

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 desenfundada, 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.

Si el enfermo puede sostenerse de pie sin ningún auxilio extraño, es preciso observar de qué manera y hasta qué punto llega á guardar el equilibrio. Algunos enfermos, especialmente los afectos de polineuritis, no pueden mantenerse de pie sin patalear en el suelo para encontrar el centro de gravedad, que pierden siempre. M. Grasset ha comparado esta clase de estación al equilibrio inestable del velocipedista. Cuando los desórdenes del equilibrio son pocos, la posición mejor que debe hacerse adoptar al enfermo, para observarle en todos sus detalles, es la posición del soldado sin armas, juntos los talones, los pies abiertos poco menos que en ángulo recto, etc. Obsérvese entonces si, en estas condiciones, el cuerpo puede guardar la inmovilidad, ó si, por el contrario, sufre ligeras oscilaciones que obliguen al individuo á separar los talones ó á apoyarse con los miembros superiores para evitar una caída. Se completará el examen obligando al enfermo á sostenerse sobre un solo pie. Finalmente, deberán observarse las modificaciones que sufre el equilibrio cerrando los ojos en las posiciones estudiadas; comprobación importante desde el punto de vista del diagnóstico de ciertas afecciones nerviosas, y en particular de la tabes. Claro está que semejante examen, puramente objetivo, únicamente puede señalar desórdenes permanentes del equilibrio, y que sólo un interrogatorio minucioso puede especificar y clasificar las variedades de vértigos transitorios, tales como los dependientes de la arterioesclerosis, de la gota, de la diabetes, de la dispepsia (vértigo estomacal), del estrabismo (vértigo ocular) y de las afecciones del oído (vértigo auricular). Ya tendremos, además, ocasión de volver sobre estos diversos puntos al estudiar la marcha, cuyos desórdenes tienen necesariamente relaciones íntimas con los de la estación.

MARCHA

Nociones fisiológicas. — Antes de entrar de lleno en el estudio de los trastornos patológicos de la marcha, hemos de dar una rápida ojeada sobre el mecanismo normal de ésta.

La marcha es un movimiento de traslación del cuerpo en el cual éste nunca abandona el suelo. Se compone esencialmente de pasos á tiempos sucesivos, más ó menos iguales entre sí, durante los cuales la pierna repite una serie de movimientos comprendidos entre dos posiciones idénticas. En la marcha, hemos de fijarnos especialmente en dos actos elementales: uno de los miembros, en contacto con el suelo, desempeña el doble papel de sustentáculo y de motor, mientras que el otro oscila hasta la posición de apoyo que marca el principio del primer tiempo. Simultáneamente, el

tronco, participando del movimiento, sufre desplazamientos verticales y horizontales (movimientos de reacción del tronco). De estos diversos movimientos parciales resulta el desplazamiento total del cuerpo hacia adelante ó movimiento de traslación. Podemos por tanto distinguir en la marcha dos fases ó períodos: 1.º *apoyo y propulsión*; 2.º *oscilación y apoyo*. Estas dos fases están separadas una de otra por una fase intermedia de doble apoyo, tanto más corta cuanto más acelerada es la marcha. En resumen, uno de los miembros oscila en el instante en que el otro concurre á la propulsión. En ésta predomina el papel de los extensores, y en la oscilación, el de los flexores. La longitud media del doble paso fijado por el método de las impresiones, del cual nos ocuparemos más adelante, es de 63 centímetros en el hombre y de 50 en la mujer. El miembro inferior derecho marca un paso más largo que el izquierdo. La separación total de los pies, ó base de sustentación, alcanza de 11 á 12 centímetros en el hombre y de 12 á 13 en la mujer. Andando el sujeto siguiendo la línea recta, la suma de los ángulos formados por el eje de los pies con la directriz puede considerarse que es de 31 á 32 grados. El ángulo de abertura del pie derecho mide un grado más que el del pie izquierdo.

Además de estos datos experimentales, que pueden servir de base para el estudio de las modificaciones patológicas de la marcha, es útil, desde el punto de vista del análisis de algunos de sus trastornos, tratar de prescindir de la parte de conciencia y de voluntad que entra en semejante movimiento. Este estudio psicofisiológico ha entrado en una nueva vía después de la Memoria de Bloeq sobre la astasia-abasia. Durante mucho tiempo se ha discutido si la marcha es un movimiento voluntario ó automático. En realidad, obedece á la ley fundamental que rige todos los movimientos coordinados. En el niño que da los primeros pasos, la marcha es indudablemente un movimiento voluntario. En el adulto, la voluntad interviene tan sólo en el primer instante; en el soldado en filas, en el instante de la voz de mando. En resumen, según la definición de Bloeq, la marcha es un *movimiento automático secundario*. El cerebro concurre á la marcha lo mismo que la médula; pero la educación ó el hábito tienden á desvanecer progresivamente el papel de la corteza cerebral, que al principio predominaba, á fin de aumentar el trabajo de los centros medulares reflejos. La impulsión inicial parte de la corteza, pero el centro espinal, previamente regulado, puede funcionar por sí mismo. Según Sollier, la marcha resulta de la reacción de unos sobre otros, en un orden preestablecido, de un conjunto de centros, para realizar la serie correspondiente de movimientos asociados bajo la influencia de un excitante ya fisiológico,