

Signos clínicos

DESIGNADOS CON NOMBRES PROPIOS

por el doctor Rafael C. del Valle.

ARGYLL ROBERTSON—Perturbación de la motilidad del iris, que consiste en la pérdida del reflejo a la luz con conservación del reflejo acomodador. Constituye un signo importante de la tabes; se halla también en la parálisis general. Sería debido a extensión de las lesiones al dominio del simpático cervical. Puede también constituir un signo de sífilis nerviosa.

ASCHNER—Reflejo oculocardíaco. Retardo del pulso radial, que puede bajar hasta seis u ocho pulsaciones por minuto, y descenso de la presión arterial bajo la acción de la presión de los globos oculares. Ha sido observado en los enfermos atacados de trastornos nerviosos de origen digestivo, y en los basedowniados. Este reflejo es positivo en la mayor parte de los casos, y es debido a la excitación de las extremidades nerviosas del trigemelo, que provocan un reflejo bulbar de vía centrífuga y representada por el neumogástrico (reflejo trigémino-vago). Pero en algunos casos es inverso, y en lugar de bradicardia se nota una aceleración

de pulso (reflejo trigéminosimpático). Este reflejo permite pues clasificar los enfermos en hipervagotónicos e hipersimpácticotónicos, según que el signo de Aschner sea normal o inverso.

AUEMBRUGGER—Relieve precordial y epigástrico que se encuentra en las pericarditis agudas con derrame; cuando la cantidad de líquido es abundante, el diafragma baja hasta el punto de determinar la producción de un tumor prominente en el epigastrio.

BABINSKI—Descrito bajo el nombre de fenómeno de los artejos; consiste en una perturbación de la reflectividad cutánea: cuando se produce una excitación de la planta del pie, principalmente al nivel del borde interno, los artejos se reflejan al estado normal; se extienden, al contrario, cuando hay una lesión del haz piramidal.

BACCELLI—Pectoriloquia áfona. Fenómeno característico de un derrame pleurítico seroso y abundante; consiste en que el médico, al auscultar el pecho, oye distintamente el cuchicheo del enfermo hablando en voz baja.

BACCELLI-KUTHY — Consiste en el menor desalojamiento del ángulo superointerno del omoplato durante la faz inspiratoria en la tuberculosis incipiente. Si la inmovilidad exis-

te en ambos lados las lesiones pulmonares son bilaterales. Es un signo de gran valor en el diagnóstico de las tuberculosis pulmonares al principio o aun latentes.

BAMBERGER— Pulso de la yugular en la insuficiencia tricuspídiana. También se da este nombre al signo que se observa particularmente en la ataxia locomotriz progresiva, según el cual el enfermo, al tocársele o picársele la piel del muslo, de la pierna o de la planta del pie, experimenta la sensación de contacto o de picadura, no en el miembro excitado, sino en un punto correspondiente del miembro del lado opuesto (*anestesia*).

BASTEDO—Consiste en el marcado dolor que siente en la fosa ilíaca derecha un individuo atacado de apendicitis crónica, cuando se le insufla aire por el recto. Esta insuflación determina en el individuo sano una impresión penosa de pesantez en el bajo vientre, seguida de dolor bilateral; pero en el atacado de apendicitis crónica el dolor es más vivo en la fosa ilíaca derecha, aun cuando el dolor primitivo espontáneo no lo hubiese jamás sentido a este nivel, sino en el epigastrio o en el ombligo. El mecanismo es debido a la presión del colon.

BELL—Caracterizado por la desviación hacia arriba del globo ocular en el esfuerzo in-

fructuoso que hace para cerrar sus párpados un enfermo atacado de parálisis facial periférica. Carece de valor este signo, pues el fenómeno es debido a una sinergia funcional entre el III y el VII pares.

BERGER—Consiste en una deformación de la pupila que toma una forma elíptica, de gran diámetro transversal u oblicuo; este signo se halla en el principio de la tabes y de la parálisis general, y en la parálisis del motor ocular común, etc.

BIERT—Collarcillo blanco, formado por un levantamiento de la epidermis, que rodea ciertas lesiones cutáneas de la sífilis secundaria, particularmente las sífilides papulolenticulares.

Bozzolo—Pulsaciones visibles al nivel de la nariz; es un signo que se halla en ciertos casos de aneurisma de la aorta.

BRYSON—Falta de ampliación del tórax durante la inspiración; signo observado en el bocio exoftálmico.

COLLIVER — Contracciones musculares del estado preparalítico de la poliomielitis. Su autor atribuye a este síntoma una importancia característica, y lo ha observado en la faz preparalítica de la parálisis infantil cuando el diagnóstico ofrece grandes dificultades.

Consiste en contracciones musculares especiales que invaden ciertos grupos musculares y duran de algunos segundos a un minuto. Este fenómeno es el término medio entre el temblor y la convulsión. Se extiende a una parte de la musculatura de la cara y de las extremidades, pero puede propagarse a una o muchas extremidades o a todo el cuerpo. Al principio el fenómeno puede pasar inadvertido en razón de su rapidez y su rareza; más tarde su frecuencia aumenta, así como su duración. En ciertos casos se extiende a todo el cuerpo y se nota una pérdida de conocimiento pasajera, con fijeza de los ojos, que recuerda unas veces el pequeño mal epiléptico, otras la intoxicación por la estriknina, la tetania. La causa de estas convulsiones parece debida a lesiones de ciertos territorios medulares determinados por el virus de la poliomiелitis o a trastornos circulatorios.

CHARCOT—Marcha tabetocerebelosa; marcha a la vez espasmódica y titubeante característica de la enfermedad de Friedreich.

CHARCOT—Vértigo o ictus laríngeo. Acceso vertiginoso precedido de una sensación de cosquilleo en la garganta con tos quintosa y sensación de estrangulación; el vértigo se acompaña a menudo de caída y a veces de

pérdida del conocimiento. Este síndrome se encuentra en el curso de la tabes.

CHARCOT-MARIE—Temblor generalizado a todo el cuerpo, caracterizado por oscilaciones menudas y rápidas que forman uno de los signos cardinales del bocio exoftálmico.

CAUSIER—Rodete edematoso duro y rojo, sobre el cual se encuentran pequeñas vesículas llenas de un líquido cetrino, dispuestas sobre una o varias filas que rodean la escara central, ennegrecida, de la pústula maligna; es bien marcado en el segundo período de la evolución de esta lesión, es decir, el segundo día.

CHEVOSTEK—Excitabilidad mecánica de los nervios y de los músculos en la tetania.

DUROZIEZ—Doble soplo intermitente crural, que se oye en los casos de insuficiencia aórtica al auscultar con el estetoscopio la arteria femoral al nivel del pliegue de la ingle; el primer soplo es el soplo normal de la diástole arterial, exagerada por razón de la hipertrofia del ventrículo izquierdo, y el segundo, resulta de la sístole arterial, es decir, de una sanguínea retrógrada; este segundo soplo es exagerado cuando se comprime la arteria con el borde del estetoscopio más alejado del corazón.

ERB—Aumento de la excitabilidad de los nervios periféricos, en la tetania, por la electricidad galvánica, más raramente por la farádica; este signo permite establecer el diagnóstico fuera de los accesos. Se da también el nombre de signo de Erb, en la tabes, a la desaparición del reflejo pupilar al dolor.

ERICHSEN—Dolor determinado por la aproximación brusca de los dos huesos ilíacos, en la sacrocoxalgia, al nivel de la interlínea sacroilíaca.

ESPINE—Consiste en una broncofonía anormal notada al auscultar la voz al nivel de las apófisis espinosas de las primeras vértebras dorsales. Es uno de los signos más constantes y más precoces de la adenopatía traqueobrónica.

FILATOV—Palidez del menton y de los labios en la escarlatina, que contrasta con la intensa rubicundez de las mejillas. La causa de este fenómeno parece debida a un reflejo vasoconstrictivo, cuyo origen se halla en la faringe, irritada por un exantema. Esta vasoconstricción se detiene en el surco nasoyugal, es bastante intensa para anemiar la región peribucal y darle un aspecto típico particular. La palidez persiste de dos a cuatro días, haya o nó erupción en la piel. En ciertos casos per-

manece muy perceptible, aun cuando ya la erupción haya comenzado a desaparecer; es un signo del principio y del período de estado, que puede facilitar un diagnóstico cierto aun cuando los otros síntomas falten o queden imprecisos.

FILIPOVICZ—Coloración amarilla especial que toman las regiones palmar y plantar en algunas enfermedades febriles; no tiene valor diagnóstico.

FRANKEL—Aumento del flujo en la sinusitis maxilar cuando el enfermo inclina la cabeza hacia adelante.

FREDKERI—MULLER—En la insuficiencia aórtica, fenómeno que consiste en latidos de las amígdalas y del velo del paladar, debidos a la transmisión de las pulsaciones carotidianas y a los latidos propios de las arterias de estos órganos.

FRIEDREICH—Colapsos general diastólico del pulso en la insuficiencia aórtica. Sin importancia para el diagnóstico.

GAREL—BURGER—Cuando un individuo afectado de empiema maxilar unilateral mantiene los ojos cerrados durante el alumbrado intra-bucal, percibe una sensación luminosa en el ojo sano.

GRAEFE—Falta de sinergia entre los movi-

mientos del párpado y los del globo del ojo aparente, sobre todo al bajar el párpado; es un síntoma del bocio exoftálmico; no es el corolario de la salida del globo ocular, pues puede presentarse fuera de la exoftalmia; parece debido a un trastorno de inervación del párpado.

GRASSET—Contracción del externomastoidiano del lado paralizado, en la hemorragia cerebral.

CROCCO—Triángulo de macicez paravertebral, opuesto, en las pleuresías con gran derrame. El lado interno de este triángulo está representado por la línea de las apófisis espinosas; el lado inferior por el límite inferior del área de resonancia de la cavidad torácica (2 a 3 centímetros de largo), y el lado externo, por una línea que parte del lado inferior y remonta oblicuamente para unirse en ángulo agudo con la línea interna. Parece debido a la distensión del fondo de saco posterior retroesofágiano de la pleura.

GUBLER—Tumor dorsal del puño en la parálisis saturnina.

GUENEAU DE MUSSY—Punto doloroso a la presión que se halla en la pleuresía diafragmática, situado en la intersección de una línea que prolongase la parte ósea de la décima

costilla con otra que prolongase el borde, del mismo lado del esternón. El dolor es debido a la excitación del nervio frénico.

GUYON—Sensación que se obtiene al practicar la palpación bimanual del riñón cuando se rechaza ligera y bruscamente con la mano lumbar el tumor hacia la mano que está adelante.

HEGAR—Sensación de renitencia particular que se obtiene al nivel del cuerpo uterino, en el principio de la preñez, por medio de la palpación abdominal combinada con el tacto vaginal.

HOFFMANN—Espasmo que se despierta, en la tetania, en los músculos subyacentes a los territorios cutáneos atacados de parestesia cuando se hace la presión o la percusión de los nervios sensitivos correspondientes.

HOLZINGER—Reflejo de la hipotenar provocado por la compresión de la región del hueso pisiforme.

HEIM-KREYSIG—Signo que se encuentra en la sínfisis cardíaca y que consiste en la depresión sistólica de los espacios intercostales en la región de la punta.

HEIM-SANDERS—Movimiento continuo de ondulación epigástrica, que se encuentra en los casos de sínfisis cardíaca, pero que no tiene

valor para el diagnóstico de esta afección sino cuando coexiste con una retracción sistólica de la punta.

HERYNG—En el empiema maxilar unilateral hay traslucidez en la región infraorbitaria, con el alumbrado intrabucal, del lado sano, y queda oscura la región en el lado enfermo.

HUCHARD—Variación notable en el número de pulsaciones según que el enfermo esté acostado o sentado.

JACCOUD—En la sínfisis cardíaca movimiento de reptación sistólica de la región precordial.

JAFFE—En los casos de colección purulenta situada en el límite del tórax y del abdomen (piotórax o pioneumotórax supra o subfrénico) la salida del pus por la cánula es más rápida durante la inspiración, si el pus está debajo del diafragma; durante la inspiración, al contrario, si la colección esta encima. Este signo puede faltar cuando el diafragma esta paralizado, lo que sucede generalmente después de cierto tiempo.

JELLINECK—Hállase en la enfermedad de Basedow, y consiste en una pigmentación morena de los párpados. Quizá sea debida a las conexiones entre la glándula tiroide y el sistema simpático suprarenal.

JOFFROY—En el bocio exoftálmico pereza del músculo frontal en ciertos movimientos asociados, el cual se pone en evidencia haciendo dirigir los ojos del enfermo hacia el cielo raso. En la corea eléctrica, fenómeno que consiste en la desaparición del espasmo de la cara después de la compresión del facial.

JOSSEKAND—Sonido *clangoreux* diastólico en el foco pulmonar en la pericarditis.

KERNIG—Contracción latente de los flexores que se pone en evidencia haciendo sentar el enfermo sobre su lecho; la rodilla se pone entonces en semiflexión, y su cara posterior no puede ser aplicada sobre el plano del lecho. Este signo es casi constante en la meningitis cerebroespinal, rara en la tuberculosa; aparece desde el tercer día de la enfermedad, y puede persistir después de la curación. Es debido al estado de hipertonia muscular determinada por la meningitis.

KOPLIK—Pequeñas manchas azulosas que aparecen en la cara interna de las mejillas en el período prodrómico del sarampión; estas manchas, de un diámetro de dos a seis milímetros y rodeadas de una auréola inflamatoria, se relacionan con la estomatitis eritematopultácea descrita por diversos autores.

KERANDEL—Perturbación de la sensibilidad

profunda, que consiste en una sensación dolorosa, más o menos viva, provocada por un choque o una presión aun insignificantes. Es uno de los síntomas del principio de la enfermedad del sueño.

LASEGUE—Uno de los signos más importantes para el diagnóstico de la neuralgia ciática: si se fleja el miembro inferior sobre el abdomen, estando la pierna en extensión sobre el muslo, el enfermo acusa bien pronto un vivo dolor al nivel de la nalga; este dolor no existe, al contrario, cuando la pierna está en flexión sobre el muslo.

LAUGIER—Ascenso de la apófisis estiloides del radio en la fractura de extremidad inferior de este hueso.

LICHTEIM—Posibilidad de indicar, por medio de otros tantos esfuerzos de espiración o mostrando cierto número de dedos, las sílabas de que se compone una palabra que no puede pronunciar un afásico. Indicaría este signo la conservación del lenguaje interior y permitiría diagnosticar la afasia subortical.

MANNKOF—Aceleración del pulso por presión sobre un punto doloroso, en las neuralgias traumáticas.

MOEBIUS—Dificultad de la convergencia en la enfermedad de Basedow.

MUSSET—Sacudidas títmicas de la cabeza, isócronas, con los latidos del pulso que se observan en los individuos atacados de insuficiencia aórtica. Pueden hallarse también en el aneurisma de la aorta, y serían debidos a la hipertensión arterial.

OLIVER—Se da este nombre, en el saturnismo, a la persistencia, después de muchos cólicos de plomo, de una zona dolorosa limitada en la mitad del abdomen, que primitivamente era el sitio del dolor (más a menudo hacia la izquierda que hacia la derecha); la palpación profunda demuestra que esta zona es resistente y dolorosa.

OLIVER—CARDERALLI—*Signo de la tráquea.* Sacudida brusca de arriba hacia abajo, impresa al tubo laringotraqueal a cada sístole cardíaca en los casos de aneurisma del cayado de la aorta. Puede apreciarse por uno de los tres procedimientos siguientes: fijando entre el pulgar y el índice el cartílago cricoide mientras que el enfermo, de pie y con la boca cerrada, levanta el menton lo más alto posible; o colocado el observador detrás del paciente, levantar delicadamente el mismo cartílago entre los índices de cada mano; o aplicando sucesivamente la pulpa del dedo a la derecha y a la izquierda del tubo laringotraqueal. Puede

hallarse también muchas veces este signo en los casos de tumor del mediastino o de cáncer del esófago.

PARROT—Murmullo vibratorio que reemplaza los ruidos del corazón en la asistolia.

PFUHL—Véase signo de Jaffé.

PINS—Consiste en la desaparición de los signos pseudopleuríticos (macicez, soplo pleurítico, broncoegofonía) de la base izquierda del tórax, que existen en las pericarditis *con derrame*, al colocar el enfermo en la posición genupectoral. Estos signos pseudopleuríticos son debidos a la atelectasia del lóbulo inferior del pulmón izquierdo comprimido por el derrame pericárdico y a la participación del parénquima pulmonar adyacente, en la inflamación pericárdica. Weill agrega que si en la posición genupectoral se siente la punta del corazón hacia afuera y hacia la izquierda, es preciso pensar en la pseudopleuresía, y si se halla rechazada hacia la derecha, existe la pleuresía.

PITRES—Signo del cordón de—Se utiliza para el diagnóstico de las pleuresías. Verifícase tendiendo una cuerda de la horquilla esternal a la sínfisis pubiana; al estado normal el apéndice xifoide debe hallarse en el trayecto de esta cuerda; en caso pleuresía se halla desalojado hacia uno u otro lado.

PITRES—(*Hafalgesia*)—Sensación dolorosa intensa producida por la aplicación sobre la la piel de ciertos cuerpos que no provocan al estado normal sino una banal sensación de contacto; es una perturbación de la sensibilidad que se halla muchas veces en la histeria y en la tabes.

PITRES Y SIEUR—Signo que se obtiene al percutir una moneda, aplicada sobre el tórax, con otra moneda, al mismo tiempo que se ausculta el punto diametralmente opuesto; en el caso de derrame líquido dentro de la pleura, se obtiene un sonido claro, argentino, que parece nacer bajo el oído.

PUHL—Variación de presión en la perihepatitis supurada.

RAMOND—Signo de los espinales. Consiste en el ensanchamiento del relieve que forman los músculos espinales superficiales (ileocostal y largo dorsal) y en la tensión más o menos grande de esta misma masa muscular. Se observa en toda variedad de pleuresía: seca o serofibrinosa, en el hidrotórax o la pleuresía purulenta, en las neumonías y bronconeumonías con inflamación pleurítica. Comienza antes que todo otro signo clínico, sigue a la pleuresía en el curso de su evolución y persiste después de la desaparición del derra-

me (muchas veces veintiséis meses después de una pleuresía). Explícase su mecanismo por la contracción refleja, en la cual se ponen estos músculos a fin de inmovilizar la pleura subyacente inflamada, del mismo modo que se tienden los músculos abdominales cuando el peritoneo está interesado. Puede también hallarse este signo en los casos de neuralgia intercostal, en la zona torácica de bajo sitio, en todas las raquialgias, ciertas ciáticas, y, en fin, en toda lordosis.

REMAK—Perturbación de la sensibilidad hallada en los tabéticos. Consiste en que una sola excitación da lugar a muchas sensaciones sucesivas.

RINNE—Cuando en el estado normal se coloca un diapasón delante de la oreja, y después en la apófisis mastoide, el sonido se oye mejor por la vía aérea; en las enfermedades de la caja el fenómeno inverso tiene lugar.

ROBERTSON—Véase signo de Heryng.

ROBERT-VIEDEN—Señales que da la docimasia auricular en el recién nacido.

ROMBERG—Dificultad que experimentan ciertos enfermos (tabéticos) de conservar la estación de pie, teniendo juntos los talones; en los casos habituales, esta dificultad no aparece sino cuando se hace cerrar los ojos al enfermo;

muchas veces no se presenta sino cuando el paciente reposa sobre un solo pie.

ROSEMBACH—Persistencia del reflejo abdominal en la hemiplejia histérica ; está, al contrario, abolido en la hemiplejia orgánica.

SISTO—Gritos incesantes en los niños de pecho heredosifilíticos. Estos gritos son muchas veces el solo signo de especificidad, y su importancia reveladora es entonces muy grande. Este signo ha sido confirmado por Comby, Hutinel, Gang, Marino, etc. Cuando un niño de pecho grita de una manera viva e incesante, fué ra de las otras causas que pueden hacerlo llorar (mala alimentación, otitis, etc), y cuyos gritos aumentan cuando se trata de moverlo o de alzarlo en brazos, y tienen un predominio nocturno, es preciso pensar inmediatamente en la sífilis. Para Sisto, Comby, Hutinel estos gritos serían provocados por lesiones epifisarias, por osteocondritis causadas por la espiroqueta pálida, y serían comparables a las lesiones que provocan los dolores osteócopos nocturnos de los adultos. Para Hein los gritos serían debidos a la invasión de las meninges por el proceso sifilítico. Los gritos repetidos de los niños de pecho coexisten frecuentemente con la pseudoparálisis de Parrot. La naturaleza sifilítica de estos gritos es comprobada clara-

mente por el tratamiento específico que los hace desaparecer rápidamente.

SMITH—Murmullo venoso que se percibe, por medio del estetoscopio colocado sobre la primera pieza del esternón, llevando la cabeza hacia atrás (adenopatía tráqueobrónquica).

STELLWAG—Alargamiento de la hendidura parpebral: el enfermo duerme con los ojos abiertos, porque aun durante el sueño los párpados no llegan a recubrir la totalidad del globo ocular. Este signo se halla en la enfermedad de Basedow.

STILLER—Movilidad anormal de la sexta costilla; acompaña las ptosis viscerales, nefroptosis, enteroptosis, gastroptosis.

SRAUSS—En la parálisis facial periférica la inyección de pilocarpina provoca el sudor del lado enfermo, más tardíamente que del lado sano; este signo no existe sino en los casos graves, y acompaña a la reacción de degeneración.

TANSINI—En los enfermos atacados de afección orgánica pilórica con estrechamiento canceroso simple, el abdomen está siempre muy deprimido. En ciertos casos de estrechamiento pilórico, clínicamente considerado neoplásico, el Profesor Tansini ha observado que el vientre, al contrario, estaba tumificado: en

estos casos ha comprobado la existencia de metástasis cancerosas de la pared intestinal bajo la forma de nódulos más o menos considerables y que no estrechaban la cavidad del tubo intestinal. El Profesor Tansini cree que la tumefacción del vientre, en los casos de estrechamiento pilórico, indica una metástasis intestinal; se le puede considerar como un signo, que permite considerar como cancerosa la afección pilórica.

THORTHEN—Dolor violento en el flanco en la litiasis renal.

TRAUBE—Doble ruido que se oye en los casos de insuficiencia aórtica al auscultar una arteria con un estetoscopio sin comprimir el vaso.

TRELAT—Las personas atacadas de tumores malignos del seno presentan con frecuencia en la piel de la caja torácica *noevis* vasculares. Estos se consideran como signo de malignidad.

TROISIER—Hipertrofia del ganglio supraclavicular del lado izquierdo en el caso de cáncer de un órgano abdominal; la aparición de este ganglio en el curso de una enfermedad abdominal de carácter mal definido, permite afirmar el diagnóstico de cáncer.

TROUSSEAU—En el intervalo de los accesos, en la tetania, se pueden despertar los accesos

por medio de la compresión de los gruesos troncos vasculares de los miembros.

VIGOUROUX—Disminución de la resistencia eléctrica de la piel, debida probablemente al aumento de la perspiración cutánea. Es un síntoma del bocio exoftálmico.

WALS—Consiste en la ampliación del tórax del lado opuesto al derrame cuando éste es debido a un tumor del pulmón o del mediastino.

WEILL—Falta de expansión de la región supraclavicular del lado enfermo; es un signo precoz de la neumonía infantil.

WEISS—Signo del facial. En la tetania basta frotar un músculo para provocar su contractura.

WESTPHAL—Abolición del reflejo rotuliano; este es un síntoma importante de la tabes, pero puede encontrarse en muchos otros estados patológicos.

WILLIAMS—Disminución del relieve inspiratorio de la parte anterior e izquierda del pecho; es un signo de sínfisis cardíaca.

WINTRICH—En las grandes cavernas pulmonares, el sonido timpánico obtenido por la percusión aumenta cuando se abre la boca y disminuye cuando se cierra.