

tejidos que puede afectar, si el enfermo no sucumbe, por deformidades considerables.

Koplik, en 1896, ha descrito un enantema especial, patognomónico del sarampión; este enantema consiste en pequeñas manchas de un blanco azulado, de 2 á 6 milímetros de diámetro, rodeadas de una aureola inflamatoria y que tienen asiento, en número de 6 á 20 por cada lado, en la cara interna de las mejillas, y más raramente en los labios y la lengua. Estas manchas aparecen desde el primero ó segundo día del período de invasión y desaparecen en el período de erupción. Slawyk, y después Libman, dan la mayor importancia al *signo de Koplik*, que no se observaría en ninguna otra afección.

Las mejillas, como toda la mucosa bucal, con excepción de la lengua, sólo están dotadas de la sensibilidad general.

Contienen el músculo buccinador que las mantiene en su forma; cuando este músculo, inervado por el facial, está paralizado, la mejilla se eleva á cada espiración, para caer á cada inspiración: en este caso se dice que el enfermo «fuma la pipa.»

FARINGE

En un examen completo de un enfermo, la garganta debe ser examinada como cualquiera otra región. En la práctica, se la descuida frecuentemente, si algún trastorno funcional, algún signo, no llaman la atención ó no parece que deba llamarla. En el adulto es á menudo un error el proceder así; en el niño, lo es *siempre*. Es un hecho de observación común, y sobre el cual sin embargo jamás se insistirá demasiado, que los niños de menos de seis á siete años pueden padecer amigdalitis intensas, no manifestándose por ningún otro signo que una temperatura elevada, anginas diftéricas extensas y graves, que sólo se anuncian por el abatimiento y las manifestaciones del estado general. El niño traga como de costumbre, y sorprende al examinar la garganta el encontrar lesiones que interesan á la vez las amígdalas, los pilares, la úvula, casi toda la faringe. También todos los pediatras insisten, á cual más, y con razón, sobre la absoluta necesidad de examinar la garganta de todo niño, cualquiera que sea la enfermedad para lo cual se consulte al médico.

I. **Técnica.**—*a.* Es importante examinar la garganta con *buena luz*. Esta recomendación extrañará sin duda por su sencillez, y sin embargo, en la práctica ¡cuántos errores de diagnóstico resultan de un examen practicado en condiciones defectuosas de luz!

La luz del día es preferible cuando sea posible utilizarla, pues con ella puede comprobarse tal coloración ó tal erupción, que no se descubrirían con la luz artificial. La coloración amarilla de la ictericia, por ejemplo, sólo puede ser vista á la luz del día; el enantema del sarampión que aparece en el velo del paladar, el cual á veces precede veinticuatro horas á la erupción y permite hacer un diagnóstico precoz, es muy difícilmente observado con la luz artificial. Sin embargo, ésta es útil para el examen delicado de las afecciones crónicas de la garganta, que se confían frecuentemente, y con razón, á los cuidados de los especialistas, pero que todo médico debe saber practicar.

Para utilizar la luz del día, no se ha de tomar otra precaución que aproximarse todo lo posible á la luz de una ventana, á la cual se vuelve la espalda, mientras que se instala al enfermo bien de frente á aquélla, de manera que nada impida la llegada de la luz. Desviándose el médico un poco, á derecha ó izquierda, ó imprimiendo ligeros movimientos de rotación á la cabeza del enfermo, se llega fácilmente á iluminar sucesivamente todas las regiones de la boca y de la garganta.

El alumbrado artificial en la práctica corriente se hace con una lámpara común, una lámpara eléctrica, una bujía, que el médico sostiene con la mano izquierda, y coloca entre el enfermo y él.

La lámpara tiene sobre la bujía la ventaja de dar una llama regular, fija, no vacilante; pero con frecuencia resulta pesada y de difícil movimiento. La pantalla impide ordinariamente á la luz penetrar en la garganta, sin impedirle calentar desagradablemente la barba y las mejillas; toca la frente del enfermo en los movimientos que se imprimen á la lámpara; si se la levanta, la llama, demasiado viva, fatiga la vista del enfermo, que se queja de ello, y la del médico, que muy pronto ya no ve nada.

La lámpara eléctrica portátil no tiene ninguno de estos inconvenientes; pero tiene el de que no se encuentra en todas las casas.

Por consiguiente, lo mejor y más sencillo es servirse de una bujía, detrás de la cual se sostiene una cuchara, un pedazo de cartón, una tarjeta, ó cualquiera otro objeto que haga de pantalla é impida á la luz que deslumbre al médico. La cuchara tiene la ventaja de hacer de pantalla y de servir de reflector, impidiendo en cierta manera las vacilaciones de la llama.

Cuando se quiere hacer un examen más profundo, es preciso servirse del espejo frontal (véase *Examen de la nariz*, pág. 277), que da un alumbrado más intenso y conserva á las dos manos en libertad para el empleo de los diversos instrumentos de que puede haber necesidad.

b. Cuando se examina la garganta de ciertas personas ya acostum-

bradas á ello, se descubren fácilmente el istmo de las fauces y la pared posterior de la faringe. Pero esto es una excepción; en general, la lengua, lejos de aplanarse, como convendría para el examen, se engruesa, se retira hacia atrás, se eleva y oculta toda la región que se quiere ver. Es preciso separarla y bajarla. El índice, un lapicero, el mango de un portaplumas, un corta-papeles, etc., pueden servir para este objeto. Lo mejor es emplear el mango de una cuchara ó un *depresor de la lengua*.

Se han construído depresores de todas formas; rectilíneos, acodados en ángulo, en ángulo obtuso, en S, en corvaduras más ó menos extensas, en clavícula, en charnela; se han construído de diferentes metales, con mangos de la misma naturaleza ó no, de ebonita, de cristal; se ha hecho su cara inferior (lingual) plana, irregular, rayada, acanalada, multiplicidad debida á los propósitos que se ha querido realizar.

Con los depresores acodados ó en S, la mano que los sostiene no dificulta la mirada del operador, como sucede con el depresor rectilíneo. El depresor de charnela puede ser llevado en el bolsillo; pero su limpieza y su desinfección son más difíciles. La misma razón hace preferibles los instrumentos de una sola pieza de metal sin rayas ni acanalados, porque se pueden limpiar más fácilmente, hacerlos hervir y pasarlos por la estufa.

El depresor de cristal ha sido aconsejado para los niños, porque es muy suave y no puede causar heridas; pero, para ser sólido, conviene que sea grueso por lo menos de medio centímetro, y entonces ocupa la boca del pequeño enfermo y estorba más que sirve. En resumen, el depresor más racional es de una sola pieza, curvo en ángulo obtuso, ó en forma de clavícula, de metal niquelado y pulimentado por sus dos caras.

En la población, y cuando la visita se hace en el domicilio de los enfermos, debe emplearse una cuchara; se acostumbra pedir una cuchara de sopa para los adultos y los niños de más de cinco años; una cuchara de postre para los niños de dos á cinco años y una cuchara de café para los de menos de dos años.

c. Provistos de una buena luz y de un depresor cómodo, ó, en el domicilio de los enfermos, de una cuchara, procederemos de diferente manera según que hayamos de examinar un adulto ó un niño.

El *adulto*, por regla general, se deja examinar fácilmente. Si está en cama, en un estado adinámico, ó forzosamente inmóvil, es inútil procurar que varíe de posición. Con un poco de práctica se puede examinar la garganta en esta posición, cuidando sencillamente de hacer inclinar la cabeza del enfermo hacia el lado en que el médico está colocado.

Si el enfermo puede sentarse sobre la cama, es preferible rogarle que lo haga. Por último, en la mayoría de los casos en que el enfermo no está en cama, es mejor hacerle sentar que no dejarle de pie. El médico se coloca delante de él, de pie si procede á un examen ordinario, sentado si ha de emplear el reflector y hacer un examen más profundo. Su cabeza debe estar colocada un poco hacia la derecha ó á la izquierda de la del enfermo, *fuera de la línea de proyección* de las mucosidades, las cuales pueden ser lanzadas más ó menos lejos por un esfuerzo de tos. Su mano izquierda, si no está ocupada en sostener una luz, estará colocada sobre el vértice de la cabeza del enfermo, de cuya manera puede también sostenerla ó hacerla mover ligeramente, para ponerla en buena posición, recta, y nunca demasiado inclinada hacia atrás ó hacia adelante. La mano derecha coloca el depresor en la línea media, bien plano, hasta el borde posterior de la parte horizontal de la lengua, la cual baja, deprimiéndola como para dirigirla hacia abajo y hacia adelante. Estos detalles tienen su importancia; si el depresor está demasiado cerca de un borde ó del otro, la lengua huye de debajo de él y se escapa, si está demasiado cerca de la punta, no llegando á la base, la lengua huye hacia atrás, forma *lomo de asno*, y se pega contra el velo del paladar. Si no se baja lo bastante hacia abajo y adelante, sino hacia abajo y atrás, la lengua retrocede sobre el istmo de las fauces, condiciones todas estas en que es imposible ó incompleto el examen de la faringe. Si, por el contrario, el depresor está bien colocado, se descubre sin esfuerzo la faringe bucal y alguna vez hasta la base de la epiglotis.

Uno de los obstáculos más serios en el examen de la garganta de los adultos consiste en la hiperestesia faríngea. Esta hiperestesia puede ser real; el enfermo se deja colocar el depresor con muy buena voluntad, pero experimenta esfuerzos incoercibles de vómito en el momento en que se llega á la base de la lengua. Algunas veces basta aconsejar al paciente que respire fuertemente durante el examen, lo cual disminuye la sensibilidad de la faringe y evita los vómitos. Otras veces, si se quiere hacer un examen un poco minucioso de las diferentes regiones, es indispensable la cocainización. Para hacerla se pasa sobre toda la faringe bucal un tapón de algodón empapado en una solución de clorhidrato de cocaína al 1/20. Esta pequeña operación provoca, téngase presente, esfuerzos penosos de vómito, pero determina, después de cuatro ó cinco minutos, una anestesia que permite el examen completo.

La hiperestesia faríngea es algunas veces *mental*, por decirlo así; parece que el enfermo se presta al examen, pero el solo hecho de abrir la boca para someterse á él, la vista misma del depresor le hacen retirar.

se violentamente hacia atrás y provocan alguna vez los esfuerzos de vómito. Entonces la cocainización es imposible, porque no se puede introducir el tapón empapado en la disolución de cocaína, más fácilmente que el depresor. Si el examen es urgente, hay necesidad de hacer sujetar al enfermo como si fuese un niño; en otro caso, se le invita á que él mismo introduzca el depresor, á lo cual el enfermo llega fácilmente con cierto grado de perseverancia.

Con menos frecuencia los enfermos tienen miedo ó asco de los instrumentos del médico, « que, dicen ellos, se usan para todas las bocas. » Entonces conviene usar instrumentos, cucharas de la propiedad de ellos, ó envolver el depresor con su pañuelo.

Por último, más raramente, un sentimiento de coquetería mal entendida hace mirar el examen con cierta prevención, cuando se trata de señoras con dientes postizos. Un poco de tacto y de destreza bastan para vencer este pequeño obstáculo.

El examen de la garganta de los niños es siempre una operación delicada, si no difícil, á menos que no hayan sido ejercitados por sus padres desde la primera infancia, siguiendo los consejos del médico.

Cuando un niño es sometido por primera vez á este examen, todo resulta bien, por regla general, desde el principio; abre voluntariamente la boca y deja aproximar la cuchara, pero en el momento en que la siente sobre la base de la lengua, especialmente si se produce un esfuerzo de vómito, el niño se retira bruscamente hacia atrás, mira la cuchara con horror, y lanza gritos de espanto cuando se trata de realizar una segunda tentativa. Entonces la madre le toma sobre sus rodillas, habla algunos instantes con él y después le sostiene la cabeza con las dos manos. El médico, aprovechando los gritos del pequeño enfermo, coloca de nuevo la cuchara, pero antes de que ésta ocupe su sitio, el niño, con un movimiento brusco, retira hacia atrás su cabeza, débilmente sostenida por su madre, coge violentamente la cuchara con sus manos, de las cuales nadie se había preocupado, y gracias si al mismo tiempo no sacude con el pie la lámpara ó la palmatoria. El niño, asustado desde este momento, no quiere ya permitir que se le acerquen; la madre temblorosa no sabe ya cómo sostenerle, y rehuye nuevas tentativas, que no resultan ya mejores que la primera. La partida está irremediablemente perdida, si no se recurre al manual operatorio siguiente, único que puede dar buenos resultados, y el único también que empleará desde el principio el médico acostumbrado á los niños y que sea un poco cuidadoso de su prestigio.

La madre ó la nodriza se sientan en una silla baja, con la cara vuelta hacia la luz. Coloca las piernas del niño entre las suyas, cruzán-

dolas una por delante de la otra; le sienta sobre su muslo izquierdo y con la mano izquierda coge las dos manos del niño, sujetándolas fuertemente, mientras que con la mano derecha colocada sobre la frente apoya con firmeza la cabeza sobre su hombro izquierdo. Esta buena disposición del niño es indispensable; al colocarlo así se demuestran á la madre las ventajas que resultan, calmando de este modo sus temores. Las piernas del niño ni sus brazos pueden moverse; la cabeza no puede ser retirada hacia atrás ni hacia á los lados, y por consiguiente no hay que temer ningún movimiento brusco. Cuando después de algunos momentos la madre ha podido convencerse de que de esta manera sostiene perfectamente á su hijo, el médico se sienta enfrente de ella en una silla un poco más alta y puede introducir la cuchara ó el depresor. El niño grita, chilla, remueve la cabeza lateralmente, estira y encoge el cuerpo, su cara toma el color de la escarlata, sus ojos lloran, la respiración se suspende por los esfuerzos del vómito. No importa; ha habido tiempo para examinar la garganta. Se retira el depresor, se deja al niño en libertad para que reciba las caricias de su madre y todo queda en calma después de algunos momentos de llorar.

No siempre suceden las cosas como queda dicho. Algunos niños muy vigorosos ó muy vivarachos no pueden ser convenientemente sostenidos, á pesar de todos los esfuerzos de la madre ó de la nodriza. Entonces conviene envolverles en una sábana, de modo que sólo sobresalga la cabeza, colocándolos en seguida sobre las rodillas de la madre, que los sostiene como queda dicho.

En ciertos casos, cuando el depresor está en su lugar, una masa de saliva espesa, ó mucosidades de la laringe ó de la nasofaringe vienen á ocultar el fondo de la garganta. Entonces se retira el depresor y se le coloca de nuevo después de dar tiempo al niño para que haga uno ó dos movimientos de deglución, que desembarazarán la boca.

No siempre se introduce con facilidad el depresor. Con frecuencia el niño, puesto en guardia por los exámenes anteriores, cierra convulsivamente las mandíbulas y los labios. En tal caso, conviene esperar algunos momentos, colocando el depresor delante de los labios, dispuestos á aprovechar las circunstancias si el niño los entreabre para respirar ó para gritar; también se puede sencillamente cerrarle las narices, cogiéndolas entre los dedos de la mano izquierda. Entonces, no pudiendo respirar, se pone encarnado, resiste todavía algunos segundos y después abre la boca para realizar una amplia inspiración. Este momento se utiliza para introducir el depresor rápida pero no bruscamente. Si el niño tiene ya dientes, esta maniobra no siempre da resultado, porque abre los labios,

pero cierra las mandíbulas, respira por los intersticios dentarios y de esta manera puede sostener la lucha largo tiempo. Para introducir el depresor, hay que esperar y aprovechar el momento de fatiga, ó poner detrás de los molares un lapicero, una pluma de ganso, etc., que se introducen hasta el istmo de las fauces, para provocar un esfuerzo de vómito.

Cuando el depresor ha penetrado en la boca, se le dirige lo más lejos posible, lentamente, sin movimientos bruscos, siguiendo el dorso de la lengua; cuando se ha llegado hasta el istmo de las fauces, se produce el reflejo faríngeo, y durante el esfuerzo del vómito que resulta, se puede examinar fácilmente la garganta.

Algunos niños no experimentan el reflejo faríngeo; para hacerles abrir la boca hay necesidad de apoyar fuertemente el depresor sobre la base de la lengua y separar así las mandíbulas. Pero hay que cuidar de no apoyarse sobre los dientes, que se romperían fácilmente, sin que por esto se consiguiera abrir la boca.

Cuando se examina un niño, más aun que cuando se examina un adulto, es preciso cuidar mucho de no ponerse enfrente de él, sino un poco de lado, porque una pequeña tos, una espiración brusca, un esfuerzo de vómito, pueden producirse con la mayor facilidad, proyectando hacia adelante la saliva, el pus, las falsas membranas, que darían en la cara del médico. Conviene colocarse á la izquierda para ver el lado derecho, pasando rápidamente la cabeza á la derecha para observar el lado izquierdo.

d. La palpación de la región del cuello, detrás de la rama ascendente del maxilar, no puede en manera alguna suministrar datos sobre el volumen de las amígdalas, que no se perciben por esta exploración. Cuando de esta manera se encuentran tumefacciones accesibles al tacto, tales tumefacciones corresponden á los ganglios.

e. Al contrario, la palpación interna, el tacto de la faringe, puede suministrar datos preciosos. En el adulto, no es siempre útil, pero en el niño lo es con mucha frecuencia. Solamente así se puede diagnosticar con seguridad un absceso retrofaríngeo bastante voluminoso para dar la rigidez del cuello, la disfagia, la tirantez, siendo sin embargo inaccesible á la mirada. No hay duda que algunos niños sucumben con el diagnóstico de estenosis laríngea ó traqueal, cuando el tacto de la faringe los hubiera salvado de la muerte, permitiendo hacer el diagnóstico de absceso retrofaríngeo, con la intervención que éste requiere.

En el adulto, se hace sencillamente el tacto de la faringe. El médico se coloca frente al enfermo, que abre la boca todo lo más que puede; se introduce el índice derecho en la faringe y se explora el lado derecho, mientras que los dedos de la mano izquierda, colocados detrás de la rama

ascendente del maxilar, impiden que las partes blandas se escapen bajo la presión del índice. Una vez explorado el lado derecho, se practica la misma operación con el izquierdo, empleando el índice izquierdo que se aplica á la faringe, y la mano derecha detrás del maxilar.

En el niño de pecho que aún no tiene dientes, el tacto de la faringe es muy fácil; basta con introducir el índice hasta el fondo de la garganta y explorar sucesivamente la pared posterior y las paredes laterales de la faringe. Durante toda esta maniobra el niño grita y tiene la boca ampliamente abierta, sin que haya necesidad de tomar la menor precaución.

El niño ya de más edad, y como medio de defensa instintiva, mordería horriblemente; hay, pues, que servirse de un abre-boca, ó sea, proceder lo mismo que para el tacto de la nasofaringe. En el primer caso, se introduce el depresor como se ha dicho más arriba, y estando abierta la boca, se coloca el abre-boca, destinado á sostenerla en esta posición, teniendo cuidado de colocar los separadores por detrás de los caninos, sobre los molares ó en su sitio si faltan. La cremallera es sostenida cerca de la oreja del paciente con la mano derecha, mientras que el índice izquierdo practica con toda tranquilidad la exploración de la faringe.

Si no se emplea el abre-boca, se procede de la manera siguiente: el niño está sentado en una silla, ó mejor sobre las rodillas de una persona que le sujeta los brazos y las piernas. El médico se coloca de pie detrás de él y un poco á su derecha; pasa el brazo izquierdo sobre el lado izquierdo de la cabeza hasta por debajo de la barba y colocando la mano á nivel de la mejilla derecha que con el índice se introduce entre las arcadas dentarias, mientras que se mantiene firmemente la cabeza apoyada contra sí mismo. El niño, si se ha ejecutado bien la maniobra, no puede remover la cabeza ni morder, y entonces con toda seguridad y muy fácilmente se puede explorar la garganta con el índice derecho introducido en la boca.

II. Resultados del examen.—La faringe se ha dividido por los anatómicos en tres regiones: nasal, ó nasotubaria, bucal y laríngea. El examen clínico de la primera se ha hecho al mismo tiempo que el de las fosas nasales, de las cuales no puede ser separada bajo el punto de vista fisiológico y patológico. Por las mismas razones la parte laríngea será estudiada con el esófago, del cual constituye, en verdad, la primera porción. La parte bucal será solamente de la que trataremos aquí, porque, por una parte, su patología está íntimamente ligada á la de la boca, y, por otra, sus límites anatómicos son los que le asignamos cuando la examinamos por la boca, de la cual forma la parte posterior, el fondo y su continuación.

Estado normal.—Al primer golpe de vista, se descubren en el fondo de