

*sífilis hereditaria precoz*. Pero, en este caso, no aparecen las facciones alargadas y el enflaquecimiento es más tardío. La piel presenta un aspecto esfumado, *amarillo de paja*, muy característico; escasean los cabellos, presentándose placas de alopecia. La cara ofrece un aspecto en extremo miserable. Apoyan formalmente el diagnóstico la existencia de un coriza, las fisuras peribucales, elementos eruptivos en el resto del cuerpo, particularmente en la palma de las manos y en la planta de los pies.

Muy distinta es la facies correspondiente á la *tuberculosis generalizada crónica apirética de la primera infancia*. La cara está muy demacrada; la piel pegada á los huesos, con una palidez extrema ó ligeramente pigmentada. Es de notar la longitud de las pestañas y el desarrollo anormal de pelo en la espalda y miembros. La fisonomía, gastada y pobre, tiene una expresión á la vez tranquila y triste; los ojos, rodeados por un círculo morado, pueden ofrecer todo su brillo, que sólo se extingue en el período terminal.

Con este cuadro puede contrastar el del *niño linfático* ó escrofuloso, afecto de tuberculosis atenuada. El aspecto que ofrece es completamente opuesto. La cara está pálida, pero hinchada; el labio superior, muy aumentado de volumen é irritado frecuentemente por las mucosidades nasales, hace prominencia. La nariz es roma; la boca, entreabierta, contribuye á imprimir á la fisonomía un sello de apatía y estupidez. El desarrollo imperfecto del cuerpo, la blefaritis ciliar habitual, el eczema impetiginoso, son otros tantos estigmas que completan el conjunto.

La dificultad de la respiración nasal provocada por las *vegetaciones adenoideas* del edema, lleva consigo una suspensión de desarrollo de la cara, que origina una facies muy particular (*facies adenoidea*), que ofrece algunos rasgos comunes con la anterior, debidos sin duda á la frecuente coincidencia con el temperamento linfático en estos enfermitos. La boca se mantiene abierta, el labio superior está engrosado, pero es corto, y deja al descubierto los incisivos superiores. El aplanamiento y atrofia de los pómulos llegan á borrar los pliegues naso-genianos y naso-malares y con ello los ojos salen á la superficie. La nariz está estrechada en todos sentidos, sobre todo en el diámetro transversal (*nariz en hoja de cuchillo*); no obstante, hay casos en que su dorso está ensanchado y la base engrosada. En oposición, el maxilar inferior parece comparativamente muy desarrollado, con los ángulos salientes y dirigidos hacia afuera. Vista de perfil, la línea nasal forma un ángulo á veces convexo (*nariz aguileña*), otras cóncavo (*nariz remangada*). La frente y las alas de la nariz están surcadas de venosidades. Las mejillas, péndulas y flácidas, completan este tipo sin expresión.

La deformación de la cara propia del *raquitismo* merece, por varias razones, compararse con la que depende de la hipertrofia de las amígdalas. El maxilar inferior tiene una forma trapezoidea; su borde inferior se dirige hacia adelante, mientras que el superior, inclinado hacia adentro, resulta estrecho para el conjunto de las piezas dentarias. El maxilar superior, por la insuficiencia de su diámetro transversal, presenta dos deformaciones: el paladar hundido y la atresia de las fosas nasales con desviación correlativa del tabique. El reborde alveolar se dirige hacia adelante, haciendo sobresalir los dientes. Pero lo que caracteriza mejor al niño raquítico es la deformación del cráneo. La proyección del frontal hacia adelante, con la exageración de sus senos, da lugar á la llamada frente olímpica. De la separación de los parietales, que hace aumentar el diámetro biparietal, resulta la cabeza cuadrada, mientras que el *cráneo natiforme* (de *nates*, nalgas) depende de la tumefacción de sus bordes y de la depresión correlativa de la sutura sagital.

Finalmente, el volumen de la cabeza y del vientre, contrastando con la estrechez del tórax, el encanijamiento y las inflexiones de los miembros, dan al niño raquítico un aspecto general que llama en seguida la atención.

Igual defecto de conformación del cráneo reconocen á veces por causa la *sífilis hereditaria tardía*; pero en este caso la asimetría es más frecuente; en algunas ocasiones, la hidrocefalia comunica al cráneo proporciones monstruosas. Con mucha frecuencia la nariz está deformada por el hundimiento de su esqueleto hacia abajo ó arriba (*nariz en antejo*). Los ojos llevan señales más ó menos profundas de queratitis intersticiales bilaterales intensas y prolongadas. La existencia de deformaciones dentarias especiales (*dientes de Hutchinson*) y de antecedentes de otitis purulentas completan el tipo clínico que acaban de hacer confundir con el del raquitismo las lesiones óseas, como la tumefacción y encorvamiento de los huesos largos, las tibias en hoja de sable y el tórax en quilla. Facilitan el diagnóstico la frecuencia de las adenopatías tórpidas y las cicatrices extensas, superficiales, policíclicas, que residen principalmente en: las comisuras labiales, nariz, garganta, velo del paladar, regiones lumbosacra y crural posterior. Estos sujetos tienen un aspecto miserable; la piel de la cara es oscura, de un gris sucio, casi térreo. El cuerpo queda infantil y los testículos rudimentarios.

La mayor parte de las afecciones abdominales se dan á conocer por el modo casi siempre idéntico como se reflejan en la cara. En otros enfermos, casi constantemente es el dolor el que altera las facciones, por efecto de la irritación de los plexos nerviosos, cuyos filetes enlazan los diversos



elementos del tubo digestivo. La casi totalidad de las crisis dolorosas conocidas con el nombre común de cólicos, tanto si tienen por punto de partida el intestino, el útero, como las vías biliares (*cólicos hepáticos*) ó los uréteres (*cólicos nefríticos*), provocan indistintamente una vasoconstricción refleja de los capilares de la cara, que se da á conocer por una palidez extrema acompañada muchas veces de ojeras y de una expresión de angustia más ó menos viva. Cuando los dolores son muy intensos, provocan habitualmente náuseas y vómitos. La gastralgia y la indigestión alteran los rasgos del mismo modo. En los sujetos próximos á padecer una crisis gástrica (tabética ó no) se notan alternativas de rubor y palidez y dilatación pupilar.

La *facies encogida ó hipocrática*, que tiene su máxima expresión en la peritonitis aguda, pero que pertenece también á todas las afecciones graves del intestino y del peritoneo (hernia estrangulada, oclusión intestinal, perforación, apendicitis, peritonismo) resulta, no sólo del shock nervioso, sino también, y casi constantemente, de una auto-intoxicación especial (peritonitis séptica). Con gran rapidez se hundén las mejillas, haciendo sobresalir los pómulos, se afila la nariz, los ojos se hundén y rodean de un cerco negro, se obscurece el color de la cara y los labios se amoratan. A pesar de la proximidad de la muerte, el enfermo conserva entero el conocimiento; la palabra sólo aparece alterada por la sequedad de la boca y el timbre apagado de la voz.

La cara del *colérico en su período algido* es muy semejante, si se añaden las consecuencias de la deshidratación de los tejidos y la extremada postración. Los ojos están hundidos en las órbitas y cubiertos incompletamente por los párpados, que dejan ver la esclerótica roja ó con manchas negruzcas. Estos están fuertemente cianóticos. La nariz está afilada; debajo la piel, que es muy seca, se notan perfectamente todas las eminencias cartilaginosas; los labios, delgados y azulados, se mantienen un tanto abiertos ó pegados á los dientes. Las sienes y las mejillas están hundidas. El color varía desde una palidez lívida al moreno negruzco. El conjunto ofrece la impresión del cadáver. Igual aspecto, pero un tanto atenuado, puede observarse en las *formas llamadas algidas del paludismo* y de la *disenteria aguda*.

Las afecciones hepáticas se reconocen algunas veces en la cara, ya por las modificaciones que imprimen al color, ya por la caquexia que determinan.

La *ictericia verdadera* aguda (orto-pigmentaria) comunica á la cara un color amarillo de oro brillante y lustroso, con tendencia al verde. Cuando no llega á marcarse en la piel de la cara, se encuentra en la con-

juntiva bulbar y en las mucosas sublingual y palatina. Sólo se distingue á la luz natural, pero no á la de una lámpara. A medida que va siendo más antigua, la ictericia se hace más marcada, acentuándose el color verde y llegando á adquirir la cara un aspecto bronceado (ictericia bronceada). La amarillez hace fijar desde luego la atención en el hígado; significa el paso á la sangre de los pigmentos biliares no modificados, por obstáculo al curso normal de la bilis ó por hipersecreción. La ictericia aguda corresponde á la litiasis biliar y á las infecciones biliares (ictericias infecciosas benignas y graves). La ictericia crónica es uno de los signos fundamentales de la enfermedad de Hanot; se presenta como complicación de gran número de afecciones hepáticas ó infra-hepáticas.

La *ictericia meta-pigmentaria* (hemafeica de Gubler) no es tan visible como la otra; si no se dirige directamente la atención sobre este particular, puede fácilmente tomarse como coloración normal. Consiste en una coloración amarilla sucia, amarillo-roja oscura, visible especialmente en las sienes y en la herradura formada por los labios y el mentón. La conjuntiva bulbar está á veces teñida, pero no la mucosa bucal.

Esta ictericia, llamada también por Hanot urobilínica, es el resultado de la difusión de los pigmentos biliares modificados en el suero sanguíneo. Constituye el color de la mayor parte de individuos que conllevan una enfermedad del hígado que compromete más ó menos la función de la célula hepática. Por ella se explica el color pálido terroso propio de la sífilis hepática, del cáncer del hígado y de la cirrosis de los bebedores. Cuando la lesión está adelantada, se une á ella una demacración más ó menos profunda de la cara; las facciones están alargadas, y si, además, se observa en los pómulos una red de varicosidades capilares, resulta la *facies cirrótica* ó hepática.

Las afecciones del bazo sólo se traducen en la cara por una palidez en relación con el grado de lesión hemática que determinan.

Hemos estudiado ya la facies blanca y abotagada de los nefríticos con anasarca. La facies amarillenta apergaminada y ajada de la nefritis intersticial se confunde con la del ateroma. Debe añadirse también la de los viejos urinarios, que no ofrecen otras características especiales.

Las *afecciones del sistema nervioso* alteran la armonía de la cara por diversas maneras. Unas veces domina el dolor y altera los rasgos por las convulsiones locales ó los desórdenes vasomotores que determina. Otras, la parálisis ó el espasmo de los músculos y aun su atrofia alteran la fisonomía, á menos que reflejen los desórdenes que puede sufrir la esfera psíquica.

La *jaqueca*, dejando aparte la postración que la acompaña, va se-



guída de una palidez más ó menos marcada, que á veces alterna con fases de rubor. La inyección pasajera de la conjuntiva de un solo lado con lagrimeo y fotofobia constituye uno de sus rasgos más salientes.

Este signo se encuentra también, y en mayor grado, en la neuralgia del trigémino ó *neuralgia facial*. La piel de la cara del lado afecto está enrojecida, brillante y ardorosa, las arterias y las venas se encuentran distendidas, el globo ocular sobresale, la conjuntiva está roja y los párpados aparecen algunas veces edematosos. Las precauciones que adopta el enfermo para evitar el acceso le imprimen ya un aspecto particular. Mantiene fija la cabeza, inmoviliza las facciones, no habla y sólo anda con mucho cuidado. Durante la crisis, el enfermo grita y lleva rápidamente la mano á la cara frotando la región dolorosa para aliviarse. En la forma llamada *tic doloroso*, la mitad de la cara afecta de neuralgia se presenta, durante el acceso, animada de sacudidas convulsivas rápidas y repetidas.

La *meningitis tuberculosa* comunica á la cara del niño modificaciones variables, según las fases de la enfermedad. En el período prodrómico, el aspecto es triste y gruñón, dominando el abatimiento y el abandono. Desde que empieza la cefalea, el enfermito cierra los ojos, esconde la cabeza debajo la almohada ó las sábanas y se lleva instintivamente la mano á la cabeza. La inmovilización, la fijeza de la mirada, con expresión de espanto ú hostilidad, dan á la fisonomía un aspecto muy característico. Más tarde aparecen movimientos de succión, muecas, risa sardónica, estrabismo, trastornos pupilares, alternativas de rubicundez y palidez, placas alternativas fugaces, sobre todo en los pómulos.

En el segundo período, caracterizado por una remisión engañadora de todos los síntomas alarmantes, el niño mantiene los ojos fijos grandemente abiertos y un aspecto meditabundo. Finalmente, en la fase terminal, la facies se encoge, se amorata ó adquiere una palidez lívida y las conjuntivas inyectadas se empañan con manchas de moco-pus.

El *tétanos*, cuando ataca los músculos de la cara, imprime también un carácter propio á la fisonomía. El trismus, signo constante, le comunica ya una impasibilidad notable; la risa sardónica ó cínica, menos común, debida á la rigidez de los pequeños músculos peribucales, le da un aspecto muy característico.

Igualmente una rigidez muscular, pero una rigidez general y permanente, es la que origina la *facies parkinsoniana*. Cuando la expresión de la fisonomía no es del todo nula, indica la extrañeza ó el terror, hasta el punto de que ha podido compararse la enfermedad á un *miedo permanente*. Esta expresión inalterable resulta de la contractura predominante

de algunos músculos, que mantiene levantadas las cejas, arrugando la frente transversalmente y abriendo desmesuradamente los ojos.

Con un examen somero puede confundirse este tipo con la facies del *melancólico*. En éste, están también inmovilizadas las facciones, los músculos cutáneos en contracción constante arrugan la frente, formando en la raíz de la nariz una omega griega (*omega melancólica*). Pero, además del color sucio y plomizo, la expresión lleva un sello de tristeza trágica y de profundo abatimiento. Los ojos bajos y entornados evitan la mirada. El individuo está sumido en una inmovilidad más ó menos absoluta. La mayor parte de estos enfermos son silenciosos; sólo contestan á la fuerza y en voz baja, cuando no se obstinan en un mutismo absoluto.

La *parálisis facial* es uno de los accidentes nerviosos que alteran más profundamente la simetría de la cara. Todos los rasgos aparecen atraídos hacia el lado sano; la boca, oblicua, no corresponde por su mitad al eje del cuerpo; la comisura, paralizada, se encuentra más baja que de ordinario; la mitad privada de movimiento parece encontrarse en un plano anterior á la opuesta, que aparece reducida y marchita. En el lado afecto las facciones se presentan como extendidas, están borradas las arrugas, el ojo está desmesuradamente abierto, el ala de la nariz se deprime con la inspiración y en la espiración se levanta la mejilla inerte (el enfermo fuma la pipa). No puede guiñarse el ojo, por ser imposible cerrar voluntariamente el párpado, y las lágrimas van cayendo por la mejilla.

Estos últimos signos (que dependen del facial superior) faltan, como es sabido, en los casos de parálisis de origen cerebral. El diagnóstico puede encontrarse algo dificultado por la irregularidad de las piezas dentarias ó por el bigote. En este caso, ó cuando la parálisis es incompleta, pueden ponerla en evidencia algunos recursos clínicos. Se ordena al enfermo que silbe, sople, simule la risa ó el llanto ó enseñe los dientes. Se observa entonces que en todos estos actos sólo se contrae normalmente una mitad de la cara.

Con el tiempo, la hemiplejía facial puede convertirse en *hemiatetosis*, cuyas variadas muecas reflejan las contracturas lentas del orbicular de los párpados, de los cigomáticos, de los cutáneos del cuello, etc.

Conviene comparar con la parálisis facial el *hemispasmo glosolabial*, accidente histérico que induce á confusión por la clase de desviación que determina en las facciones. En esta enfermedad, el lado sano, que contrasta con la otra mitad de la cara estirada por la contractura, puede fácilmente creérsele paralizado. En el lado en que radica el espasmo el contorno del labio es más marcado, la comisura está algo levantada, lo



mismo que el ala de la nariz, se acentúa la hendidura naso-labial y sobresale la mejilla; con frecuencia la ceja está más baja y el orbicular contraído; á veces se observan contracciones fibrilares en los músculos de los labios y del mentón. En la mitad opuesta de la cara, no hay ningún rastro de parálisis. Si se invita al enfermo á abrir la boca, se acentúa el espasmo; la abertura es mayor en el lado afecto y la hendidura naso-labial más profunda; la contractura alcanza á los músculos palpebrales, los de la frente y el cutáneo del cuello. La lengua sale difícilmente de la boca y forma una curva, cuya concavidad corresponde al lado en que radica el espasmo.

Hay algunos casos raros en que la parálisis es bilateral (*diplegia facial*). En este caso, la cara toma una expresión extraña. La fisonomía está totalmente inmóvil é impasible sin un pestañeo. El labio superior está prolongado; la boca, entreabierta y muy baja, deja escapar la saliva, y los párpados permiten la salida de las lágrimas; como hecho curioso, se oye reír al enfermo sin que se alteren en lo más mínimo sus facciones.

Con la facies anterior conviene comparar la procedente del síndrome descrita por Duchenne con el nombre de *parálisis labio-gloso-laringea*. Los labios están casi inmóviles, los buccinadores y los cigomáticos atraen fuertemente las comisuras hacia afuera, quedando la boca muy ensanchada y algo abierta. La mayor profundidad de los surcos naso-labiales da á la fisonomía un aspecto estúpido y llorón. Si se pretende provocar la risa, ésta no termina y la boca se hiende, como se dice, hasta las orejas á manera de las caretas de la comedia antigua (Trousseau). La saliva, desparramándose continuamente, provoca en los labios y en el mentón eritemas muy tenaces. Conviene hacer notar, como punto importante, que en este caso los párpados están indemnes.

La *facies miopática*, provocada por una amiotrofia simple, tiene algo de análogo con la precedente. En el niño, tanto si llora como si ríe, la frente permanece lisa; el ojo está más abierto que en estado normal, los labios forman una eminencia más marcada y está ensanchada la abertura bucal. Resulta de esto una fisonomía más apática y envejecida. En el adolescente y el adulto, la deformación de la boca se acentúa, el volumen de los labios contrasta más, el superior sobresale y el inferior descende (labios de tapir); los dos se mantienen inmóviles, dejando la boca entreabierta. Si se hace reír al enfermo, aquélla se ensancha desmesuradamente; ríe al través y, de una parte á otra de la comisura, se forma una depresión vertical en forma de hachazo. En el acto de silbar, de soplar ó hacer una mueca, se nota una notable asimetría de los labios; el superior, por ejem-

plo, sobresale extraordinariamente á la izquierda, mientras que el inferior sobresale á la derecha, lo cual comunica al individuo un aire de fastidio, de risa fingida. El acto de mirar hacia arriba apenas arruga la frente; los párpados se cierran muy incompletamente, si no es que se observe un verdadero *lagofthalmos*. La expresión general es de estupidez, de indiferencia, aire de «bruto.» Llega un período en que no es posible la oclusión de los párpados; durante el sueño, la pupila se esconde detrás del párpado superior. En general, las deformaciones del tronco y de los miembros (esternón en canal, omoplatos flotantes, ensilladura, prominencia del vientre y de las nalgas, delicadez de los miembros), facilitan el diagnóstico.

La oftalmoplegia nuclear ó parálisis bilateral de los músculos oculares imprime á la fisonomía un carácter muy particular, conocido con el nombre de *facies de Hutchinson*. El enfermo, con los párpados medio cerrados, tiene un aspecto soñoliento; para contrarrestar esta blefaroptosis, levanta con fuerza las cejas, arrugando la frente. Si se levantan los párpados para examinar los globos oculares, se les encuentra apagados, como cubiertos de cera (Bénédict). Cuando todos los músculos externos del ojo están paralizados, la mirada es directa, aunque un poco vaga, por el paralelismo imperfecto de los ejes ópticos.

Las grandes enfermedades espinales ó cerebro-espinales, como la tabes, la esclerosis en placas, la parálisis general, apenas alteran la armonía de la cara, á lo menos en grado útil al diagnóstico.

El tabético que ha llegado á la fase consuntiva no presenta de especial, fuera del estado caquéctico, más que algunos trastornos óculo-pupilares que alteran ó extinguen su mirada. Idénticas causas modifican la fisonomía del paralítico general que, además, tiene un sello de estupidez proporcional al grado de decaimiento psíquico. En un sujeto afecto de esclerosis en placas, lo que primero llama la atención es la movilidad de su rostro, que pasa sin motivo alguno de la alegría franca á la tristeza más acentuada; el nistagmus contribuye á formar un conjunto no despreciable para el clínico.

Fáltanos estudiar la facies originada por afecciones trofo-neuróticas cuya patogenia se presta á discusión, pero es de uso corriente describirla con las enfermedades del sistema nervioso. Nos referimos al bocio exoftálmico y á la acromegalia. El mixoedema, que por su naturaleza correspondería aquí, lo hemos estudiado ya anteriormente por razones de analogía exterior.

Todo individuo afecto de *enfermedad de Basedow*, con sus ojos saltones, desmesuradamente abiertos, de un brillo raro, tiene una expresión



de extravío y de dureza; sirva de testimonio aquel pobre soldado castigado siempre por la mirada arrogante que dirigía á sus superiores. La exorbitis, al principio, no es siempre simétrica; si aumenta este trastorno, puede terminar (excepcionalmente) en la luxación del globo ocular. Durante el sueño, los párpados no llegan á proteger la totalidad del ojo; de ahí que se originen lagrimeo, conjuntivitis y queratitis. La agitación, la irascibilidad de estos enfermos hace que tengan una fisonomía muy movable, que pasa sin transición alguna de la extrema alegría á la más honda pena. La pigmentación de la piel constituye por añadidura un rasgo característico de su cara.

La cabeza del *acromegdlico* es la que ha tomado como modelo el polichinela italiano, cuyos principales rasgos son ya conocidos, con sus ojos pequeños y ligeramente salientes, nariz monstruosa, abultada en todos sus diámetros, quebrada, chata; pómulos salientes, barba bífida. El cráneo, exceptuando el hundimiento de la frente, está poco deformado. La forma de la cara es la de un óvalo alargado; las apófisis orbitarias sobresalen en extremo, los labios están engrosados y el inferior frecuentemente forma ectropion. A veces dejan salir la lengua, que con frecuencia adquiere dimensiones enormes. Finalmente, el maxilar inferior, de proporciones exageradas y en prognatismo muy acentuado, completa un conjunto verdaderamente caricaturesco, sobre todo si se le añade la hipertrofia grotesca de las manos y de los pies y la doble giba, resultado de la doble curvatura del raquis.

La corea, la epilepsia y el histerismo, generalmente no marcan en la cara más que rasgos bastante vagos. Sin embargo, á propósito de estas afecciones, debemos hacer notar algunas particularidades.

El *coreico* presenta una inestabilidad extrema en su fisonomía; continuamente está moviendo sus facciones, formando las más caprichosas muecas. Sucesivamente y sin orden: arruga la frente, frunce el ceño, abre, cierra y hace girar los ojos, estira el hocico, abre la boca por retracción de las comisuras, saca la lengua, expresando rápidamente y sin motivo las emociones más opuestas y variadas. Esta mímica desenfadada, á poco que se haya observado algunas veces, permite hacer un diagnóstico rápido á distancia.

Las asimetrías faciales y craneales, las anomalías dentarias, el hundimiento del paladar, las orejas encorvadas, deformaciones todas señaladas por algunos autores como estigmas de degeneración, se encuentran sólo en algunos epilépticos; de aquí que su valor sea relativo. Las señales de caídas que se encuentran en la frente y en los arcos superciliares, contribuyen bastante á hacer sospechar el mal.

Puede parecer paradójico atribuir al histérico una facies y un hábito exterior propio y permanente; sin embargo, todos los que han observado buen número de enfermas de esta clase deberán convenir en que la mayor parte tienen entre sí como un sello de familia, que puede ser debido: á la asociación de una mirada, á la vez provocativa y tímida, y frecuentemente ciertos detalles exteriores que deben llamar la atención; por la movilidad extrema de la expresión, que refleja la inestabilidad mental, que caracteriza siempre á estas enfermas eminentemente impresionables y sugestibles.

#### ACTITUDES EN LA ESTACIÓN. — TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO Y DE LA MARCHA

No es necesario recordar que el examen en pie es inútil y á veces peligroso durante los estados infecciosos agudos y en las afecciones viscerales, sobre las que ya hemos insistido en otra ocasión.

El examen de la estación tiene aplicación especialmente en algunas afecciones dolorosas ó discrásicas de los miembros inferiores, y más particularmente del aparato locomotor, pero, ante todo, en la serie de enfermedades del sistema nervioso. Para la mayor parte de éstas, obrando lógicamente, deberemos estudiar, poniéndolos en parangón, los trastornos del equilibrio y los de la marcha, que no sería racional separar, del mismo modo que hemos creído más clínico describir el hábito exterior junto con la facies de ciertas enfermedades, por formar ambas un conjunto lo bastante típico para ser imposible separar sus partes.

#### ESTACIÓN VERTICAL

La manera de examinar al enfermo puesto de pie es muy elemental; consiste, después de haberle ordenado que baje de la cama ó se levante de la silla, en formarse concepto, en primer lugar, del modo cómo los miembros inferiores sostienen el peso del cuerpo. En el hemipléjico, y más todavía en el parapléjico, la estación sólo es posible conservando cierto grado de motilidad, y aun en este caso se observa que, cuando el enfermo intenta sostenerse de pie, dobla una de las rodillas ó las dos, lo que obliga á que otras personas le sostengan por debajo de los brazos para conservar un instante la posición. Algunos tabéticos se ven también imposibilitados de permanecer de pie sin un apoyo, haciendo necesario un examen más minucioso para determinar el grado de la parálisis y la incoordinación.