

CUARTA PARTE

EXPLORACIÓN FÍSICA

DE LAS

DIVERSAS REGIONES DEL CUERPO

INSPECCIÓN Y MEDICIÓN

El aspecto del enfermo, ante todo, ya nos ilustra respecto de su estado. La inspección inicial, punto de partida de todo diagnóstico, debe ser, pues, atenta, metódica y completa. Saber mirar es la primera cualidad del clínico. Es necesario que se acostumbre á referir sus impresiones visuales á la imagen del hombre normal como á un modelo, y que de esta comparación, casi involuntaria por la continuidad de su frecuencia, desprenda y haga surgir la visión clara de las menores anomalías del sujeto que ante sus ojos tiene.

Estas visibles diferencias, por débiles que sean, son para él los indicios característicos de los cambios ó desórdenes del organismo.

Indispensable en los adultos, el examen del aspecto exterior es aún, si cabe más necesario en los niños, que no pueden expresar lo que sienten más que por el gesto y la actitud.

CABEZA

En las enfermedades generales, y en cierto número de enfermedades nerviosas, la simple inspección de la cara y del cráneo proporciona al médico datos suficientes para que pueda formular un diagnóstico; pero en las enfermedades nerviosas y en el estudio de la antropología, ciertas deformaciones faciales y craneales exigen investigaciones para las cuales es necesario recurrir á los procedimientos de medición que más tarde describiremos.

I.—INSPECCIÓN DE LA CARA Y DEL CRÁNEO

La inspección sistemática de la cabeza comienza por la de la *cara* y se continúa por la del *cráneo*; pero en realidad es imposible separar absolutamente la impresión que produce cada una de estas partes, y esta división resulta un poco esquemática.

En efecto, las deformaciones de la cara van generalmente acompañadas de deformaciones concomitantes ó secundarias del cráneo y al revés; además, para apreciar las modificaciones del volumen del cráneo ó de la cara, es necesario comparar entre sí estas dos partes.

Sin embargo, siendo la cara la parte del cuerpo más expresiva y proporcionando algunas veces desde el primer instante datos importantes al clínico, por ella es por donde se ha de comenzar el examen: su aspecto puede de primera intención señalar el camino del diagnóstico.

1.º Cara

Expresiones generales. — Aparte de las facies, y especialmente de las que van vinculadas á las enfermedades del sistema nervioso, que no tenemos que estudiar en este capítulo ¹, la cara afecta cierto número de *expresiones* generales en consonancia con el modo de ser del aparato afecto, con la intensidad de la fiebre, con todo el pronóstico de la enfermedad.

La cara es *vultuosa* en las enfermedades agudas, febriles, á menudo acompañadas de delirio y de agitación: está roja, tumefacta y los ojos son brillantes y animados.

La cara *estuporosa* se presenta en los estados tifóidicos y se caracteriza por ligero enrojecimiento de la piel, inmovilidad del semblante, abatimiento, mirada sin brillo, vaga é indiferente á las personas y á las cosas que rodean al enfermo.

La cara *encogida ó contraída* acompaña sobre todo á las enfermedades del abdomen y particularmente á la peritonitis; el color es lívido, los ojos hundidos y la contracción del semblante expresan un gran sufrimiento.

La cara *hipocrática* revela la agonía; el color es lívido ó plomizo, los ojos están hundidos, las sienas excavadas, las orejas frías y adelgazadas, la nariz afilada, los labios caídos.

Fuera de las enfermedades agudas y graves, los rasgos del semblante no ofrecen una expresión tan característica, y para sacar de ellos

¹ Véanse las págs. 34 y siguientes.

alguna indicación diagnóstica, es necesario proceder con método en el examen.

Se empezará por estudiar la *simetría* facial, examinando las cejas para ver si están ambas á la misma altura y presentan igual dirección; se observará si la boca es horizontal sin que una de las comisuras descienda más que la otra, si los cabellos están implantados á un mismo nivel en los dos lados de la frente; se observarán las dos mitades de la cara, para averiguar si presentan la misma amplitud y si las dos eminencias frontales sobresalen por igual, etc.

Este examen superficial deberá ir auxiliado en algunos casos, y aun completarse y precisarse más, con el empleo de ciertos métodos usados en antropología: más adelante indicaremos los procedimientos de medición del cráneo y de la cara que pueden ser de mayor provecho para el médico.

Se indagará, finalmente, la *movilidad* de las diversas partes que constituyen la cara, haciendo hablar al enfermo y ordenándole algunos movimientos: abrir y cerrar los párpados, la boca, acción de silbar, soplar, etc.

Por estos distintos medios podrá conocerse si existen modificaciones de la *simetría*, de la *movilidad* y del *volumen* de la cara.

Simetría.— La *asimetría* facial, acompañada de inmovilidad y proeminencia aparente de uno de los lados de la cara, del descenso de la comisura labial, etc., indica *parálisis facial*. Por el contrario, la inmovilidad con retracción aparente y elevación de la comisura labial de un lado, denota *contractura* de los músculos de la cara.

La asimetría facial combinada con la mala conformación de algunos órganos de la cara, tiene capital interés en neurología: este conjunto constituye uno de los *estigmas de degeneración*.

Movilidad.— La cara puede permanecer *inmóvil* (parálisis facial doble, enfermedad de Parkinson, parálisis bulbar superior, oftalmoplegia nuclear progresiva, etc.).

Puede, por el contrario, estar agitada por *tics*, por *movimientos coreicos*, por *convulsiones* (comienzo de la contractura post-paralítica dolorosa de la cara, epilepsia cortical, etc.).

Volumen.— Las modificaciones de volumen de la cara pueden depender exclusivamente de las partes blandas ó á la vez de éstas y las duras; en este último caso, se encuentra casi siempre modificado también el esqueleto del cráneo, debiendo hacerse el estudio de estas deformaciones de la cara simultáneamente con el de las deformaciones del cráneo.

Por comparación entre el desarrollo de las dos mitades de la cara podrá conocerse una hipertrofia, aunque sea ligera, de *origen inflamatorio* (parótidas, fluxión dentaria, etc.), ó la eminencia unilateral que forma un *tumor* (tumor de los maxilares, de los senos, de la glándula parótida, etc.).

El volumen de la cara puede hallarse *aumentado* en su totalidad ó sólo en alguna de sus partes.

El aumento de las partes blandas se observa en el *anasarca*, el *mi-xedema*, la *leontiasis elefantiasica sífilítica* y la *elefantiasis leprosa de la cara*.

El volumen de la cara puede, por el contrario, haber *disminuído*, como en la *esclerodermia*, en la que existe un adelgazamiento con retracción é induración esclerosa de todas las partes blandas y de los cartílagos. De aquí resulta una facies característica: han desaparecido las arrugas y los pliegues de la cara, la frente está lisa é inmóvil, los párpados no pueden abrirse por completo, está afilado el extremo de la nariz y los labios aparecen delgados y rígidos. La cara podríamos decir que está momificada; la cabeza permanece inmóvil por induración de los tegumentos del cuello.

La atrofia es igualmente limitada en la *reabsorción progresiva de los arcos alveolares ó mal perforante bucal* de Fournier. Esta enfermedad, que constituye uno de los raros accidentes de la *tabes*, empieza por la caída sucesiva é indolora de todos los dientes del maxilar superior y más tarde del inferior; al propio tiempo los rebordes alveolares se desgastan y desaparecen. El labio superior, atraído hacia adentro, está cubierto por el inferior; los pómulos son muy salientes, resultando que el enfermo presenta una fisonomía, á la vez que de admiración, risueña (Baudet). A veces complican la afección perforaciones palatinas.

En suma, todo esto no es más que una exageración del trastorno trófico fisiológico que determina la caída de los dientes y la atrofia de los rebordes alveolares en los *viejos*.

Regiones en particular.— Después de haber estudiado el aspecto general de la cara, podríamos pasar en revista cada una de las diferentes partes que la constituyen. Habiendo de ser objeto de un capítulo especial el examen de la mayor parte de ellas, nos limitaremos á recordar aquí la suma importancia de la inspección de los aparatos ocular, auricular y bucal en el diagnóstico de las enfermedades infecciosas y de las enfermedades generales.

OREJAS.— Nunca se olvidará el examen del *pabellón de la oreja*, fijándose en su color (cianosis precoz en la asfixia), su adelgazamiento

(esclerodermia) ó engrosamiento (eczema), su configuración general (estigmas de degeneración), la presencia de tofus gotosos, etc.

En los niños, á causa de la frecuencia de las otitis medias, es siempre necesario averiguar si realmente existe flujo purulento.

Boca. — Los *labios* merecen estudiarse detenidamente. Su dirección, de ordinario horizontal, puede ser oblicua, por descenso de una de las comisuras en la parálisis facial; algunas veces esta oblicuidad es debida á la falta de un número determinado de piezas dentarias, por lo cual no debe prescindirse nunca de examinar la mandíbula.

El espesor de los labios puede ser indicio de linfatismo si están engrosados, de esclerodermia cuando son más delgados.

Su coloración denota á veces la cianosis, la anemia ó la ictericia en sus comienzos.

Para examinar su movilidad, se hace hablar ó reír al enfermo, se le hacen ejecutar movimientos de descenso y de elevación de las comisuras, se le ordena que silbe, sople ó pronuncie ciertas vocales.

Por estos medios se hace visible: 1.º la flacidez, que es unilateral en la parálisis facial y bilateral en la parálisis labio-gloso-laringea; 2.º la contractura, que es unilateral y va acompañada de torsión de la lengua en el espasmo gloso-labial de las histéricas y bilateral en las diplegias espasmódicas (el niño coloca la boca en forma de corazón).

Por último, haciendo abrir la boca al enfermo, se podrá notar el número, forma, color é implantación de las *piezas dentarias*, el estado de las *encías*, el color, forma y dirección de la *lengua*, etc.

NARIZ. — Examinando la *nariz*, se observarán sus modificaciones externas (acné, lepra, rinoscleroma, etc.), é internas (pérdida debida al coriza, al muermo, etc.); algunas veces podrá descubrirse por el orificio anterior de las fosas nasales un pólipo mucoso saliente.

PÓMULOS. — En los pómulos, se observa la coloración azulada de la cianosis, las venosidades que dan su aspecto particular á la facies cirrótica. El color rojo de los pómulos es un indicio del estado febril y particularmente de la fiebre hética de los tuberculosos. En la *pneumonía*, constituye un signo revelador la congestión del pómulo del lado en que radica la lesión pulmonar.

2.º Cráneo

El cráneo puede sufrir modificaciones en su volumen, en su forma general ó en algunas de sus partes solamente.

Volumen. — El *volumen* del cráneo sufre, en estado patológico, grandes variaciones, sobre todo en los recién nacidos.

La *microcefalia* va unida á una falta de desarrollo del cerebro y se observa en los *idiotas*; frecuentemente va acompañada de otras deformaciones físicas.

El cráneo se encuentra aumentado de volumen en la *hidrocefalia*; el aumento es sobre todo considerable cuando la hidrocefalia es *congénita* y aparece antes de soldarse los huesos.

La circunferencia del cráneo puede alcanzar 60, 80 centímetros y hasta 1^m,40 (J. Franck). Entonces el aspecto de los enfermitos es característico: en la imposibilidad de sostener el peso de su cabeza, se doblan hacia atrás contra la almohada. La piel del cráneo es pálida, cubierta apenas por algunos cabellos lacios, y surcada de venas azuladas. Los huesos del cráneo se separan por su parte superior, se adelgazan y vuelven como apergaminados; el espacio que dejan entre sí está ocupado por una membrana delgada, á veces muy tensa, á través de la cual se nota fluctuación.

La cara queda reducida á un pequeño triángulo oculto bajo la gran prominencia de la frente. El ojo sobresale y está dirigido hacia abajo, quedando medio cubierto por el párpado inferior. La fisonomía está falta de expresión y la piel arrugada, dando al niño el aspecto de un anciano.

Con esta conformación del cráneo coexisten trastornos del sistema nervioso: decadencia intelectual, debilidad y lentitud de los movimientos, parálisis, contracturas, trastornos de la sensibilidad, trastornos oculares, etc.

Cuando la hidrocefalia es *adquirida* y comienza después de la osificación de la caja craneal, los huesos pueden todavía distenderse ó adelgazarse; más comúnmente engruesan; aumentan algún tanto las dimensiones del cráneo á cuyo desarrollo sigue el de la cara.

Forma. — El cráneo puede presentar deformaciones, que no son más que la exageración de una de las formas normales: *dolicocefalia* ó *braquicefalia*.

Las *deformaciones étnicas artificiales* ofrecen mayor interés, porque pueden servir para caracterizar una raza. Gosse ha señalado hasta diez y ocho variedades. Una de ellas es la cabeza aplastada por la frente de los habitantes de Tolosa: la cabeza cuneiforme de los americanos, etc.

Las principales *deformaciones patológicas esenciales* son: la *acrocefalia* (depresión del frontal y del occipital que da al cráneo una forma conoidea), la *platicefalia* (cráneo aplastado), la *escafocefalia* (prominencia de la línea sagital), la *plagiocefalia* (cráneo oblicuo ovalar; prominencia de una de las eminencias frontales y de la parietal del lado opuesto), etc. Estas deformaciones van unidas á la sinostosis prematura de

algunas suturas, provocando una impresión de desarrollo en sentido perpendicular á la sutura sinostosa y un exceso de desarrollo compensador en la dirección de esta sutura (Virchow).

Estas deformaciones van acompañadas frecuentemente de otros estigmas de degeneración mental. Se observan frecuentemente en los *epilépticos*.

La deformación del cráneo puede ser *asimétrica* y debida á la eminencia ó hundimiento de una de las mitades del cráneo. Se aprecia fácilmente comparando las dos mitades.

Las *eminencias* pueden ser debidas á *tumores* ó á *inflamaciones del cuero cabelludo*, de los *huesos* (carcinomas, sarcomas, goma, exóstosis) ó de la *dura-madre* (neoplasma perforante de los huesos del cráneo). Hasta el mismo *cerebro* puede herniarse á través de un orificio debido á una deformación craneal (encefalocelo congénito).

Las *depressiones* son menos perceptibles y deben buscarse con mucho cuidado; muchas veces será necesario afeitar la cabeza para ver y palpar mejor.

Una *fractura antigua del cráneo* puede haber dejado una depresión profunda, en cuyo sitio se encuentra á veces adherido el cuero cabelludo ó, por el contrario, una eminencia ósea; estas deformaciones van acompañadas algunas veces de accidentes epileptiformes ó paralíticos.

Un *goma sífilítico curado* puede dejar en pos de sí una depresión redondeada, de bordes irregulares y engrosados, con el cuero cabelludo adherido y de tejido cicatricial.

Los *tumores que comunican con el interior del cráneo* se reconocen por los latidos sistólicos de que están dotados y por su reductibilidad parcial.

Los *tumores sanguíneos que comunican con los senos* se distinguen por su reductibilidad y por su mayor tamaño en el momento de la expiración y en las posiciones declives de la cabeza.

Fontanelas.— El examen de las *fontanelas* es de gran importancia en el recién nacido. La *fontanela posterior ó lambdática*, triangular, situada entre el occipital y los parietales, y las dos fontanelas laterales (ptérica y astérica) se cierran muy pronto después del nacimiento. La *fontanela anterior*, gran fontanela ó bregmática, es cuadrangular y limitada por las dos mitades del hueso frontal y los dos parietales; de tres centímetros de amplitud en el nacimiento, conserva, durante los seis primeros meses, dimensiones constantes, luego disminuye progresivamente y se oblitera del décimoquinto al décimoctavo mes.

Las fontanelas *se osifican á veces prematuramente* en los niños idio-

tas microcéfalos. Pueden *cerrarse tardamente*, después de dos ó tres años por ejemplo, como en el *raquitismo* y en el *mixedema*; pueden también agrandarse (*hidrocefalia*).

En estado normal, la fontanela presenta una tensión moderada: no está abombada ni deprimida. Su tensión exagerada se observa en la *hidrocefalia*; su depresión, acompañada de acabalgamiento de los huesos del cráneo, es una mala señal y se encuentra en la *atrepsia*.

Auscultando la fontanela, se percibe á veces un soplo sistólico (soplo cefálico) que, según Roger, sería común á todos los estados caquéticos.

Modificaciones patológicas que afectan á la vez el cráneo y la cara.— Ciertas enfermedades generales y algunas nerviosas van acompañadas de modificaciones en el esqueleto y en las partes blandas de la cabeza que radican á la vez en el cráneo y en la cara; como algunas de estas modificaciones son muy características, el clínico debe acostumbrarse á buscarlas.

La *sífilis hereditaria* imprime á la cara un aspecto muy particular.

La cara del *heredo-sifilítico precoz* es miserable, esfumada, de un tinte amarillo de maíz. Faltan las pestañas y los cabellos son muy escasos. De las fosas nasales se desprende un líquido sero-purulento, que se concreta formando costras alrededor de las aberturas, y escoria el labio superior. Los labios superior é inferior están agrietados por placas mucosas fisurales que se observan en las comisuras formando pliegues radiados.

En la *heredo-sífilis tardía*, se encuentra afectado el esqueleto. La frente es desmesuradamente grande (olímpica), las eminencias parietales están muy desarrolladas (cráneo natiforme), el hundimiento de los huesos de la nariz llega á producir la deformación especial conocida con el nombre de «nariz arremangada». Con estos estigmas óseos va unida la triada de Hutchinson: lesiones oculares, auriculares y deformaciones dentarias.

La obstrucción de las fosas nasales por *vegetaciones adenoideas*, tan frecuentes en los niños, modifica la respiración, y produce, en el sujeto que la padece, una facies característica: la boca está entreabierta, el labio inferior péndulo, el labio superior es corto y deja los dientes al descubierto, las mejillas están aplastadas. La fisonomía tiene una expresión estúpida, que recuerda la del idiota. A la larga, llega á detenerse el desarrollo de los huesos: el maxilar superior queda atrofiado en sentido transversal: de aquí resulta una pequeñez extraordinaria de las fosas nasales, una desviación del tabique, una bóveda palatina ojival, y la prominencia hacia adelante del reborde alveolar superior.

El *raquitismo* imprime á veces á la cara deformaciones muy anólo-

gas á las anteriores; por otra parte, estas dos afecciones coexisten con frecuencia. El maxilar superior está estrechado y el borde alveolar se dirige hacia adelante; la bóveda palatina es ojival; las fosas nasales estrechas y el tabique desviado. El maxilar inferior es trapezoide y su borde alveolar está dirigido hacia atrás.

Las deformaciones del cráneo son más importantes y características. Puede observarse:

1.º La persistencia de las fontanelas, que á veces no se cierran hasta los cuatro ó cinco años, y la del soplo cefálico;

2.º La *craneotabes* (Vimont, Elsässer), que aparece cuando el raquitismo es precoz y empieza antes del quinto mes; consiste en una blandura pergaminosa del occipital y á veces del frontal, de los parietales y de la porción escamosa del temporal;

3.º El *cráneo raquítico*, que se presenta cuando el raquitismo es tardío y no se manifiesta hasta después del sexto mes. Los huesos están engrosados. La frente es ancha y abombada, *olímpica*; son más salientes las eminencias parietales, y consecutivamente á la depresión en forma de canal de la sutura sagital, el cráneo toma un aspecto *natiforme*. El volumen del cráneo en realidad no está aumentado (Régnauld)¹; sólo lo es aparentemente y en comparación con el de la cara y el del resto del cuerpo, generalmente poco desarrollados.

Lo más frecuente es que las lesiones del cráneo vayan á parar á la *braquicefalia*, que, unida al abultamiento de las eminencias parietales y frontales, comunica á la cabeza una forma cuadrada (*caput quadratum*). Excepcionalmente, puede observarse la *escafocefalia* ó la *plagiocefalia*.

En la *leontiasis ossea* de Virchow, que consiste en una periostosis difusa y progresiva, la hipertrofia es simétrica, recae exclusivamente en los huesos, y principalmente en los de la cara. La frente es gigantesca, los huesos malares muy prominentes, el maxilar inferior hipertrofiado con regularidad; por el contrario, la nariz, que ha conservado su volumen normal, aparece retraída y hundida entre los malares, lo que da á la cara un aspecto «leonino.» En algunos casos, la hipertrofia sólo reside en las partes media é inferior de la cara ó únicamente en el maxilar inferior.

En la *acromegalia*, la hipertrofia radica á la vez en el esqueleto y en las partes blandas; la cara es ovalar y alargada: la frente baja, con los arcos orbitarios muy salientes; los párpados, prolongados y engrosados, dejan escondidos los ojos en los cuales se observa á veces exoftalmía; los

¹ F. RÉGNAULD, *Des altérations craniennes dans le rachitisme* (Tesis de Paris, 1888).

pómulos son muy salientes, la nariz chata y muy voluminosa; el labio inferior está engrosado é invertido hacia afuera; la boca, generalmente algo abierta, deja ver una lengua hipertrofiada, péndula algunas veces hacia afuera, con señales de mordeduras; la bóveda palatina está ensanchada y las amígdalas hipertrofiadas. Pero lo culminante en esta facies es la hipertrofia considerable del maxilar inferior; su reborde alveolar sobresale más que el del maxilar superior y el mentón forma una prominencia muy acentuada.

El diámetro ántero-posterior del cráneo es algo mayor; á veces están también hipertrofiadas las crestas óseas, la longitud de las suturas craneales ó la protuberancia occipital externa.

En la *osteítis deformante de Paget*, la relativa integridad de la cara contrasta con la hipertrofia progresiva del cráneo, que está engrosado sin ser deforme; en la cara, únicamente está atacado el maxilar infectado y algunas veces los malares.

La *osteo-artropatia hipertrofiante pneumica*, descrita por Marie en 1890, va acompañada algunas veces de la hipertrofia del borde alveolar del maxilar superior. Existe al mismo tiempo un engrosamiento de la nariz, de las orejas y de los párpados, con varicosidades de la cara.

Marie y Onanoff¹ han sido los primeros en señalar las alteraciones craneales de la *miopatía primitiva progresiva*. Consisten en una especie de osteomalacia, que afecta con preferencia el occipital y determina un acortamiento del diámetro ántero-posterior del cráneo; de esto resulta un aumento, á veces considerable, del índice cefálico (véase pág. 118). Mientras éste por término medio es igual á 80 y su máximo alcanza á 88,5 en los negritos, se ha encontrado de 101,2 en un miopático.

La cara especial de los miopáticos se ha descrito ya en un capítulo anterior.

II. — MEDICIÓN DEL CRÁNEO Y DE LA CARA

Procedimientos craneométricos. — En el estudio del cráneo, como en el de la cara, el examen directo no puede dar por sí solo datos bastante precisos; los antropólogos se han visto obligados á recurrir á *procedimientos craneométricos*, que expondremos rápidamente.

Estos procedimientos son muy delicados y, para aplicarlos bien, es preciso haberlos practicado durante mucho tiempo en un laboratorio.

Se ha señalado en el cráneo un número determinado de *puntos de*

¹ P. MARIE Y ONANOFF, *Société médicale des hôpitaux*, 20 Febrero de 1891. DIAGNÓSTICO MÉDICO. T. I. — 15.