

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 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 expaldas, 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 adiposis 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

patológicos que determinan una hipertermia franca en un individuo no debilitado todavía. Este fenómeno no indica de por sí ningún estado alarmante.

El estado febril sostenido, complicado con un elemento tóxico, exógeno ó endógeno, ejerciendo sobre el sistema nervioso una acción depresiva particular, da lugar al *estupor* (τύφος), ó *estado tifódico*, que se traduce en la fisonomía por rasgos característicos, cuyo prototipo está representado por la dotinenteria en su período de estado. El enfermo empieza con soñolencia, mantiene la cara inexpresiva y la mirada vaga y empañada. Más adelante, aumentando la apatía, se inmovilizan las facciones y se extingue el brillo de los ojos; los párpados, medio cerrados, cubren una parte de la conjuntiva bulbar algo inyectada y las pupilas se mantienen muy abiertas. Prontamente, las fosas nasales se ponen pulverulentas y los labios, las encías y los dientes, desecados por la corriente de aire respiratorio, se empañan y cubren de una capa negruzca formando costra. La lengua, igualmente seca, toma á veces un aspecto moreno, resquebrajado, como de carne asada; se ha comparado á la lengua del papagayo. La estupidez es todavía más notable, si cabe, en el tífus exantemático; además, la cara está encendida ó con un color rojo-oscuro.

La facies tifódica constituye un tipo clínico que reproducen, á corta diferencia, muchas infecciones graves. Dejando aparte la fiebre tifódica y el tífus, que hemos escogido para su descripción, la pneumonía tifódica, la grippe, la tisis aguda de forma tifódica, el tifo-paludismo, la endocarditis infecciosa de forma tifódica, las piohemias, la ictericia, grave, etc., se parecen en gran manera por su aspecto exterior. Cualquiera que sea la enfermedad causal, indica siempre una intoxicación profunda de la economía, y aun en la misma dotinenteria sólo se presenta marcada en las formas graves.

Casos hay en que la infección se revela en la cara, no por una simple hiperemia, sino por un verdadero exantema: tal sucede en las fiebres eruptivas. Pero este hecho, hablando con propiedad, no constituye una modificación del semblante ni un fenómeno localizado en la cara. No intentaremos, por tanto, describir todas las erupciones que puedan presentarse en este sitio. Nos limitaremos á recordar las opuestas alteraciones que pueden imprimir á los rasgos fisonómicos, cambios bastante profundos para desfigurar completamente al enfermo, gracias á la considerable tumefacción del tejido conjuntivo subcutáneo unido á la coloración roja del tegumento.

Así, por ejemplo, en la *viruela confluyente*, la cara, hinchada en su totalidad, aparece de un rojo vivo y brillante, constituido por un conjunto

de pequeñas pápulas, cuyas zonas congestivas se confunden, dando á la superficie cutánea el aspecto de piel de chagrín. Más tarde, hacia el final del segundo día, aparecen las vesículas que, confluendo, forman como una careta de papel gris ó de pergamino mojado. El aspecto que entonces ofrece la cara es verdaderamente monstruoso.

La *erisipela de la cara* forma un conjunto que ofrece alguna analogía con el anterior. La hinchazón de los párpados hace invisible el globo ocular, la cara se agranda, la nariz está tumefacta, las orejas hinchadas y la boca se mantiene entreabierta. De este conjunto resulta un aspecto estúpido que se ha comparado al de los mascarones chinos. Pero aquí el color escarlata es liso, uniforme y limitado por un rodete.

La hinchazón guarda la misma topografía en el *eczema rubrum agudo*, que únicamente se distingue por los signos concomitantes y por la vesiculación especial del eczema. De todos modos, cualquiera que sea la causa que intervenga, el modo de ponerse tumefacta la cara es el mismo: invasión del tejido celular subdérmico por una serosidad de origen inflamatorio ó no, y deformación de las partes en proporción á la variada laxitud de este tejido. Únicamente difiere el estado de la superficie cutánea. Tanto, que la misma cara podrá sufrir, por el solo hecho del *anasarca*, una deformación muy parecida, si se exceptúa el color, á la de la erisipela. Por esta razón se puede confundir ésta con: el *eritema* artificial de la *tapsia*, el *zona oftálmico*, el *tumor lagrimal*, la *fluxión dentaria*, que provocan tumefacción palpebral y peri-orbitarias muy análogas.

Por su analogía exterior, nos vemos obligados á tratar aquí del edema de la cara y del mixoedema, á pesar de las diferencias patogénicas profundas que los separa de los estados que acabamos de estudiar.

El *edema de la cara*, tanto si forma parte de un anasarca generalizado por nefritis, como si corresponde á una obliteración venosa (vena cava superior), representa siempre el mismo tipo. La distensión de los párpados superiores dificulta la abertura de los ojos, la nariz se presenta tumefacta; los labios están engrosados y dejan la boca entreabierta; las mejillas aparecen hinchadas y temblonas dando mayor amplitud á la cara; únicamente quedan libres la frente y el mentón. Pero en estos sitios, y esto es esencial, la piel está tirante, sin color y con marcado brillo. Tiene, además, aspecto céreo y pálido en los nefríticos, un poco cianótica en los casos de obliteración venosa ó de insuficiencia cardíaca.

La cara *mixoedematosa* se presenta ancha, redonda, en *luna llena*; los párpados, infiltrados, cierran los ojos; la nariz está ensanchada; los labios, algo violáceos, están engrosados é invertidos hacia afuera; las mejillas, aumentadas de volumen, se mueven con extremada facilidad. La piel pálida,

cérea, de un color blanco amarillento, presenta una roseta en cada pómulo. La fisonomía, inerte, tiene un sello marcado de estupidez. No se trata de un verdadero edema, y, por tanto, el dedo no puede dejar huella. El diagnóstico viene confirmado por los signos concomitantes. Por otra parte, los cabellos, secos y vellosos, se enrarecen, haciendo otro tanto las cejas y las pestañas. La lengua está hipertrofiada y la piel seca y escamosa. Los pies están engrosados, paquidérmicos; las manos, aumentadas también de volumen, remedan una azada y sus dedos están engrosados con las uñas muy friables y estriadas. Finalmente, el tipo queda completado por trastornos funcionales y psíquicos sobre los que no podemos insistir aquí.

El *mixoedema congénito* lleva consigo, además, una notable suspensión de desarrollo; la cabeza, de volumen relativamente normal, contrasta con el cuerpo que aparece atrofiado. El cráneo es muy abultado en su parte posterior y estrechado anteriormente. Persiste la fontanela anterior; la frente, baja y estrecha, está aplanada lateralmente; la nariz es roma; la boca, que se mantiene un poco abierta, deja entrever la lengua engrosada y permite que se escape la saliva. Los dientes están mal implantados y la segunda dentición queda incompleta. Los cabellos, con reflejos rojos, son gruesos y bastos; es habitual el eczema del cuero cabelludo. La cabeza descansa sobre un cuello grueso y corto, porción superior de un raquis más ó menos desviado. Los miembros quedan pequeños é incurvados y los órganos genitales rudimentarios.

Las enfermedades en que predominan alteraciones torácicas alteran la fisonomía, habida razón de la disnea que provocan. Puede ser, no obstante, que este elemento ocupe, en ciertos casos, un segundo lugar, oculto por un estado general infeccioso que se traduce de modos diversos.

En el comienzo de la *grippe*, por ejemplo, la cara está decaída, las facciones alargadas, de coloración plomiza ó vultuosa algunas veces. La nariz se presenta encendida, los párpados hinchados, las conjuntivas inyectadas y con lagrimeo. Al comenzar la *pneumonía* franca, la cara está igualmente colorada, pero predominando el color de las mejillas y los pómulos; puede quedar rojo un solo lado, el que corresponde al pulmón afecto, y esto algunas veces, pero no siempre; este signo se refiere generalmente á la pulmonía de vértice. La frente y el surco naso-geniano quedan relativamente pálidos, las conjuntivas están un poco inyectadas; en los labios, ligeramente cianóticos, aparece muchas veces el herpes. Por poco que exista disnea, se levantan las alas de la nariz á cada inspiración. En el curso de la *pneumonía* infectante domina la postración, y entonces se observa verdaderamente la facies tifódica. En los viejos, la

pneumonía altera muy poco sus facciones, que expresan siempre somnolencia.

En las afecciones quintosas, como la *coqueluche*, la repetida congestión de la cara deja huellas apreciables. Las facciones aparecen confusas; los párpados están tumefactos, pudiendo llegar esta tumefacción hasta el extremo de simular el edema brightico; cuando las quintas se repiten con frecuencia, puede observarse una ligera cianosis.

En los niños enfermos de *bronquitis capilar* ó de *bronco-pneumonía*, domina el elemento disneico. La facies tiene en estos casos gran valor diagnóstico, pues muchas veces la auscultación da resultados que no están en proporción con la gravedad del mal. Nótase desde luego el aleteo rápido de la nariz y la inspiración enérgica y convulsiva. El enfermito permanece sentado; la cara, inyectada al principio, adquiere prontamente una palidez que hace más saliente la cianosis de los labios. Los niños bronco-pneumónicos tienen los ojos salientes, la mirada ansiosa; se agitan, cambiando á menudo su posición en la cama; á partir de cierta edad, se les encuentra sentados, apoyándose en los codos y haciendo funcionar todos los músculos inspiradores. Si el estado se agrava, el niño desiste de la lucha; los pómulos se ponen violados ó la palidez se hace lívida y se velan los ojos; la piel, fría, se cubre de un sudor abundante y viscoso, se retardan los movimientos respiratorios, va disminuyendo la tos y no tarda en llegar la asfixia.

El cuadro de la *insuficiencia respiratoria aguda* se presenta en su grado más alto en la infancia, en cuya época las reacciones nerviosas están en todo su apogeo. Es todavía muy saliente en el adulto, porque á ella se añade la angustia moral, hija del conocimiento del peligro. Las causas principales son: la embolia pulmonar, el edema agudo del pulmón (mal de Bright, aortitis crónica), la tisis aguda de forma sofocante.

Las *afecciones crónicas del pulmón* llevan consigo una disnea progresiva que, aunque termine por la asfixia, altera menos las facciones, y sólo se descubre por la aceleración de los movimientos respiratorios y una cianosis velada. Estos fenómenos se observan en los tuberculosos y en los individuos afectos de esclerosis pulmonar, de sífilis ó de cáncer del pulmón.

Cuando la necesidad de aire depende de un obstáculo á la inspiración provocado por el *crup*, la *estenosis de la laringe* ó de la *tráquea*, además del tiraje y del *huélfago*, se notan los ojos desmesuradamente abiertos, las ventanas de la nariz constantemente dilatadas y una palidez extrema.

En el *asmático*, por el contrario, se encuentra dificultada la expira-

ción. La cara, bañada en sudor, está hinchada, inyectada y á veces con color violado; aumenta profusamente la secreción de las fosas nasales provocando frecuentes estornudos. La respiración, muy sonora, se deja sentir á distancia.

Raramente la *pleuresia* provoca la facies disneica; sin embargo, en la pleuresía diafragmática se observa á veces en su grado máximo.

Por último, cuando las pneumopatías crónicas no matan por asfixia pura, dan origen á una caquexia particular de origen complejo, de la que tendremos ocasión de volver á tratar.

La congestión pulmonar, causante de asfixia, puede depender del estado del corazón; por esto la facies de algunos cardíacos ofrece rasgos comunes con la que acabamos de estudiar en la insuficiencia respiratoria aguda.

Así, los individuos afectos de *insuficiencia mitral* tienen la cara ligeramente congestionada y presenta, en un período más adelantado, una cianosis casi permanente; el abotagamiento ha borrado las facciones y aparecen distendidas las venas yugulares.

La *estrechez mitral pura* se reconoce en la cara por particularidades más salientes todavía: el rostro está colorado y son frecuentes las oleadas de sangre á la cara, los pómulos están cruzados de capilares varicosos y la nariz y la frente cubiertos de caparrosa ó de pústulas de acné. En las estaciones frías, los labios están ligeramente cianóticos.

La *insuficiencia de la tricúspide* termina siempre en la asistolia. La cara de estos enfermos llama la atención por una mezcla de color amarillo y cianosis. Los labios están azulados, lívidos, y las conjuntivas á menudo inyectadas. El resto del rostro tiene un color plomizo, algunas veces subictérico, lo mismo que la conjuntiva bulbar, y esta tendencia depende del éxtasis hepático; los párpados están ligeramente edematosos.

En la *enfermedad azul*, síndrome unido á lesiones congénitas del corazón, las cuales no debemos discutir aquí, la cianosis ofrece muchos puntos de elección: las orejas, los labios, la lengua, la mucosa nasal. Aumenta con los movimientos, los esfuerzos y el frío, y puede ir acompañada de una excesiva pigmentación de la cara.

Todos los clásicos han insistido en el contraste que ofrece la facies del *aórtico* con la del mitral. Los individuos afectos de una lesión aórtica (especialmente la insuficiencia) se distinguen por su extremada palidez. El aspecto general del rostro es descolorido con tendencia al verde; llegan á la cara oleadas congestivas bruscas, pero pasajeras. Los ojos tienen un brillo y una viveza especiales. Las carótidas se levantan con fuertes latidos, que se perciben á distancia.

La *asistolia*, que es el estado á que van á parar todas las cardiopatías, presenta aspectos distintos según su causa. Cuando es resultado final de una cardioectasia del lado derecho de origen pulmonar, ó de una afección mitral, la facies corresponde á las descripciones clásicas: el rostro está abotagado, más ó menos cianótico; el cuello turgente, cruzado en todas direcciones por venas hinchadas, y el enfermo está postrado ó presa de un ligero delirio, sumido en una especie de coma vigil.

La insuficiencia cardíaca por lesión aórtica ó esclerosis del miocardio ofrece un tipo muy distinto. Por regla general, se ofrece á nuestra vista en un individuo flaco, de piel pálida y seca, muchas veces térrea; las temporales muy tortuosas y acentuado el arco senil; en resumen, todos los signos relacionados con el ateroma. Predomina la disnea y son escasos y limitados los edemas.

Finalmente, la asistolia, que se presenta en los últimos períodos del mal de Bright, se distingue por la intensidad y generalización de los edemas. La facies es, en este caso, la correspondiente al anasarca.

No es frecuente que la *pericarditis* altere mucho la fisonomía. En el *reumatismo articular agudo* que acostumbra acompañar, el rostro está pálido y bañado en sudor; la mirada viva indica la integridad de la inteligencia. Poco añade á esta palidez la pericarditis seca; pero si hay un derrame abundante, la cianosis y la hinchazón de los párpados pueden delatar la inminencia de la asfixia.

Las *anemias*, cualquiera que sea su causa, se descubren constantemente por la decoloración de los tegumentos de la cara, más sensible todavía en las mucosas conjuntival y bucal. No obstante, se distinguen sus variedades por detalles que importa conocer.

La cara de las *cloróticas* no está demacrada; se distingue, al contrario, por cierta plenitud, con los rasgos borrados ó mal dibujados; los párpados están edematosos, sobre todo al despertar. La palidez, un poco verdosa, abarca la frente, el mentón y rodea los labios (bigote clorótico); subsiste el color rojo en los pómulos y en las mejillas. Las ojeras y las escleróticas azuladas contribuyen á dar á estas jóvenes un aspecto de languidez y de tristeza.

La tumefacción, que se presenta en la clorosis verdadera es excepcional en la *cloro-anemia tuberculosa*. De igual modo, los sujetos anemios por el plomo tienen las facciones alargadas y la piel seca y grisácea.

La anemia del *paludismo* es también una anemia colorada; el pigmento melánico y el pigmento ocre comunican á la piel un tinte arcilloso ó amarillo sucio comparable al marchitado del sol; puede convertirse en céreo cuando aparece la caquexia.

La facies de la *anemia cancerosa* sería fácil de distinguir si se caracterizara siempre por la demacración del rostro, unida al tinte amarillopajizo y apergaminado de la piel. Pero este color falta muchas veces, es sustituido por una palidez gris ó aparece muy tardíamente. En los cancerosos jóvenes el enflaquecimiento puede tardar mucho en invadir la cara.

Los *estados* llamados *caquéticos* se reflejan todos en la cara por un enflaquecimiento mayor ó menor, y sólo se distinguen entre sí por los signos concomitantes; sin embargo, muchas veces es posible el diagnóstico por las diferencias de coloración del tegumento (color amarillo de paja en el cáncer; pigmentación en la enfermedad de Addison, en la diabetes bronceada, etc.).

En los *tuberculosos*, la fisonomía adquiere un sello especial á partir del segundo período; el color es pálido y térreo, la piel seca; en la mujer, se nota á veces una placa de color rojo intenso en cada pómulo, color que se hace más marcado durante los accesos de fiebre vespertina (rubar hético de los pómulos). [La mayor amplitud de los ojos, que da á la mirada un encanto especial, ha sido también señalado por los observadores y los artistas.

En el tercer período, el enflaquecimiento es extremo; la nariz afilada, las mejillas hundidas, los pómulos salientes, las órbitas y las sienas faltas de grasa, la piel parece literalmente pegada á los huesos. Este aspecto esquelético, cuando va unido á la deformación de los dedos llamados dedos hipocráticos, á la fiebre hética y á los sudores nocturnos, caracteriza la *caquexia anoxémica*. Trátase de un síndrome terminal, que no es exclusivo de la tuberculosis, pero sí común á todas las supuraciones pulmonares crónicas, tanto si tienen por origen la *tuberculosis*, la *pneumonia crónica*, las *pneumoconiosis*, la *sífilis del pulmón* ó el *cáncer pleuropulmonar*.

La *diabetes pancreática* origina un estado caquético, cuya característica dominante es la extremada rapidez de su desarrollo. En algunas semanas, la fisonomía cambia por completo; se hunden los ojos y las sienas; la piel, descolorida, pierde su elasticidad, se seca y desprende en escamas; los cabellos se aclaran.

La cirrosis pigmentaria complica más bien la *diabetes constitucional*; además de la demacración, se observan en la cara y en otras regiones placas pigmentarias análogas á las de la enfermedad de Addison, pero más uniformes.

En la *caquexia de Addison*, domina en la cara un tinte moreno fuerte, que recuerda el color sepia ó el nogal obscuro, y da á estos enfermos el

aspecto de mulatos. Generalmente el color no llega á los párpados. Esta coloración no es uniforme, sino que está constituida por puntos del tamaño de una cabeza de alfiler ó de una lenteja pequeña. La piel es menos fina, más seca que en estado normal y arrugada; las regiones en que no llega la coloración conservan un blanco mate. Puede haber un ligero reflejo azul de las conjuntivas y los cabellos suelen ser más secos y más oscuros.

Las pigmentaciones de la cara se encuentran en otros estados patológicos, pero con caracteres algo diferentes. En las *embarazadas*, la *cara* sufre un cambio tan marcado, que no puede pasar desapercibido. La peritonitis tuberculosa tiene también su cara especial; pero el color es más bien pálido, esfumado, y los párpados están edematosos. Asimismo la melanodermia del *paludismo* es una coloración oscura, gris-amarillenta, que más tarde cambia en moreno grisáceo uniforme.

La caquexia originada por la *pelagra* da lugar también á un aspecto algo particular. El color es gris sucio ó amarillento; la piel, rugosa y resquebrajada, se llena en la primavera de placas rojas, que despiertan escozor.

Pero es evidente que en estos estados desordenados la facies no podría imponer el diagnóstico, y por esto su estudio representa sólo la primera etapa de un examen metódico.

En la infancia, los estados caquéticos, por las suspensiones de desarrollo que determinan y por la clase de nutrición propia de esta edad, presentan un sello propio, que los distingue en absoluto de otros análogos del adulto.

Entre estas caquexias, la *atrepsia* es una de las más frecuentes y precoces (antes de los cuatro meses). En este caso, la cara del recién nacido es verdaderamente esquelética, cubierta por una piel térrea y de color plomizo, llena de arrugas más marcadas en la frente y en las mejillas. La boca parece más grande, sobresalen los maxilares y se hunden las órbitas. Parece la cara de un viejo en miniatura. Las fontanelas están deprimidas, permitiendo el acabalgamiento de los huesos del cráneo. Alrededor de los ojos, de la boca y de la nariz se forma un cerco azulado. Los párpados, entornados, dejan al descubierto parte de la conjuntiva bulbar inyectada y la córnea seca y sin brillo. Si el niño grita, lo hace con voz apagada, reduciéndose á un quejido monótono. La demacración extrema del cuerpo, la delgadez de carnes, que parecen cuajadas, y la flexión permanente de los miembros inferiores, contribuyen á dar á este síndrome un conjunto muy notable.

La facies caquética puede, además, en el recién nacido, revelar la