matorias, *rosada* en las flegmasías pulmonares crónicas, y cuando esta coloración se limita á *una de las mejillas*, indica de ordinario la flegmasía del pulmón correspondiente; particularidad atribuída por algunos autores al hecho de estar contínuamente acostados los enfermos del lado donde radica la lesión. Un tinte *rosado intermitente* (*llamaradas al rostro*) se aprecia en los casos de nervosismo y en la meningitis tuberculosa de los niños, cuyo fenómeno sólo puede *explicarse* por una perturbación en la influencia inervadora del gran simpático. Las coloraciones *bronceada*, *amarilla* y *cianósica* corresponden á las que ofrece la superficie tegumentaria en general.

Temperatura. — El *calor* de la cara acompaña á su rubicundez en las afecciones esténicas, anunciando el delirio cuando se une á la fiebre y á la inyección de las conjuntivas. Por el contrario, precede á las apoplejías cerebrales cuando al propio tiempo la cara está abultada y roja, pero sin aceleración del pulso. Su *frialdad* es un signo de muerte, en el caso de que existan á la vez otros síntomas graves.

Volumen.—La cara se presenta *abultada* en la erisipela facial y en los casos de anasarca y viruelas, enfermedades todas que aumentan el grosor del tejido conjuntivo subcutáneo, siendo *parcial* el aumento de volumen cuando existen tumores desarrollados en las fosas nasales ó en el seno maxilar. Su *enflaquecimiento* acompaña al general del cuerpo ya mencionado.

Expresión.—Puede ser varia, y con arreglo á ella se han descrito: 1.°, la cara *estuporosa*; 2.°, la *crispada*; 3.°, la *vultuosa*, y 4.°, la *hipocrática*. La fisonomía *estuporosa* se caracteriza por su falta de expresión, permaneciendo el sujeto indiferente á cuanto le rodea, sin que por eso parezca abstraído en ningún pensamiento. Es propia de algunos idiotas, y puede considerarse como uno de los caracteres de la calentura tifoidea, en cuyo caso es indicio del aplanamiento ocurrido en las funciones sensoriales. Se presenta la cara *vultuosa* en todas las dolencias que motivan una fuerte congestión á la cara y al cráneo, y en tal concepto, la vemos acompañar á las lesiones orgánicas del centro circulatorio, revelándose por la tumefacción y rubicundez de la fisonomía y por la desaparición de los pliegues ó arrugas que la surcan. Por el contrario, en la cara *fruncida*, que es propia de todas las enfermedades muy dolorosas, aparecen exageradas estas arrugas, como si todas ellas convergieran hacia la línea media. Finalmente, la cara *hipocrática*, descrita magistralmente por el Padre de la Medicina, ofrece los caracteres siguientes: nariz afilada, ojos hundidos, sienes cóncavas, piel de la frente tersa, orejas separadas de la apófisis mastoides y como retraídas; al propio tiempo los ojos están tristes, la piel fría y aplomada, los labios péndulos, el ala de la nariz casi inmóvil, y toda la fisonomía cubierta de un sudor viscoso. La cara hipocrática aparece en casi todas las enfermedades momentos antes de su terminación fatal, y por consecuencia, es más bien un signo de muerte que de diagnóstico.

Movimientos. — La abolición del movimiento en los músculos de la cara, recae comúnmente en los que ocupan una mitad lateral de ella, constituyendo el síntoma denominado *hemiplegia facial*, que depende por lo común de alguna lesión encefálica ó de alteraciones ocurridas en el peñasco del temporal, las cuales comprimen ó lesionan el tronco del séptimo par. Inmovilizado y deprimido el lado paralítico, lo arrastran hacia el opuesto los músculos de la mitad sana; tracción que es muy evidente cuando el enfermo ríe, habla ó anima la expresión del semblante. Además, el lado paralítico presenta caído el párpado superior, péndulo el carrillo, é incompletamente cerrada la mitad correspondiente de la boca.

Otras veces aparecen *contracciones musculares involuntarias*, como cuando se espasmodizan los músculos de la cara al principio de los ataques convulsivos, fenómeno que en los niños puede apreciarse con frecuencia; pero en otras ocasiones, es parcial y algo permanente la contracción, en cuyo caso se produce la *risa sardónica* ó el *espasmo cínico*. La primera se debe á la contracción de los elevadores del ala de la nariz y del labio superior, y se caracteriza por la separación y elevación de estas partes, lo cual engendra en la fisonomía un aspecto de risa involuntaria y convulsiva, que denota casi siempre alguna lesión de los centros nerviosos. El espasmo cínico consiste en la retracción de una sola de las comisuras, y se presenta en los mismos casos que la risa sardónica.

El Dr. Jadelot ha pretendido establecer, mediante el examen de la cara, signos bastante ciertos para el diagnóstico de las enfermedades que radican en la cabeza, pecho ó abdomen. Según este profesor, hay en la fisonomía tres *líneas semeiológicas* ó *arrugas mórbidas* principales. La primera arranca del ángulo interno del ojo, y se pierde debajo del pómulo, por cuyo motivo la denomina *óculo-cigomática*, considerándola como indicio de los padecimientos cerebrales. La segunda, ó *nasal*, principia sobre el ala de la nariz, rodea las comisuras labiales y termina debajo de ellas, observándose en los sujetos que padecen afecciones abdominales. Por último, la línea *labial*, que es propia de las enfermedades de pecho, empieza en la comisura de los labios, y sube hacia afuera y arriba, desapareciendo por debajo de la mitad externa del párpado inferior. Si bien es cierto que las observaciones de Jadelot son exactas en algunos casos, procuraremos, sin embargo, no concederles un valor absoluto, pues no es raro que falten las líneas mórbidas en las dolencias indicadas por este autor, presentándose otras veces en padecimientos distintos de aquellos que las ofrecen generalmente.

El examen de la cara en *particular*, comprende la investigación de los síntomas que aparecen: 1.°, en el aparato de la visión; 2.°, en la nariz; 3.°, en los labios; 4.°, en la región parotídea; y 5.°, en los carrillos.

Los *ojos* pierden su animación y se tornan *lánguidos y tristes* en la mayor parte de las enfermedades. El globo ocular *aumenta de volumen*, aunque ligeramente, en los casos de hidroftalmía, lo cual se *debe* á la

mayor cantidad de humores que contiene; apareciendo *propulsado hacia afuera* cuando algún tumor colocado en el fondo de la órbita lo empuja hacia adelante, síntoma que se designa con el nombre de *exoftalmía*. Por el contrario, en las enfermedades adinámicas, ó en las que se acompañan de grandes pérdidas, como ocurre con el cólera, el globo del ojo se encuentra *hundido* en la órbita por la disminución de la almohadilla adiposa colocada detrás de él. Respecto á sus movimientos, aparece *fijo* en la catalepsia; agitado de una pequeña movilidad convulsiva, denominada *nistagmus*, en varias afecciones crónicas del cerebro y de sus cubiertas; ó bien ofrece movimientos *generales y muy graduados*, como se observa en las enfermedades agudas de estos órganos. La desviación de su eje, conocida con el nombre de *estrabismo*, acompaña también á las lesiones cerebrales ó meníngeas, debiéndose otras veces á la retracción de los músculos que lo mueven.

La *córnea* es con frecuencia el asiento de *opacidades* superficiales ó profundas, que se denominan en el primer caso *nefelium*, y en el segundo *albugo*, y son debidas á exudaciones plásmicas en el espesor de este medio. Algunas de estas manchas opacas están formadas por una verdadera cicatriz corneal, en cuyo caso se las designa con el nombre de *leucomas*. También puede hallarse *reblandecida*, bien por la inanición, ó por las lesiones del trigémino, según ha demostrado experimentalmente Claudio Bernard. Su *forma* cambia en el curso de diversas lesiones que en ella radican, y así unas veces aparece *propulsado* su centro, tomando el aspecto de un cono, ó bien pierde su convexidad anterior, presentándose casi completamente plana. En la agonía *se cubre de un barniz glutinoso*, y vista al oftalmóscopo tiene semejanza con un cristal mojado.

El *iris* experimenta dislocaciones hacia adelante ó hacia atrás, las cuales se denominan *sinequias*, y ofrece coloraciones *distintas* de las normales, todo lo que suele ser síntoma de las flegmasías de este tabique ó de las partes inmediatas. La pupila cambia á veces de *forma*, siendo oval ó angulosa en las inflamaciones irídeas con adherencias, y su diámetro puede hallarse aumentado, constituyendo el síntoma *midriasis*, ó disminuído, diciéndose entonces que hay *miosis*; fenómenos ambos que pueden referirse á una lesión de la rama oftálmica, ó á una irítis crónica. La contracción y dilatación pupilar es muchas veces *perezosa*, y aun en ocasiones estos movimientos llegan á abolirse por completo, constituyéndose entonces la *inmovilidad pupilar*, que tan común es en ciertos envenenamientos y en las lesiones cerebrales ó retinianas.

La *esclerótica*, ordinariamente blanca, aparece *amarilla* en la ictericia, *azulada* en los sujetos linfáticos y tuberculosos, *roja* en las oftalmías y en las lesiones cardíacas que producen la cianosis; pero estas coloraciones dependen en su mayor parte de la mucosa conjuntiva que la cubre.

El *cristalino*, que siendo transparente no le percibimos en circunstancias normales, puede ser el asiento de *opacidades* que alteren su transparencia, y las cuales residen, ya en su centro, ó bien sobre cualquiera de las dos cristalóides. Para descubrir el asiento de estas opacidades, el Dr. Samson inventó un procedimiento que es ya clásico en la ciencia. Consiste en poner delante del ojo la luz de un bujía, habiendo dilatado préviamente la pupila, con lo cual se observa que la luz produce tres imágenes colocadas de delante á atrás, siendo la anterior y posterior directas y la media invertida. La imagen anterior, que es muy viva, se pinta en la córnea y se debe á la reflexión ocurrida en este medio; la segunda, ó invertida, resulta de la reflexión en la cristaloides posterior, y la tercera es producida por la reflexión en la cristaloides anterior, hallándose situada por detrás de las otras dos y siendo directa como la anterior, aunque mucho más pequeña. Ahora bien; cuando existe una gran opacidad en la córnea, faltarán las tres imágenes; si la opacidad tiene su asiento en la cristaloides anterior, no se percibirán las dos imágenes posteriores, y si aquella se encuentra en la cristaloides posterior, sólo faltará la imagen media ó invertida; de consiguiente, á beneficio de las *imágenes de Samson*, podemos averiguar el sitio de las opacidades que impidan la llegada de los rayos luminosos al fondo del ojo.

Las partes profundas del globo ocular, como la *retina, coróides, cuerpo vítreo y papila del nervio óptico*, son el asiento de alteraciones variadas en su *coloración, volumen y relaciones mútuas*; fenómenos todos que se aprecian mediante el oftalmóscopo y que suministran preciosos datos para el diagnóstico de muchas afecciones oculares y aun cerebrales, según dijimos al ocuparnos de la cerebroscopia.

Los *párpados* aparecen *tumefactos* á consecuencia del edema, la inflamación ó el enfisema; *rojos* en los casos de hiperhemias ó flegmasías oculares; invertidos hacia afuera (*ectropión*) ó hacia adentro (*entropión*), como resultado casi siempre de cicatrices rectráctiles que tienen su asiento en la piel ó en la mucosa del párpado; caído el superior (*blefarostosis*), ó agitados ambos de movimientos convulsivos (*blefarospasmos*). Su borde libre puede estar *rojo, abultado y cubierto de mucosidades purulentas* en los casos de blefarítis ciliar; ó bien con las pestañas dirigidas hacia afuera (*distiquiasis*), ó hacia adentro (*triquiasis*) (fig. 50), no siendo raro que *caigan ellas* en las flegmasías crónicas de los párpados.

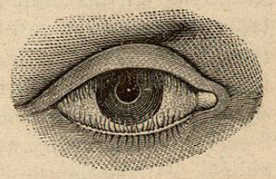

Fig. 50. — Triquiasis.

La *carúncula lagrimal* aparece *muy roja* en las inflamaciones conjuntivales, y pálida en las enfermedades crónicas, particularmente en la clorosis. Al obstruirse los *puntos y conductos lagrimales*, dan lugar al síntoma denominado *epífora* ó *lagrimeo*, que consiste en la caída de las

lágrimas sobre la mejilla, á consecuencia de no poder penetrar por su vía natural obstruída. La obstrucción del *conducto nasal* hace que se presente tumefacto el *saco lagrimal*, en el que puede apreciarse, no sólo su aumento de volumen, sino también la coloración de la piel que lo cubre, su consistencia, y las soluciones de continuidad que comuniquen su cavidad con el exterior.

Las *cejas se elevan* durante el delirio; y cuando es muy graduada la dificultad para respirar, experimentan movimientos de *elevación* y *depresión*, que corresponden á los actos de inspiración y espiración. En la hemiplegia facial, la ceja del lado paralítico está *caída* y *no se puede aproximar* á la del lado sano.

La *nariz* ofrece variaciones de *volumen*, *color* y *posición*, relacionándose estas últimas con la existencia de tumores en las fosas nasales, ó con el principio de algunos accidentes convulsivos, que *suelen llevarla indiferentemente á izquierda ó derecha*. En la disnea, las *alas* de la nariz presentan movimientos rápidos y convulsivos, y las *aberturas* de este órgano se hallan cubiertas de un *polvillo obscuro* durante la agonía, saliendo por ellas un *flujo negruzco* en las fiebres graves, y apareciendo en las mismas una *erupción pustulosa* durante la convalecencia de diferentes estados morbosos.

Los *labios* se encuentran *péndulos* desde el principio de la agonía y en la *keiloplegía* ó parálisis labial; *contraídos* en muchas afecciones convulsivas ó muy dolorosas; fuertemente *separados* en la luxación del maxilar inferior, *temblorosos* en las fiebres atáxicas y en ciertas neurosis; y cuando los padecimientos cerebrales se acompañan del *coma*, son separados y llevados hacia adelante por la columna de aire espirado, cuyo síntoma se conoce con el nombre de *fumar en pipa*. Su *volumen aumenta* en los casos de inflamación, notándose en los sujetos escrofulosos un abultamiento que recae con especialidad en el *labio superior*. Es *viva* su *coloración* en las enfermedades inflamatorias; por el contrario, es notable su *palidez* en la hipoglobulia roja y durante el estadio del frío de las calenturas intermitentes. Húmedos en circunstancias normales, aparecen *secos* en las fiebres é inflamaciones, y cubiertos además de una *capa negruzca* en la calentura tifoidea.

La *región parotídea* es el asiento de *tumefacciones* considerables, las cuales, si dependen de la glándula que da nombre á la región, son frecuentes en los niños escrofulosos, aunque también se las observa en el adulto durante el curso de las fiebres graves, indicando en este caso una suma gravedad.

Los *carrillos* aparecen caídos en la hemiplegia facial, y suelen presentar tumefacciones flegmonosas, la mayor parte de las cuales se deben á la extensión de alguna flegmasía gingival.

b

EXAMEN DEL TRONCO

El *cuello* puede presentar distintos *tumores* que arranquen de la laringe, cuerpo tiroides, esófago, vasos y vértebras cervicales. Su *longitud* varía, siendo mayor en los sujetos predispuestos á la tuberculosis pulmonar, que en las personas dotadas de una actitud especial para las congestiones y apoplejías cerebrales. En los individuos que padecen lesiones del corazón derecho, se observa un latido en las venas yugulares, que coincide con el pulso arterial y que se denomina *pulso venoso*.

La inspección general del *pecho* (abstracción hecha de los numerosos síntomas que corresponden á las funciones respiratoria y circulatoria, los cuales serán estudiados en su debido lugar) nos revela el *enmagrecimiento* de sus partes blandas, consecutivo á todas las enfermedades de larga duración. Sus *diámetros* aparecen *reducidos* en los sujetos tísicos. Presenta un aspecto abombado hacia adelante, *pecho de pájaro*, en los casos de enfisema pulmonar muy graduado. En el hidropericardias y en la hipertrofia cardíaca, dicho abombamiento se *limita á la región precordial*. El pecho puede estar *deprimido* ó *abultado* en una sola de sus mitades laterales; en el primer caso puede sospecharse la existencia de adherencias entre ambas hojas pleuríticas, y en el segundo se debe el fenómeno á los derrames serosos ó purulentos que existen dentro de la serosa. Por último, en las enfermedades de los huesos que forman la jaula torácica (raquitis, osteomalacia, etc.), se observan *deformidades variadas*, como depresiones, corvaduras y abultamientos diversos.

El examen del *vientre* nos permite comprobar en primer término sus *alteraciones de volumen*. Aparece *abultado* por el edema de sus paredes, por el acúmulo de gases en los intestinos, por el derrame de líquidos en el peritoneo, y por la tumefacción de cualquiera de las vísceras contenidas en su interior. Cuando el abultamiento se debe al edema, el vientre se presenta ensanchado, y su prominencia es poco graduada; en el derrame peritoneal, por el contrario, se encuentra tan aumentado de volumen por los lados, como de delante atrás. Su *disminución general de volumen* acompaña á los cólicos seco y de plomo. La *consistencia* del abdomen es *blanda* en los casos de derrames poco considerables que no llegan á dilatar el peritoneo, mientras que el vientre es *duro* cuando esta serosa se halla completamente llena de líquido.

El reconocimiento exterior del *aparato genital* puede revelar *aumento* más ó menos considerable *en el volumen* del miembro viril, el cual se presenta con un color *rojo* si aquel es debido á la inflamación, *pálido* si acompaña al edema, y *violáceo* en la congestión del glande producida por algún obstáculo que impida el curso de la sangre venosa (parafimosis, anillos, etc.). Aparece el miembro *más pequeño* cuando el

escroto se encuentra notablemente distendido por la serosidad infiltrada en el tejido conectivo subcutáneo, ó derramada en la serosa vaginal; *flácido* y sin *posibilidad de erección*, en los sujetos paralíticos ó debilitados por las pérdidas seminales, y *duro* y *rígido* en la satiriasis y en la blenorragia. Los testículos, cuyo volumen varía en sus distintas enfermedades, *ascienden* hasta el orificio subcutáneo del conducto inguinal en los casos de cólico nefrítico y en las neuralgias ilio-escrotales, y en ciertas personas no han llegado á descender al escroto, fenómeno que constituye el *criptorquidismo*.

En las varias enfermedades del aparato genital externo, puede presentar la *vulva tumefacciones* generales ó parciales, cambios en su *coloración*, *consistencia*, *temperatura*, etc.; fenómenos cuyo estudio detallado corresponde á la ciencia *ginecológica*.

C

EXAMEN DE LAS EXTREMIDADES

La inspección de los *miembros* puede revelarnos diversas alteraciones de *volumen*, *forma*, *color* y *temperatura*, relacionadas unas veces con las dolencias que en ellos radican, siendo en otros casos la expresión de estados generales, en los que se afecta la totalidad del organismo. *Inmóviles* y *enflaquecidos* á consecuencia de su parálisis, pueden hallarse *abultados* considerablemente, como ocurre en el edema. Cuando la tumefacción es *parcial*, se limita unas veces á los puntos articulares, y otras al intervalo colocado entre una y otra articulación; en el primer caso es sintomática de los reumatismos articulares, de la artritis crónica, del tumor blanco ó de la hidrartrosis; en el segundo, reconoce por causa un proceso flegmonoso, una lesión arterial ó una neoplasia cualquiera. La raquitis y la osteomalacia *encorvan* los miembros, y la rotura de los huesos, así como las luxaciones, producen deformidades más ó menos graduadas. Por último, recordaremos en este lugar que la disminución de la *temperatura* del cuerpo es siempre más evidente en la extremidad de los miembros que en las otras regiones de la economía

ARTÍCULO II

Síntomas suministrados por las funciones inervadoras.

Tres grandes funciones generales corresponden al grupo de las que tienen por objeto comunicarnos con el mundo exterior. La *sensibilidad*, que recibe las influencias exteriores y nos advierte al propio tiempo las necesidades internas. El *movimiento*, que imprime á nuestro cuerpo el rumbo que la voluntad desea. Y la *inteligencia* soberana, que recibe las sensaciones y juzga de ellas, impulsando los movimientos según las necesidades de la vida. Pero estos tres actos en que puede desplegarse la función inervadora voluntaria, tienen un espacio de reposo, durante el cual, los aparatos encargados de su desempeño, recobran la energía que perdieran por el gasto de su actividad funcional. Este período de reposo, demoninado *sueño*, es quizá tan necesario para la vida como las más urgentes necesidades nutritivas.

En el estado patológico pueden perturbarse aquellas tres funciones, así como este último período, motivo por el cual dividiremos en cuatro secciones la sintomatología de la funcionalidad inervadora, estudiando en la 1.ª las alteraciones de la *sensibilidad*, en la 2.ª las del *movimiento*, en la 3.ª las de *inteligencia* y en la 4.ª las del *sueño*.

Para mejor comprender la localización de las alteraciones del tejido nervioso que dan origen á los síntomas inervadores, conviene fijarse en el siguiente recuerdo fisiológico:

1.° *Cerebro.* — En general, es el asiento de la inteligencia, de la percepción sensitiva y de la excitación motriz voluntaria; mas la localización de estos tres actos funcionales resulta distinta, si bien todos asientan muy probablemente en las capas corticales de la substancia gris de los hemisferios. En efecto, las *excitaciones motoras* radican de preferencia en el lóbulo paracentral, y en las dos circunvoluciones centrales, la anterior ó frontal ascendente, y la posterior ó parietal ascendente. La parte superior de estas circunvoluciones y el lóbulo paracentral, constituyen el centro motor de la pierna; el tercio medio de la circunvolución central anterior, representa el centro motor del brazo, y el tercio inferior de ambas circunvoluciones centrales, es el foco motor del nervio facial, á excepción de la parte aún más inferior de la circunvolución central anterior (frontal ascendente) que forma el centro motor cortical del nervio hipogloso. Las *funciones psíquicas*, ó puramente intelectuales, asientan en la substancia gris de las circunvoluciones del lóbulo frontal, y en el mismo punto, pero localizado al pie de la circunvolución frontal inferior ó tercera (ó sea entre el surco frontal inferior y la fisura de Sylvio), radica el centro coordinador motor de la palabra, pues las lesiones de este punto determinan la afasia motora ó atáxica. La *percepción sensitiva de la audición*, reside en la parte superior y externa del lóbulo temporal, y probablemente en la zona inferior ó basilar de este lóbulo se encuentra el foco consciente de la *facultad visual*. Esta misma facultad visual, sobre todo el *recuerdo de la imagen óptica*, parece también relacionada con la substancia gris de las circunvoluciones del lóbulo occipital. Las *percepciones sensitivas generales*, así como la sensación táctil y la del sentido muscular, tienen su foco en las capas corticales del lóbulo parietal, y en esta corteza gris terminan centralmente, según Flechsig, los nervios sensitivos de la piel.

Las localizaciones anteriores corresponden todas, como se ha visto, á la corteza del cerebro, ó sea á la capa gris excéntrica de las circunvoluciones, y son, por otra parte, las mejor determinadas. No lo son tanto