

## SEGUNDA PARTE

# HÁBITO EXTERIOR

Todo lo que concierne al aspecto exterior del enfermo, es decir, al conjunto de los datos suministrados por la simple inspección de su figura, actitud y marcha, ocupa un lugar preponderante en los escritos que nos ha legado la medicina antigua. Efectivamente, se comprende que, privada de los métodos de investigación más precisos que poco á poco han ido sustituyendo á la clínica en cierto modo impresionista, concediera capital importancia á estos signos exteriores, que entonces servían como únicos fundamentos, por decirlo así, á las hipótesis diagnósticas. De ahí el gran lujo de detalles con que se describieron las distintas facies por Hipócrates, Galeno, Celio Aureliano, Boerhaave, Van Swieten, etc.

La escuela del siglo XVIII acentuó todavía más esta tendencia, señalando con mayor minuciosidad los menores detalles del hábito exterior en las enfermedades.

Esta rama de la clínica, con los trabajos de Cl. Bernard, de Duchenne (de Boulogne), de Hitzig y Ferrier, y de Charcot, ha recibido una nueva orientación, debida á la necesidad de precisar el mecanismo fisiológico de las modificaciones de la facies, del decúbito y de la actitud en los diversos estados morbosos.

En la actualidad, no puede negarse que esta parte de la semiótica está relegada á lugar secundario. Ya el ilustre inventor de la auscultación la había despreciado en gran parte por lo que se refiere á las afecciones torácicas. Más tarde, los incesantes progresos de los métodos de laboratorio le han hecho sufrir indudablemente un golpe más sensible; pero debemos hacer constar que el descrédito en que se la tiene no deja de ser excesivo. A pesar de sus caracteres poco científicos, que le han valido el desprecio de los espíritus ganosos de precisión, el conocimiento del

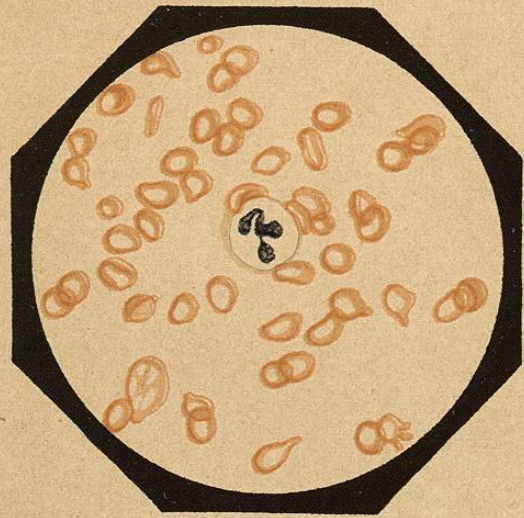


Fig. 1

Fig. 1. — CLOROSIS INTENSA  
Fijación por el calor á 110°. Coloración con la hematoxilina y la eosina-aurancia. Los hematíes están deformados (poiquilocitos), son desiguales y no quedan teñidos por igual (*Inmersión Nachet*  $\frac{1}{12}$ ).

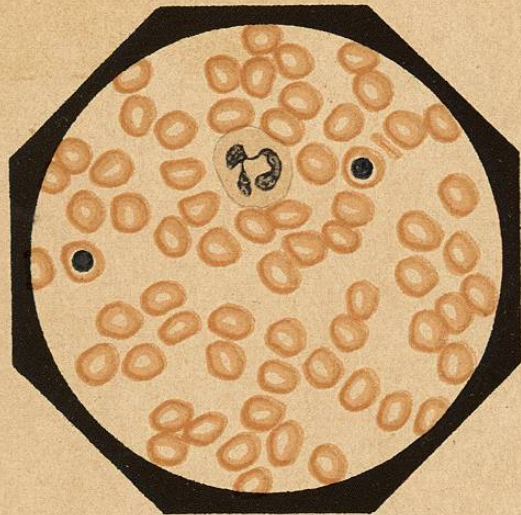


Fig. 2

Fig. 2. — SANGRE DE UN ROBUSTO RECIÉN NACIDO, Á LOS CINCO DÍAS DEL NACIMIENTO  
Fijación y coloración como en la figura 1.  
Se ven dos glóbulos rojos nucleados entre otros muchos glóbulos normales (*Inmersión Nachet*  $\frac{1}{12}$ ).

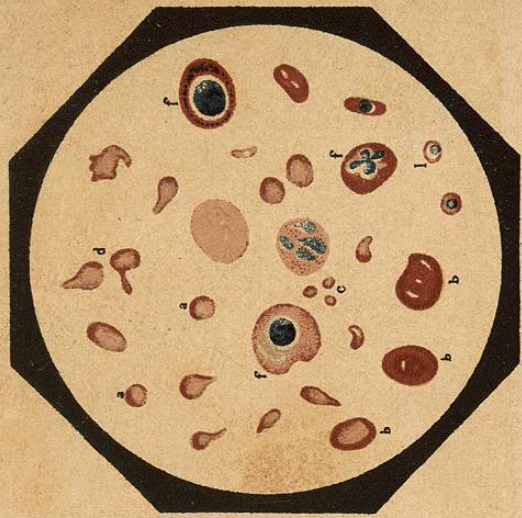


Fig. 3

Fig. 3. — ANEMIA GRAVE, MUJER DE CINCUENTA Y CINCO AÑOS

Coloración por la eosina y el azul de metileno. La preparación contiene todos los elementos de la anemia perniciosa progresiva. La eosina ha quedado fijada desigualmente en los glóbulos rojos.

a, glóbulo rojo normal; tamaño normal (no nucleado);  
b, glóbulo rojo gigante; hemate nucleado gigante (megaloblasto);  
c, glóbulos enanos; f, hemate nucleado gigante (megaloblasto).  
d, glóbulos rojos deformados (poiquilocitos);  
e, hemate nucleado de



hábito exterior del enfermo constituirá siempre, para el médico digno de este nombre, un recurso de valía. Por sí solo sirve de primer guía al interrogatorio, indicando en qué sentido deben dirigirse los exámenes que sucesivamente deben servir para asegurar una mayor exactitud en el diagnóstico. En suma, una de las primeras preocupaciones del que ha de ser médico estriba en aprender á ver y ver bien. Esta facultad, tan apreciada de nuestros antiguos maestros, adquiere un desarrollo distinto según los temperamentos. Desde este punto de vista, los *visuales* son privilegiados. En el médico curtido por una larga práctica, el acúmulo de gran número de imágenes clínicas crea, con respecto á este punto, una facultad de diagnóstico rápido que, sin ser impecable, no deja de tener su valor, á condición de no renunciar jamás el auxilio que debe prestarle ulteriormente un examen metódico, ayudado de todos los medios de que dispone la ciencia contemporánea.

Intentaremos, en este capítulo, condensar los principales datos que por su utilidad puede el médico deducir: 1.º del decúbito y de la posición del enfermo en la cama; 2.º de las alteraciones de su fisonomía; 3.º de los trastornos que la enfermedad puede hacer sufrir á la bipedestación y á la marcha.

Los límites de esta obra no nos permiten tratar los complejos problemas fisiológicos relacionados con esta cuestión; para este punto, recomendamos al lector los artículos especiales, limitándonos á señalar, á medida que nos salgan al paso, los hechos elementales de fisiología patológica conocidos hasta la actualidad y propios para fijar en la memoria los signos que vamos á estudiar.

#### DECÚBITO

La posición adoptada instintivamente en la cama por el enfermo, llamada por otro nombre *decúbito*, aunque indiferente en buen número de casos, puede, en determinados estados patológicos, revestir caracteres bastante salientes para llamar la atención del médico.

**Decúbito en estado fisiológico.**— En estado hígido, el decúbito ofrece numerosas variantes individuales, que es conveniente conocer. Sabido es, sin que sea necesario insistir sobre este punto, que la posición más favorable para el descanso es el decúbito *dorsal*, único que permite la resolución de todos los músculos del cuerpo; aparte de esto, es la posición que instintivamente adopta todo individuo fatigado por un ejercicio penoso y prolongado. No obstante, esta posición dista mucho de ser la generalmente adoptada para dormir. Muchos prefieren el decú-



bito *lateral*, siendo común en la infancia. La posición intermedia entre las dos anteriores, ó decúbito *oblicuo*, se observa también con alguna frecuencia. Por el contrario, el acostarse sobre el vientre (decúbito *abdominal*) depende de circunstancias excepcionales.

Averiguar la posición preferible para dormir, ha constituido el tema de numerosas discusiones, sobre todo entre los médicos antiguos, pues, á decir verdad, su solución ofrece escaso interés, porque, en general, todo individuo sano ó enfermo adopta instintivamente la posición que mejor le conviene. El decúbito dorsal, que es el mejor para favorecer la resolución muscular, es adoptado por la mayoría de las personas de alguna edad; asegura mejor la estabilidad de las vísceras abdominales, que se acomodan mal en el decúbito de lado, por poco que la pared abdominal y los ligamentos estén relajados, cosa que sucede con frecuencia. Por el contrario, niños y jóvenes duermen bien de lado, fuera de todo estado patológico. A nadie pueden pasar desapercibidos los inconvenientes del decúbito abdominal; dejando aparte la compresión que ejerce sobre la masa gastrointestinal en detrimento de la digestión, perjudica además las funciones respiratorias, limitando los movimientos expansivos del esternón. Por esto la mayoría de las veces no es más que una posición esencialmente transitoria. En suma, teóricamente, y sobre este punto parece que el acuerdo es unánime, el decúbito sobre el lado derecho ofrece, bajo el punto de vista de la digestión y de la circulación, ventajas poco discutibles. Asegura al hígado una posición estable en la que este órgano no necesita apoyarse sobre el estómago; cuando éste está lleno, favorece su natural evacuación en el duodeno, y por último, deja al corazón espacio suficiente para contraerse con entera libertad. Wuttge aconseja, durante la primera hora que sigue á la comida, el decúbito dorsal ú oblicuo con el fin de permitir la digestión estomacal, luego el decúbito lateral derecho, sólo cuando el contenido ventricular puede sin riesgo pasar al intestino. Sin pretender negar á estos detalles su parte de ingeniosidad, no deben llevarse á la práctica con rigurosa exactitud, por ser en gran número los hechos que diariamente vienen en su contradicción.

**Decúbito en estado patológico.**—Después de estos cortos preliminares indispensables, nos será más fácil examinar rápidamente las modificaciones que sufren el decúbito y la posición en la cama en los diferentes estados patológicos, procurando, si es posible, explicar sus causas y su mecanismo.

A.—Las *infecciones generales febriles* no se prestan, sobre el punto que nos ocupa, á largas consideraciones. A menos que vayan acompañadas de delirio activo, reclaman casi constantemente el *decúbito dorsal* por la

adinamia y la postración que las caracteriza. Nos referimos en especial á las enfermedades llamadas tifódicas, cuyo tipo representa el bacilo de Eberth. Quieto, privado de todo movimiento, el enfermo, sumido en una semisomnolencia, sólo cambia de posición muy de tarde en tarde. Además, y mejor todavía que la posición, la fisonomía, de que hablaremos más tarde, expresa el estupor.

Cuando falta el estado tifódico, la posición en la cama es variada, á no ser que intervengan otros elementos como el dolor ó contracturas.

Así, por ejemplo, es evidente que, en los enfermos de reumatismo articular agudo, el dolor determina preferentemente la clase de decúbito. Además de guardar una inmovilidad completa, estos enfermos mantienen las articulaciones afectas en una posición que permite á los ligamentos y á los músculos periarticulares su mayor relajamiento; echados en cama, separan ligeramente los miembros superiores del cuerpo, colocan los antebrazos en semiflexión y separan los dedos; los muslos algo levantados y en rotación externa y las piernas con ligera flexión sobre los muslos. Esta posición típica del reumatismo agudo es adoptada, con escasas variaciones, en todas las poliartritis acompañadas de dolor, cualquiera que sea su causa (reumatismos tóxicos, reumatismos infecciosos, reumatismos blenorragicos, gota). Sus variantes vienen determinadas por el sitio y la intensidad del dolor.

B.—La actitud de los enfermos que sufren los efectos de la toxina tetánica está, como es natural, en relación con la contractura tónica que les inmoviliza en una posición determinada. La rigidez de la nuca, con desviación de la cabeza y del tronco hacia atrás, constituyen, como es sabido, el *opistótonos*; cuando están afectos también los miembros inferiores, el cuerpo representa un arco de círculo de concavidad posterior extendido desde el vertex á los talones. Si la contractura radica con preferencia en los flexores, el cuerpo aparece apelotonado sobre sí mismo, con las cuatro extremidades colocadas delante del tronco y las rodillas dirigidas hacia el mentón, contribuyendo á aumentar esta postura la exagerada flexión del cuello; esta posición es la denominada *emprostótonos*, que se ha comparado á la que adopta el feto en el claustro materno. El *pleurostótonos* es resultado de la contractura de los músculos de un solo lado del cuerpo. Su aspecto recuerda el de una media luna con la concavidad correspondiente al lado en que radica el tonus. Finalmente, puede todo el cuerpo quedar fijo en línea recta (*ortótonos*).

El envenenamiento por las estricneas y su alcaloide crea posiciones muy semejantes. Tanto es así que, á no ser por los antecedentes, el diagnóstico ofrecería grandes dificultades.