermos y sospechosos a los Centros antituberculosos, especialmente al dispensario, favorece, indudablemente, los contactos y la siembra bacilar. El tísico antes cursaba su larga enfermedad en la inmovilidad del hogar, y los médicos que lo asistían tenían empeño en que no se moviera de él. Si lo hacía, era, generalmente, en busca de otro clima reputado como más favorable, lo que nos brinda otro efecto paradójico digno de ser señalado: la turberculización de los habitantes de los climas «privilegiados». Ahora este mismo enfermo, antes bien localizado, debe trasladarse a un Centro o consultorio para su correcta exploración, diagnóstico y tratamiento, recorriendo, con este motivo, un camino de distancia muy variable, ya que el paciente procedente de puntos lejanos debe comer y acaso pernoctar fuera de su domicilio, incrementándose así las posibilidades de siembra sobre las habituales relativas a los puntos de tránsito y medio de transporte (incluso marítimos) en nuestras islas.

En evitación de esto, nosotros ponemos empeño en ahorrar a nuestros pacientes visitas innecesarias que les puedan servir para quebrantar su obligado reposo y localización.

Estos hechos contraproducentes se han acentuado con la extensión a los dispensarios de la colapsoterapia ambulatoriamente aplicada, especialmente el neumotórax artificial. Falto de camas, y aun habiéndolas en plan de ahorrar estancias para descargar económicamente la Lucha, los dispensarios abordau con entusiasmo estos procedimientos terapéuticos, en su afán de no dejar escapar una indicación de oportunidad que pudiera atajar a tiempo un proceso progresivo. Por nuestra parte, en este empeño no nos hemos quedado atrás.

La cuestión de los tratamientos activos por parte de los dispensarios, cuyos resultados convendría examinar con objetividad, está muy discutido. Ya hemos dicho que nosotros nos inclinamos por la afirmativa, siempre y cuando no se pierda de vista y queden siempre en primer término las funciones sanitarias como fundamentales.

Pero veamos un caso práctico. Se plantea la indicación de la instauración de un neumotórax artificial en un sujeto portador de un infiltrado inicial ulcerado, cuyo domicilio está en algún pueblo de la provincia, acaso alejado. En este caso, se plantea el dilema (de no ingresarlo en el sanatorio, que es lo que nosotros procuramos hacer sistemáticamente) bien dejar pasar la oportunidad de un tratamiento eficaz, empujándolo hacia la tisis; bien de aconsejarle se quede durante algún tiempo en la capital sometido a tratamiento ambulatorio hasta encontrarse en condiciones de trasladarse a su domicilio de origen tras cada reinsuflación. Si este paciente sigue esta segunda indicación, se queda en una hospedería (ocultando siempre el verdadero carácter de su dolencia) o en el hogar de algún pariente o amigo, con el riesgo indudable de sembrar en ambos casos. En más de una ocasión hemos podido comprobar la realidad de este rastro después de haber partido casi siempre el paciente responsable.

Dentro de la tónica de la acción antituberculosa, cuyas líneas actuales tenemos que conservar, mejorándolas, podríamos mitigar los mencionados efectos paradójicos: 1.º Ahorrando y vigilando los desplazamientos de los enfermos e intensificando la acción dispensarial intradomiciliaria; y 2.º Controlando con severidad los enfermos, procurándoles alojamiento cuando deban desplazarse de su domicilio para su exploración o asistencia, o siempre que por cualquier otra causa fuese necesario.

Estimamos digno de estudio y ensayo un servicio anejo a algunos Centros donde se practique la colapsoterapia ambulatorio o que frecuentes en general los tuberculosos en el cual se les atiende, coman e incluso pernocten estos enfermos bacilíferos transeúntes procedentes de puntos alejados y transitoriamente necesitados de cuidados antituberculosos. Este tipo de Centro, cuya existencia, tal y como nosotros lo pensamos, creemos no existe en ninguna parte del mundo, sería, sin duda, positivamente provechoso, ahorrando estancias sanatoriales y contagios ocasionados con motivo de las atenciones y tratamientos ambulatorios.

IV. FACILITAR EL CONTACTO DE LOS SANOS CON LOS ENFERMOS

Además de los inevitables contactos de los sanos con los enfermos que ya de por sí implican los tres apartados anteriores, en el presente nos referiremos al más íntimo que obligatoriamente se efectúa en los mismos Centros antituberculosos, considerados en los siguientes dos sentidos:

A) *Clientela*.—La utilización de las mismas salas de espera, servicios e instalaciones comunes en los dispensarios y demás consultorios públicos trae, naturalmente, consigo este contacto, a pesar de que hagan en horas distintas el trabajo según el tipo de clientela: enfermos, contactos y sanos. Subrayemos aquí las propicias facilidades que en este aspecto ofrecen las salas de rayos X, con sus habituales limitaciones de espacio, soleamiento, ventilación, etc., así como la necesaria proximidad de la boca de los enfermos tosedores a la pantalla común. El enfermo o sospechoso concurre casi siempre a los Centros acompañado por familiares sanos. Si los asistentes son niños, el peligro se acentúa. Cuanta precaución se tome en este sentido, atenuando estos innegables riesgos, será poca, pues la atención higiénica no debe decaer en ningún momento.

Algo análogo ocurre con la visita de los familiares y amigos a los enfermos alojados en Centros de asistencia, durante la cual el contacto, aunque efímero, es estrecho, sobre todo si decae la vigilancia, la cual debe ejercerse cuidadosamente en el momento de la visita y a la salida de ella, pues, de no proceder así, podrían ir al exterior objetos y aun alimentos contaminados, vehiculando infecciones.

Somos partidarios, en este sentido: 1.º De restringir las visitas en grado prudencial, sin olvidar por esto el contenido humano de pacientes y familiares; y 2.º Mantener un control de visitantes, incluso sanitario (previo y periódico), lo que podría hacerse mediante un servicio dispensarial de «puerta», para examinar estos indudables contactos.

La tendencia actual, tan interesante, de la recuperación social de los enfermos mediante el trabajo sanatorial exige asimismo vigilancia sanitaria cuidadosa de los productos que este trabajo produzca o manufacture para su distribución fuera de los Centros.

B) *Personal*.—Está fuera de duda la gran exposición del personal sano que trabaja en los Centros antituberculosos, por lo que omitimos voluntariamente una amplia discusión de esta cuestión. Basta, pues, decir que: 1.º La selección debe ser muy cuidadosa. 2.º La protección durante el trabajo lo mejor posible. 3.º El control periódico frecuente y cuidadoso; y 4.º La asistencia, caso de enfermedad, todo lo completa y generosa que se merece.

Es natural que mayor será el peligro cuanto más directa sea la convivencia y contacto del funcionamiento antituberculoso con los bacilíferos; los sirvientes de sala, quienes manipulan con los esputos y aquellos que atienden en sus lechos a los enfermos en su

trance terminal son, sin duda, los más expuestos. El personal interno en el sanatorio u hospital de bacilíferos está igualmente expuesto a contaminaciones extemporáneas por errores o descuidos en sus propias vajillas y demás enseres, así como el mismo poco temor a estos accidentes y riesgos que engendra el mismo hábito. Todo esto debe tenerse muy en cuenta.

En fecha reciente nos hemos ocupado, con SÁEZ, de la utilización de los ex enfermos en las tareas antituberculosas. Pero esto no es cuestión en directa relación con nuestro tema, por lo que sólo la enunciamos.

V. FALSA CONFIANZA

La eficacia de la acción antituberculosa individual y colectiva es grande, pero no decisiva; todavía no podemos asegurar que ninguna de nuestras medidas tenga completa garantía de eficacia, y, sin embargo, nos encontramos en la obligación de hacer conciencia antituberculosa e insuflar en la misma la confianza necesaria para no trabajar en el vacío de la indiferencia general. De aquí que corramos el peligro de crear una confianza hipertrófica y ciega en su exageración y, por tanto, paradójicamente contraproducente.

Revisemos brevemente algunos de estos aspectos:

A) *Curación clínica.*—En tuberculosis, la curación clínica sólo se puede considerar como provisional, y exclusivamente la prueba del tiempo puede afirmar o negar si ésta era firme. Sin embargo, muchos enfermos «curados», a pesar de explicárseles cumplidamente esto, no lo comprenden así, y ponen su salud en pruebas incompatibles con su resistencia, sufriendo recaídas que, en su falsa confianza y seguros de su curación, atribuyen, al menos en sus primeras etapas, a causas ajenas a su tuberculosis, volviendo tardíamente a la realidad.

B) *Vacunación preventiva.*—Debemos hacer una propaganda intensa en favor de la vacunación preventiva con el B. C. G., esa maravillosa arma que tanto hemos tardado indebidamente en apreciar como merece y cuya difusión está entre las primordiales de nuestras obligaciones actuales. Pero esta campaña encierra también el peligro de que las gentes (gubernantes, médicos, sanitarios y público en general), estimando su eficacia en un 100 por 100 erróneo, descuiden las demás medidas profilácticas en su falsa confianza, olvidando que los retrocesos antituberculosos logrados hasta la fecha han sido sin el concurso de la vacunación y que ésta tiene una

indicación de más urgente y precisa en las etapas epidemiológicas de pretuberculización que en la que nosotros estamos ahora.

C) *La investigación sistemática.*—El reconocimiento de grupos de sujetos sanos es una práctica antituberculosa que se está convirtiendo en habitual método de trabajo. La inmensa mayoría de las personas sometidas a esta exploración, como es de esperar, resultan sanos; el porcentaje de enfermos encontrados, frecuentemente insospechados y a veces incrédulos de su enfermedad, fluctúa según las circunstancias en que se hace la investigación y corrobora su utilidad.

Pero este certificado de salud que se da a la mayoría no quiere decir sino que en el momento de la exploración está bien, sin poder asegurarse con ello que no pueda presentarse poco tiempo después algún proceso tuberculoso. Y cuando se da este desgraciado caso (ya mi experiencia cuenta con más de uno), ¡cuántas veces el paciente o el mismo médico no piensa en la tuberculosis, a pesar de la evidencia de los síntomas, solamente por el hecho de haber resultado negativo en un examen anterior, o estima luego incorrecta la primera exploración por no haber descubierto en ella una lesión que entonces no existía!

D) *Defectuosas exploraciones.*—Nos referimos aquí a enjuiciamientos rápidos y un poco maquinales de enfermos fiados en una simple radioscopia, y sin tener en cuenta que los rayos X no dan diagnósticos, sino sombras, es decir, densidades, y que en algunos exámenes precipitados determinadas lesiones, por su tamaño, localización u otra circunstancia, pueden pasar desapercibidas. De la misma manera, es completamente excepcional el ingreso en un sanatorio antituberculoso de enfermos que no lo son, porque con frecuencia también olvidamos que cada lesión tuberculosa tiene su doble, y viceversa. Y es que cada lesión requiere un tiempo mínimo. Y el tiempo y la atención se agotan necesariamente con la exploración de series excesivamente numerosas de sujetos a que a veces nos sometemos.

También cabría discutir si la fotorradioscopia debe sustituir o solamente completar la radioscopia, puesto que, dando la primera sólo una imagen estática, puede hacernos ignorar lesiones que por su localización u otras circunstancias no se puedan percibir con ella, requiriendo la elasticidad intencionada de otra exploración orientadora más dinámica, como la radioscopia previamente efectuada.

Finalmente, nos referimos aquí también a exámenes hechos por personas poco entrenadas en estas exploraciones. Ya en una ocasión

decíamos que la abundancia de aparatos de rayos X no quiere decir que hubiera mejores diagnósticos, sino acaso todo lo contrario, ya que para adquirir una de estas instalaciones sólo es necesario pagarlo, sin ninguna exigencia referente a la capacitación mínima para manejarlo, careciendo el paciente de condiciones para discriminar las cualidades de la exploración a que es sometido, sino que confía lealmente en ella porque está amparada por un título legal.

De una manera u otra, una defectuosa exploración tranquilizadora ha abierto en más de una ocasión las puertas de la tisis. Según nuestra experiencia con DURÁN, en el 22 por 100 de nuestros tísicos incurables el enfermo acudió al médico en sus primeras etapas y éste no diagnosticó correctamente la enfermedad.

VI. ANTIBIOTICOS Y QUIMIOTERICOS

Es profunda y revolucionaria la influencia que estos poderosos fármacos han ejercido y aún ejercerán en todos los aspectos de la enfermedad tuberculosa hasta límites que nosotros no podemos predecir.

Con la importante limitación de que ninguno de ellos es capaz de erradicar totalmente la infección, ha traído al tratamiento y a la profilaxis de la tuberculosis ventajas e inconvenientes, en otro sitio tratados, pero que ahora enumeraremos:

Ventajas.—1.^a Permiten dominar cuadros clínicos de tuberculosis sobre los que de otra manera no se hubiera podido actuar. 2.^a Permite llegar a practicar otra terapéutica activa eficaz, de otra manera inaccesible, especialmente colapsoterapia y quirúrgica, capítulos que se han revolucionado completamente, ensanchando hasta horizontes insospechados el campo de acción; y 3.^a Protege en determinados momentos de nuevos brotes y recaídas.

Desventajas.—1.^a La confianza que inspiran las inmediatas, teatrales y transitorias mejorías que con frecuencia se consiguen invitan a desdeñar otros recursos de indicación precisa y más garantía, cuya oportunidad se deja entonces pasar. 2.^a Detiene y prolonga indefinidamente casos incurables, sin hacerles perder, total o parcialmente, su carácter bacilífero. 3.^a Crean razas de bacilos resistentes a los antibióticos (especialmente a la estreptomina), esterilizando ulteriores tratamientos en el enfermo y, lo que es más grave, en futuros pacientes contaminados con cepas resistentes procedentes de estos sembradores. 4.^a Se originan gastos y esfuerzos sin mayor significación y en detrimento de la economía de los individuos

y de la comunidad. 5.^a La facilidad de adquisición y manejo, así como su aparente inocuidad, permite la empleen no solamente los médicos sin criterio especializado, sino incluso personas no autorizadas, evadiendo, de esta manera, el control antituberculoso, al que llegan con frecuencia tardíamente; y 6.^a Con las mejorías y supervivencias que se logran aumentan las estancias asistenciales, incrementándose así las necesidades de camas y todos los gastos antituberculosos.

Pero, por otra parte, nosotros no podemos negar a un enfermo el uso de un antibiótico, entre otras razones, porque nunca se puede prever con exactitud el beneficio que se podrá obtener. Si agrupamos las indicaciones, como hicimos en un trabajo redactado con PACÉS, en forzadas, de elección, de oportunidad, de ensayo y de complacencia, tenemos que confesar que, por lo menos, el 50 por 100 de nuestras indicaciones pertenecen al último de estos apartados.

Así que debemos movernos dentro de los mal delimitados linderos de la indicación con los beneficios previstos y los inconvenientes que ofrece su empleo extensivo e indiscriminado. Para no perder los primeros y, si posible fuera, incrementarlos, y para obviar en lo posible los segundos, propugnamos análogamente a como lo hacíamos cuando el diagnóstico: no más tratamientos, sino mejores tratamientos. ¡Que los enfermos no sigan llegando tras recibir largas series de antibióticos, agotada toda posibilidad de continuar con ellos y la posibilidad de otro tratamiento activo y presuntamente eficaz!

Para tratar de conseguir algo de esto, sería interesante:

1.º Restringir la venta y empleo de estos medicamentos a manos capacitadas y responsables, pero procurando no reducir con esta conducta el empleo de ellos, sino procurando aumentar por todos los medios el número de personas capaces de manejarlos con solvencia.

2.º Procurando sortear el peligro individual y sanitario de la resistencia bacilar adquirida, prolongando la eficacia de estos tratamientos mediante la asociación de ellos entre sí y con otros medicamentos, de lo que hemos hecho en fecha reciente una revisión.

3.º Tratando de disminuir los efectos tóxicos, superar la eficacia, obtener nuevas y mejores armas, hasta conseguir la que, acaso no lejana, logre nuestra aspiración de erradicar la infección bacilar.

COMENTARIOS FINALES

En rápido desfile han pasado los más importantes efectos paradójicamente contraproducentes que en uno y otro grado afectan a las Luchas Antituberculosas de todos los países, pues las bases son las mismas y las variantes escasas. Hemos visto cómo cada avance en el frente antituberculoso implica de por sí un punto atrasado junto a él. Señalar estos puntos muertos con objetividad y modestia a la luz de la propia experiencia y aportar algunas de las posibles soluciones a los arduos problemas que plantean ha sido nuestro objetivo. Una ratificación en nuestra indeclinable fe antituberculosa. Si con estas verdades elementales y archisabidas nuestra preocupación coincide con la de nuestros colegas, me doy por satisfecho y siempre agradecido por la atención con que ha sido acogido y escuchado este tisiólogo español, procedente de unas islas al otro lado del Atlántico, tan vinculadas de siempre, y ahora más que nunca, a esta gran República.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

Partiendo de la base de la eficacia de las Luchas Antituberculosas, inspiradas todas en análogos principios, y dentro de la más estricta ortodoxia contagiacionista, se enumeran algunos efectos paradójicamente contraproducentes de las mismas, puesto que contribuyen a la difusión del contagio. Estas son:

1.^a Aumento de la supervivencia de los tísicos incurables y bacilíferos.

2.^a Las altas en los Centros de asistencia: *a)* Por indisciplina. *b)* Voluntarias; y *c)* Por tiempo reglamentario.

3.^a El aumento de movilidad de los enfermos.

4.^a Facilitar el contacto de los sanos con los enfermos: *a)* En la clientela; y *b)* En el personal de la Lucha.

5.^a Inspirar falsa confianza por supervaloración de la eficacia de la Lucha: *a)* Con motivo de las altas por curación. *b)* De la vacunación preventiva. *c)* De las investigaciones de sanos; y *d)* Las exploraciones defectuosas.

6.^a Con los modernos antibióticos y quimioterápicos, que tantas ventajas han aportado al tratamiento de la tuberculosis, pero sin conseguir erradicar por completo la infección, trayendo, además, algunas desventajas, que se mencionan.

Para cada uno de estos defectos se sugiere la manera cómo tratar de eludirlos, en la confianza de que, sintiendo preocupación por

ellos, se podrán ir subsanando estos inconvenientes, que tienen su raíz en los avances experimentados.

ALGUNAS REFERENCIAS

- CERVÍ, T.: «Concepto y funciones del moderno sanatorio antituberculoso», *Revista Española de Tuberculosis*, 10, 156, 1941.
- CERVÍ, T.: «Sobre algunos efectos paradójicamente contraproducentes de la lucha antituberculosa», *Revista Española de Tuberculosis*, 14, 251, 1945.
- CERVÍ, T., y DURÁN, J.: «Aportación al estudio médico y social del problema de la tisis según nuestros datos y experiencias», *Gaceta Médica Española*, 17, 438, 1945.
- CERVÍ, T.; LUELMO, R., y PÉREZ, J.: «Resultados y enseñanzas de una encuesta de tuberculosis en todo el personal afecto al ramo de alimentación y peluquería en Santa Cruz de Tenerife», *Revista Española de Tuberculosis*, 17, 1, 1948.
- CERVÍ, T., y SÁEZ, J.: «Acercá de la colocación de ex enfermos en los sanatorios», *Revista Española de Tuberculosis*, 18, 341, 1949.
- CERVÍ, T., y PACÉS, A.: «La estreptomycinoterapia de la tuberculosis en la práctica diaria», *Medicamenta*, 7, 234, 1949.
- CERVÍ, T.: «Acercá del mejoramiento del efecto de la estreptomicina mediante las asociaciones medicamentosas», *Revista española de Tuberculosis*, 19, 553, 1950.
- CERVÍ, T.: «Influencia de la estreptomicina y demás modernos antibióticos y quimioterápicos en la lucha antituberculosa», *Boletín Cultural e Informativo del Consejo General de Colegios Médicos de España*, 9, 34, 1950.