

Quien tiemble ante los rigores de una epidemia; quien se aturda porque ha de acercarse al lado de un enfermo contagioso, no sirve moralmente para el caso; ha equivocado su carrera: que se entregue al cultivo de la ciencia en la soledad de su bufete, pero que no pise los umbrales de la clínica.

Para concluir ese cuestionario de requisitos morales, no estará de más advertir la conveniencia de que el médico práctico viva alejado de las ardientes luchas de la política y hasta de las grandes polémicas que pueden sostenerse acerca de los asuntos religiosos. Tenga su criterio formado á propósito de estas cuestiones, porque al fin es el médico un miembro de la sociedad; pero si desea ejercer libérrimamente su profesion y ser un poderoso apoyo de la humanidad, guárdese de figurar en las primeras líneas de los partidos militantes. El público, que tiene un gran sentido práctico, así lo quiere.

#### LECCION 17.<sup>a</sup>

### *Modo de interrogar á los enfermos. Generalidades.*

Es tan interesante este asunto, que él por sí solo se encarga de demostrar la ilustracion y la sagacidad que el médico posee. No basta poseer extensos conocimientos de Patología; pues si no se establece un orden metódico en el exámen de los enfermos, se descuida la investigacion de hechos tal vez muy pertinentes, se equivoca el valor que debe darse á otros, se parte en alguna ocasion de supuestos equivocados y, en una palabra, nace la duda, viene la vacilacion y se tuerce el

camino que habria de conducir á la formacion de juicios exactos. Al contrario, el que sabe interrogar ahorra la mitad del tiempo, y á medida que avanza en la exploracion van brotando en su mente, de una manera lógica y ordenada, todos los elementos que, agrupados despues y relacionados mútuamente, permiten formar el diagnóstico.

Esta tarea no es para todos los médicos igualmente laboriosa; pues, por de pronto, ya la simplifica no solo el hábito de ver enfermos, sino la experiencia que con los años se va obteniendo. El alumno y aun el profesor que por vez primera se ejercitan en los asuntos clínicos han de buscarlo y rebuscarlo todo, han de apurar, por decirlo así, todos los recursos del interrogatorio para esclarecer la verdad; al paso que el diestro en semejantes operaciones, se desvia de lo secundario, marcha directamente en busca de lo principal y con pocos elementos que recoja podrá quedar satisfecho. El que ya es práctico en la investigacion clínica no necesita repetir las preguntas, ni rectificar los conceptos, porque ha sabido precisar de tal modo su cuestionario que el enfermo contesta sin vacilar; pero el novel divaga ó no siempre sabe amoldarse con su frase al grado de inteligencia del cliente, y resultan grandes contradicciones entre las preguntas suyas y las contestaciones del enfermo.

Para nadie es tan trillado el interrogatorio como para el médico afortunado poseedor de un talento intuitivo, pues por lo mismo que de una mirada ó de la apreciacion de poquísimos síntomas, se eleva ya á una concepcion concreta, no necesita más pruebas, ni perder el tiempo en escudriñar lo que desde luego ha adivinado.

Dígase, sin embargo, en honor de la verdad que las

dificultades clínicas que han de vencerse en determinados casos, para llevar á buen término un interrogatorio, no siempre arrancan de impericia ó de falta de hábito del clínico, sino de las condiciones fisiológicas ó patológicas y aun de la mala fé que puede ofrecer el enfermo. Personas hay de tan corto alcance que no saben darse cuenta de sus más sencillos sufrimientos, sobre todo de los de orden subjetivo; que no aciertan á recordar ningun hecho de anamnesis y que invierten por completo los términos del problema; y hay tambien otras que por la edad ó por sus dolencias quedan incapacitadas para referir lo que les acontece: en tales casos todo ha de fiarse ó á la relacion de los deudos, ó á la apreciacion directa de los fenómenos objetivos que el mismo médico puede hacer.

#### LECCION 18.<sup>a</sup>

##### *Interrogatorio de los enfermos por los métodos de Bouillaud y Rostan.*

Respecto á este propósito no hay completo acuerdo entre todos los clínicos. Unos, siguiendo el llamado método de Bouillaud, comienzan el interrogatorio por la anamnesis, siguiendo cronológicamente en la inquisicion de todos los hechos fisiológicos y patológicos que se han ido sucediendo, hasta el preciso instante en que el enfermo es observado por primera vez; otros, al contrario, siguiendo las prácticas de Rostan, investigan primero todo cuanto el enfermo ofrece en el acto de la visita y luego interrogan acerca de los antecedentes,

pero solo en la parte que pueda ser pertinente al objeto cuya apreciacion se busca. Los entusiastas de este último método lo aplauden, porque á favor de él se prescinde adrede de varias cuestiones inútiles, y el interrogatorio se hace ménos molesto; al paso que los defensores del primero lo encomian porque su misma prolijidad amplifica las bases del juicio, y se sigue paso á paso el curso del mal desde sus primeras evoluciones.

Para nosotros ambos métodos tienen sus ventajas y sus inconvenientes, y cada uno de ellos cumple su objeto en ocasiones determinadas.

Siempre que el síndrome que el enfermo ofrece es de tal evidencia que presta elementos bastantes para formar concepto, bien se echa de ver que el método de Rostan es preferible porque abrevia el exámen, y si, para asegurar el juicio, falta la apreciacion de algun dato, fácil será reconocerlo partiendo ya del supuesto de un daño clasificado. Se presenta, por ejemplo, un enfermo con una fiebre variolosa ó con una fiebre tifoidea ó con una pneumonia, en este caso los síntomas actuales podrán bastar para formar opinion, y no se necesitará por cierto buscar en la historia del paciente más que aquellos puntos concretos que directamente guarden relacion con aquello de que se trata. Semejante facilidad para el exámen de los enfermos, suele hallarse cuando se trata de procesos agudos, cuya fisonomía tiende ya por su propia naturaleza á hacerse más expresiva; no así cuando se hace cuestion de enfermedades crónicas, cuyo principio puede haber sido oscuro y en las que se van confundiendo en un todo comun, los desórdenes primitivos y los secundarios: entonces forzosamente el método de Bouillaud, que investiga con toda solitud las primeras evoluciones del mal y sus sucesivos enca-

denamientos, constituye la senda más segura para la formación del diagnóstico.

### LECCION 19.<sup>a</sup>

#### *Cuestiones previas para el reconocimiento de enfermos.*

En las clínicas oficiales y aun muchas veces en la práctica particular, interesa tomar nota, antes de proceder al reconocimiento, de una serie de particularidades que tienen más ó ménos estrecha relacion con el problema cuya solucion se busca.

El nombre del sugeto ha de constar en el registro, para que en cualquier tiempo podamos certificar lo que se nos pida acerca de la enfermedad que ha exigido nuestra asistencia.

Constará tambien el sexo, así como la edad, pues si en ciertos casos tal investigacion es sencillamente inútil, en muchos otros no se prescindirá de averiguarlo: porque no solo hay enfermedades privativas del hombre y de la mujer y de una edad determinada, sino que todas estas condiciones individuales juegan su papel en la evolucion morbosa y modifican las indicaciones y hasta los indicados.

Interesa del propio modo saber el estado civil de los enfermos, sobre todo cuando pertenecen al sexo femenino: bien sabido es de qué manera influyen el celibato, la vida matrimonial y el estado de viudedad en la produccion de algunas enfermedades.

Es de tal evidencia el influjo que ejercen en los problemas patológicos la profesion de los individuos, el gé-

nero de vida que llevan y hasta su condicion social, que de ningun modo podremos prescindir de averiguarlo. ¿Cómo proceder de otra suerte, si precisamente en este conocimiento, encontraremos tal vez el punto de partida de la enfermedad que hemos de combatir?

Conocidas ya estas circunstancias personales de los enfermos, dirijámosles antes de proceder al interrogatorio, una mirada de conjunto, que tal vez iluminará nuestra mente y nos permitirá entrever la naturaleza del sufrimiento. ¡Cuántas veces estas apreciaciones rápidas, que hieren profundamente nuestros sentidos, dejan en el ánimo del clínico un selló más claro que el producido por un análisis prolijo! Ora el simple aspecto del rostro y el decúbito supino de un enfermo inducen al diagnóstico de una fiebre tifoidea; ora el género de deambulación de otro indica el desarrollo de la ataxia locomotriz progresiva; ya la posicion sentada y la lividez del rostro de éste manifiestan una lesion del corazon; ya el exoftalmos y el bocio de aquél nos hacen sospechar la enfermedad de Basedow; y así de otros casos.

Las primeras impresiones no son las más erróneas; y estos exámenes de conjunto, despertando en nuestra inteligencia una idea concreta, nos colocan muchas veces en el mejor camino para interrogar.

## LECCION 20.<sup>a</sup>

### *Nuestro consejo para el interrogatorio de los enfermos.*

Al objeto de no divagar en el interrogatorio, cuando practicamos el primer reconocimiento de un enfermo, y

para que desde luego tengamos una guía que nos ponga en el camino del exámen, aconsejo dirigir al paciente tres preguntas previas, que, bien contestadas, pueden simplificar en gran modo la tarea; todo en el supuesto de que, ó por la apreciacion inmediata del enfermo ó por la relacion de otra persona, no sepamos ya anticipadamente de lo que se trata. —¿Qué tiene V., ó de qué padece V.? —¿Cuánto tiempo hace que está V. sufriendo? —¿Cuál es la causa, si V. la conoce, que ha producido su enfermedad?

Por la primera pregunta nos enteramos ya real ó aproximadamente del asiento del mal y podremos sin vacilacion dirigir el reconocimiento en un sentido determinado. Por la segunda conoceremos si se está tratando de un proceso reciente ó antiguo y hasta de cuál sea el grado de cronicidad. Por la tercera, que suele ser la de contestacion más difícil, sabremos lo referente á la etiología; y á nadie podrá ocultarse la trascendental importancia de este conocimiento.

Si ya desde luego nos consta el sitio del mal, la fecha de que arranca la escena clínica y el móvil que la ha puesto en juego, bien se comprende que la vacilacion nuestra para proceder al reconocimiento no tendrá razon de ser, y esta idea sintética, que desde luego podemos obtener, será el mejor indicante de si hemos de interrogar al enfermo por el método cronológico ó de Bouillaud, ó si es preferible, segun las prácticas de Rostan, comenzar por el estado actual y remontarse despues á la anamnesis.

Véase, sino, algun ejemplo: nos dice el paciente, contestando aquellas preguntas, que no puede tragar á lo largo del cuello más que sustancias líquidas; que hace ya meses ó años que sufre y que está lesionado

désde que deglutió cierta cantidad de ácido clorhídrico ¿quién no sospechará inmediatamente, que se trata de una estenosis del exófago por coartacion cicatricial y que la enfermedad es un proceso crónico? Nos contesta otro, que tiene vómitos incoercibles y astricción de vientre; que solo hace cinco dias que está enfermo y que atribuye su mal á la ingestion de cerezas con sus huesos ¿cómo dejará de creerse en el desarrollo de un *miserere* por obstruccion intestinal?

Si tan evidente resulta el concepto, ya no titubearemos en la direccion que importa imprimir al interrogatorio; y si por acaso las contestaciones son tan oscuras que no bastan á formar juicio, entonces esta misma negacion implica la necesidad de buscar derroteros diferentes, ya procediendo al reconocimiento de cada uno de los órganos, ya remontándonos á la anamnesis, para venir despues al exámen del estado en que se encuentra el enfermo que nos ocupa.

## LECCION 21.<sup>a</sup>

### *Investigacion de la anamnesis fisiológica, etiológica y patológica.*

La *anamnesis*, ó sea el recuerdo de una cosa, se aplica en clínica al estudio de los conmemorativos del enfermo ó investigacion de todos los hechos que se han ido sucediendo, hasta el instante en que lo observamos por primera vez. Esta cronología casi nunca falta, pues es difícil que coincida nuestra primera visita con la primera evolucion del mal, y solo en contadas ocasiones dejará de encontrarse una relacion entre la enfermedad

de hoy y los antecedentes del enfermo. Ciertamente que hay procesos agudos que invaden con rapidez, que son por todo extremo graves, que reclaman la pronta asistencia facultativa y que evolucionan sin relacionarse en absoluto con otros hechos anteriores; pero tales casos, que pueden eximir de estudios anamnésicos, abundan poco y forman como excepción de la regla general.

Divido la anamnesis en fisiológica, etiológica, patológica y terapéutica.

Por el estudio de la primera se viene en conocimiento de una diversidad de circunstancias que pueden dar la clave explicativa del proceso sobre que somos consultados, aun sin la exageración de pensar que todas son pertinentes al caso. Nadie negará á este propósito el valor clínico de la edad, del sexo, de la raza, de la existencia ó desaparición de la vida menstrual, de la endebles ó del vigor orgánico, del temperamento, de las idiosincrasias, de la profesión, del género de vida, del estado civil y de la región en donde vive ó de donde procede el enfermo.—Por el estudio de la anamnesis etiológica, nos empeñaremos en inquirir cuáles hayan sido, en concepto del enfermo y en concepto nuestro, las causas que han determinado el desarrollo del mal y las que siguen fomentándolo. Este punto, por lo mismo que es el más oscuro y el más difícil, obliga á la mayor sagacidad por parte del facultativo, y todas las recomendaciones que se hagan para inculcar la trascendencia de una concienzuda investigación de tales extremos, siempre serán pocas. A veces ya en el cuestionario fisiológico, ya en el patológico, se encuentran fundamentos del juicio, pero en otros casos solo se acierta la causa de los males por una feliz inspiración ó por un esfuerzo intuitivo. De todos modos, es de tan gran

interés la investigación etiológica, que ya de antiguo ha venido exclamándose: *¡felix qui potuit rerum cognoscere causas!*—Aun más importante es la anamnesis patológica, y ¡cómo no ha de ser así, si tiende á dilucidar la cosa misma! Podríamos en algún caso prescindir del conocimiento fisiológico del sugeto y hasta de la investigación causal, pero nunca nos podremos relevar de la investigación morbosa. Desde luego, en los antecedentes patológicos, hemos de dar toda la preferencia á aquellos que guardan más íntima relacion con la enfermedad que hemos de combatir; pero sin despreciar por eso una aunque rápida excursion á los demás hechos que figuran en segundo ó en más lejano término.

Pero guardémonos muy mucho de seguir en absoluto este consejo. La prolijidad en las apreciaciones anamnésticas depende de las circunstancias: en un caso no podremos prescindir de removerlo todo, de escudriñar lo todo, de preguntarlo todo; en otro, solo una pregunta de conmemorativos bastará al caso y aun tal vez sin antecedente ninguno formaremos el diagnóstico.

Siempre en las afecciones crónicas, por su misma antigüedad y por las sucesivas metamorfosis que en los procesos se van operando, tendrá más importancia la anamnesis que en los afectos agudos que por su propia naturaleza pueden evolucionar más independientemente de los hechos pasados. Desarróllese inopinadamente en un individuo la laringitis diftérica, la triquinosis ó el reumatismo articular agudo y pocos serán los antecedentes que habremos de inquirir para formar juicio, por que esas tres enfermedades, á puro de ser gráficas, ellas mismas forman su proceso; pero viene luego á nuestra observacion un enfermo con ictericia crónica ó con lentas manifestaciones urémicas, ó con una afasia, y la

propia índole de semejantes males obliga á la más concienzuda investigacion de los conmemorativos.

Cuando nos penetremos de esas verdades, no caeremos en el ridículo de interrogatorios pesados y sencillamente inútiles. Si visitamos un enfermo varioloso, nunca prescindiremos de preguntar si hubo vacunacion ó revacunacion y, en caso afirmativo, la época de la profilaxis, ¿pero no será ridículo entretenerse preguntando si padeció el sarampion, si tuvo reumatismo ó si vivió en sus mocedades en un país cálido?

## LECCION 22.<sup>a</sup>

### *Investigacion de la anamnesis terapéutica.*

Entiendo que en el ejercicio práctico de la Medicina es de gran importancia enterarse de los antecedentes del enfermo, en cuanto haga relacion al tratamiento empleado.

Ocurren casos de tal perplejidad, que solo la terapéutica se encarga de ilustrarlos, segun obedezca ó no el mal á la medicacion que por via de ensayo se tantea, y si podemos hacer constar previamente los resultados obtenidos, es evidente que nuestras deliberaciones serán más positivas. Exploramos, v. gr., un enfermo con la mayor solicitud, y á pesar de todo no podemos decidirnos acerca de si sufre unos dolores de origen sifilítico ó de naturaleza reumática; pero si él nos declara que en otros tiempos habian combatido su enfermedad, y sintió rápidamente los efectos, con un tratamiento hidrargírico-iodurado, y que, por el contrario, el cólchico y la quinina y los baños termales no produjeron alivio,

tendremos un argumento más en pro del fondo sifilítico de aquella enfermedad dolorosa.

Es también cierto que á veces hemos de entender de problemas clínicos muy complexos y hasta confusos, y que la complejidad y la confusion no derivan precisamente de las naturales metamorfosis que en el curso de los males se van operando, ni de las complicaciones que ocurren, gracias á la funcional solidaridad del organismo del hombre, sino de la influencia de medicaciones perturbadoras, bien ó mal indicadas y que bastardean la natural fisonomía de los procesos; ¿y cómo dilucidarlo si olvidamos esta parte de la anamnesis? Veremos un enfermo pálido, decaído y con todos los signos de la aglobulia; buscaremos tal vez en vano la patogenia de la alteracion de su sangre; pero si á favor de nuestro interrogatorio terapéutico nos dice que ha sido sangrado muchas veces, ó que hubo de tomar sostenidas dósís de mercurio ó de ioduro de potasio, desde luego encontraremos descifrado el enigma. De tal otro, con todos los caracteres de una entero-colitis ó de una pielitis diftérica, no formulamos una opinion concreta hasta que nos refiere que abusó de los purgantes extractivos ó de las cantáridas y del fósforo.

Otras veces resulta que hay enfermos con idiosinercias especiales que les hacen tolerar malamente sustancias medicamentosas, por otra parte muy bien indicadas, ó que, al revés, alcanzan buen fruto de agentes al parecer impropios; y si en tales casos nosotros no investigamos los antecedentes, vamos á comprometer el éxito de la mejor medicacion. Tal individuo es presa de insomnio cuando ingiere opio, y en cambio duerme á favor de bebidas cafeicas; tal otro encuentra en la magnesia ó en el almizcle un vomitivo seguro, y tal vez el

tártaro estibiado ó la apomorfina no le producen la emesis.

Tambien interesa el mismo conocimiento anamnésico, para no reproducir medicaciones cuya ineficacia la misma experiencia del enfermo viene testificando; de esta suerte el crédito del nuevo facultativo puede sostenerse. Si no nos constara que el paciente ya ha tomado, por ejemplo, para calmar su gastralgia, dosis repetidas de morfina, pero sin ventaja ninguna, seria fácil que repitiéramos el indicado, perdiendo nosotros fuerza moral; pero si nos hemos impuesto de los antecedentes terapéuticos, eligiremos otro narcótico, con lo cual á la vez que hacemos un bien al enfermo, realizamos nuestro prestigio.

#### LECCION 23.<sup>a</sup>

##### *Orden en la exploracion del enfermo.*

Impuestos ó no, segun el caso, de la anamnesis, interesa proceder con riguroso método al exámen del enfermo; y entiéndase que toda vacilacion y todo descuido por parte del clínico en semejante operacion, no solo empequeñece su importancia científica, sino que es fuente inagotable de conceptos erróneos.

La lógica demanda que se comience la investigacion por el órgano ó aparato que consideramos más principalmente enfermo, y que continúe despues el exámen de los demás que funcionan relacionados directamente con aquel, dejando para el final los de enlace más indirecto y, si los hay, los que viven con independendencia del afecto principal. El enfermo nos ha dicho, v. gr., que tiene dolor de costado, que tose, que se sofoca, que ex-

pectora un humor tinto en sangre...; en este caso habremos de explorar en primera línea los órganos de la respiracion, y no indistintamente la laringe ó los bronquios ó el pulmon, sino éste, porque hay motivos para creer que se está tratando de un afecto pulmonar, y una vez demos por terminada la exploracion de los pulmones, el enfermo y el sano, para mejor comparar, se redondea al asunto explorando la pleura y el árbol laringo-bronquial. En el mismo caso se procederá enseguida al exámen del centro circulatorio y de los vasos, incluso el pulso, ya que la solidaridad funcional entre la respiracion y la circulacion es grande, y luego la de los demás aparatos cuya relacion es ménos directa. Al contrario, supongamos que el enfermo dice que vomita materias amargas y de color verde, que siente dolor en el hipocondrio derecho...; entonces la exploracion la comenzaremos por el hígado, continuando despues la del estómago é intestinos y la del bazo, porque todos estos factores anatómicos vienen á formar una natural agrupacion fisiológica.

Hay casos, sin embargo, en que conviene apartarse de este orden hasta cierto punto topográfico y funcional, y es permitido pasar de la exploracion de un órgano á otro, no relacionado anatómica y fisiológicamente con el primero, pero ligados ambos por los vínculos de la morbosidad; y es que al lado de un ordenamiento natural hemos de admitir ordenamientos patológicos. Un enfermo, por ejemplo, se presenta á nuestra observacion acusando fuertes dolores articulares; examinamos en primera línea las articulaciones y las encontramos tumefactas, rubicundas y con sus movimientos dificultosos, y despues, en vez de continuar la exploracion de los órganos más íntimamente enlazados con la lesion

articular, bajo el punto de vista anátomo-fisiológico, estamos autorizados en buena clínica á explorar el centro circulatorio, y ¿por qué? porque hemos sospechado tal vez que se está tratando de un reumatismo poli-articular agudo, y sabemos la frecuencia con que se acompaña de endo ó de pericarditis. Otro enfermo nos dice que no puede tragar y que le duele la garganta; exploremos desde luego las fauces, y si por casualidad reconocemos el sello de una angina sifilítica, en vez de seguir el orden natural y examinar el exófago y las partes restantes del tubo digestivo, no andaremos fuera de camino barrenando la regla é investigando la piel y las crestas de las tibias y el cuero cabelludo y el iris; y ¿por qué esta dislocacion de unas regiones á otras tan diferentes? porque si se trata de una infeccion sifilítica, será muy natural encontrar una sífilide ó una periostitis ó una alopecia ó signos de iritis.

#### LECCION 24.<sup>a</sup>

### *Minuciosidad en la exploracion de cada órgano.*

Sea el orden fisiológico ó el patológico el que convenga seguir en la exploracion de los enfermos, interesa la mayor minuciosidad en el exámen de cada uno de los órganos que se van explorando, para que ninguna particularidad nos escape, para que ningun dato nos pase desapercibido. De poco servirá el orden metódico establecido en la leccion anterior, si por proceder ligera y descuidadamente en la investigacion de cada topografía, damos por terminado, sin razon, el reconoci-

miento de una parte, y despues al advertir la falta hemos de retrogradar al punto ya abandonado, para completar el acto exploratorio. Nada más lamentable y más ocasionado cuando ménos á la pérdida de un tiempo precioso.

Esforcemos, pues, nuestra atencion para que las percepciones sean acabadas; apuremos las exploraciones, repitámoslas si es preciso, pero que no se nos tilde de proceder con ligereza y descuido. Se trata de precisar, v. gr., los caracteres de un vómito: interroguemos con precision, sepamos cuántas veces el enfermo vomita, qué cantidad de material es expulsada; cuál es el color y el gusto del vómito; á qué horas se presenta; qué es lo que más lo excita ó lo calma; qué reaccion tiene; de qué síntomas va precedido; cuáles son los fenómenos que le subsiguen. Que el vómito es de sangre: preguntar entonces su color y si sale coagulada ó líquida, etc. ¿Trátase de reconocer el pulso? pues no descuidar ninguna de sus modalidades: observar si es frecuente, si es tardo; si es duro ó débil; si es retraido ó undoso; si es igual ó desigual; si es regular ó irregular; si es intermitente, si es intercadente, si es dicroto, si es de Corrigan.

Como las impresiones que nuestros sentidos reciben no siempre dejan en la mente un sello de clara exactitud, importa en muchos casos repetir várias veces la aplicacion sensorial al objeto de que las percepciones se completen. Así, repitiendo el exámen de cada factor sindrómico, podemos ratificarnos en el primer juicio formado, ó lo rectificamos si al fin advertimos el error. Este proceder es casi indispensable en las prácticas de percusion y auscultacion, conforme se manifestará más adelante, y es tambien muy necesario cuando nos vamos enterando de síntomas de carácter subjetivo que,

por lo mismo que solo los podemos apreciar por relato del enfermo, son más ocasionados á la vacilacion.

Por último, no se eche en olvido que la atencion sostenida supone esfuerzo y produce cansancio, por lo cual, siempre que se trate del reconocimiento de un enfermo que venga sufriendo lesiones muy complexas y que exija un interrogatorio muy prolijo, convendrá dedicar á su estudio várias sesiones, siempre que no sea urgente tomar una determinacion, y de esta manera despues del descanso se encuentra el ánimo en mejor aptitud para reanudar la tarea.

#### LECCION 25.<sup>a</sup>

### *Exámen de enfermos de corto alcance é incapacitados.*

Si todos los enfermos por su edad, por su ilustracion y hasta por la índole de sus achaques reuniesen las condiciones de necesaria aptitud para convertirse en dócil instrumento de nuestras investigaciones, el interrogatorio y la inherente exploracion no ofrecerian más dificultades que las propias de una tarea siempre escabrosa; pero es el caso que unos por razon de edad, otros por escasa cultura y los de más allá porque el mismo mal que sufren los incapacita, ó porque solo se expresan en un idioma que desconocemos, quedan colocados en una situacion tan especial que hacen difíciles los diagnósticos.

Bien se comprende que si los síndromes son objetivos y más que objetivos, gráficos, nuestra mision será tan llana como si el enfermo estuviera en el caso de re-

lacionarse con nosotros; pero ello es que no siempre se presentan así las cosas, y ora porque el cuadro sindrómico es por demás reducido é incoloro, ora porque se trata de una de esas afecciones que más se caracterizan por fenómenos subjetivos que de objetividad, nos vemos naturalmente envueltos en un mar de confusiones.

Entonces ¿qué partido tomar? Si solo se trata de un enfermo de poca ilustracion y de cortos alcances, procuraremos dar al interrogatorio el mayor sello de simplicidad, inquiriendo los puntos que juzguemos más esenciales, dejando á un lado toda cuestion secundaria; nos expresaremos en un lenguaje el más sencillo y hasta, si se quiere, vulgar, para más adaptarnos á las condiciones mentales del enfermo; usaremos, si es posible, sus propios modismos; nos valdremos de ejemplos, de comparaciones y hasta de representaciones materiales; haremos preguntas contradictorias para que resulte una conclusion verdad y, por último, repetiremos los interrogatorios aun á trueque de molestar al enfermo y de molestarnos nosotros mismos.

Si el enfermo, por cualquiera circunstancia, no está en condiciones para responder al interrogatorio, entonces nos dirigiremos á sus deudos ó á las personas que puedan testimoniar, y cuando no sea esto posible, porque el paciente venga rodeado del mayor aislamiento, habremos de reducirnos por la dura ley de la necesidad á la contemplacion y exámen de todos los fenómenos objetivos que en el acto de la visita podamos apreciar. En este caso, si se descubre algun síntoma especial que acuse la region más directamente afectada, seguiremos el reconocimiento ajustándonos á lo preceptuado en la leccion 23.<sup>a</sup>; y cuando no sea posible formar juicio prévio acerca del sitio del mal, iremos investigando uno por

uno todos los órganos hasta acertar en el punto de mayor trastorno, para fijar en él toda nuestra atención.

### LECCION 26.<sup>a</sup>

#### *Reconocimiento del hábito exterior del cuerpo: rostro y superficie tegumentaria.*

Son tantas y de tal evidencia las expresiones sindrómicas que pueden recogerse investigando ese *complexus* que se llama hábito exterior del cuerpo, que semejante apreciación constituye para el médico clínico un manantial de primer orden. Así queda ya significado en páginas anteriores; pero llegado el momento de explicar los detalles de la materia, no huelga la repetición, y es tan positivo, que solo de esta manera se explica que el facultativo dotado de carácter observador, pueda hacer provechosa clínica aun en la vía pública, examinando el hábito exterior de los viandantes.

El aspecto del rostro presta grande enseñanza y en él hemos de fijarnos en primera línea. En él se pintan la tranquilidad del espíritu y del cuerpo, así como los sufrimientos corpóreos y los del alma; en él se fotografían la lipemania, la exaltación religiosa y el ardoroso erotismo, del propio modo que la cólera frenética del maniático, la movilidad del delirante y el mirar estúpido del demente y del tifódico; y en él se dibuja la marca del cardíaco, del tísico y del albuminúrico, como la del peritonítico, del gastrálgico y del que agoniza.

No interesa ménos el exámen de la piel, con sus temperaturas, con sus matices, con sus manchas, con su elasticidad, con su aridez, con su sudor y unte, con la

blandura ó retractilidad de sus trabéculas, con sus trabajos eruptivos y con el estado de sus producciones epidérmicas. Así importa, como se dirá en capítulo aparte, investigar el calor animal y el grado que en la piel alcanza; interesa ver si el cútis es rosado, si es blanco mate, si es blanco-verdoso, si es amarillo con todas sus variantes ictéricas, desde el color de limon hasta el aceitunado, si es bronceado, si es térreo, si es pigmentado, si tiene pecas, si tiene circunscrita decoloracion; conviene saber si hay ó no sudor y si este es profuso, halituoso, frio, caliente, pegajoso ó por expresion; no olvidar si conserva esa elasticidad que da morbidez á las formas ó si está apergaminado, reseco y prestándose á formar pliegues; si conserva su tejido célula-adiposo subyacente ó si queda como disecada de los planos aponeuróticos; si tiene eritemas, pápulas, vesículas pústulas y toda la cohorte de lesiones dermatósicas, y, por último, es útil apreciar tambien en qué estado se conservan las uñas y las producciones pilosas.

Nadie podrá desconocer la trascendental importancia semeiótica de todos esos datos.

### LECCION 27.<sup>a</sup>

#### *Investigacion de los decúbitos y actitudes y de la deambulacion.*

Cada enfermo guarda en la cama ó una posicion libre y variable á voluntad, ó forzada y de la cual no puede separarse sin molestias. Dolencias hay que no imprimen carácter al decúbito, pero importa tenerlo en cuenta porque en Clínica hasta las negaciones afirman;

pero en cambio, en otras hay tan estrecha relacion entre el desórden morboso y la posicion del enfermo, que el simple exámen de la posicion en la cama forma base de juicio.

Echado vemos en el lecho al adinámico en *decúbito supino*, hundida la cabeza en la almohada, con los brazos fláxidos al lado del tronco ó cruzados sobre el pecho, y con las piernas entreabiertas ó en flexion formando puente; en *posicion prona* y agitándose en la cama, encontramos al intoxicado por el plomo durante sus crisis gastro-enterálgicas; en *decúbito lateral* forzado sobre la parte enferma busca la calma el que sufre un hidrotórax, y sobre el lado sano descansa el pleurítico antes de que la exudacion líquida se gradúe; *sentado* lucha con la asfisia, el enfisematoso y el aneurismático, y *salta de la cama* y busca un apoyo, el que lucha á brazo partido con un violento asma, si el quedarse sentado no basta á vencer la apnea; *inmóvil* vemos al que sufre un ataque de angina de pecho, y en *posicion inestable* el agitado por cruel neuralgia.

Por el estudio del mismo hábito exterior del cuerpo conocemos el plan de organizacion que predispone á contraer determinadas dolencias. Quién ofrece el sello del asmático, porque le vemos cargado de espaldas, con el pecho abombado y el cuello corto, como encajado en el tórax; quién el de tísico, por su desnutricion, por la roseta de sus mejillas que contrasta con la restante palidez del rostro, por el cuello enjuto, por el hundimiento del plano anterior del pecho y el mayor relieve de las espaldillas; quién el de la inclinacion congestiva, por la plenitud de los vasos periféricos, por el encendimiento de las mucosas, por la vultuosidad de la facies y la cortedad del cuello; y así de otros casos.

Por la configuracion exterior del cuerpo, distingui-  
mos el polisárcico, del hombre atlético, del escrofuloso,  
del herpético y del que viene consumido por enfermedad  
hética; como conocemos tambien el hidrópico, el que  
padece una caquexia palúdica, cancerosa ó de otro  
género, y el que es víctima de lesiones amiotróficas.

Y para concluir, sirve tambien el estudio de las acti-  
tudes del enfermo en el acto de la progresion para  
reunir gran número de elementos de diagnóstico. ¿Quién  
no conoce de este modo, el andar del apoplético, del  
atáxico, del paraplético (antes de que se consume la  
completa parálisis), del coreico, del lipemaníaco y del  
loco furioso?

Veáse, pues, si son interesantes estas investigaciones,  
y cómo es posible en muchos casos acercarnos al diag-  
nóstico, solo con el exámen del hábito exterior del  
cuerpo.

#### LECCION 28.ª

### *Reconocimiento del aparato de inervacion. Exploracion de la palabra y de las facultades psicológicas.*

Múltiples son los factores que constituyen el aparato  
nervioso, y como cada uno de ellos desempeña funcio-  
nes especialísimas, interesa una division de la materia  
en consonancia siempre con las exigencias de la Clínica.  
Para nuestro caso importa el reconocimiento del encé-  
falo, de la médula, de los órganos de los sentidos, de la  
sensibilidad general y de la motilidad, para formar  
juicio acerca del estado en que se hallan sus funciones  
respectivas.

Sin ánimo de equiparar los interrogatorios necesarios en Clínica médica con los que son de interés absoluto en Frenopatología, al objeto de imponernos del estado de las facultades anímicas, no es posible prescindir, sin embargo, del señalamiento de ciertas reglas elementales.

En los más de los casos, la expresion inlúcida del rostro, la especial actitud que el enfermo guarda y la discordancia con que contesta á nuestras preguntas, bastan para comprender el desordenamiento de las facultades intelectuales; pero si se quiere precisar más el asunto, podemos hacernos nuestros los cuestionarios de los frenopatas (1).

*Exámen de la palabra:* Para reconocer el estado de la locucion, enterémonos de si es *clara, lenta, vacilante, ininteligible ó mucitante*. Para enterarnos de la conversacion, preguntemos, v. g.—¿Está V. triste?—¿De qué se queja V.?—¿Cuánto tiempo hace que está V. aquí?—¿A quién quiere V. más de su familia? etc.

*Exámen del cálculo:* Ejercicios de contar; *sumando, restando, multiplicando y dividiendo*.

*Exámen de la memoria:* Pregúntense: *nombres, números, lugares, personas y fechas*; sin olvidar la diferencia entre cosas *remotas y próximas*.

*Exámen de los instintos:* Enterarse de si hay inclinaciones *eróticas, religiosas, de adquisividad y de ambicion*.

*Exámen de las facultades intelectuales:* Para conocer el estado de la percepcion externa, pregúntese: *¿qué es esto?*—Para la comparacion: *¿cuál de estas cosas es la*

(1) El detalle de esta cuestion está transcrito de la excelente obra del Dr. Giné y Partagás, que se titula: *Tratado teórico-práctico de Freno-Patología*.

*mayor ó la mejor?*—Para el raciocinio: *¿qué debe V. hacer para estar bueno ó para lograr tal cosa? ¿por qué hace V. esto?*

*Exámen de la voluntad:* La conoceremos diciendo: *Levántese V.—Ande V.—Míreme V.—Cierre V. la puerta, etc.*

*Exámen de las facultades afectivas:* Pregúntese á este propósito: *¿quiere V. á su padre? ¿á su hijo? ¿á su esposa? ¿desea V. regresar á su patria? etc.*

## LECCION 29.<sup>a</sup>

*Reconocimiento del aparato de la vision:  
Párpados; movilidad ocular; córnea trans-  
parente y esclerótica.*

Si con razon se ha dicho que el aparato visual constituye un organismo dentro del organismo humano, queda justificada toda la importancia que debe darse á su exploracion. La latitud de sus procesos morbosos, ha creado una especialidad; pero para el clínico general y particularmente para el médico, el estudio de las afecciones oculares constituye un manantial inmenso de datos que los utiliza para la formacion de los diagnósticos. El exámen del globo ocular y de sus anejos, indica entre otras cuestiones por demás importantísimas, el estado funcional de los nervios ópticos con sus expansiones retinianas, de los nervios motores oculares comunes y externos, del patético, del trigémino, del facial y del gran simpático; indica, como pintado en un espejo, el estado de vascularizacion cerebral con sus hipere-mias, sus anemias, sus dilataciones aneurismáticas, sus

degeneraciones vasculares, sus trombosis y sus equímo-  
sis; manifiesta ciertas topografías de neoplasmas, focos  
hemorrágicos y exudaciones del encéfalo; evidencia el  
desarrollo de algunas enfermedades diatésicas, especial-  
mente la sífilis constitucional, la escrófula y el herpe-  
tismo; y por último, en el fondo del globo ocular se  
dibujan afecciones de tanto valor como las cardiopatías,  
los aneurismas de la aorta, la diabetes sacarina, la albu-  
nuria y la esclerosis del riñon.—Veáse, pues, si interesa  
saber explorar el aparato de la vision, para que ninguna  
de sus particularidades nos pase desapercibida.

*Exámen externo:* Comiéncese por explorar las cejas  
y las pestañas para ver hasta que punto están pobladas,  
y véase luego si los párpados gozan de toda su movili-  
dad; si se cierran y se abren simétricamente; si están  
fijamente abiertos ó si el superior de uno ó de ambos  
ojos está caído; si se distingue alguna alteracion de los  
folículos secretorios de sus bordes, si están ó no expe-  
ditos los puntos lagrimales; si tienen edema, rubicun-  
deces, manchas ó aglomeraciones de xantelasma; y una  
vez reenversados, obsérvese el estado de su vasculari-  
zacion y hasta de sus actividades proliferantes.

Pásese enseguida al reconocimiento de los globos  
oculares y apréciase si han adquirido mayor dureza ó  
mayor blandura ó si conservan su natural resistencia á  
la presion digital; veáse si hay exoftalmía ó si al contra-  
rio están como hundidos en las órbitas; si guardan su  
paralelismo ó si están estrábicos y en este caso si el  
estrabismo es unilateral ó doble, si es convergente ó  
divergente, si es superior ó inferior y si es permanente  
ó transitorio; obsérvese si gozan de movilidad ó perma-  
necen inmóviles, y en el primer caso si ejercen movi-  
mientos voluntarios siguiendo el punto luminoso que

les mostramos ó si, con independencia de la voluntad, entran en oscilacion lateralizada ó rotatoria (nistagmus).

Examínese luego la brillantez ó empañamiento de la córnea transparente, así como las manchas, úlceras y hasta perforaciones que puede ofrecer.

Fíjese despues la atencion en la esclerótica para ver si es blanca, azulena ó amarilla (cuidando de no confundir el matiz ictérico con ciertas coloraciones circunscritas debidas á la presencia de depósitos grasosos subyacentes, cuya amarillez se distingue al través de la mucosa que los cubre); si está anémica ó inyectada y, en este caso, si se trata de una coloracion rojiza difusa, ó de vasos repletos de sangre, rectilíneos ó flexuosos, que cubren toda la superficie esclerotical ó que se concentran en haces (como ocurre en el tífus icterodes), y véase tambien si hay manchas hemorrágicas ó pigmentarias.

### LECCION 30.<sup>a</sup>

#### *Exploracion del iris.*

Es ya tradicional en Clínica médica el exámen del iris con su abertura pupilar, lo que indica que mucho antes de haber asociado á la Patología interna las conquistas de la Oftalmología, vislumbraron los antiguos clínicos toda la importancia de la investigacion ocular en el conocimiento de las enfermedades.

Ninguna manipulacion especial se necesita para el exámen del iris, aparte de su movilidad, y basta entreabrir los párpados y mirar el globo ocular directa ú oblicuamente para que queden apreciadas sus condiciones

de color, la integridad anatómica que posee y la planura, convexidad ó concavidad de su superficie. Para tener una base de que partir, recuérdese que la coloración del iris varia segun la pigmentacion cutánea y pilosa de los individuos, y que los de color trigüeño y pelo negro tienen aquella membrana pardo-oscura y con cierta entonacion negruzca, al paso que los blancos y de pelo rubio ó blondo tienen los íris de color azul verdoso.

La pupila es central y perfectamente circular en los estados fisiológicos, pero con una dilatacion que varia en el sueño y en la vigilia y segun la viveza y cantidad de los rayos luminosos que hieren la retina, tanto, que reducida á 2 milímetros cuando el individuo duerme ó cuando ofende su vista una luz vivísima, se ensancha hasta 6 y 7 milímetros en condiciones contrarias. En los estados patológicos todos los caracteres de figura y de dilatacion pueden modificarse, no solo por las adherencias ó sinequias que se establecen en virtud de flegmasias del iris, sino por perturbaciones de los dos juegos de nervios encargados de su movimiento.

Para apreciar bien el grado de dilatacion pupilar se han inventado los llamados *pupilómetros*, uno de los cuales, el de Follin, muy parecido á los algaliómetros comunes, consiste en una escala representada por círculos negros cuyo diámetro va aumentando desde 1 milímetro á 10; y otro es un compás pequeño que, colocándolo casi tocando la córnea, se acercan sus ramas hasta que coincidan con los extremos del diámetro pupilar.

Para conocer el grado de movilidad del iris y la consiguiente dilatacion de la pupila es preciso una manipulacion que consiste en mantener cerrado un ojo, mientras se cierran y se abren alternativamente los párpados

del que pretendemos examinar, y así, á favor de la luz natural ó, tal vez mejor, de la artificial observaremos como en el instante de quedar el ojo á descubierto se reduce con viveza el diámetro de la pupila y como al cabo de pocos momentos, habituado ya el órgano á la impresion luminosa, vuelve á dilatarse.

Despues de examinar la pupila de un lado, se pasa á la investigacion de su congénere. Pero tambien se pueden examinar sin aquella manipulacion, manteniendo los párpados abiertos y acercando ó separando una bujía; bien que este método puede inducir algunas veces á error, pues en algun caso se operan los movimientos del iris por un acto sinérgico y no porque ambos funcionen en virtud de la accion directa recibida por el foco de luz.

Puede darse el caso de que exista una falta de simetría en los diámetros de ambas pupilas, como sucede en ciertos casos de meningitis tuberculosa, de ténia, de hidrótorax, de aneurisma de la aorta, etc.: entonces es forzoso fijarse á la vez en ambas pupilas, manteniendo los párpados abiertos, para poder establecer el grado de asimetría que existe.

No es comun que en Clínica médica tengamos que apelar á la experimentacion para conocer hasta que punto goza el iris de todos sus movimientos, pero téngase presente que podemos lograrlo con facilidad, usando en colirio ó por ingestion ciertas sustancias medicamentosas que actúan directamente sobre la motilidad del iris, produciendo la miosis ó la midriasis. El opio y sus alcaloides, la eserina y la pilocarpina cierran la pupila, al paso que los narcóticos periféricos y especialmente la atropina y la duboisina la dilatan.

LECCION 31.<sup>a</sup>*Exploracion interna del globo ocular.*

Gloria eterna á Helmholtz, el inventor del oftalmoscopio, instrumento que permite la apreciacion completa, clara y exacta del fondo del globo ocular, en todo aquel campo que la dilatacion de la pupila permite reconocer.

No cumple á nuestro objeto ni siquiera la enunciacion de la multitud inmensa de oftalmoscopios que se han construido, ni de los diversos que los oftalmólogos utilizan, tanto más cuanto, para el clínico que se dedica al tratamiento de los efectos internos, suele ser suficiente uno de los más sencillos, monocular y portátil.

El oftalmoscopio es un instrumento que esencialmente consiste en un espejo de reflexion metálico, ó de cristal azogado, en una lámpara de iluminacion que puede sustituirse en caso necesario, por una buena bujía y en una lente. El espejo de reflexion tiene un agujero en su centro, al través del cual el profesor dirige su mirada, y su superficie puede ser plana, convexa ó cóncava, siendo preferible esta última condicion. La lente puede ser biconvexa ó cóncava; sirviendo la primera para la apreciacion de imágenes invertidas y la segunda para las directas.

Para practicar el reconocimiento del fondo del ojo se necesita dilatar previamente la pupila instilando unas gotas de una disolucion de sulfato neutro de atropina (5 centígramos de sulfato neutro de atropina por 30 gramos de agua destilada), siempre que el grado de su

oclusion impida descubrir el suficiente campo retiniano. Si el enfermo puede abandonar el lecho será útil practicar la oftalmoscopia en un aposento reducido y con las paredes pintadas de negro, verdadera cámara oscura; pero si aquella traslacion es imposible, entonces se le colocará sentado en la cama y no habrá más luz en el aposento que la lámpara de iluminacion. Así las cosas, se pone la luz á la izquierda de la cabeza del enfermo y á la altura del pabellon de su oreja y el médico se coloca en frente pero en un plano algo superior. Toma entonces el mango del espejo reflector con su mano derecha y procura proyectar al fondo del ojo el foco luminoso; con los dedos pulgar é índice de la mano izquierda toma la lente y la coloca delante de la pupila, apoyando el meñique sobre la frente y sien de la persona observada; invita al enfermo á que desvie el ojo que se ha de examinar hácia arriba y adentro, y, dirigiendo el observador su vista al través del agujero central del espejo reflector, distingue el campo retiniano.

### LECCION 32.<sup>a</sup>

#### *Descripcion de la zona oftalmoscópica.*

No se pretenda que para sacar todo el partido de la oftalmoscopia baste dirigir la mirada al fondo del ojo, antes bien se necesita un gran hábito y una gran educacion, que solo se obtienen despues de repetir exploraciones de la misma clase: así nuestro sentido visual sabe apreciar todas las particularidades que la iluminacion interna del globo ocular permite reconocer.

Para tener un punto de comparacion, sépase que la

zona iluminada que podemos percibir al través de la pupila, en el estado fisiológico, se presenta de color que varia entre el pálido como la rosa y el rojo acentuado, segun sean los individuos rubios ó trigueños, y que algunas veces ofrece tambien una entonacion gris ó amarillosa. Sobre esta superficie iluminada se destaca la llamada papila óptica en forma de una mancha blanco rosada ó grisácea, un tanto redonda, pero de ordinario con el diámetro transversal algo mayor que el vertical, y de un contorno algo irregular. Se distinguen en ella tres círculos concéntricos, el más interno, blanco gris, constituido por la extremidad retiniana del nervio óptico, con una escavacion representada por el agujero llamado *porus opticus*, por el cual entran y salen los vasos; el anillo medio llamado corioideo está por fuera del anterior y es de color blanco rojizo ó á veces grisáceo, y más exteriormente está el tercer círculo que se denomina esclerotal, solo perceptible cuando la coroides ofrece poca pigmentacion.

Examinando atentamente la papila, puede verse como los vasos que atraviesan el *porus opticus* se dividen en dos ramas, una superior y otra inferior, cada una de las cuales se subdivide en otras dos que á su vez van dicitomizándose. La arteria se diferencia de la vena en que es más delgada, más roja y menos flexuosa, y en qué se la ve latir cuando hay gran presion vascular; bien que las venas en algun caso pulsan tambien, sobre todo cuando comprimimos la superficie del globo ocular con la punta del dedo y hacemos cesar la compresion bruscamente.

En el mismo centro de la zona oftalmoscópica ó sea hácia afuera y arriba de la papila óptica, cuando con una lente bicóncava percibimos la imágen directa, ó

hacia adentro y abajo, si en el reconocimiento nos valemos de lentes biconvexas, percibimos la llamada mácula lútea, que corresponde al mismo eje ántero-posterior del ojo.

Partiendo de estas bases, que constituyen normalidad, comprenderemos los estados patológicos cuando, v. gr., el fondo del globo ocular se presente de color rojo intenso como en las flegmasias retinianas ó coroideas, blanco como en la infiltracion serosa, amarillo anaranjado como en la leucemia; cuando los vasos están muy inyectados ó deprimidos y casi invisibles ó varicosos, ó formando ganchos; y cuando la papila está muy escavada ó roja ó blanca, etc.

### LECCION 33.<sup>a</sup>

#### *Reconocimiento de la funcion visual.*

Nos enteramos de la sensibilidad retiniana por medio de la *fosfenoscopia* ó sea, exploracion que consiste en comprimir diferentes puntos del globo ocular con la punta del dedo ó con un cuerpo duro de punta roma, en cuyo acto el enfermo percibe subjetivamente la impresion de anillos luminosos llamados fosfenos. Cuatro de estos admiten los oftalmólogos, con los nombres de frontal, malar, temporal y nasal, y se obtienen comprimiendo respectivamente el punto de insercion del músculo recto superior, del recto inferior, del recto externo y del interno. Cuando se solicita la aparicion de un fosfeno, el individuo en quien experimentamos percibe dos anillos luminosos, uno grande en el sitio diametralmente opuesto á la compresion (fosfeno mayor) y otro

mucho más pequeño (fosfeno menor) en el mismo punto comprimido.

Recuérdese que cuando la retina va perdiendo su sensibilidad, es el fosfeno malar el primero que desaparece y luego el frontal, el temporal y por último el nasal, y reaparecen en orden inverso á medida que se restablece el funcionalismo retiniano.

Interesa tambien en Clínica médica conocer la agudeza visual, y semejante investigacion la realizamos por medio de las llamadas *escalas métrico-decimales para la vision próxima* y por medio del optómetro.—Las escalas consisten en caracteres de imprenta cuyas dimensiones varian de uno á diez, y cada uno de ellos puede ser leído, cuando la vision es normal, á una distancia previamente fijada: por lo tanto si un individuo para leer tiene necesidad de alejar más ó ménos el carácter de imprenta de su órgano visual, se dice que su agudeza visual está alterada en la cantidad que corresponde al aproximamiento ó alejamiento del objeto que ha de ser percibido.—El optómetro es un instrumento que consiste en un tubo de cobre cilíndrico, que resulta de la union de dos que se encajan uno dentro del otro, á manera de un anteojo, y que viene montado en un tallo vertical que lo sostiene. El tubo cilíndrico tiene en su interior una lente convergente fija, y en uno de sus extremos, el opuesto á la abertura por la cual el enfermo ha de mirar, se coloca una placa de cristal que contiene, fotográficamente reducidas, las letras ó las figuras que se han de distinguir al través de la lente indicada. Como las dos piezas del tubo optométrico son movibles, se comprende que, segun sea la fuerza visual del individuo en quien experimentamos, se habrán de aproximar ó alargar más ó ménos, para que

el ojo que mira por uno de los extremos del tubo, pueda percibir los objetos dibujados en el otro.

Es tambien comun en Clínica médica que los enfermos pierdan parcial ó completamente la facultad de percibir los colores de los objetos y padezcan la acromatopsia. Para este exámen podemos valernos de hojas de papel, pintadas con los diferentes colores del espectro solar, que iremos sucesivamente mostrando al enfermo para ver si en realidad los distingue; pero será preferible poseer las llamadas *escalas visuales cromáticas* que llevan figuras geométricas, letras ú otros objetos pintados de negro, rojo anaranjado, amarillo oscuro, amarillo claro, verde oscuro, verde claro, azul de Prusia, azul claro, violado y blanco (1).

#### LECCION 34.<sup>a</sup>

### *Exámen del oido: Pabellon y conducto auditivo externo. Auscultacion del oido.*

El estudio de las enfermedades del oido constituye hoy día una especialidad, pero en Clínica médica interesa muchas veces la exploracion del órgano para investigar si las perturbaciones auditivas se enlazan con una lesion directa del aparato de la audicion ó si dependen de un afecto cerebral.

El reconocimiento es complejo, pues debe extenderse al pabellon de la oreja y conducto auditivo externo, al oido medio y al oido interno (2).

(1) Véase *El Exámen de la vision*, por el Dr. Carreras y Aragó. Barcelona, 1880.

(2) Véanse *Las Manipulaciones Clínicas*, por el Dr. Moreno. Madrid, 1881.

Para examinar el pabellon basta la luz natural ó la artificial.

El conducto auditivo externo puede ser explorado en la mayor parte de su trayecto, tirando con los dedos el pabellon arriba y atrás, y dirigiendo un rayo luminoso al interior; pero si queremos completar el exámen y reconocer al propio tiempo la membrana del tambor, se ha de echar mano de un espéculum de calibre proporcionado á las dimensiones del conducto, despues de lavarle con inyecciones de agua templada.

Los espéculums pueden ser de una sola pieza, de dos ramas movibles, en cuyo caso han de abrirse en el sentido ántero-posterior, y se usa tambien el de Brunton. Este se compone de un cilindro metálico, en cuyo centro hay un espejo agujereado, colocado de modo que forma ángulo con el eje del tubo. Frente á este espejo hay una abertura redonda en el tubo, á la que está soldado un cono metálico que sirve para recoger la luz procedente de una lámpara y enviarla á la superficie del espejo. El tubo tiene en uno de sus extremos una lente biconvexa y en el otro unos tubos cónicos, de diferente calibre, y que son los espéculums propiamente dichos.

Esos instrumentos de exploracion deben calentarse préviamente y se introducen estando el enfermo sentado, tirando el pabellon de la oreja arriba y atrás, al objeto de disminuir en lo posible la corvadura posterior del conducto auditivo externo.

Una vez aplicado el espéculum, no solo puede distinguirse la membrana del tímpano sino su movilidad, haciendo que el enfermo degluta, siempre que las trompas de Eustaquio no estén obstruidas, ó valiéndonos del espéculum pneumático de Galante y del manómetro auricular.

Para reconocer los ruidos que se producen en la caja auditiva nos valemos del otoscopio, que consiste en un tubo de caoutchouc de medio metro de longitud y de un centímetro de diámetro, en cuyas dos extremidades tiene dos piezas de hueso ó de madera de figura olivar, taladradas en su centro y que se colocan una en el conducto auditivo del que ausculta y otra en el del auscultado. Con este instrumento, que permite apreciar los ruidos del oído medio en el acto de renovarse el aire en su interior, pueden diagnosticarse los catarros del oído medio, las perforaciones del tímpano y las oclusiones de las trompas.

### LECCION 35.<sup>a</sup>

#### *Reconocimiento de las trompas de Eustaquio y de la fuerza auditiva.*

Las trompas de Eustaquio se reconocen por el método de Valsalva, por el de Politzer y por el cateterismo.

El primero consiste en hacer que el enfermo, después de inspirar profundamente, cierre herméticamente la boca y nariz, y expire con fuerza y rapidez, en cuyo acto el aire arrojado de los pulmones, no encontrando salida por las aberturas naturales, enfila por las trompas y penetra en la caja del tambor. Teniendo entonces aplicado el tubo otoscópico se percibe el ruido que el aire produce, á ménos que las trompas estén obstruidas.

El segundo estriba en cerrar la boca del enfermo, mientras que, á favor de una pera de caoutchouc que termina en un tubo recto, se insufla por la abertura nasal correspondiente una cantidad de aire que llega hasta el interior de la caja, si las trompas están practica-

bles, y se produce un ruido que podemos apreciar con el tubo otoscópico previamente aplicado.

Para el cateterismo se coloca al enfermo sentado enfrente del observador y con la cabeza inclinada atrás; se coge la sonda ya construida á propósito (de Morrion ó de Bonnafont) con los dedos medio, índice y pulgar de la mano del mismo lado que se ha de sondar y colocando la mano al nivel de la barba del enfermo, con la corvadura del pabellon hácia abajo, se introduce por el cornete inferior hasta que toda la corvadura haya penetrado, se levanta la mano hasta la altura de la nariz, empujando el instrumento hasta que falte la resistencia y entonces, apoyando la sonda contra el tabique nasal, se imprime á la extremidad introducida un ligero movimiento rotatorio arriba y afuera, se empuja ligeramente y enfila en la abertura de la trompa.

Para reconocer el grado de audicion que los enfermos poseen, podemos valernos de nuestra voz, debilitándola gradualmente ó esforzándola, mientras se mantiene cerrado uno de ambos oídos; ó tambien podemos utilizar el reloj para apreciar á qué distancia el enfermo percibe su tic-tac, aplicándolo primero junto al pabellon y separándolo gradualmente ó manipulando en sentido inverso, aunque siempre en direccion rectilínea. Pero es preferible valerse de un diapason que se hace vibrar y se coloca en distintos puntos de la cabeza, pero particularmente en el vértice, en las regiones temporales y en las apófisis mastoideas; el enfermo debe taparse ambos oídos con sus dedos, y si no oye al través de las paredes del cráneo las vibraciones sonoras del diapason, puede concluirse que la sordera es completa.

LECCION 36.<sup>a</sup>*Investigacion de la sensibilidad general.  
Estesiometría.*

Importa reconocer la sensibilidad táctil, la térmica y la dolorosa, sin necesidad en los más de los casos, de establecer un análisis más minucioso, porque las exigencias de la Clínica no siempre pueden equipararse á las de la Fisiología.

Llámanse estesiómetros los instrumentos encargados de medir la sensibilidad táctil. La teoría que ha dado pie á su construccion, inventada por Sieveking en 1858, no puede ser más sencilla: cuando se aplican en una region de la superficie del cuerpo, dos cuerpos de punta más ó ménos roma, se percibe una impresion de contacto doble ó única, segun sea la distancia que separa ambas puntas y segun sea tambien el grado de sensibilidad de la parte sobre que se experimenta. Siendo así es facilísimo improvisar un estesiómetro, valiéndonos de las puntas de nuestros dedos ó de dos palillos, de dos lapiceros, de dos alfileres, etc., que aproximamos ó separamos á voluntad, para que el enfermo, con los ojos préviamente cerrados, nos manifieste si recibe ó no la impresion de contacto, y si conoce cuando le tocamos con uno ó con dos de los cuerpos empleados para la investigacion estesiométrica.

Mas, cuando queramos proceder con más perfeccion, podremos emplear el estesiómetro de Weber ó el de Liegeois.—El primero, consiste sencillamente en un compás cuyas puntas poco afiladas son de marfil ó de hue-

so; el grado de separación que se da á las ramas queda marcado en un pequeño arco, que lleva grabada una escala dividida en milímetros y que se mantiene articulado con una de las ramas del compás.—El segundo no es más que un podómetro, de figura parecida al que usan los zapateros para tomar la medida del calzado, y consiste en una regla graduada que corre dentro de una vaina, en cuyos extremos están articuladas, en dirección perpendicular, dos pequeñas piezas que terminan en punta algo roma; aplícanse estas sobre la región que se investiga y como la regla corre libremente dentro de su vaina, se pueden aproximar ó separar las puntas del estesiómetro para apreciar la sensibilidad táctil.

Como no es igual en todas las regiones la sensibilidad de la piel y de las membranas mucosas accesibles, conviene esta determinación previa, para tener una base segura de que partir. Hé ahí, á este propósito, la escala estesiométrica señalada por Weber, y que marca la diferente distancia á que son percibidas las puntas del estesiómetro, según sea la región experimentada, apuntando cifras redondas, para su mejor recuerdo:

Punta de la lengua. . . . .	1 milímetro.
Cara palmar de la tercera falange de los dedos. . . . .	2 »
Borde rojo de los labios. . . . .	4 »
Cara palmar de la segunda falange. . . . .	4 »
Cara dorsal de la tercera falange. . . . .	6 »
Punta de la nariz. . . . .	6 »
Cara palmar de la cabeza de los metacarpianos. . . . .	6 »
Línea media del dorso y de los bordes de la lengua, á dos milímetros de la punta. . . . .	9 »
Borde cutáneo de los labios. . . . .	9 »
Metacarpo del pulgar. . . . .	9 »
Cara plantar de la segunda falange del dedo gordo. . . . .	11 »
Dorso de las segundas falanges de los dedos. . . . .	11 »

Carrillos y párpados. . . . .	11 milímetros
Bóveda palatina. . . . .	13 »
Cara plantar del primer metatarso. . . . .	15 »
Cara dorsal de la cabeza del metacarpo. . . . .	18 »
Cara interna de los labios. . . . .	20 »
Parte inferior de la frente y parte posterior del talon	22 »
Parte inferior del occipital. . . . .	27 »
Dorso de la mano. . . . .	31 »
Cuello, debajo del menton. . . . .	33 »
Rodilla. . . . .	36 »
Sacro, nalgas, antebrazo, pierna y dorso del pié. . . . .	40 »
Esternon. . . . .	45 »
Nuca y dorso. . . . .	51 »
Muslo y brazo. . . . .	67 »

La sensibilidad dolorosa la reconocemos comprimiendo fuertemente los tejidos cutáneos ó mucosos, pellizcándolos ó pinchándolos con alfileres.

La sensibilidad térmica puede apreciarse por medio de esponjas empapadas en agua caliente ó en agua fria, y tambien por medio del podómetro descrito, con una pequeña modificacion, que consiste en construir huecas las piezas verticales que se han de poner en contacto de los tejidos, para llenarlas con un líquido cualquiera á diferente temperatura; pero es más práctico valerse de las esponjas ó de un cuerpo cualquiera, frio ó caliente.

De ordinario, en los puntos en donde hay más esquisita sensibilidad táctil, la hay dolorosa y térmica; sin embargo, no se olvide que el dorso de la mano, con una sensibilidad de la primera clase no muy esquisita, es muy sensible para percibir las temperaturas de los cuerpos.

LECCION 37.<sup>a</sup>*Reconocimiento de la motilidad. Dinamómetro. Dinamógrafo.*

La simple aplicacion de la vista y del tacto del clínico sirven grandemente para reconocer los trastornos de la motilidad, y hasta puede asegurarse que en ciertos casos nuestras funciones sensoriales superan en perfeccion á los datos que los instrumentos pueden suministrarlos. Las impresiones que directamente nosotros recibimos son más inteligentes y, sobre todo, más sintéticas, por lo cual conducen mejor á la formación del diagnóstico.

Al levantar el brazo de un enfermo y al verlo caer péndulo y como masa inerte, cuando lo dejamos abandonado, sospechamos desde luego una paresia muscular ó una parálisis; al notar que un miembro guarda una actitud más ó ménos forzada y que difícilmente haciendo tracciones podemos restituirlo á su posición natural, comprendemos que la tonicidad de los músculos está aumentada, si es que no hay un daño articular que explique la resistencia; por la simple vista conocemos los temblores y las fuertes convulsiones, y por la vista y el tacto percibimos las rigideces, los calambres, las contracturas y las convulsiones tónicas. De esta manera y sin el concurso de ningun instrumento exploratorio, nos elevamos con rapidez y seguridad á la formación de los juicios clínicos, y decimos: este enfermo padece la epilepsia, aquél el histerismo y el de más allá la parálisis

agitada; ese el temblor del alcoholismo crónico, y el otro el de la corea.

De todos modos, puede con exactitud conocerse la fuerza de contraccion muscular por medio del *dinamómetro*, bien que dando nuestra propia mano al enfermo para que nos la comprima fuertemente con la suya, podemos hacer tambien una apreciacion bastante exacta de la fuerza con que se contraen sus músculos manuales y los del antebrazo, y con diversas manipulaciones análogas inquirimos la de otros planos musculares.

El dinamómetro consiste en un resorte de acero elíptico que lleva una aguja móvil, cuyas oscilaciones se marcan en un cuadrante graduado. Para reconocer la fuerza de presion, coloca el enfermo en su mano el dinamómetro y lo comprime en el sentido de su diámetro menor, y para explorar la fuerza de traccion, el enfermo tira de los extremos del diámetro mayor. En uno y en otro caso se aproximan más ó ménos los lados de la elipse y hacen oscilar la aguja. El hecho fisiológico que sirve de base al cálculo consiste en que un hombre de mediana edad y con buena robustez, desarrolla una fuerza de compresion representada por 50 kilogramos, y una traccion representada por 130; cifras que corresponden á las numeraciones grabadas en el cuadrante del dinamómetro.

Para recordar el grado de fuerza desarrollado en cada una de las exploraciones, Robert y Collin han perfeccionado el instrumento, añadiéndole una aguja que queda inmóvil cuando se alcanza en un momento dado el *summum* de contraccion; así en el segundo exámen se puede comparar mejor, sin necesidad de llevar nota.

Es bien sabido que los músculos, en el acto de contraerse, cambian de figura y describen las llamadas por

*Aeby ondas de contraccion:* por manera que hay una gráfica muscular, como la hay del pulso y del corazón. Esas ondulaciones que tienen una altura determinada en los estados fisiológicos, se modifican en los estados patológicos, y tal apreciación puede lograrse por medio de un instrumento llamado *dinamógrafo*. Consiste en un dinamómetro común cuyos movimientos son transmitidos, mediante un delicado mecanismo, á una palanca muy sensible, en cuya extremidad libre tiene un lápiz. En el acto de la contracción muscular la palanca ejerce un movimiento oscilatorio muy pronunciado en su punta, y puede ir trazando con su lápiz sobre un papel que se mueve en el sentido longitudinal, á favor de un resorte, una línea recta, en zig-zag ó más ó menos ondulante, según cual sea el estado de la contractilidad muscular.

### LECCION 38.<sup>a</sup>

#### *Exámen del sentido muscular y de la contractilidad eléctrica.*

Para nuestro caso, al hablar del sentido muscular, queremos tan solo hacer referencia á aquel conocimiento que el individuo puede tener del grado de fuerza que en un momento dado desarrolla, problema de todo punto complejo si se le estudia al través del prisma fisiológico. Por medio de este sentido, nuestras extremidades superiores permiten apreciar diferencias de peso cuyo *mínimum* es de 39 á 40 gramos, mientras que las inferiores, mucho más torpes en este punto, no aprecian diferencias menores de 50 á 70.

Todavía no se ha construido un instrumento que per-

mita reconocer con exactitud los cambios que experimenta el sentido muscular de los enfermos, así es que entretanto se apela á los procedimientos de Jaccoud y de Geannel, imperfectos de suyo, pero que importa conocer. Para ello se coloca el enfermo acostado transversalmente en la cama, y con los piés fuera de la misma, para poderlos elevar con libertad; cuelga Jaccoud en la garganta del pié un saco con pesos que varían á voluntad, y se vale Geannel de una série de anillos que penden de un gancho préviamente colocado en la misma extremidad, y la experimentacion consiste en elevar el enfermo la pierna para reconocer si aprecia con exactitud ó aproximadamente el peso que levanta.

Se completa el reconocimiento de la contractilidad muscular por medio de las aplicaciones eléctricas; medio de investigacion preciosísimo é insustituible que permite apreciar no tan solo la integridad, exaltacion, disminucion y abolicion de la fuerza contráctil de los músculos, sino que sirve al propio tiempo para poner de relieve el estado anatómico en que se encuentran las fibras musculares y los orígenes de nutricion de los filetes nerviosos de movimiento. Dada una parálisis, muchas veces importa saber si es central ó si es periférica, si es de origen encefálico ó medular, si depende de puros fenómenos de compresion de los centros nerviosos ó de alteraciones de textura de los elementos intrínsecos que los constituyen, y tambien importa averiguar si el músculo paralizado ofrece aun garantías anátomo-fisiológicas de restablecimiento, ó si, convertido ya en masa grasosa, es de todo punto inepto para sus juegos contráctiles.

Aquella investigacion nos dice que hay enfermedades en las que ningun cambio se opera en su excitabilidad

eléctrica, y que músculos y nervios responden como en el estado normal así á las corrientes continuas como á las inducidas; tal ocurre en las hemiplegias hijas de la hemorragia cerebral, de la embolia y de los tumores cerebrales, como tambien en las parálisis periféricas de origen traumático ó reumatismal; lo que prueba que el órgano solo ha perdido sus condiciones de conductibilidad. La misma investigacion nos demuestra que hay aumento de la excitabilidad eléctrica en el histerismo, en la ataxia locomotriz y en la parálisis agitada, y que, al contrario, hay disminucion en las parálisis bulbares, en las afecciones espinales amiotróficas y en ciertas formas de mielitis. Y, por último, hay un grupo de parálisis, en las que la electricidad produce las llamadas por Erb *reacciones de degeneracion*, y que sumariamente consisten en que la exploracion farádica permite descubrir en los primeros dias una disminucion y más tarde (de los 15 á los 14 dias) una pérdida completa de la contractilidad; pero despues, hácia el fin de la segunda semana, á esa debilidad sucede una exaltacion que se pone en juego, no por medio de las corrientes farádicas, sino de las galvánicas. Semejantes modalidades de la excitabilidad eléctrica se observan en las parálisis periféricas, sobre todo del facial, en algunas de origen traumático con seccion completa ó con simple compresion de los filetes nerviosos, y tambien en la parálisis infantil y en las saturninas.

Para estas exploraciones suele usarse un aparato volta-farádico (el de Gaiffe), por desarrollar las dos corrientes, inductora é inducida, y por tener un regulador. Conviene empezar por corrientes débiles inductoras, y despues gradualmente se usan más intensas y hasta inducidas. Los reóforos, que suelen ir protegidos por

una piel de gamuza ó por esponjas, se aplicarán mojas en una solucion de cloruro de sodio ó de ácido sulfúrico, al objeto de vencer mejor la resistencia de la piel y llegar á la trama del músculo. Se coloca un reóforo al nivel de la insercion del músculo ó del tronco nervioso que anima el órgano, y el otro como á la mitad de la longitud de la masa carnosa.

### LECCION 39.<sup>a</sup>

#### *Inspeccion del cráneo y de la columna vertebral.*

Pocas veces tiene importancia en Clínica médica la inspeccion del cráneo para adquirir el conocimiento de las lesiones cerebrales, pues no es lo comun que los trastornos materiales del contenido lleguen al punto de modificar la configuracion exterior del cráneo, ni siquiera es muy natural que las presiones ejercidas en el cuero cabelludo soliciten actos internos que el médico pueda apreciar. Es cierto que el hidrocéfalo crónico cambia profundamente la colocacion de los huesos craneales y que en Frenopatía no están destituidos de valor los signos que pueden recojerse inspeccionando la bóveda del cráneo; pero fuera de estos casos en que conviene explorar los diámetros, los aplastamientos, los abombamientos y todas las modificaciones que hayan podido operarse en los huesos, aquella inspeccion interesa muy poco.

No así respecto de la columna vertebral, cuya exploracion directa es de rigor para el diagnóstico de las enfermedades de la médula.