

Aparte de éstos, otros estados tetaniformes, dependientes ya del histerismo (*catalepsia*), de la *uremia* (*posiciones cataleptoides*) ó bien, aunque en menor grado, de la meningitis, reproducen, más ó menos exactamente, el mismo aspecto. Las contracturas de esta última enfermedad son más fugaces y localizadas; todo queda reducido á la rigidez del cuello.

El decúbito de los niños atacados de tuberculosis meníngea ofrece otras particularidades importantes. Desde el primer período, el enfermito se acuesta instintivamente de lado, colocándose de espaldas á la luz, esconde la cabeza debajo de las sábanas y dirige las rodillas hacia el mentón (*como gatillo de fusil*). En el segundo período, en que los síntomas alarmantes parecen estar en un compás de espera, el niño, más tranquilo, se tiende de espaldas, con los ojos fijos y la mirada vaga. Finalmente, en la última fase, aparece el coma, y el cuerpo queda en una resolución muscular completa; la respiración es estertorosa y los miembros descansan sobre la cama, completamente inertes.

Semejante cuadro se observa en gran número de afecciones cerebrales, neurosis, estados infecciosos, intoxicaciones exógenas ó endógenas. Los *estados comatosos* son muy comunes en patología y sólo se distinguen por variantes sobre las que no podríamos insistir aquí. Bástenos recordar que el coma de la apoplejía con hemiplegia no determina el decúbito dorsal absoluto; pero sí un decúbito oblicuo, porque el lado paralizado deja caer el cuerpo por su propio peso y conserva, comparándolo con el lado sano, una inercia y una pasividad mayores. El coma es un síndrome tan común, que su valor diagnóstico casi sólo se desprende de los síntomas accesorios que le acompañan. Puede aparecer como complicación en las fiebres infecciosas graves, constituye una forma perniciosa del paludismo, se observa en el histerismo y la epilepsia, como también en las afecciones orgánicas del encéfalo y de sus cubiertas; por último, buen número de intoxicaciones terminan con un período comatoso; en clínica, el coma urémico y el coma diabético merecen de un modo especial la atención del médico por los numerosos errores á que dan lugar.

Muchas afecciones del sistema nervioso que no exigen la permanencia en cama, las dejaremos para ocuparnos de ellas al estudiar la bipedestación y la marcha. Por regla general, los sujetos afectados de congestión cerebral sin pérdida del conocimiento adoptan la posición *semisentada* ó *sentada*. Por el contrario, la *posición horizontal* es preferida para los que sufren anemia cerebral, así proceda de la arteritis crónica, de la clorosis ó de la insuficiencia aórtica.

C.—La posición adoptada en la cama por los enfermos que padecen

*afecciones pulmonares ó pleurales* obedece generalmente, ya á un elemento accesorio: dolor de costado, ó bien, y esto es lo más común, á la disnea, factor principal en la mayor parte de los casos.

En el pneumónico, puede decirse que la clase de decúbito es muy poco significativa; de ordinario indiferente, tiene lugar sobre el lado sano únicamente cuando el dolor de costado adquiere una extremada violencia.

La bronquitis capilar, la bronco-pneumonía de focos diseminados, en la segunda infancia y en el adulto, obligan casi invariablemente, por la sed de aire que las acompaña, á la actitud sentada, por lo menos durante el primer período, cuando la asfixia no ha aniquilado todavía las reacciones del sistema nervioso. El enfermo, sentado, se inclina casi siempre hacia adelante, apoyándose en los codos y poniendo á contribución todos los músculos inspiradores accesorios. Esta es además la posición común á todos los enfermos que sufren de anoxemia aguda, cualquiera que sea su causa, obstáculo á la llegada del aire ó de la sangre para oxigenar, como ocurre en la embolia pulmonar y en la asistolia. Los asmáticos, fuera de los casos en que la disnea les obliga á buscar el aire en la ventana, se sientan inclinándose hacia adelante y apoyando los codos sobre las rodillas; el pecho está abombado, mantienen los hombros levantados, el dorso encorvado, y distendidos los espacios intercostales. El cuadro que presentan los enfermos de pneumotórax es, si cabe, más dramático: el decúbito dorsal al principio resulta casi siempre imposible; cuando el paciente puede echarse de costado, lo efectúa sólo sobre el lado enfermo para permitir la libre expansión del lado sano. Pero más á menudo se le encuentra sentado en la cama, inclinado hacia adelante, sostenido por almohadas y fijando los codos hacia atrás para dar mayor apoyo á los músculos inspiradores.

Parece que el modo de acostarse los pleuríticos puede muchas veces proporcionar datos más seguros sobre el grado de la enfermedad y cuál sea el lado afecto. Desde antiguo esto es conocido de los observadores. Dejando aparte los casos sin interés en que el decúbito es simplemente dorsal, es común que el enfermo se acueste lateralmente desde el comienzo de la enfermedad, en cuyo caso se apoya sobre el lado sano para dejar libre el lado en que siente la punta de costado. Más tarde, cuando el derrame se ha hecho abundante para dificultar la hematosi, se cambian los papeles y el paciente se ve obligado á acostarse sobre el lado distendido por el líquido para dejar al otro la libre expansión. En estos mismos pleuríticos con derrame abundante, Peter señala una posición especial de pie, cuando la estación es posible: el enfermo se inclina ligeramente del lado afecto, dejando caer algo el hombro, con el ante-

brazo en flexión y la mano apoyada en la cintura; camina despacio y con mucha cautela.

La pleuresía diafragmática es la que en mayor grado despierta la angustia respiratoria; por esto exige casi siempre la posición sentada con inclinación hacia adelante, como se observa en todos los estados de insuficiencia pulmonar aguda, de la que en nada se distingue respecto á este punto.

D.—Las *afecciones cardíacas*, una vez llegadas al período en que hacen sentir su influencia directa sobre la circulación menor, determinan, como es de suponer, posiciones muy semejantes á las que acabamos de indicar respecto de las enfermedades pulmonares. Desde este punto de vista, debemos colocar en primer término la insuficiencia de la tricúspide y la enfermedad mitral, en razón á la precocidad con que van á parar á la asistolia. La imposibilidad de dormir en posición horizontal constituye á veces uno de los primeros síntomas que hacen sospechar la insuficiencia cardíaca por lesión valvular ó esclerosis del miocardio. Este signo es muchas veces precoz en los individuos afectos de estrechez mitral. Sin embargo, para muchos cardíacos, y durante un período bastante largo, es posible el sueño en decúbito, pero debiendo hacer constar que en este caso les es muy molesto acostarse sobre el lado izquierdo; en estas condiciones, prefieren el decúbito dorsal ó el oblicuo sobre el lado derecho. Monneret hace observar igualmente que, en el último período de las cardiopatías crónicas, el asistólico, cansado de la lucha, se acuesta muchas veces de espaldas ó sobre el lado izquierdo. Fundadamente se ha dado el nombre, á los enfermos de lesión mitral, de *cardíacos sentados*, en oposición á los aórticos conocidos con el de *cardíacos echados*; en efecto, estos últimos se ven obligados instintivamente á acostarse para corregir la anemia cerebral, que es consecuencia natural de su lesión. Debe tenerse en cuenta que este hecho sólo es exacto durante el período de compensación. Cuando la asistolia está plenamente confirmada, todos los cardiopatas obedecen á la ley general que rige la insuficiencia cardíaca. La intensidad de la disnea les obliga á permanecer sentados con el tronco inclinado hacia adelante; aun, muchas veces, se sientan en el borde de la cama dejando colgar las piernas ó, siéndoles imposible la permanencia en ella, sólo encuentran ligero alivio en un sillón.

Un cuadro idéntico puede desarrollarse en la pericarditis con derrame abundante, cuyo tipo disneico llama especialmente la atención en la enfermedad de Bright. Gendrin había notado ya la actitud sentada de estos enfermos con inclinación de la cabeza y del tronco hacia adelante (*disnea genu-pectoral*). Merklen y Bose han calificado recientemente esta positura de signo revelador.

E. — Las *afecciones abdominales*, que obligan á los que las padecen á guardar cama, apenas determinan más posiciones especiales que las debidas á los fenómenos dolorosos que las acompañan; el paciente adopta una posición adecuada para atenuarlos, ya sea relajando la pared del vientre, ya ejerciendo una compresión favorable sobre la masa gastrointestinal.

Puede suceder que el dolor sea tan vivo que obligue al enfermo á abandonar el lecho; así, se ve á los que sufren crisis gástricas tomar alternativamente, para calmar sus sufrimientos, las posiciones más extrañas y arrollarse literalmente exhalando quejidos. Es muy raro que la simple gastralgia despierte reacciones tan vivas. Cuando es debida á úlcera del estómago, se calma muchas veces adoptando ciertas posiciones que eviten á la herida el contacto irritante del contenido gástrico. De estas posiciones puede sacarse algún dato para determinar el sitio probable del úlcus. En el momento del paroxismo, la posición más corriente es la semiechada. La posición sentada puede indicar una úlcera de la corvadura menor; la úlcera de la cara posterior obliga al enfermo á acostarse sobre el vientre; la de la cara anterior, sobre la espalda; el decúbito lateral derecho corresponde á la úlcera del cardias; el izquierdo, á la del píloro. Aunque estos detalles resulten ciertos muchas veces, no debe asignárseles un valor absoluto.

Las formas de cólico hepático que simulan la gastralgia son tan frecuentes, que no es raro confundir estos dos síndromes dolorosos, á pesar de sus grandes diferencias etiológicas. El enfermo, en el acto de la crisis hepática, á no ser que se halle sentado con el cuerpo inclinado hacia adelante, se acuesta de lado, encogiéndose como un gatillo, con los músculos en flexión sobre el abdomen. Existe frecuentemente una contractura refleja de la pared abdominal, más pronunciada en el lado derecho. Por otra parte, los individuos afectos de cólico nefrítico adoptan muchas veces una posición igual; sin embargo, éstos difícilmente aguantan la permanencia en cama; muchos se echan al suelo entregándose á violentas contorsiones; se presentan calambres en el miembro inferior del lado enfermo, que está semicontraído; otros encuentran un alivio relativo doblándose sobre el lado doloroso, que comprimen á veces apoyándose sobre un objeto resistente. El aspecto que ofrecen en el momento del paroxismo los sujetos que tienen un riñón movable, tiene muchas analogías con los precedentes.

Los cólicos intestinales, no solamente cambian en gran manera las facciones de la cara, sino que pueden dar lugar á contorsiones que merecen la atención. Los recién nacidos retraen los miembros inferiores y

los apoyan sobre el vientre. La posición en gatillo es frecuente en la primera fase del cólera infantil, mientras que en las de algidez y colapso el niño se acuesta de espaldas. La enteralgia simple del adulto, el peristaltismo doloroso provocado por la oclusión intestinal y por la apendicitis en su comienzo, no ocasionan posiciones muy diferenciadas ni, sobre todo, muy fijas; los sujetos con sufrimientos de esta índole cambian á cada momento de posición; sin embargo, la flexión de los muslos sobre el abdomen y la incurvación hacia adelante de la columna vertebral en su región lumbar, movimientos que relajan la pared del vientre, son de observación común. El síndrome del cólico de plomo se distingue, como es sabido, por ceder comúnmente con una presión amplia y sostenida sobre la masa intestinal; por esto se encuentra muchas veces á los que la padecen echados sobre el vientre y comprimiendo con los puños la región dolorosa.

Los dolores dependientes de una peritonitis aguda son, en el fondo, muy semejantes á los que provoca una afección intestinal. Pero en aquel caso se añade casi siempre de un modo precoz un elemento tóxico que modifica ostensiblemente el cuadro clínico. Difícilmente tienen fuerzas estos enfermos para moverse en la cama; al contrario, temiendo cualquier movimiento ó sacudida y hasta el contacto con las ropas, permanecen echados de espaldas, con las rodillas y los muslos ligeramente en flexión y los miembros superiores abandonados á cada lado del cuerpo. Por otra parte, en estos casos, más que el decúbito, llama la atención del observador la facies, sobre la que insistiremos más adelante. Lo mismo acontece con el colérico en su período de algidez; echado de espaldas, está inerte, con los miembros extendidos y sin movimiento, produciendo la impresión de un individuo muerto.

#### FACIES

La palabra *facies* (de *fari*, hablar) significa: expresión del rostro en las enfermedades. Efectivamente, sucede que en gran número de afecciones la fisonomía ofrece una serie de variantes que, por sus distintas combinaciones, proporcionan muchas veces al médico datos para el diagnóstico y el pronóstico, cuya importancia es, algunas veces, manifiesta. Ciertamente, en estos casos, nada reemplaza á la observación hecha á la cabecera del enfermo, y las descripciones, muy detalladas, sin embargo, de los antiguos maestros, no llegarían á valer lo que un hábito adquirido durante una larga práctica. Los datos aportados por la facies carecen de precisión científica; pero tienen, sin embargo, su valor por la orientación

que de buen principio imprimen al interrogatorio y á los demás medios de investigación clínica. Por esto, aunque el estudio de la fisonomía morbosa no se presta á las grandes descripciones en que se engolfaban los médicos en otro tiempo, merece todavía alguna atención.

Ante todo conviene hacer constar que, en el adulto y en la segunda infancia, es donde los rasgos son más expresivos. En estas edades las reacciones nerviosas no han perdido todavía su intensidad y su espontaneidad, y se traducen de modo más claro, por no estar encubiertas por un exceso de adiposidad subcutánea ni por las arrugas. Con todo, debe tenerse en cuenta que la fisonomía es, por lo general, menos expresiva en los linfáticos que en los nerviosos, y en las gentes del Norte menos que en las del Sur. Debe también recordarse que la expresión de la cara pierde la mayor parte de su valor en la primera infancia y en la senectud; de ahí que no deba darse mucha importancia á este punto en los dos extremos de la vida.

Los elementos que contribuyen á desfigurar al sujeto enfermo son, en suma, bastante limitados. La cara puede modificarse: ya en su color, ya en el relativo volumen de sus distintas partes ó en la contractilidad de sus músculos. El aspecto de los ojos, la mirada, el estado de las pupilas contribuyen también, por su parte, á imprimir un sello ú otro á la expresión. No intentaremos el estudio profundo de cada uno de estos elementos, porque es muy raro observarlos aislados, y lo más frecuente es que se combinen, dando lugar á un reducido número de tipos bastante notables, que obedecen casi constantemente á las mismas causas y merecen, por tanto, un estudio detallado.

De estas diferentes facies, unas son exclusivas de determinadas enfermedades, en cuyo caso adquieren un valor patognomónico. Otras, inherentes á procesos patológicos cuya primera causa varía, sólo permiten una diferenciación menos exacta. A medida que vayamos examinando metódicamente los diversos aparatos, procuraremos agrupar los tipos análogos para notar de paso los caracteres que distinguen unos de otros.

Las infecciones febriles, cuando no van acompañadas de localizaciones viscerales bastante intensas para dar su nota propia, despiertan en la cara reacciones que pueden fácilmente compararse de un caso para otro. La simple elevación térmica en un individuo joven con el sistema nervioso sano, comunica á la mirada una animación particular y al tegumento una coloración rosada más ó menos intensa y uniforme, que puede ó no ir acompañada de sudor, hecho que indica una hiperemia pasajera por parálisis transitoria de los vasomotores. Tal es la *facies febril*, por otro nombre *facies vultuosa*, que se encuentra en un gran número de estados