

81-6 A = N4

Ca 2506

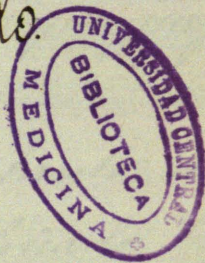
908

Efectos perniciosos
del decúbito prolongado.

por

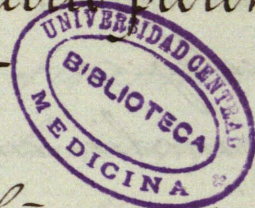
D. José María Méndez Villamil

Tesis del Doctorado.



Madrid 1885.

Efectos perniciosos del decúbito prolongado.



Quiero, Excmo. Sr. Ilmo Señor, romper la rutina que sirve de comienzo a estos trabajos del Doctorado.

Pedir indulgencia.

Quien ocupe ese sitio debe ser sabio e eminentísimo, y nadie ignora que la benevolencia es patrimonio del saber. ¿Para que pues pedirla si el acto que acometo es un deber y quien me tiene que juzgar un sabio?

Razonable me parece por lo tanto dar principio a un pobre y desaliñado trabajo y prescindir de escarceos retóricos.

Doce años próximamente en lucha constante con todas las plagas morbosas que



618411344

£25340396

aflijen á la especie humana, me han hecho algo escéptico en terapéutica farmacológica. El ardor de los primeros años sucedió en mí la calma de la experiencia y del razonamiento; y lo que en un principio fué fe sin límites, ha llegado á ser por los desengaños terapéuticos, prudencia y observación. Y dicha conducta no me dejó descontento.

Al creer en un principio que el cerebro se dormía con el uso del opio, que el sistema nervioso se calmaba con bromuros; que con café se excitaba, que con quina, colombo y otros se abrían las puertas á la nutrición; que con el sulfato de quinina se rebaja la hipertermia; que con ácidos carbólico y bórico se detergia y desinfectaba el organismo; que con digital encadenábamos el corazón; que con

aconito limábamos la sangre y con hierro la poníamos crasa..... Al considerar, en fin que en nuestra mano teníamos el tira y afloja de nuestro funcionalismo fisiológico y morboso; qué procedía pues? verto todo de color de rosa y pensar solo en aplicar los remedios en tiempo y ocasión que fueran oportunos.

Yo bien sé que los espíritus superiores no descansan en lo sabido y cual los Colón, Cortés, Magallanes..... á el deseo satisfecho del descubrimiento y posesión de un territorio, se alza potente y con más empuje que en un principio la idea de avance y nuevos descubrimientos y colonizaciones. ¿ Pero como esperar esto de un principiante, y por apéndice medianía? Lo vi pues de color de rosa, y empecé mi marcha médica por el mismo camino

que me traraban mis años de estudiante, los libros y los compañeros limitados al distrito en que empecé a ejercer.

Y vinieron unos tras otros los desengaños.

Los efectos terapéuticos que yo esperaba con fe de los remedios que administraba, no se presentaban, y en ocasiones lo hacían los contrarios: Las enfermedades seguían su marcha fatal y los enfermos sucumbían. Y aunque no siempre ocurriera lo que dejó dicho, porque resultados se obtuvieron, no eran ni tan claros, ni tan patentes, que sostuviera en todo su vigor las utopías de los primeros años.

Siguió pasando el tiempo y mi entusiasmo por la farmacología fue decayendo tanto, que mi materia médica quedó reducida a un corto número de medicamentos, que mi prudencia y

observación me aconsejaron se podían barajar sin riesgo y a poca costa y con utilidad.

Pero; ah! que si en farmacología me volví prudente y observador, en otro orden terapéutico salvé los límites que comúnmente guardan la generalidad de los prácticos.

Veamos, pues; cual sea este orden terapéutico y como empecé mi afición a él.

En una de las localidades próximas al distrito en que yo ejercí, ocurrió hace años un incidente traumático en un pobre anciano y que dió por resultado una fractura quirúrgica del fémur; según pude observar en junta con otro ilustrado compañero, viviéndonos mas que nada de dato la avanzada edad del sujeto, pues sabido es lo difícil de es-

le diagnóstico exacto aun para los mas hábiles y reputados maestros. Reducida la fractura le colocamos un apósito inmovible, recomendando la quietud mas absoluta.... tanta quietud que hasta el acto de defecar ordenamos se verificara en una sábana o metedor.

Pasaron veinte dias.

Todo iba bien. Pero hete aqui que una mañana me lo encontré muerto y sin apetito. Le animé cuanto pude; mandé purgarle y al dia siguiente le prescribí una infusion de quina. Trascurrieron diez dias y el viejo se fue entristeciendo. Cuando llegó a los treinta se levantó una ligera fiebre de remisiones insignificantes, matutinas, y su piel se fue marchitando y descarnando. Algunos puntos dorsales empezaron a mortificarse. ^y con-

fieso con la sinceridad que conviene á acto tan solemne. No di importancia á aquellos síntomas; los creía hijos de la permanencia en cama, de la falta de digestiones y de las úlceras por decúbito que ya se iniciaban; pero como yo iba tras del fantasma de consolidar una fractura, era necesario sufrir y aguantar; es decir, que aun cuando aquel cuadro era en si mas grave que la fractura misma, habia que hacer caso omiso de él y seguir con la permanencia en cama.

Cuando trascurrieron cuarenta dias, el estado del enfermo era alarmante. A la agravacion del cuadro referido, habia que agregar que la orina se iba enturbiando y que algun que otro dolor de pieso y quemazon se empezaron á sentir en su region hipogástrica.

Al cuadro de las úlceras por decúbito, de la falta de apetito, y de la lentitud de las funciones de los demás sistemas se venia, y como consecuencia necesaria una cistitis sorda y de caracter pasivo.

!! Baste, pero utilisima enseñanza la de este caso!!

Las úlceras por decúbito me obligaron a poner unos círculos de lana forrados con badana para que sobre ellos descansara el cuerpo....!! Otra rutina que el uso admite y la costumbre da carta de naturaleza!!

No solo siguieron las úlceras que dentro del círculo habia, sino que se formaron otras mayores en los puntos que correspondian o tocaban con el rosco de la badana. Las del centro, porque la posicion en supino estanca la sangre, di-

ficulta la circulacion y mortifica las partes; y las de los puntos que tocaban con el anillo de la badana, porque la compresion originaba la mortificacion; mortificacion que se venia mas pronto que los esfacelos centrales, porque ya el peso del cuerpo no radicaba en todos los puntos de la espalda sino circularmente en sitios determinados. Pero asi sabia yo se hacia y asi lo dispuse.

Por mi mismo cruzó la idea de levantar al sujeto de la cama; pero ante la consideracion de que la fractura no se consolidara y el sujeto quedara cojo, retrocedí y.... siguió acostado. Dias despues, una fiebre intermitente apareció en escena. El cuadro acentuadísimo de la cistitis me hizo pensar en la uremia.

Meis cuidados se redoblaron; todo in-

util. A los cincuenta y un dias dejó de existir. Lo había matado la infección séptica.

Con lo dicho bastaría para que este caso me pusiera en guardia e hiciera pensar en la causa de su muerte; pero la enseñanza empezaba entonces.

Como el caso era judicial, por haber ocurrido lugar en la vía pública, por un accidente fortuito, se dispuso la autopsia por el Juez municipal del distrito.

Nuestra primera disección la dirigimos a la articulación coxo-femoral, pero el aseo no pudo ser mayor. La fractura del cuello quirúrgico existía: Los fragmentos estaban separados y entre ellos y en los alrededores, algún tejido de nueva formación en parte de generoso y en parte grasoso; los mús-

culos y tejidos fibrosos vecinos estaban decolorados. La muerte la había producido como queda dicho, la infección séptica de la orina descompuesta, sin tomar parte alguna la fractura.

Murió aquel pobre viejo y solo quedó en mi recuerdo que la cistitis con su absorción séptica le había producido la muerte; y que todos los recursos farmacológicos habían sido inútiles.

Cincuenta y un día en absoluto decubito supino y sin movimiento alguno son a mi juicio bastantes, sobradisimos, para que las células del tejido conjuntivo peri-vascular proliferaran; para que los conductos de Havers se agrandaran por el mero hecho de una verdadera absorción de la sustancia ósea, y para que los vasos que encierran se

desarrollaran y extendieran avanzan-
do unos en busca de otros, de una
extremidad de la fractura á la opues-
ta hasta que al fin se comunicaran cons-
tituyendo el callo. ¿sin embargo este
hecho no tuvo lugar. No se objete; "que
era viejo el sujeto; No: que si esta fran-
tura lo hubiera sido del radio ó ti-
bia, la consolidacion habria venido. No
se objete: "Porque no estarian bien coap-
tados los fragmentos;" No. Lo estaban.

Otra era la causa.

Recuerdo que por entonces lei todo lo
que de este particular decian los libros
de mi modesta biblioteca de médico
de pueblo; pero poco ó nada deduje
en limpio: indecisiones; vaguedades. Se
enunciaba el peligro de la permanencia
en cama; se prevenia que estas fractura-

dos debian levantarse alguna vez y an-
dar con muleta para evitar las úlce-
ras por decubito y la debilidad general;
Pero todo esto embarazado, envuelto en
nebulosidades sin fijera: Como prueba en
fin de que este proceso quirurgico esta-
ba presentido, pero no estudiado en su
parte principal que era la anatomo-
patológica.

Pasó el tiempo.

Un dia del mes de Marzo de mil
ochocientos ochenta y dos lei el Siglo
Médico correspondiente si mal no recuer-
do al dia cinco de dicho mes y en él
encontré un artículo del Director del
Instituto de Terapeutica operatoria del
Hospital de la Princesa, Don Federico
Rubio titulado "Sobre las fracturas del
cuello quirurgico del fémur y su trata-

miendo." Artículo que aclaró mis dudas; que me dió la clave y que acabó por derramar una luz clarísima en aquel asunto que tanto me preocupó, pero que solo vislumbraba en la penumbra.

De este artículo, pues, me voy á permitir copiar unos párrafos, ya que ellos redondearon mi pensamiento, y ya que ellos han aportado á la ciencia médica dos resultados satisfactorios que después expondré.

Dice así este eminente cirujano en la parte del artículo que nos interesa: "Pero ciertamente, que por mucho que sea el interés que para los enfermos y para nosotros ofrezcan las oscuras cuestiones del diagnóstico, mucho más importan á unos y á otros las rela-

tivas al tratamiento.

Antes de entrar de plano en ellas me voy á permitir que vuelva á evocar vuestro recuerdo sobre el curso y terminación de estos fracturados.

La memoria me dice algunas cosas que parecen naturales y otras verdaderamente raras. Recuerdo que más ó menos quedaron los fracturados claudicantes y esto es lo natural. Recuerdo que la muerte fué más general en los hombres que en las mujeres; y recuerdo finalmente que las muertes no ocurrieron por lesiones óseas ni relacionadas con las fracturas, sino que murieron por la orina, y esto es lo que llama la atención como cosa extraña ó rara.

Ahora vengamos al tratamiento.

Se pretende tratar las fracturas por

las generales de la ley, por la inamovilidad, posición y coaptación de los fragmentos; pero se tocan graves dificultades para conseguir los indicados fines. El fragmento superior es muy corto, y está profundamente enterrado en la región; el fragmento inferior es muy largo; forma una estensa palanca, que al perder su continuidad se desplaza a cada momento, la inmovilidad resulta ilusoria, no logrando inmovilizar el tronco de un modo absoluto. Dadas estas dificultades se han discurrido varios medios para vencerlas, y en los tratados de cirugía podreis leer cuanto se ha propuesto acerca del particular. Sin reserva os declaro que todo resulta poco útil y que muchos de los medios ideados son martiriza-

dores y perjudiciales. A la perfecta coaptación de los fragmentos se opone decididamente la disposición anatómica y fisiológica de las partes. Los músculos que se atan a la cara interna y borde posterior de el gran trocánter tiran del fémur hacia atrás el psoas e ilíaco fijos al pequeño trocánter tiran hacia arriba en tanto que el fragmento superior permanece pasivo. Existe por consiguiente, una fuerza constante y fisiológica que mantiene la incorespondencia de las superficies. ¿Teneis algun medio para dominar la fuerza tónica de los músculos? Si lo teneis; pero aquí, de escaso fruto.

Ya les he dicho, con otros motivos, que la ley de las energías musculares es

intermitente.

En un momento puede un músculo o un grupo de músculos determinar una contracción en sus fibras capaz de vencer grandes resistencias; pero esta energía es solo momentánea. Si la ha de mantener por más de un momento, la resistencia que haya de vencer ha de ser mucho menor.

Un atleta puede en un esfuerzo primo elevar con la mano un quintal de peso y poner el brazo horizontal; pero no tendrá en los músculos resistencia para continuar ejerciendo dicho esfuerzo por término de un minuto. Al mismo atleta le sería imposible mantener un brazo en la referida posición un cuarto de hora con media arroba de peso. De aquí resul-

ta, que por medio de la extensión continua tenemos a nuestra disposición un recurso poderosísimo con que dominar las acciones tónicas o contractiles musculares. El muslo más robusto fracturado o dislocado agota las fuerzas de sus músculos si, en vez de tirar de él con fuerzas extraordinarias repentinas, tiramos con una fuerza relativamente débil, pero constante. Saben V. V. que podemos allegar esta fuerza de dos modos, ya utilizando la de gravedad, ya la de reacción constante de una fuerza elástica. Pero no hay que hacernos ilusiones; aun aplicado el aparato de pesos de modo que conocéis y usáis diariamente en la clínica no se ha de lograr en esta fractura mucho efecto. Sería preciso que a la extensión continua, se

agregara el factor de la inmovilidad absoluta, y este factor no se consigue sino por los vendajes inamovibles. Los planos inclinados simples o dobles aun combinados con la suspension no producen efecto en la realidad de la práctica. Así pues, siendo evidente que no es posible obtener una curación perfecta de la fractura del cuello quirúrgico del fémur, me parece mejor no perseguir este ilusorio ideal, promiéndole nuestro objetivo en otro punto de mucha mayor importancia, á saber: Que el paciente quede lo menos cojo posible y sobre todo que no se nos muera.

Dejamos dicho que recordamos haber visto fallar varios fracturados de esta clase. Eran enfermos asistidos

por diversos profesores y advertí la particularidad de que, siendo mas frecuente esta fractura en la mujer que en el hombre, en los últimos precisamente eran en los que ocurrían las desgracias.

Dejé tambien observado que las muertes no sucedían por lesiones sobrevenidas en la articulacion y en los huesos, sino por el aparato urinario.

Conviene que discurremos un momento acerca de estos particulares. La gravedad no se presenta en las fracturas que tratamos en los primeros dias del accidente. Durante ellos domina el dolor; pero nada hay que amenace peligro. Pasado algun tiempo, el enfermo aparece muy incapaz, la lengua se pone saburrosa y se descubre un estado febril algo sospechoso.

Si se observa la orina, se ve que presenta un sedimento catarral. Estos síntomas se van graduando de día en día burlándose de los purgantes y de la quina que generalmente se emplean. Mas tarde, llega un momento en que el paciente nota dificultad para orinar. Lo dice o no al facultativo; pero un día no puede emitirla, obligando al profesor a usar la algalia. Pasa la sonda, y si nota gran dificultad la deja permanente, temiendo que otra retención no pueda introducirse. En este caso la fiebre aumenta teniendo exacerbaciones iniciadas por frío. Si no deja la sonda la retención subsiste, ya constante, ya de cuando en cuando. Ella obliga a sondear con mas o menos frecuencia.

y al fin y al cabo, el enfermo sigue agravándose y sucumbe, por lo comun en ambas casas mas rapidamente en el primero, mas tarde en el segundo.

A tales sufrimientos se suelen agregar los que producen las úlceras por decúbito.

¿Que es lo que pasa aqui, y por que las mujeres no siguen este grave curso? Pues sin algun género de duda lo que ocurre es que persiguiendo la curacion de la fractura por los planos inclinados la pretendida inmovilidad y los demas medios que se emplean, mantenemos a un viejo muchos dias boca arriba. En esta edad la vejiga es poco contrastil y la prostata suele hallarse infartada.

El reservorio dado el decúbito dorsal

se evacua incompletamente, queda orina en su bajo fondo, la mucosa se irrita, se acatarrá, y vienen los fenómenos gástricos y la fiebre. Siguen actuando las causas uno y otro día, se declaran los fenómenos uremicos y el enfermo fallece, no por la fractura, sino por las consecuencias de un impertinente e indiscriminado tratamiento.

Claro está que las mujeres libran mejor por la distinta disposición de su uretra y su vejiga. Este hecho de observación confirma la exactitud de nuestro juicio. ¿Y qué debemos hacer? ¿Como hemos de tratar una fractura del cuello del fémur?

Esta es la cuestión no ciertamente difícil de resolver.

Primeramente debemos desechar

el propósito de obtener una cura sin claudicación y así se lo advertiremos al enfermo ó á los interesados.

Las fracturas estas se verifican por dentro ó por fuera de la cápsula el diagnóstico diferencial es innecesario y el tratamiento debe ser igual para los unos que para los otros.

En los primeros días deben reducirse los pacientes á quietud por medio de la simple posición colocándolos en una gottiera de Bonet y combatir los dolores por los opiados y las inyecciones hipodérmicas.

Si los dolores persisten con demasiada viveza y se sospecha que provengan del frote del extremo inferior de la fractura y la juncción que efectúa en los tejidos blandos, se aplicará

el aparato de polea y peso unido a los esparadrapos de tension, fijis con la venda circular del modo que sabeis. Pasado el periodo agudo, en la mujer podeis continuar asi permitiéndola despues algunos suaves movimientos, porque el bello ideal de la curacion de estas fracturas consiste en la produccion de una falsa articulacion. En los hombres, particularmente si son viejos, débese, tan luego como han trascurrido ocho dias, hacerlos sentar a ratos en la misma cama y moverlos con tiento y sin la menor violencia hasta que puedan incorporarse y moverse por si solos, tomando por guia la mayor o menor intensidad de los dolores. Despues debe bajárseles del lecho, sen-

tarlos en un sillón almohadillado y ponerlos algun rato de pies con el auxilio de muletas. Mas tarde se les hará andar con las mismas y un aparato como los de la convalescencia de la caualgia. El que recomendamos a nuestra enferma es el de Taylor y que podeis ver dibujado en sus opúsculos. Quando se verifica la curacion por el establecimiento de una articulacion falsa los interesados llegan a quedar con el miembro bastante útil y andar bien sin mas auxilio que un baston o una muletilla de mano. Quando sobreviene la formacion de un callo grueso y la anquilosis, escapan peor respecto al uso del miembro, pero no libran mas ventajosamente con los tratamientos clásicos.

Un famoso cirujano, de todos conocido, que hace poco lloramos, en los últimos años de su vida fue atropellado por un carruaje. Lo condujeron a su casa y sucedió lo que referí respecto a las dificultades del diagnóstico. Pasados los primeros periodos, nuestro compañero cayó en la cuenta de que se le había fracturado el fémur por el cuello, y después se dolía amargamente conmigo de que los que le vieron no le hubieran diagnosticado de fractura. Y yo le dije: "!! Pues dele V. gracias a Dios, por que hoy anda con un simple baston; y si llegan a diagnosticarle de seguro que no andaria mejor, y es muy posible que estuviese enterrado!!"

Decía, Caeiro Sr., antes de transcribir

los párrafos del Dr. Rubio que ellos habían aportado a la ciencia médica dos resultados satisfactorios, y voy a exponerlos.

El primero no necesito decirlo; lo ha dicho de una manera gallarda y con sin igual gracejo el autor citado: "que salvamos la vida al sujeto, puesto que no lo encamaramos."

El segundo se desprende del primero.

Supongamos que este viejo en vez de resbalarse y caer como lo verificó, hubiera recibido en riña la fractura del cuello quirúrgico de su fémur. Que contestación daríamos a los tribunales de justicia, cuando por boca del Fiscal se nos preguntara la causa próxima de su muerte? Diríamos que este individuo había muerto de cistitis e

infeccion urémica, y no mentiríamos.
Pero esta contestacion no amenguaria la pena impuesta al procesado, porque nuestro código dice con mal entendida lógica: "que causa causante es causa de lo causado," y los hechos nos muestran claramente que si este individuo no hubiera recibido la fractura, y necesitado la permanencia en cama por un número tan crecido de dias, la cistitis no habria venido, y no viniendo, este sugeto no habria muerto. Luego si vino la urémia por ser una consecuencia del decubito prolongado, y este decubito prolongado era necesario para la curacion del mal recibido, la cistitis y su muerte fueron parte integrante de la lesion.

Y no hay que andar à vueltas

con argumentaciones. Los tribunales así lo entienden y con este criterio fallan. Presentada la cuestion de esta manera ó bajo este aspecto para el procesado, ¿qué tiene que agradecerle à la ciencia médica? ¿qué puede esta hacer por él? Nada. Abandonarlo à su destino y dejarlo ir à cumplir el tiempo de condena que el artículo del código en que se incluyera su delito, le impusiere.

!! Que hermosa es la ciencia cuando por sus observaciones y descubrimientos puede prestar un favor inmenso à la humanidad!! Cuanto regocijo experimentara el miembro de esta ciencia al decirle à un procesado "Esté tranquilo, que del mal causado no ha de venir otro mayor..... solo

sufrirá la pena del delito que cometió.

De lo dicho y copiado resulta: que sin medicamento alguno, y si simplemente con no permitir el decúbito prolongado ahorramos muchos años de presidio á un hombre y á otro la vida.

Segunda parte.

Fácil, Excmo Sr, me habría sido en global en una sola parte lo que en esta tenga que exponer; pero rindiendo culto á la manera como yo he ido penetrándome de este asunto importantísimo de terapéutica dietética, he creído conveniente darle esta forma, porque así se presta más fácilmente á la narración.

Dire, pues, que el caso que antecede,

híxome pensar en que si el decúbito era peligroso para ese orden de enfermedades, en igualdad de circunstancias se biera serlo para otros padecimientos. Pero si esto pensé y ante mí se alzaron los tifoideos con sus úlceras por decúbito, las pulmonías adinámicas, los tísicos que se consumen los cariosos interminables y otros tantos enfermos por padecimientos largos á quienes se obliga rutinariamente á guardar cama; lo cierto es que no tuve valor de resolución bastante para emprender en ellos el pensamiento beneficioso que en mí iba tomando arraigo. Y no era solo porque no me atreviera á afrontar la responsabilidad moral que me pudiera caer levantando á un enfermo que tuviera fiebre, caso que la orden mía

no fuera científica y por ello se empeorase; no: Es que la práctica tiene confirmado definitivamente que los enfermos deben estar en cama, y romper con esta costumbre en un pueblo, que todas las miradas están fijas en las acciones del médico, era exponerse á un peligro seguro, dado que la enfermedad tuviese un desenlace fatal.

Y con estas vacilaciones; con esta certeza mía del beneficio que á los doctores debía reportar el ponerlos en camarados el menor tiempo posible, pasó el tiempo hasta este invierno próximo pasado en que una casualidad de esas que merecen eterna recordación, me llevó una mañana al Hospital de la Princesa, donde concluí de completar y dar forma-

lera en mi ánimo á el remedio dietético que sirve de epigrafe á este pobre escrito.

Era la hora de la visita.

El Dr. D. Federico Rubio la pasaba acompañado de un gran número de profesores.

En la sala de mujeres, este ilustre cirujano iba tomando apuntes de el número de las camas y de los padecimientos que tenían las individuos que las ocupaban.

Concluida la visita, pasó á otra sala inmediata y paralela donde al parecer solía dar las conferencias.

Soy enemigo de los adjetivos pomposos; pero la que en este día dió el Sr. Rubio fué tan notable, me impresionó de tal manera, que el mejor elogio que

de ella puedo hacer, es que la elegí por tema en mi doctorado.

No me sería posible aunque quisiera seguirle en su brillante exposición; pero esto no me apena, porque a petición de sus compañeros prometí incluirla en la reseña del presente curso.

He aquí ahora lo que mis notas arrojan de aquella luminosa conferencia, expuesto del modo y manera que a mi composición se presenta.

Bajo dos aspectos tiene importancia esta cuestión. Bajo el prisma clínico primero; y como segundo, bajo el administrativo o de régimen interior hospitalario.

Como este no encaja en nuestros fines, hablaremos del concerniente

a nuestra carrera.

Veinte enfermas quirúrgicas se encontraban en la sala. De las veinte había nueve que el Sr. Rubio apuntó, porque estaban incluídas en las que necesitaban levantarse diariamente mas o menos tiempo.... Dos, con operaciones importantes de extirpación de mama, por voluminosos tumores malignos; una de recepción de la cara externa de la tibia; otra con lupus en la pierna derecha; otra con dilatación ancha de la rodilla (una niña); dos con aberturas de absceso exifluentes por responsabilidad de tejidos; una con uretra-cistitis y otra cuyo padecimiento no recuerdo. Es decir, que en esta sala, el cuarenta y cinco por ciento de las enfermas estaban incluídas en el grupo de las

que no debían encamarse. Las onces restantes estaban recién operadas y la cama les era por consiguiente tan necesaria como la misma cura, por razones que a nadie se ocultan.

Con la permanencia en cama ocurre lo que con los más preciosos remedios farmacológicos; su mucha utilidad llega á hacerlos perjudiciales, ya que indiscretamente se aplican siempre y en todas ocasiones.

Si la morfina se empleara en sus justos límites terapéuticos, á buen seguro que no habríamos llegado al morfínismo.

Si el mercurio se hubiera administrado sin traspasar los límites de la prudencia ó racionales, indudablemente que no tendríamos caquécti-

cos y huesos destruidos..... Es que los perjuicios que un remedio ocasionan están en razón directa de las utilidades que presta; porque por lo mismo que benefician, perjudican; y tanto, más perjuicios ocasionará, cuanto, mayores beneficios engendre empleado racional y discretamente.

Lo bien se, lo sabe el vulgo, el valor inapreciable que tiene la permanencia en cama en algunos, en todos los padecimientos, y bien claro lo dicen las úlceras varicosas; las artitris, conxalgias &c. &c.; pero por lo mismo conviene no abusar como lo hacemos todos los días de este recurso poderosísimo, porque se vendría á parar en la ley general ya formulada.

Tenemos pues, para probarlo un tipo

cualquiera de enfermedades y paso á paso sigamos su curso. Sea esta una operada de mama por cualquier proceso maligno. Llega esta individuo al Hospital, y si igual nos place, en su casa, y se presenta con aspecto generalmente nutrido.

En su cara se observan señales de sufrimiento internos; pero su está de semblantada, ni su cuerpo enmagrecido; al contrario, su aspecto general es bueno y sus carnes abundantes.

La producción cancerosa está limitada; porque aunque la neoplasia alcanza todo el tejido glandular mamario y parte del adiposo presentando algunos puntos esclerados que constituyen la úlcera cancerosa,

el tumor es un escirro ó de poca vascularidad y no se ha establecido la infección general. En una palabra; que procedemos á esta estirpación en condiciones ventajosas de éxito.

La hemos operado sin ningún accidente. A unas cuantas horas se presenta la fiebre traumática.

El pulso está levantado y el sistema nervioso quieto.

A los tres días, cuatro ó cinco, procedemos á levantar la cura. Lavamos con cuidado; detergemos las partes y vemos un conjunto de mamelones carnosos, rojos, pequeños y duros y con la supuración conveniente.

Renovamos el apósito; todo va bien. Hay cien latidos radiales y el termómetro oscila entre treinta y ocho

y treinta y ocho y medio grados; se le concede media ración; posca para bebida usual y quietud en la cama.

Pasados cinco o seis días, la enferma respira, si no con dificultad, con mas frecuencia: Las mejillas están algo encendidas; los ojos brillan un tanto; la columna termica se eleva a treinta y nueve o treinta y nueve y medio grados y el corazón se mueve ciento diez y seis veces por minuto.

Sabemos que no ha habido trasgresion en el plan bromatológico, y vemos al mismo tiempo que no se trata de enfermedad de los pulmones, cerebro ni otra viscera importante N.^a Levantamos el apósito. La herida está un si es no es sucia; los bordes entreabiertos, y por la disposicion ana-

tónica de las partes, el pus que se forma mucho o poco depositado como encayuela en la fosa que presenta el borde del gran dorsal.

Miramos los alrededores de la herida y están inyectados y muy sensibles.

No nos queda ya duda, de cual es la causa de aquella fiebre extraña. Se trata de una erisipela que empiezo. Mucha curiosidad y limpieza en manos e instrumentos nos decimos; toques con disolucion argentica, dieta lactea o de caldo frio y desengrasado, un purgante y agua azucarada para bebida usual."

No hay que repetir que la enferma debe seguir encamada; pero la erisipela no cede; antes por el contrario, se ha hecho subcutánea y el tejido

adiposo de las regiones próximas al sitio operado supuran. Damos salida a este pus ya por la herida o por alguna dilatación en sitio ad hoc.

Como es natural, la superficie cruenta que el proceso mortuoso nos obligó a hacer se pone atónica en su marcha curativa. Y con esta complicación han trascurrido treinta o más días. La enferma que operamos no es la misma. Si tiene fiebre alta no está encendida en sus mejillas ni brillan sus ojos. El color de su cara es pálido sucio y sus ojos apagados.

Con el lenguaje propio del que es ajeno a nuestra profesión nos jide volverse de un lado para otro o incorporarse en la cama. También nos jide permiso para peinarse o des-

enredarse el cabello.

Yo siento, Excmo Sr, descender a estos detalles, pero conviene al desarrollo de mi tema y fuerza es transcribirlos. Además son detalles prácticos que todos los días se dejan pasar sin darles importancia y la tienen máxima.

Generalmente accedemos a las dos primeras peticiones; a la última no siempre. Hay médicos tan meticulosos que creen que desenredar el cabello es una operación peligrosa, y se niegan rotundamente. Yo no sé por qué, pero es lo cierto.

Nuestra enferma hace ya días que perdió el apetito, y desde ese tiempo la tenemos sujeta a un plan apedativo. Desde hace otros tantos la paciente se queja de dolor y escozor en la

espalda. La familia y quizá la misma enferma nos pide la reconocamos. Y en efecto, la enferma tiene razón. Algunos puntos de sus regiones dorsal y lumbar empiezan a macerarse. "Esto es natural, Srá, decimos á la enferma; pero ya ve V. que no podemos evitar la causa. Dentro de unos dias, que se reponga un poco y la herida no dé pus, entonces la levantaremos." Y la enferma se contenta, resignándose á sufrir otros dias y nosotros nos salimos tan tranquilos creyendo haber cumplido nuestro deber.

Pero transcurren esos dias y el pus sigue formando cayuela apoyándose en el gran dorsal, como queda dicho.

La enferma está mas pálida, mas postrada y en las espaldas no exis-

ten escoriaciones por la maceracion. No; lo que se encuentran son las úlceras por decúbito. Pero ni nos apuramos, ni pensamos en el único remedio que allí convendría emplear. Al contrario; ~~curamos~~ curamos aquellas úlceras con lo que la clínica prescribe; la ponemos unos roscos ad hoc y disponemos que haya en la habitacion dos camas para trasladarla respectivamente. Y la mejoría ansiada no viene. El cuadro descrito se recarga mas y mas y por ende otro fatal hace su aparicion. Una diarrea frecuente y fétida; un color oscuro achocolatado con sequedad de la lengua; una fiebre pequeña pero continua y un subdelirio en algunas horas de la noche indican la putrida y la adinamia. Aquel cuadro triste impresionó á la familia que ve el fin próximo.

Los médicos que les asisten creen i-
gual; pero como tambien creen que
hicieron y hacen lo que deben, se re-
signan, y viene el momento de las ter-
rias.

Y allí de la resorcion del pus por
atonía de los tejidos operados; que
era linfática ó escrofulosa &c. &c.

La familia oye estas explicaciones,
que toma en consideracion ó no to-
ma, y la enferma se muere.

El cuadro que acabo de pintar tan
à la ligera, nos ha ocurrido, nos ocu-
rre con mucha frecuencia à los que
hemos tenido ocasion de tratar en-
fermos, no importa de que, siempre
que el padecimiento sea largo. Mas
à pesar de la frecuencia con que se
repite estos casos, nada ó casi nada

he leído yo que trate de remediar las
consecuencias fatales de la excesiva per-
manencia en cama.

Yo sé por experiencia, que cuando he
tenido un catarro que apenas ha levan-
tado escalofrios y me he metido en ca-
ma, si la estancia en ella se ha pro-
longado dos ó tres dias, cuando la he
abandonado y querido andar, mis
piernas han flaqueado un tanto, mi
cabeza ha vacilado, y si he querido ha-
cer un esfuerzo regular, mis brazos no
han respondido y mi respiracion se ha
acelerado. Y no es que la fiebre con sus
combustiones haya hecho aquellos gastos
orgánicos que yo notara en mí; no, que
no hubo fiebre. Es que la cama es uno
de los remedios antiflogísticos mas po-
derosos, y ella fué la que me debilitó.

Ya el vulgo con su sentido clarísimo lo ha dicho en un refrán o una frase de todos conocidos: "La cama come." Y no se equivoca.

Desde el momento que un individuo adopta la posición horizontal en uno de estos muebles, deja de producir el calor que engendra el movimiento. La respiración y circulación, motores únicos ya del calor químico del organismo, disminuyen un tanto sus combinaciones y dejan por lo mismo de crear el calor que producían cuando el cuerpo se movía. El pulso se calma. La respiración más lenta. Como los gastos orgánicos son menores, menores serán por lo tanto los materiales nutritivos que aquel debe percibir. El aparato digestivo que ya no cuenta

con el apoyo valioso de las potencias musculares, puesto que están quietas, queda reducido exclusivamente a sus resortes; y como estos no son bastante a hacer completamente la digestión, por sí solos, de todo el material que necesita el cuerpo, se emperezan y no dejan transmitir nada más que una pequeña parte de apetito, en relación del cual, el sujeto come. Como la fuerza de absorción ha disminuido o se ha atenuado en relación al juego fisiológico que los demás sistemas tienen, esta es, por lo mismo, escasa, deficiente.... dando por resultado que el organismo está a media dieta, es decir, que parte del individuo este que suponemos acostado, está sin alimento. Y tanto es esto así, que si prolongamos por mucho tiempo la cama,

el sujeto se demacra, pierde su agilidad y hasta se atrofiarian sus miembros, puesto que no tienen ejercicio. ¿Y si esto es así, que no ocurriría en el enfermo que además de las pérdidas naturales de su quietismo, tiene las que producen la fiebre, la respiracion, diarrea, sudores &c.^a ?

Yo no encuentro nada tan perjudicial para un enfermo, como el estar constantemente en cama. Lo digo con todo el ardor que me dá el convencimiento. Ni muchas enfermedades que se hacen crónicas debieran hacerse, ni muchos de estos que he citado que mueren, debian morir.

¿Que perjuicio puede ocasionarse con levantar prudencialmente á un operado á los ocho ó diez dias, siendo así

que no hay sintoma alguno cerebral que lo contraindique, y si solo los propios de la operacion ?

¿Que inconveniente puede haber en levantar prudencialmente á los quince dias, cuando no se ve peligro proximo, á un amputado ? ¿Porque sistemáticamente nos hemos de oponer á este remedio dietético, racionalísimo, ya que es científico ?

Por la rutina. Porque si pensáramos que desde el momento que levantamos al sujeto y le hacemos andar mas ó menos segun convenga, ponemos en contraccion el sistema vascular evitando las congestiones pasivas, que mandamos á los intestinos mas fuera digestiva para que se anime la absorcion y trasmita mas materiales

à la nutrition; que la respiracion, ac-
tivando sus combustiones ha de man-
dar mayor cantidad de oxigeno que
purificarà lo que antes enviaba de
los emboros de la cama; ¿ que razon
puede haber para no levantar à los
enfermos lo mas pronto posible y el
mayor tiempo posible, siempre bajo
un criterio cientifico?

Hee concluido..

Como en mi condicion humilde de
medico de pueblo, me debo à la pràc-
tica, en ella me he inspirado.

Sè que el tema està mal presenta-
do. Pero como la humanidad dolien-
te lo que necesita son remedios cu-
rativos que pongan término à sus
múltiples y variados achaques, si yo
recojo este que por ahì està desper-

digado, y se lo entrego aunque sin el ador-
no de las galas de la erudicion, ¿ que
mas se le puede pedir à una persona
de tan escasos conocimientos como yo?

Hee dicho.

Jose Spencer Villamil



Leida ante el tribunal el 19 de junio de 1885

El Sr. D.

Fran.º Santamaria