

El médico debe mostrarse siempre afable con el enfermo, y determinar con exactitud la extensión de los desórdenes locales, sin descuidar el estado general y moral. Debe escucharle con atención para sacar partido de todo lo que diga; y aunque note en el relato qué haga de ciertos hechos, alguna cosa evidentemente errónea, es menester discutir seriamente y sin burla. Debe ponerse especial cuidado en no precisar por completo, las cuestiones que se plantéen. Enfermos hay, que con la mejor intención están siempre dispuestos á poner en práctica sus teorías y sus ideas, en la creencia de que poseén conocimientos suficientes para teorizar y discurrir sobre su enfermedad. El médico debe entónces guiarles y no dejarse dirigir por ellos; separar los signos juzgados importantes, servirse con prolijidad y, sobre todo, ponerse en guardia contra un engaño, muchas veces difícil de evitar en ciertos enfermos, cuyas respuestas son premeditadas cuando son interrogados, siendo estos los casos que exigen informaciones más minuciosas. Entónces, es mejor dejarles exponer libremente lo que ellos sepan de su estado, de las circunstancias que han precedido, acompañado ó determinado la afección que se observa; pero, en tésis general, lo preferible y más acertado es que el médico multiplique sus cuestiones á dejar responder al enfermo extensamente: siempre que sea posible deberá ser el interrogatorio corto y preciso, exigiéndose del enfermo contestaciones también precisas y concretas. Si por circunstancias especiales, no puede el enfermo proporcionarnos otros datos que la indicación del asiento del mal y los que se desprenden del exámen directo, hay que tener la prudencia suficiente y los cuidados necesarios que se deben á todo individuo que se halla en estado de sufrimiento.

## LECCIÓN XXII.

### Investigación del conmemorativo.

---

ANAMNÉSIA.—Así se designa en Clínica, al acto de investigar y tomar nota, para su estudio, de los conmemorativos del enfermo, esto es, de todo lo acaecido en él, dentro del dominio higio-fisio-patológico y terapéutico, hasta el momento en que se presenta á nuestra observación. Raro es, el que no tenga su historia, en aquel cuádruple concepto, ya que no es frecuente, que seamos los primeros en intervenir en la primera evolución del mal, y á combatir la primera enfermedad. Casos hay en verdad,—son los ménos sin embargo,—en que no existe ó no puede encontrarse relación alguna entre la enfermedad actual, y las antecedentes, como suele suceder en ciertos padecimientos agudísimos, que se desarrollan y siguen su curso con extrema rapidez y sin relación alguna con enfermedades anteriores, y que por lo mismo ni son de interés, ni podrían adquirirse, por el excepcional y grave estado del enfermo.

El exámen del *conmemorativo*, puede suministrar datos utilísimos, más como tiene por base la *interrogación* del enfermo, de su familia, de aquellos que le han asistido, ó en ciertos casos, de personas que por casualidad fueron testigos de algún accidente, sólo podrán tener un valor relativo. El médico no debe aceptar los datos que le sean suministrados, más que para tenerlos presentes, y sólo tendrán valor, cuando lo dicho por el enfermo, sea confirmado por el exámen directo ó por la observación de la marcha ulterior de la enfermedad.

Hay quien establece la división de la *anamnésia*, en *fisiológica*, *etiológica*, *patológica* y *terapéutica*; distinción que áunque fundada en lo que cada una de dichas clases debe comprender, no la consideramos de absoluta necesidad, porque en el sólo hecho de justificarse la importancia que, en clínica, tiene, lo que se llama el *conmemorativo*, como quiera, que éste, lo constituyan los antecedentes del individuo, que es objeto de nuestra observación; se comprende, que ha de abarcar todo lo que dentro de lo fisiológico, etiológico, patológico y terapéutico haya ocurrido.

Natural es, pues, que el médico, al penetrar en el campo de la *anamnésia*, no omita la indagación de cuánto á ella es pertinente; y como lo sea todo lo que se refiere á la vida psicológica, en sus condiciones de edad, sexo, temperamento, constitución, idiosincrasia, género de vida, profesión, punto de residencia habitual ó temporal: las causas que sobre el mismo hayan actuado: padecimientos anteriores y tratamiento empleado, porque todo ello es de un interés clínico indiscutible; resulta de ahí, que en el sólo nombre de *conmemorativo* viene yá involucrado todo lo que debe ser objeto de estudio. Lo que no admite duda, es, que en medio del valor clínico que representan todas las partes que lo componen, hay unas, de facilísima averiguación, como lo son, por ejemplo, las del orden fisiológico.

No sucede otro tanto, en lo que atañe á la inquisición de las condiciones etiológicas, que hayan dado origen al padecimiento, lo sostengan ó fomenten. Precisamente, por ser este, uno de los puntos más oscuros y que mayores dificultades ofrece, es por lo que requiere mucho tino y cierta perspicacia por parte del facultativo, no debiendo olvidar, que nunca estarán de más, cuántos medios emplee para llegar á su conocimiento.

Los antecedentes patológicos tienen en algunos casos una importancia extraordinaria. No siempre, á pesar de esto, debemos ser muy prolijos en su investigación y en sus apreciaciones.

nes; la prolijidad en ciertas circunstancias, podría llevarnos hasta al ridículo; en aquellos casos, como los hay, en que el diagnóstico puede establecerse sin antecedente alguno. ¿Qué nos ha de importar, por ejemplo, saber, si el enfermo que padece hoy viruelas, padeció en otra época una meningitis ó una pneumónia, sinó hay, ni puede haber relación alguna entre estos padecimientos anteriores y el de actualidad?

No sucede otro tanto en las afecciones crónicas: en éstas puede decirse, que son de rigor los antecedentes morbosos: estos, casi siempre, tienen una relación más ó ménos íntima con la enfermedad que hemos de combatir, y en tal concepto, tendrán, ya por su larga fecha, ya por las trasmutaciones que durante su curso se vayan operando, más importancia, que en los padecimientos agudos, para la formación del juicio diagnóstico.

Esto debe tenerse muy presente, para no incurrir en el ridículo de un interrogatorio insustancial, inoportuno muchas veces, y siempre en ciertos casos, como el indicado y otros que se pudieran citar, completamente inútil.

El saber la medicación á que ha estado sugeto el enfermo, ó mejor, todo cuánto diga relación con la terapéutica empleada hasta el momento presente es de tal valor, que, no puede prescindirse de su averiguación. Su conocimiento, ha sido en determinadas circunstancias, uno de los datos decisivos de un diagnóstico dudoso. El *Naturam morborum curationes ostendunt*; es un axioma de un interés muy positivo. ¡Cuántas veces el resultado de la medicación, empleada por via de ensayo, ha debido ser la que descorra el velo que ocultaba la naturaleza de la dolencia! Un caso citaremos, entre otros que se pudieran aducir: es un enfermo, por ejemplo, que aqueja dolores que vagan por distintos puntos de su cuerpo, que ya aparecen en las extremidades superiores, ya en las inferiores, ora en la cabeza, ora en el tronco, cuándo en el grosor de los miembros, cuándo en las junturas de los mismos; que van,

vienen, se exacerban y calman, y cuya génesis no hemos podido averiguar, pero que por ser sus manifestaciones sindrómicas análogas á las que se ofrecen en lesiones de la sensibilidad de diversa procedencia, así pueden ser neurálgicos, como sifilíticos, como hidrargíricos, como hijos del saturnismo; el saber que estos dolores habían desaparecido, en otras ocasiones, con la administración del salicilato sódico, del cólchico y de los baños termales, alejará toda sospecha de derivación sifilítica, saturnina é hidrargírica, para evidenciarnos su índole reumática.

Y no es sólo bajo este punto de vista, que tiene interés, en clínica, saber de antemano la medicación empleada; ésto también en el concepto de evitar el empleo de ciertos agentes, que por una manera especial de ser del enfermo, no son tolerados ó producen efectos diametralmente opuestos á los que tienen asignados y á los que nos proponemos alcanzar. Pues, ¿no sucede en algunos individuos, qué el ópio en vez de producirles estupor, les ocasiona insómnio?

A la vez, que para esto, interesa el conocimiento de la terapéutica empleada, para huir de lo que podría ser motivo de desconfianza, sobre todo hoy, que deudos y enfermos, todos quieren enterarse y discurrir sobre las prescripciones del médico. Interesa, pues, conocer las medicaciones empleadas, para no reproducirlas, sobre todo aquellos medicamentos que habían resultado ineficaces, pudiéndolos así sustituir por otros, que sobre mantener nuestro prestigio, tal vez, en medio de su inferior energía, obren más ventajosos resultados.

## LECCIÓN XXIII.

### **Exploración del enfermo.—Exámen del estado actual.**

---

El estudio del estado actual , comprende la comprobación de los síntomas suministrados por el enfermo y por la enfermedad. Hágase ántes ó después de recogidos los datos conmemorativos, ó sin ellos , según los casos , conforme llevamos ya dicho; el exámen del enfermo, debe hacerse por completo, con aplicación de todos los procedimientos de exploración que sean necesarios y por un método lógico y riguroso.

Siguiendo este criterio , procede comenzar la investigación por el aparato ú órgano que por los antecedentes adquiridos, se sospeche ser el principalmente afectado, recurriendo á la exploración directa , de la región , órgano ó aparato donde radica la dolencia , siempre que sea posible, para determinar la naturaleza y extensión de la lesión, como así mismo para averiguar las relaciones de éste con las diversas partes de la región ó de el órgano que se examina. A continuación de esto, se practicará el exámen del estado en que se encuentre el funcionalismo de los otros órganos que tengan relación directa con aquél, dejando para lo último , los que están poco relacionados ó en completa independencía de la afección principal.

De lo dicho , se deduce claramente , que para ser completa la investigación , debe comprender dos partes ; una destinada á apreciar los cambios sobrevenidos en la forma , volúmen , consistencia , temperatura , actitud y fisionomía del enfermo; es el

que llamaremos *exámen anatómico*, que nos pone de manifiesto los principales signos objetivos; otra, cuyo objeto es averiguar los trastornos funcionales que existan, sea que tengan origen directo en la lesión del órgano donde la función es trastornada, ó sea tan sólo, la expresión refleja de una lesión más ó ménos distante, pero extraña al órgano, cuya funcionalidad es normal: éste constituye el *exámen funcional*.

Uno y otro deberán ser tan minuciosos, cual lo reclamen las circunstancias, para que no nos pasen desapercibidos ciertos datos que pueden ser de interés, sobre todo en lo que se refiere al sitio del mal, y á las funciones preferentemente afectadas. En estos puntos debemos esforzar la atención, repetir una y otra vez las exploraciones para que nada se nos escape y las percepciones sean completas. Quiere esto decir, que al apreciar ciertos síntomas, es necesario precisarlos bien, interrogando una y otra vez al enfermo, á fin de averiguar las condiciones de su presentación. Hay, por ejemplo, alteración en el líquido urinario: es menester, desde luego, inquirir lo que ofrezca de particular el acto de la micción, si es lenta, pronta ó interrumpida, averiguemos la frecuencia con que se verifique, caracteres físicos que presenta la orina luego de expelida, cantidad excretada en un período dado, síntomas que acompañan al acto y fenómenos que le subsiguen. Acusa el enfermo haber tenido vómitos de sangre; inquérase en este caso, la cantidad y calidad expelida en cada uno, caracteres físico-químicos, como color, olor, y si ha salido líquida ó coagulada, las reacciones que produjera, fenómenos que hayan acompañado, precedido y subseguido al vómito sanguíneo etc., procediendo de igual modo en todos los síntomas más culminantes y que ofrezcan mayor interés.

El exámen funcional, no podrá en ninguna circunstancia dispensarnos del exámen anatómico, el cual ha de contribuir poderosamente á dar al diagnóstico un carácter de certeza y de evidencia, que de otra manera, no es fácil alcanzar, y más

cuándo nos es posible practicarle en unión del exámen funcional. Entiéndase, sin embargo, que no siempre hay *oportunidad* para la exploración directa. Este modo de exámen, puede en efecto, ofrecer sérios inconvenientes, ser doloroso, impracticable á veces, no tener el menor objeto ó ser rehusado por el enfermo. Así es, que no en todas ocasiones, podremos verificar inmediatamente el exámen endoscópico, ni hacer las aplicaciones del laringoscopio, oftalmoscopio y especulum que nos habrían de suministrar datos de exploración directa. Entónces, hay que estudiar los trastornos funcionales, para por ellos, juzgar si este es de necesidad inmediata, si tiene ó no inconvenientes, ó si debe vencerse la repugnancia de los enfermos y proceder desde luégo á un exámen más profundo.

Téngase en cuenta, por fin, que así el interrogatorio como el exámen de un enfermo que sufra afecciones muy complejas, ha de ser prolijo y detenido, y en consecuencia, que debe producir fatiga el sostener por mucho tiempo la atención: es, por este motivo, conveniente, sinó apremia el tomar determinación precisa, dividir el trabajo, haciendo el exámen en várias sesiones, y de este modo se encuentra el espíritu en mejores disposiciones para recoger los datos y formar juicio decisivo.

## LECCIÓN XXIV.

**Dificultades que se ofrecen en el exámen de ciertos enfermos.—Manera de subsanarlas.**

---

No siempre es taréa fácil la del exámen de los enfermos. Algunos hay que por su poca edad, por su falta de instrucción

y más frecuentemente en razón á la naturaleza ó carácter especial de su dolencia, no se encuentran en la aptitud necesaria, para ser fiel instrumento de nuestra investigación, haciéndose imposible recabar de ellos por el interrogatorio, los datos y detalles que nos suministra el exámen, cuando puede realizarse en condiciones favorables.

En unos, la dificultad estriba en la poca edad que ni les permite apreciar debidamente las sensaciones que experimentan, ni comprender muchas veces las preguntas que se les dirigen: en otros lo es, su rudimentaria ilustración, á veces la diferencia en el idioma, y en otros, por fin, resulta de su incapacidad mental.

En ciertos padecimientos, como los quirúrgicos muy especialmente, y también algunos del dominio de la medicina interna, estos inconvenientes, se salvan en gran parte, porqué los principales síntomas son objetivos, y tan gráficos, que necesitamos pocos antecedentes para establecer el juicio. Más ocurre en muchísimos casos, que sobre ser escaso y poco significativo el cuadro sindrómico, es la enfermedad de aquellas para cuyo diagnóstico, no existen más datos que los fenómenos subjetivos, entónces es grave, gravísimo el apuro en que se encuentra el Clínico. En táles circunstancias, no le queda más recurso que apelar al testimonio de otras personas, que hayan intervenido en la dolencia ó tengan alguna relación con el enfermo, y cuando ni esto sea asequible por el estado de aislamiento en que viva, buscaremos en el exámen de los fenómenos objetivos que se puedan apreciar, si existe algo que nos indique el órgano, aparato ó región más directamente afectados, para dirigir sobre el que aparezca serlo, nuestras sucesivas investigaciones.

Otro de los motivos, que como hemos dicho dificultan el reconocimiento, es la imposibilidad de obtener contestaciones á las preguntas que hacemos al enfermo, y que éstas expresen la realidad de los hechos que tratamos de investigar. Hemos visto en otra parte, lo engorroso que es siempre la taréa del inte-

rogatorio, pero lo es en grado mayor, al tratarse de un niño ó de un incapacitado. En un enfermo, por ejemplo, que no se encuentra en estas circunstancias, se le pregunta, se le interroga respecto á lo que experimenta, y á las preguntas de rigor *¿Dónde le duele?* *¿Desde cuándo sufre?* y caracteres particulares de sus sufrimientos; por cada seis veces, en cinco sus respuestas permitirán comprobar una parte orgánica esencialmente enferma. En estas investigaciones, el médico se guía por una especie de vía interior; los recuerdos y la imaginación hacen ver pulmones, un corazón ó un estómago enfermos. *¿Sucede esto en el niño y en el enagenado?* Prescindiendo del primero, para el cual no tendremos más recurso que apelar á los datos que puedan suministrarnos sus padres ó allegados, y concretándonos al enagenado consignaremos, que á nuestro ver, el exámen práctico debe revestir otra forma, por el sólo hecho de tratarse de una afección mental.

En estos enfermos la investigación directa de los órganos pierde mucho de su valor. A un enagenado no se le pregunte: *¿Dónde le duele?* *¿De qué se queja?* *¿Desde cuándo está enfermo?* porque ó contestará que no sufre, que se encuentra bien, ó no contestará nada, ó lo hará con frases descorteses, porque en la mayor parte de los casos, pretende no estar enfermo y lo dá á entender de la manera más expresiva. La inspección de la lengua, el exámen del pulso, no tienen esa alta significación que presentan en otras enfermedades; en los enagenados no hay orinas críticas, nebulosas hipostáticas; en ellos estos síntomas tienen una importancia secundaria.

Por esto es, que conociendo como conocemos, sólo de una manera imperfecta, en los enagenados, el estado del órgano enfermo, lo propio que las funciones del cerebro (1), aconsejemos seguir el camino del análisis de las funciones de la inteligencia, para conocer bien la expresión fisiognomónica de las

---

(1) Guislain.—*Lecciones orales sobre las Frenopatías.*

pasiones, el valor de las ideas, de los actos y de las palabras, y tomando por guía los hechos, ver á qué se refieren los fenómenos observados, estudiar su desarrollo, las metamorfosis que sufren y las deducciones que pueden resultar respecto del tratamiento, evitando siempre toda tendencia hácia un ideologismo nebuloso, que podrá tener más ó ménos atractivos, pero que no ofrece ninguna solidez bajo el punto de vista práctico.

## LECCIÓN XXV.

### **Importancia del exámen del hábito exterior del cuerpo, del rostro y superficie cutánea y de los decúbitos.**

---

Como base de la apreciación del enfermo, debemos atribuir una gran importancia á lo que se llama el punto de vista médico. Este puede definirse: *el arte de ver en un conjunto de fenómenos una multitud de detalles, donde otros no ven más que generalidades ó no ven nada*. En este sentido, ciertas inteligencias están más favorecidas que otras, comprendiendo mucho mejor la especialidad, los caracteres ó la naturaleza de una afección. Es lo que constituye el *ojo médico*, que sólo es una realidad cuando se ofrece como el fruto del ejercicio y del estudio. No se crea que la inteligencia más sutil y privilegiada, reconozca mejor que una de mediana cualquiera enfermedad, si esta inteligencia no se halla iniciada en los secretos de la ciencia y de la observación, y si no sabe transformar en ideas científicas las impresiones que le suministran los sentidos.

Es de ahí el grande interés que tiene el profundo y continua-

do estudio de ese conjunto que se llama *hábito exterior del cuerpo*.

El conocimiento de las diversas maneras de ser de ese conjunto, pone, desde el primer golpe de vista á un médico ejercitado, en la vía del diagnóstico de la afección de que se vá á tratar, aún ántes de haberse fijado ni observado síntoma alguno en particular. Tan significativas y tan evidentes son las manifestaciones sindrómicas, que por su investigación se adquieren que con razón se le asigna una importancia de primer orden.

En otro lugar de este libro, así lo dejamos ya consignado; á pesar de todo, en asunto tan capital, y cuando se ha de entrar en detalles, no está de más la repetición. No es posible formarse idea de la luz que dá al facultativo de génio observador y avezado, la impresión que recibe al ver un enfermo; en lo que se destaca de su hábito, tiene, no pocas veces, lo bastante para colegir la naturaleza y hasta el sitio del padecimiento.

La expresión del semblante, ofrece rasgos tan variados, tan útiles y tan característicos algunas veces, que no puede prescindirse de fijar en ella la atención muy detenidamente. En la enagenación mental, por ejemplo, los detalles de las facciones, la actitud del paciente, sus gestos señalan las emociones, las pasiones que dominan al enagenado. La contracción anormal de los músculos de la cara cámbia las facciones hasta el punto de que, á menudo, es casi imposible reconocer al enfermo. Tal sucede en algunas formas de la locura, en el colérico y el peritonítico, siendo de notar que en la convalescencia de estas mismas enfermedades, cuando cesa la tensión morbosa, las facciones se regularizan, la piel gana en frescura, el ojo demuestra más calma y dulzura y las arrugas por fin desaparecen.

Ya revela unas veces sentimientos de ternura y de afecto, ya en otras por el contrario se pinta en él la cólera y el furor, manifestación evidente de profunda intranquilidad de cuerpo y de espíritu.

Individuos hay, en quiénes su fisonomía es la expresión de

la voluptuosidad ó del éxtasis, miéntras que en otros, se marca la estupidez y el embrutecimiento.

Las enfermedades todas del encéfalo y de sus envolturas, ofrecen rasgos fisiognomónicos de tanto valor, que su apreciacion genuina, puede llevarnos á distinguir la naturaleza del padecimiento. El tifódico como el demente, tienen su especial mirada, el lísico como el afectado de lesión cardiaca llevan impreso en su semblante el sello de la dolencia que á más y andar conspira contra su existencia, marcándose de una manera asaz gráfica, en la fisonomía, el próximo fin del agonizante.

Véase pues como en las facciones hemos de encontrar otros tantos signos que nos dirijan en la apreciación de lo que sucede en lo más íntimo del estado físico y moral del enfermo.

La *superficie cutánea*, es asiento de modificaciones tan profundas como numerosas, que por fuerza han de interesar mucho al médico clínico. ¡Qué variedad de matices, no nos ofrece la piel, indicadores de determinados padecimientos!

Ya es el rojo escarlata, ya el rosáceo ó blanco mate, ora verdoso ó amarillo con sus variedades significativas de alteraciones biliares, ya térreo, verde aceituna, pigmentoso ó bronceado, etc. ¡Qué de oscilaciones no se observan en la temperatura de la misma! Ya la vemos elevarse á una cifra muy considerable, ya decaida en extremo; ya se presenta apergaminada, ya elástica y distendida, bañada en sudor profuso, halitioso, frío, caliente, pegajoso ó por expresión; ya se descubren en élla, manchas, petéquias, pápulas, vesículas, pústulas y demás manifestaciones cutáneas, y todo esto, como es fácil comprender, interesa mucho verlo y estudiarlo bien, dada la importancia que en muchos conceptos representan estos detalles.

La actitud que el enfermo guarda, es voluntaria ó forzada, señalando, según cual ella sea, el carácter y el sitio del proceso morboso. De ahí la importancia que en Clínica tiene el estudio de los *decúbitos*.

En el estado de salud, el individuo toma la postura que me-

por le cuadra ó la más relacionada con las necesidades de su vida, con sus gustos ú obedeciendo á la ley de la costumbre; más cuando enfermo, ya es otra cosa; verdad es que hay padecimientos en los cuales el *decúbito* es completamente voluntario, péro también lo es que éste suele en muchos casos ser obligado y que ofrece variedades diversas, muy inmediatamente relacionadas con la enfermedad y con el período de evolución en que ésta se encuentra.

Considérese sinó lo que pasa en el *pleurítico*; en los primeros momentos del mal le es imposible soportar el *decúbito* sobre el costado asiento del proceso; bien pronto sucede á éste el período exudativo, y á medida que avanza el derrame se cambia la escena y el enfermo se vé obligado á permanecer constantemente echado sobre el costado afecto, temeroso de la dispnea y de la tós que le agobian, si lo hace sobre el opuesto. Contémplese al *asmático*, y se le vé, en los terribles momentos del acceso sentado en su cama, con las piernas fuera de ella, con la boca abierta buscando oxígeno, y agarrándose á un cuerpo duro para mejor ensanchar la capacidad de sus pulmones y luchar así con más ventaja contra la anoxhémia que amenaza su existencia; vése al *tifódico*, dominado por la adinámia, en *posición supina*, con los brazos inmóviles al lado del tronco ó entrecruzados sobre el pecho, las piernas esparrancadas y corriéndose el cuerpo insensiblemente á los piés de la cama, indicio ello de la profunda postración en que está sumido; y en posición *prona* ó boca abajo vemos al *gastrálgico*, al *enterálgico* y al que lucha y se agita en el lecho, agobiado por los atroces dolores que le ocasionan la *intoxicación plúmbica*.

En el mismo hábito exterior del cuerpo, descubrimos los distintivos de un organismo dispuesto á padecer dolencias de determinado órden. Quién al ver á un jóven de largos y endebles huesos, cuya estatura no está en armonía con el desarrollo del resto de su cuerpo, de piel fina y transparente, mejillas coloradas, y con venas azules surcando sus sienes y su nariz,

no descubrirá el sello del ecticismo, lo que se conoce con el nombre de *hábito tísico*. ¿No admitimos en el de baja estatura, cuello corto, ¡cabeza voluminosa, plétora periférica, un *hábito apopléctico*?

En la postura que adopta el enfermo, durante la bipedestación y en la manera como verifica la progresión se encuentran también datos preciosos para el diagnóstico.

Los que han asistido á nuestra clínica, pueden haber podido apreciar la importancia que damos al estudio de todo lo que tiene relación con el *hábito exterior del cuerpo* y señaladamente á esta parte, por el interés que tiene para conocer las enfermedades que radican en los centros nerviosos, presenciando, como en los enfermos sospechados de tales alteraciones, con sólo estudiar la manera como verificaban la bipedestación y la deambulación, hemos podido decidirnos por la naturaleza y sitio del padecimiento.

No de otro modo, sería posible distinguir al atáxico del parapléjico, al coréico del paralítico y así de muchos otros.

## LECCIÓN XXVI.

### Exámen del aparato sensitivo.—Investigación de las facultades anímicas.

---

Con recordar que el sistema nervioso está constituido por el cerebro, cerebelo, médula espinal, gran simpático, nervios y gánglios nerviosos que se encuentran en el trayecto de algunos nervios craneales y en el de todos los raquídeos, y que cada uno de estos factores tiene á su cargo funciones distintas, se

comprende, que en clínica no podría dar resultados su exámen en conjunto. Conviene pués, para la mejor ilustración, proceder por partes en el reconocimiento de este aparato, investigando primero el estado del cerebro y siguiendo por el de la médula, órganos de los sentidos, sensibilidad general y especial y el de la motilidad, valiéndonos, cuando el caso lo requiera, de los diferentes medios exploradores que poseemos y que nos ayudarán á formar juicio exacto de las mutaciones que ocurran en su funcionalismo.

En este complicadísimo aparato, reside la inteligencia y las facultades afectivas; de ahí, la importancia de su exploración en el estudio clínico de las vesánias, ya que en éstas se alteran más ó menos profundamente aquellas facultades.

Casi siempre la ofuscación del intelecto, se marca en lo discorde de las ideas, en la perversión de los instintos, en la expresión del semblante, en los gestos y actitudes del vesánico; pero al frenópata no puede bastarle esto, sinó que le importa fijarse, para conocerlo, en el estado de la inteligencia, de la razón, del juicio, la reflexión, la conciencia, la voluntad, la libertad moral, la imaginación, la memoria, la pasión, la emoción, á fin de clasificar la forma de la vesanía.

No se piense que invadimos terreno ajeno. Las frenopatías son del dominio de la patología interna: por esto consideramos pertinente y útil al mismo tiempo, consignar algunas reglas que podrán servir de brújula para el exámen clínico del enagenado.

Es de sumo interés, en el interrogatorio, no hacer preguntas al acaso, sinó saberlas dirigir de modo que se percutan las diferentes funciones de la moral. El práctico puede elegir con este objeto el método que le parezca más conveniente y que más en relación se halle con su manera habitual de hacer y de decir. Creemos, no obstante, que el mejor consiste en ponernos de acuerdo, *al unisono*, con el enfermo, empezando por alguna ligera conversación que le tranquilice y aleje toda sospecha de

su espíritu. Se procurará después agrupar las preguntas al rededor de algunas palabras, de las cuales se hacen frases que puedan interesar al enagenado. Tales son por ejemplo:

*¿Por qué? ¿Cómo? ¿Desde cuándo? ¿De qué modo? ¿Cuántos?*

El *por qué* sirve para medir el grado de inteligencia del enfermo. No debe olvidarse que la inteligencia, no es el raciocinio, ni es el juicio; es un sentido apreciado, una facultad psíquica, que reconoce, que comprende desde luégo y sin esfuerzo: desde el momento en que hay esfuerzo, cálculo, ponderación, hay raciocinio.

La facultad inteligente, es una cualidad innata; el hombre inteligente concibe con velocidad, conoce las cosas sin cálculo, sin mecanismo, y hasta comprende, muchas veces, por instinto, lo que se le vá á decir.

El enfermo puede ofrecer una inteligencia completa para todos los objetos que interesan sus sentidos, puede ser perfectamente inteligente para todo lo que constituye sus relaciones, sus impresiones exteriores, y, sin embargo, no puede comprender un motivo abstracto ó su propia situación de enagenado.

Importa mucho saber que pueden existir estos desórdenes parciales del entendimiento, esas especies de tribulaciones del espíritu, que sólo podrán descubrirse y valorarse por medio de un interrogatorio en que se pase de lo sencillo á lo complicado, haciendo las siguientes preguntas:

*¿Vuestro nombre, el nombre de vuestro padre y vuestra madre? ¿Me conoce V.? ¿Dónde habita V.? ¿Por qué no trabaja V.? ¿Por qué está V. aquí? ¿Por qué ha abandonado V. su casa? ¿Por qué no vá V. á su casa? ¿Por qué ha venido V. aquí?*

Estas son las primeras exploraciones que deben hacerse. Luégo, penetrando más allá hasta el dominio del raciocinio, se pregunta, qué concepto tiene formado de su dolencia, y que es lo que cree que debe hacer para salir del aislamiento en que se

le tiene. Si es inteligente, se vé por sus respuestas, por sus facciones, por sus ojos, que comprende; entónces se le pregunta: *¿Qué tiempo hace? ¿Cómo es el pan que V. come? ¿Cómo se encuentra su padre, su madre, su tío?* Si tiene concepción, se obtiene una respuesta acorde con la pregunta.

Si la facultad de comprender está debilitada, esta situación reacciona sobre el que pregunta y le obliga casi siempre á esforzar la voz. Es una especie de termómetro moral que marca el grado de concepción de que se halla dotado el enfermo. Si el que examina tiene que hablar muy alto al enfermo, esto indica que no le comprende, ó sólo le comprende difícilmente. Hay un esfuerzo instintivo de la persona que interroga, para elevar la voz como si hablára á un sordo, siempre que el alienado no lo oye.

Otro detalle hay, que merece especial atención: es la naturaleza de las preguntas que se dirigen al enfermo. Cuando la inteligencia de éste se halla en un nivel inferior, el que pregunta no sólo esfuerza la voz, sinó que habla al enagenado como si se dirigiera á un niño, siendo de la mayor importancia que el médico observador se penetre bien de la escena que se desarrolla ante él al rededor del enfermo.

El *como*, dá á conocer más particularmente la facultad del raciocinio, del juicio.

Nunca se podrá prescindir de sondar lo que generalmente se llama el juicio, y para reconocerlo se pregunta al enfermo: *¿Cómo hace V. esto? ¿Cómo hace V. aquello?*

En el fondo de todos los actos y de todos los pensamientos del enfermo se encuentra el juicio, que no es una facultad exclusiva, sinó que se compone de todos los actos del entendimiento, y lo mismo se dirige al raciocinio que á la memoria, siendo en consecuencia el ejercicio de la facultad de juzgar un acto mucho más complejo de lo que pudiera creerse.

El sentido de la *reflexión*, la conciencia, está algunas veces completamente intacta en los vesánicos, en medio de los desór-

denes graves que pueden existir en otras facultades del entendimiento. El médico debe saber reconocer este estado y apreciarle en su justo valor. Si un enfermo pobre habla de sus riquezas con el acento de la persuasión, no sabe lo que se dice, no es *consciente*. Si un enagenado se llama rey, emperador, su sentido de *reflexión* se halla en estado de oscuridad. Péro si dice: yo pierdo el espíritu, yo me siento bajo el dominio de un dolor que no puedo vencer ni comprender, yo experimento la necesidad de poner fin á mis días, etc., estas insinuaciones anuncian un estado de integridad de la conciencia. El *yo*, merece en medio de las respuestas del enfermo una atención especial, porque á menudo indica un estado del alma normal ó anormal.

*Desde cuando, donde*, son las palabras que emplearemos para enterarnos del estado de la *memoria*, v. g., *¿Desde cuándo ejerce V. esta industria? ¿Cuándo ha venido V. aquí? ¿Por dónde ha pasado V. para venir aquí? ¿Cuándo piensa V. salir?*

Acerca del interrogatorio para el exámen de la *memoria*, debe tenerse presente, que esta facultad ofrece en la enagenación mental una exaltación tan notable que sorprende: los enfermos se acuerdan de todo, y dan minuciosos detalles sobre todos los puntos sobre que son interrogados, coincidiendo este estado con una exageración general de las ideas y de la voluntad, muy fácil de comprobar en la manía. Tan pronto como se observe semejante exaltación de la *memoria*, débese reconocer un estado activo de las fuerzas mentales, y creer que el entendimiento no ha experimentado áun pérdidas reales bajo el punto de vista de sus fuerzas.

El *cuanto*, se dirige al cálculo. *¿Cuánto gana V. cada día? ¿Cuántas monedas de á cinco pesetas se necesitan para formar un total de 45? ¿Cuántas horas tiene un día y una noche?*

Para saber si el enfermo posee la *atención*, no deben perderse de vista sus ojos cuando se le habla: si no ha perdido la

facultad de atender, escucha, responde sin vacilar, y sus ejes visuales se encuentran con los del observador. Si no le mira, ni se ocupa de él, y en vez de responder á sus preguntas, le hace proposiciones que no tienen relación alguna con las preguntas que se le han dirigido, es seguro que dicha facultad está más ó ménos comprometida.

Es menester advertir que la falta de *atención* y de voluntad no es siempre indicio de pérdida de estas facultades, sinó que con frecuencia, la incapacidad es debida á un desórden de las funciones ó á un estado de excesiva actividad, siendo necesario el concurso de otros signos, tomados de los rasgos fisiognómicos y actitudes del enfermo, para poder averiguar que tales fenómenos son la expresión de la debilidad de dichas facultades.

## LECCIÓN XXVII.

**Exámen del estado de los órganos en el alineado.**  
—Particularidades del pulso y del peso del cuerpo.—Importancia del conmemorativo.

---

Después de la exploración del estado de la inteligencia y de la moral del enfermo alienado, es necesario saber apreciar y familiarizarnos con los diferentes cámbios de actividad, energía, volumen y de ritmo que puede presentar el pulso. Este, rara vez ofrece en el enagenado la importancia que tiene en los enfermos de otra clase. En éstos, dá á conocer las enfermedades del centro circulatorio, las perturbaciones de la inervación; establece el carácter patognomónico de las afecciones esténicas

ó asténicas y es generalmente un guía seguro en la apreciación de las fuerzas.

En los vesánicos, el pulso no presenta caracteres generales, ni dá indicios ciertos; sus anomalías son poco variadas, y apenas suministran inducciones de interés para el tratamiento, de modo que sólo en casos muy excepcionales, tiene alguna significación su estudio. Ofrece, no obstante, en estos enfermos, cierta importancia práctica, porqué el enagenado, como que no está exento de las enfermedades comunes, presenta en muchos casos todos los síntomas que acusan la existencia de una enfermedad corporal.

Aparte de esto, el pulso, indica á menudo al práctico una convalecencia incompleta ó el retorno de un acceso de locura. Las recientes investigaciones esfigmográficas de Wolff son muy notables bajo el punto de vista del estudio del pulso en los enagenados. Después de haber establecido, por medio de las indicaciones precisas del instrumento, el pulso normal y sus variedades en el hombre sano, en la edad viril y la vejez, opone el pulso propio de los enagenados, sobre todo en los casos crónicos y en el período de postración. Según las experiencias del autor citado, la *paresia* de los nervios vasomotores que se observa en estos enfermos concluye por desarrollar una lentitud del pulso, que forma carácter, y que es la consecuencia obligada de todas las metamorfosis y de todas las variedades que se han encontrado en los enagenados.

Reconocido el pulso, hay que pasar revista á las vísceras, interrogar al estómago, intestinos, hígado, corazón, pulmones, médula espinal y riñones, fijándonos así mismo en el sueño y en los órganos de los sentidos. Conviene al propio tiempo averiguar el peso del cuerpo, que por lo general disminuye al principio de las afecciones mentales, siendo esta disminución de grandísima importancia para el diagnóstico y pronóstico, pues, según observación de Erlenmeyer, cuando no se presenta desde el principio, es indicio de que no se trata de un en-

fermo que padezca una afección psíquica primaria, sinó de un individuo en el que existía ya un estado patológico anterior y al cual ha sobrevenido incidentalmente una afección mental. Cuando se prepara la curación ó tiende á la demencia, el cuerpo gana en peso á medida que se opera esta modificación en el curso de la enfermedad (1).

Entre los elementos que constituyen el exámen á que se somete al enagenado, uno de los más esenciales, es el del conmemorativo. Este deberá comprender los datos más culminantes sobre la vida del enfermo, su educación, estado civil, profesión, marcha y duración de la enfermedad, causas y recaídas que haya experimentado. Estos antecedentes que podrán suministrarlos los padres, tutores y amigos del enfermo, y que han de servirnos no sólo para la redacción de la historia clínica, si que también para guiarnos en la apreciación de las enfermedades incidentales y en el empleo de los medios convenientes, deberán recogerse y metodizarse, procediendo en su investigación por el órden que se establece en el siguiente cuadro (2).

Preguntas.	Respuestas.
1. Nombre y apellido del enfermo. . . . .	
2. Nombre y apellido de sus parientes. . . . .	
3. Grado de parentesco entre éstos. . . . .	
4. ¿Están sanos ó enfermos? . . . . .	
5. Lugar y fecha precisa del nacimiento del enfermo. . . . .	
6. Sitio de su domicilio, población, calle y número. . . . .	

(1) Estudios de Lombroso, Nasse, Meyer y Schulz.

(2) Transcrito de la interesante obra de *Guislain* titulada *Tratado teórico práctico de las enfermedades mentales*.

Preguntas.	Respuestas.
7. Estado civil (soltero, casado ó viudo de). . . (Lugar y fecha de su casamiento).	
8. Profesión, posición social y modo de vivir habitual. . . . .	
9. Religión. . . . .	
10. Instrucción. . . . .	
11. Carácter habitual durante el estado de salud; pasiones dominantes, debilidades, tendencias aspiraciones y distracciones predilectas. . .	
12. ¿No ha abusado de las bebidas alcohólicas? .	
13. ¿A qué época se refieren los primeros indicios de la enfermedad? . . . . .	
¿Por qué signos se reconoció en un principio la enagenación mental? . . . . .	
¿Cuando se notó la necesidad de separar al enfermo de su familia? . . . . .	
14. Es este el primer ataque, el segundo, el tercero, etc. . . . .	
Fechas de las recaídas. . . . .	
15. El enfermo ¿há permanecido en algún establecimiento? . . . . .	
¿En cuáles? . . . . .	
Fecha de la entrada y de la salida. . . . .	
16. ¿Cuáles son los principales síntomas actuales?	
¿Existe una idea fija? ¿Cuál es? . . . . .	
¿Grita, rompe? . . . . .	
¿La afección es continua, periódica ó paroxística? . . . . .	
17. ¿El enfermo es peligroso? . . . . .	
¿Le gusta el aislamiento ó busca la Sociedad?	

Preguntas.	Respuestas.
¿El enfermo repugna comer? . . . . .	
¿Desde cuando? . . . . .	
18. ¿Cuál es la causa probable de la enfermedad?	
19. ¿Hay en la familia personas nerviosas, histéricas? . . . . .	
¿Atacadas de enagenación mental? . . . . .	
¿Con tendencia al suicidio? . . . . .	
¿Predispuestas á las congestiones cerebrales?	
¿Apopléticas? . . . . .	
¿Epilépticas? . . . . .	
20. ¿El enfermo padece alguna otra afección ó achaque? . . . . .	
¿Sufre una hernia? . . . . .	
¿Lleva un cauterio, un vejigatorio abierto? . . . . .	
¿Padece una afección de la piel? . . . . .	
21. ¿Tiene evacuaciones regulares? . . . . .	
22. ¿El enfermo há estado sometido á algún tratamiento? . . . . .	
¿Se le há sangrado ó purgado? . . . . .	
¿Ha tomado baños, etc., etc. . . . .	

Hemos considerado útil transcribir este cuestionario y consignar los anteriores detalles, para que el práctico tenga una pauta porque regirse, en atención á la alta importancia y gravísima trascendencia que revisten todas las cuestiones que se refieren á la locura en sus distintas manifestaciones. El conocimiento de estos detalles y su metódico y continuado ejercicio, podrán sacarle de la situación difícil en que habria de encontrarse, el que falto de experiencia, hace las preguntas al acaso, marcha á la ventura, sin saber en qué sentido debe dirigir la

exploración, ni qué camino tomar para llegar al conocimiento de la enfermedad.

## LECCIÓN XXVIII.

### Reconocimiento del aparato de la visión.

---

La exploración del aparato visual, tanto por la multitud de procesos patológicos que en él pueden ocurrir, como por los numerosísimos datos que suministra para la resolución de árdidas cuestiones de clínica interna; es de tal importancia, que con sobrada razón se ha dicho, que este aparato, constituye un nuevo organismo dentro del organismo humano.

Entran, cómo es sabido, en la constitución del mismo, partes destinadas á formar el órgano receptor y transmisor de las impresiones, unas, y otras destinadas á su protección. Ambas pueden alterarse y se alteran con bastante frecuencia en su estructura anatómica ó en su funcionalismo, ya indicando un proceso morboso en el mismo aparato, ya señalando la existencia de otros en órganos más ó menos directamente relacionados con él. De todas maneras, aunque el estudio de las enfermedades que suele sufrir este aparato, constituye hoy una verdadera é importante especialidad; es imprescindible, no obstante, que el que estudie clínicamente las afecciones internas, conozca y ejercite los diferentes métodos de exploración hoy conocidos. Para su exámen, puesto que sus alteraciones anatómicas y funcionales, señalan con seguridad la existencia de procesos morbosos, que sin su auxilio, no podrían ser bien determinados.

Empezaremos por decir, que en el exámen del globo ocular y de sus anejos, vá envuelta la resolución de problemas importantísimos. Para entenderlo así, nos basta recordar el gran número de nervios que presiden á su funcionalismo, y sus relaciones más ó ménos directas con otros órganos próximos ó lejanos, y de ahí el que se marquen en este aparato los estados anémicos é hiperhémicos del encéfalo, sus focos hemorrágicos, ciertas afecciones cardíacas y renales, y tantas otras, como tendremos ocasión de ver; viniendo todo esto á demostrar el interés que reclama su exploración, así de lo que aparece como más secundario, como lo más superior; porque es preciso advertir que desde las cejas y pestañas, hasta lo más profundamente situado, ofrecen al clínico grandes enseñanzas y provechoso estudio, las modificaciones que, al conjunto de este aparato ó á alguna de sus partes, imprimen algunos procesos morbosos.

Péro lo que más particularmente interesa en clínica médica, es el exámen del estado del iris, de la retina y papila del nervio óptico. Bastará recordar que el iris tiene una abertura central, por lo común circular, y que puede perder esta forma bajo la influencia de causas diversas; que así puede la abertura pupilar agrandarse como sucede en la *mydriasis simple*, ó complicada con parálisis del tercer par, en el *hydrophthalmos*, ó estrecharse como sucede en las enfermedades que determinan fuerte compresión cerebral; exagerarse su sensibilidad, disminuirse ó perderse por completo y hasta cambiar su color en ciertos casos.

No sin razón, pues, ha venido, desde muy antiguo, siendo objeto de especial atención el *iris*, para cuyo exámen basta frotar sucesivamente los párpados sobre el globo ocular, entreabrirles luégo y mirarlo directa ú oblicuamente, para hacernos cargo así de su color, como de las modificaciones surgidas en su funcionalismo é integridad anatómica.

Teniendo en cuenta que el diámetro de la abertura pupilar es

variable, según se la examine durante el sueño, en cuyos momentos no propasa de 2 milímetros, siendo de 6 á 7 mms. su grandor durante la vigilia, y que todo esto puede sufrir alteraciones notables en ciertos estados patológicos, se ha ideado un instrumento que permite fijar el grado de dilatación que alcance la pupila.

Este instrumento llamado *pupilómetro*, consiste en una escala representada por círculos negros, cuyo diámetro aumenta desde 1 á 10 milímetros; este es el de Follin: hay otro consistente en un pequeño compás que se colóca casi tocando la córnea, acercándose sus ramas hasta que coinciden con los extremos del diámetro pupilar.

En clínica médica, rarísima vez hay necesidad de apelar á esta medición, que podrá ser útil, en casos excepcionales de clínica oftalmológica, por lo cual y siendo tan engorrosa y molesta su aplicación y de tan poco interés clínico, conocer de un modo tan preciso cual sea el grado de dilatación ó estrechez que alcance la pupila, casi siempre podremos prescindir de su empleo.

De lo que sí tiene necesidad el clínico, es de saber la manera como se dilata la pupila y el grado de movibilidad del iris. Hay para ello un medio tan sencillo, como lo es el de mantener cerrado un ojo mientras se abren y cierran de un modo alternado los párpados del que examinamos, y á favor de la luz natural ó mejor aún de la artificial, se vé como en el momento de recibir el globo ocular la impresión de la luz, disminuye inmediatamente el diámetro de la pupila, volviéndose á ensanchar al cabo de pocos momentos de hallarse habituada á la impresión del luminoso.

## LECCIÓN XXIX.

### Exploración de la retina. Retinoscopia fosfeniana.

---

Para hacernos cargo y apreciar cual se requiere las modificaciones que ocurran en la función visual, es menester conocer el importante papel que en ella desempeña la retina, razón por la cual, consideramos útil llevar á la memoria el recuerdo anatómico de esta importantísima parte del aparato de la visión.

Como se sabe, es la retina la prolongación del nervio óptico, extendida sobre todo el cuerpo vítreo, terminándose en la vecindad del iris. El nervio óptico penetra en el ojo por la parte posterior de la esclerótica, atravesando la coroides y dividiéndose en multitud de elementos cuya yuxtaposición forma la retina. El microscópio permite descubrir en esta membrana de ocho á diez capas distintas y sobrepuestas, siendo la más importante para la visión la de los *conos* y de los *bastoncillos*, únicos elementos sensibles á la luz.

Bajo el punto de vista de sus funciones, presenta la retina dos regiones importantes, una que coincide con el punto de entrada del nervio óptico, completamente insensible á la acción de la luz, que se llama *papila*; y otra que á causa de su color, tiene el nombre de *mancha amarilla*, y es la región más sensible de la retina, constituyendo el punto esencial de la visión distinta.

Por este ligero recuerdo anátomo-fisiológico, se viene en conocimiento de que la sensibilidad de la retina puede dismi-

nuirse ó abolirse, péro debemos hacer notar al próprio tiempo que estos estados pueden limitarse á un sólo color, á vários ó á todos, resultando en el primer caso la *Discromatopsia* ó disminución de la sensibilidad, y en el segundo la *Acromatopsia* ó ceguera.

En ambos casos, esta alteración de la sensibilidad cromática de la retina, puede serlo tan sólo para el color encarnado y el verde, ó para el azul y amarillo, ó para todos los colores.

Estas alteraciones, fuera de aquellos casos en que es congénita, suelen ser otra de las manifestaciones de alguna enfermedad, como el alcoholismo, la intoxicación por el tabaco, atrofia del nérvio óptico, y donde sobre todo son muy notables, como hemos tenido ocasión de comprobarlo más de una vez, ha sido en la ataxia locomotriz progresiva.

Para enterarnos del estado en que se encuentra la sensibilidad de la retina, hay la exploración subjetiva, que se conoce con el nombre de *retinoscopia fosfeniana*. Consiste este procedimiento, en la compresión digital verificada en el ojo, para darnos cuenta de ciertos fenómenos, y provocar por su medio la aparición de anillos luminosos, á los que se ha llamado *fosfenos*. Los principales son cuatro: el *yugal* ó *malar*, el *frontal*, el *temporal* y el *nasal*, designados así por Serre, atendido el punto donde se ejerce la presión que les provoca. El *nasal* se produce por la compresión operada en el grande ángulo del ojo, cerca la raíz de la nariz; el *temporal*, en el ángulo externo cerca de la sien; el *frontal*, en la parte superior del globo del ojo ó por debajo del arco superciliar, y el *yugal* ó *malar*, por la ejercida en la parte inferior. El primero que desaparece, cuando la retina vá perdiendo su sensibilidad, es el *fosfeno malar*, siguiéndole el *frontal*, el *temporal*, y por último el *nasal*, los cuales, al reaparecer cuando se restablece el funcionamiento de la retina, lo hacen en sentido inverso del que siguen en su desaparición.

Para determinar la aparición del fosfeno, se coloca al individuo en un aposento de poca luz ó completamente oscuro; si lo primero, se le sitúa de espaldas á la luz, con los ojos entreabiertos y los párpados en relajación. Si se quiere producir el *fosfeno* externo ó *temporal*, se dirigirá la córnea hácia dentro, hácia fuera para el interno ó *nasal*, arriba para el inferior ó *yugal*, y abajo cuando el superior ó *frontal*.

Se provocan, tocando con el borde ungueal del pulpejo del dedo índice ó mejor con el extremo de un porta pluma redondeado ó provisto de una pequeña esfera.

Con este instrumento, se ejerce, sobre el globo del ojo, una suave presión ó bien se frota ligeramente á cortos intervalos á fin de hacer permanente la imágen, que persiste, áunque cambiando de sitio, mientras dura la compresión. Debe colocarse la pequeña bola sobre la piel entre el borde de la órbita y el globo del ojo, y tan atrás como sea posible, á fin de explorar las partes más profundas de la retina.

Por medio del *optómetro* y de las *escalas métrico-decimales* podemos conocer la agudeza visual, en los raros casos que esto pueda tener interés en clinica interna. El *optómetro* es un instrumento que sirve no sólo para apreciar la agudeza visual, si que también el estado de la refracción. Consiste en un tubo de cobre cilindrico montado sobre un tallo, compuesto de dos tubos encajados uno dentro del otro, permitiendo subir ó bajar el instrumento á voluntad, estando fijo en su base con la caja que le sirve de pié. El tubo cilindrico contiene una lente convergente fija, colocada á una distancia del ocular, precisamente igual á su distancia focal. En la extremidad ocular, además de la abertura por la cual ha de mirar el individuo objeto del reconocimiento, hay dispuesto un pequeño recipiente, en el cual se colocan los cristales correctores, cuando se crea conveniente, y en la posterior, una placa de cristal opaca, que contiene fotográficamente reducidas, las letras y figuras para los que no saben leer.

Las dos piezas que componen el tubo optométrico, están dispuestas de modo que pueden alargarse ó aproximarse según sea la fuerza visual del individuo en quien se verifica el experimento.

Hemos dicho que la agudeza visual se media también por las *escalas métrico-decimales*. Estas consisten en tipos ó letras de imprenta cuadrados, de dimensiones variables entre una y diez, los cuales, cuando la visión es normal, pueden ser leídos á una distancia mayor ó menor que se fija préviamente. Si para leer dichos caractéres, tiene necesidad el individuo de alargar ó acortar la distancia del objeto que constituye el punto de mira, es señal que la agudeza visual está alterada en la proporción que señala el alargamiento ó acortamiento de la distancia.

## LECCIÓN XXX.

**Inspección por medio de instrumentos destinados á proyectar los rayos luminosos en el interior de los órganos ó cavidades.**

---

### OFTALMOSCÓPIA.—EXÁMEN OFTALMOSCÓPICO.

Constituye la oftalmoscopia un procedimiento de exploración que tiene por objeto proyectar una cantidad de luz en el interior del ojo, y favorecer la introducción y la salida de los rayos luminosos por la dilatación precisa de la abertura pupilar, para ver con cierto grandor y perfecta claridad el fondo del globo ocular. Esta exploración se verifica por medio de un instrumento que se llama oftalmoscópio, inventado y perfeccionado

por Helmholtz en 1851. Consiste en un espejo de reflexión que puede ser metálico ó de cristal azogado y una lámpara de iluminación que se sustituye, en caso necesario, por una bujía. Numerosas son las modificaciones introducidas en este aparato: hay el de Monoyez, el de Coccius, de Giraud-Teulon, de Galezowski, que si por una parte tienen ventajas cada uno en su género, ofrecen también ciertos inconvenientes, que óbvias, sin duda alguna, el de Follin, razón por la cual lo preferimos, siendo como es por otra parte, el más cómodo y el más vulgarizado. Consta simplemente de un espejo montado sobre un mango en el cual se adapta por su parte posterior, un disco para las pequeñas lentes de diversos números, y de una lente.

Es de necesidad hacer notar que el objeto del oftalmoscópio, presenta un doble carácter: primera, iluminar el fondo del ojo; segundo, ver claramente este fondo iluminado. Las condiciones de iluminación del fondo del ojo pueden variar, haciendo plano, cóncavo ó convexo el espejo, pudiéndose hacer variar también las condiciones de visibilidad del mismo, por la interposición de una ó muchas lentes.

No debe tampoco olvidarse que el aparato óptico del ojo observado, ejerce una considerable influencia sobre la manera en que se ha de ver la retina; por lo cual es necesario poseer las nociones ópticas del ojo, cuando se quiere hacer del oftalmoscópio un estudio siquiera superficial. Sin embargo el conocimiento de la teoría óptica, cuando el exámen se limita á la imágen invertida es ménos necesario, por cuyo motivo, sin duda, el empleo de la imáhen recta no se ha generalizado tanto como fuera de desear.

PROCEDIMIENTOS DE EXPLORACIÓN.— Los empleados para examinar el fondo del ojo son dos según se haga uso de una imágen virtual ó de una imágen real.

EMPLEO DE LA IMÁGEN VIRTUAL Ó RECTA.— Puesto delante del ojo del observador un espejo provisto de un pequeño orificio é inclinándole de manera que refleje sobre el ojo que se observa

la luz de una lámpara situada en un punto próximo, el fondo de este ojo esclarecido por la imágen luminosa reflejada. No basta empero, iluminarle de la manera que acabamos de indicar, porque encontrándose ántes de la retina que hemos de observar, el aparato óptico formado por medios refringentes, que le separan de la retina, si los ojos que se observan son ambos *hemétropes*, es decir, normales bajo el punto de vista óptico, y no tienen que hacer ningún esfuerzo de acomodación, se forma en el ojo del observador una imágen clara de la retina del ojo observado. Péro si el ojo del observador es *hemétrope* y el observado *miope*, la visión no puede hacerse más que con el auxilio de cristales cóncavos; péro si es *hipermétrope* tiene que usar cristales convexos. Si el ojo del observador no es normal bajo el punto de vista óptico, el cristal adicional debe corregir el defecto de refracción, y como puede suceder que uno de los ojos sea *miope* y el otro *hipermétrope*, en este caso no se debe adicionar cristal alguuo.

Teniendo presentes estos hechos, para saber si hay que practicar el exámen oftalmoscópico por medio de la imágen recta, la cual supone en el observador la noción de las anomalías de la refracción, se procede al exámen del siguiente modo: Por medio de un espejo plano, que tenga en su centro un orificio de tres á cuatro milímetros de diámetro, y de una lámpara que se coloca sobre una mesa, al lado de la cual se hace sentar al enfermo, cuidando que la lámpara esté situada al lado externo del ojo que se tenga que observar; el que vá á practicar el exámen pone ánte su ojo el espejo, detrás del cual hay fija una lente convexa de mediana intensidad, poniendo dicho espejo de tal modo que envíe el reflejo de la lámpara al ojo del enfermo, que se situará primero bastante separado (60 centímetros, por ejemplo) aproximándole después poco á poco, sin dejar de iluminar constantemente el ojo por medio del espejo. Obrando así, se observa el cristalino y el cuerpo vítreo, y terminado que sea este exámen de los medios refringentes, se pasa al de la retina, qui-

tando la lente convexa situada en la parte posterior del espejo. Si la imagen no es clara, se pueden ensayar diversas lentes cóncavas y convexas hasta encontrar una que permita ver con claridad los vasos de la retina.

Al practicar este exámen puede presentarse una dificultad algo séria, que consiste en hacer suprimir todo esfuerzo de acomodación desde los primeros ensayos, cuya condición es menester saber realizar. Efectivamente, entre el ojo del observador y la retina examinada, los medios refringentes del ojo enfermo funcionan como una lente; este aparato óptico produce para el observador un gran aumento, que le impide ver con claridad, por lo que es necesario dejar en reposo su acomodación.

Este procedimiento verdaderamente científico, á pesar de las ventajas de ofrecer mayor aumento y de cansar ménos el ojo que se explora, no se aplica con tanta frecuencia como el de la imagen invertida, porque su empleo sobre exigir algunos conocimientos teóricos, presenta el doble inconveniente de ofrecer muy reducido el campo de la investigación y tener que aproximarse mucho al ojo que se explora para impedir la disminución excesiva del campo visual.

EMPLEO DE LA IMÁGEN REAL Ó INVERTIDA.—Este procedimiento, á pesar de sus imperfecciones, es más práctico, pues sobre ser más cómodo, permite un exámen mucho más rápido de la retina suministrando al própio tiempo un conjunto de datos más satisfactorios.

Para llevarlo á cabo, se colocan en frente-uno de otro el médico y el enfermo, el asiento del observador un poco más elevado que el del individuo que hay que reconocer, y cerca de éste una lámpara, que se situará á la derecha ó á la izquierda del enfermo, según sea el derecho ó el izquierdo el ojo que se debe reconocer, cuidando siempre que la llama esté á la misma altura que sus ojos. El observador pone ánte su ojo un espejo cóncavo que tenga un orificio de tres á cuatro milímetros de

diámetro, dirigiéndole de manera que ilumine el ojo que ha de observar, poniendo delante de éste una lente convexa, á seis centímetros próximamente de la distancia focal, con objeto de proyectar en el espacio del fondo del ojo una imágen real ó invertida. Miéntas la lente está próxima al ojo que se examina, la imágen oftalmoscópica limitada por la imágen de la pupila presenta un campo poco extenso, que puede ensancharse separando poco á poco la lente hasta colocarla á una distancia de seis centímetros del ojo observado.

La dilatación de la pupila es indispensable para que el híz luminoso penetrando en el ojo dé la suficiente claridad. En las parálisis retinianas, como que ya existe la dilatación pupilar, no hay necesidad de provocarla; en los otros casos, se provoca mediante la aplicación de la belladona en las sienas, párpados ó sobre el globo ocular. y mejor por la instilación de algunas gotas de disolución de atropina en el ángulo interno del ojo. (Agua 10 gramos, sulfato de atropina 0'10 centígramos.)

Deberá verificarse el exámen en un aposento oscuro, y por lo tanto á la luz de una lámpara. Ésta debe presentar una llama grande y clara, habiéndonos demostrado las observaciones que tenemos hechas, que la de Collin es la que al presente reúne mejores condiciones. No es esto decir que no pueda verificarse con la lámpara común de petróleo y hasta la de aceite; sinó que en falta de éstas aún podemos, en caso necesario, apelar á la llama de una bugía.