

CATEDRA DE PATOLOGIA MEDICA
Dr. Carlos Andrade Marín

Síntesis Semiológica de los aparatos respiratorio y circulatorio, del hígado y
vías biliares y del dolor abdominal

PARA LOS ALUMNOS DE
PATOL06IA MEDICA

APARATO RESPIRATORIO

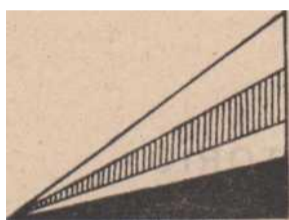
ELEMENTOS DE ANATOMÍA.—Estudiando, de afuera para adentro, el aparato respiratorio está constituido: 1°. Por la *Riño-Faringe*, por donde pasa el aire calentándose y purificándose física y bacteriológicamente gracias al círculo amígdala- no de Waldeyer. 2°. Por la *Laringe*, importante por el juego de la *glotis* y la presencia de las *cuerdas vocales*. 3°. Por la *tráquea*, *bronquios* y *bronquiolos*, que terminan en las *vesículas pulmonares* cuya pared está tapizada de *alvéolos*. Las vesículas forman, por su reunión, *lóbulos pulmonares*, los cuales, a su vez, constituyen los *lobos de pulmón*: 3 en el derecho y 2 en el izquierdo. Las paredes de estos elementos anatómicos son ricas en *fibras elásticas* que dan al pulmón una propia elasticidad.

Los pulmones están envueltos totalmente por la *Pleura*, formada de dos hojas, parietal y visceral, entre las cuales existe un exsudado seroso muy pequeño y que, patológicamente pueden contener derrames líquidos o gaseosos.

ELEMENTOS DE FISIOLÓGÍA.—Los movimientos respiratorios en número de 13 a 20 en el adulto y de 20 a 36 en el niño, están formados por la *inspiración*, movimiento activo dependiente de la ampliación de los diámetros del tórax y la *expiración*, movimiento pasivo debido a la elasticidad pulmonar. Auscultando notamos un *murmullo vesicular* prolongado, seguido de un *soplo* espiratorio corto. A la inspección, la duración de la inspiración es como 1 y de la expiración como 3. A la auscultación es al revés.

La hematosis se asegura por la *ventilación pulmonar*, mayor o menor según la *capacidad respiratoria* de cada indi-

viduo, cuya medida (s la cantidad de aire que puede ser espi-
rado totalmente, desf jes de una inspiración forzada.



Aire complementario, que puede introducirse, forzando la inspiración
Aire de la respiración, normal, medio litro <
Aire de reserva que sólo puede expulsarse con e x -)
piración forzada
Aire residual, que no puede ser expulsado ni con
expiración forzada.

Los actos respiratorios están regulados por refkj " bul- bares que tienen su centro en el suelo del cuarto vermículo, siendo su vía centrípeta el *pneumo-gástrico* y, en menor escala, los nervios sensitivos, y la centrífuga, el *frénico* y los nervios motores de los músculos del tórax.

SEMIOLÓGIA

Los síntomas que traducen una afección del Aparato Respiratorio son:

- 1º. **GENERALES**, i Resultado del interrogatorio al enfermo
 Actitud y Facies comunes a todas ellas ^
 y al organismo iodo ! pu| j wirva temometrica
- 2º. **Funcionales**, \ Dolor de costado o punzada
 Disnea que acusa al enfermo / Tos
 Expectoración. Mensuración
- 3º. **Objetivos**, i Inspección que
 investiga el médi- \ Palpación co para
 determinar el Percusión sitio y extensión de la /
 Auscultación lesión Radiografía
 Radioscopia.

SINTOMA	C A R A C T E R	Valor Semiológico
INTERRO-	<i>i</i> 1º. General, para averiguar fecha de comienzo de los accidentes, evolución, antecedentes familiares, hereditarios y personales	GEERAL
	12º. ESPECIAL, para insistir sobre ciertos datos de importancia, enfocándolo ya hacia el diagnóstico sospechado	
FACIES	Vultuosa , sudorosa, con enrojecimiento de la mejilla del lado enfermo Cianótica , ansiosa, asfíctica k Pálida , con las mejillas hundidas, pómulos salientes de color líláceo o gris sucio i Con la nariz estrecha, desviada, con voz nasal, gangosa l Con la nariz en silla de montar Con las pupilas desiguales Elevación rápida seguida de escalofrío, estado continuo y defervescencia en crisis al 7º, 8º, ó 9º día 1 Elevación lenta, oscilaciones marcadas y defervescencia en lisis Oscilaciones grandes (<i>i</i> 1/2, ó 2 grados), en ocasiones de <i>tipo inverso</i> , acompañado de sudores, etc. Pequeñas elevaciones vespertinas, acentuadas por la fatiga, con fenómenos generales y sudores nocturnos	Pneumonía Asma Tisis Insuficiencia respiratoria nasal: adenoides, etc. Sífilis hereditaria o adquirida Sífilis pulmonar Pneumonía franca Pleuresía franca aguda Tisis (tuberculosis crónica)
CURVATURA-MOMENTRICA		
PULSO	S Acelerado, sin ir acompañado de temperatura y frecuentemente hipotenso... <i>extenso</i> , profundo, difuso, no exagerado por la presión... 1 <i>lancinante</i> , bajo el mamelón. l Agudo sordo , en la base	Tuberculosis Congestión pulmonar Pneumonía Pleuresía serofibrinosa aguda
DOLOR COSTADO	<i>i</i> intensísimo , provocando hasta síncope <i>i</i> dolores sordos localizados en diversos sitios, en los enfermos crónicos del pulmón.	Pneumotórax Focos de tuberculosis Pleuresía seca Adherencias

SINTOMA	C A R A C T E R	Valor Semiológico
	Aguda, asfíctica, con cianosis, pudiendo llegar hasta la producción del rai traqueal o estertor agónico	Asma Enfisema con dilatación del corazón
	Con aumento de respiraciones o Polípnea; hasta 50 ó 60 respiraciones por minuto)' A. J. A. S con tendencia a la asfixia por disminución de la amplitud	Afecciones cardíacas Hemorrgs. abundantes Todas las afecciones agudas del Aparato respiratorio
DISNEA	Por obstáculo ínsipiratorio; con i nariz dílada, tronco hacia adelante	afecciones de. crup, la laringe y . edema, de la tráquea 'estenosis
	Con dis-trás, con cornaje y tiraje minución j Por obstáculo espiratorio; con cianosis, ansiedad, manos comprimiendo el tórax	Asma. Enfisema Intoxicaciones, etc. Uremia
TOS; acto refajo de defensa para impedir la penetración de cuerpos	Con timbre elevado, semejando el canto del gallo.....	Coqueluche
	de timbre apagado (tos de perro)	Crup
	» » sordo, cascado, bitonal	Tuberculosis, cáncer
	Quintosa.....	Coqueluche, asma, adenop atía, tráqueo-bronquíal
	Emetisante	Coqueluche, tuberculosis
	Negro	Antracosis
Color	Blanqu. ciño	Bronquitis (comienzo)
	Gris ve Joso	Bronquitis (cocción) y tuberculosis de I ^{er} . gr.
	i Verde	Tuberculosis reblandecida o excavada
	i Verde -amarillenta	Pus de vómica
	(Herrumbrosa.....	Pneumonía (comienzo)
	(Vinoso	„ (hepatización)
	Roja o rojiza	Hemoptisis T. B.
	Roja negruzca	Embolia
EXPECTORACION	Jalea de moras	Cáncer del pulmón
	Olor 'AOSO' suigenens	supuraciones / cavernas
	Terriblemente fétido	Gangrena
	Fluida, transparente, serosa...	Edema del pu. ón
	Espesos, opacos, no aereados, lencia pa-i	
	viscosos, siguen los desplazamientos.....	n. s. 1 \$ - i mientos de la escupidera Tuberculosis cavítaria
	.., / Gomosos, muy adherentes, Aereacion fijos	Pneumonía

SINTOMA	C A R A C T E R	Valor Semiológico
Espu- tos sero- s	[Incoloros, transparentes, líge- ramente gomosos, con aire y mucosos ^ Líquidos, transparentes, blan- eos o rosados, recubiertos de espuma Pus más o menos consiste!	Bronquitis aguda Tuberculosis, í' gr.
	Esputos purulentos 'te, amarillos o verdosos Esputos muco-purulentos o numulares	Edema agudo, patog- nomónicos Vómica de abeeso o pleuresía Bronquitis (h. terminal) dilatación bronquial Tuberculosis reblande- cida
TIPOS DE EXPE CTORACION	(masas grumosas que nadan en saliva, amarillos o verdosos)	
	Cuando el caracter purulento se acentúa se fusionan y dan el aspecto de puré de arvejas Esputos sero- purulentos; fétidos, sepa- rándose en 3 capas espumosa, líquida, y verdosa, sólida y opaca) Esputos i Herrumbrosos sanguinolentos / o Inosos::, ' bange pura, hemptisis.	Tuberculosis cavitaria Gangrena Bronquitis fétida Pneumonía bu roja ,, gris Tuberculosis, cáncer, aneurismas brónquicos

SIGNOS OBJETIVOS

INSPECCIÓN:

Comprende el examen de los tegumentos, el estudio de los movimientos respiratorios, el estado de las partes blandas (atrofias edemas) y el estado general de la caja torá- xica, datos que han servido para clasificar los tórax en los siguientes tipos:

TÓRAX TÍSICO: atrofia muscular, huecos profundos, huesos salientes (escapuloe alatoe).

TÓRAX RAQUÍTICO: con nudosidades en la unión costal, esternón saliente en su parte superior.

TÓRAX ENFISEMATOSO: en barril, aumentado en todas sus dimensiones, con salientes en lugar de depresiones.

TÓRAX ADENOPÁTICO: globuloso en la parte superior y estrecho en su parte inferior, bajo el mamelón.

Además podemos notar *dilataciones* limitadas en las pleuresías y pneumotórax y *depresiones*, como secuelas de pleuresías antiguas.

PALPACIÓN:

Estudia la transmisión de los ruidos del pecho y especialmente las vibraciones vocales. Controla además los datos de la inspección sobre todo los concernientes a la amplitud respiratoria de los vértices. Las vibraciones vocales se encuentran aumentadas cuando existe aumento de condensación del parénquima pulmonar (neumonía, bronconeumonía pseudo-lobar, infiltración tuberculosa, tumores, etc.) o cuando existen grandes cavidades que actúan como cajas de resonancia. (Tuberculosis cavitaria; dilatación bronquial). Se encuentran disminuidas cuando el pulmón es impermeable al aire o se encuentra separado de la pared por capas líquidas, sólidas o gaseosas (enfisema, pleuresías, sínfisis pleural y pneumotorax). Se hallan abolidas cuando éstas últimas condiciones se acentúan hasta el máximun.

PERCUSIÓN.

Se propone, por medio de golpes sobre la pared torácica, averiguar el grado de plenitud o vacuidad de las diversas zonas. Se percute sobre los dedos de la mano izquierda con 1, 2 ó 3 dedos de la derecha. El enfermo debe estar con sus músculos en relajación, sin cruzar los brazos. El dedo debe seguir los espacios intercostales comparando los dos lados del tórax y dando golpes duros y secos para la *percusión profunda* o suaves y ligeros para la *superficial*.

Se averigua el estado de la intensidad, tono y timbre del sonido de percusión, que puede modificarse así:

	Hiper' sonoridad ó timpanismo ^ acerca a los pulmones a la so- , noridad estomacal	Enfisema, pneumotorax, cavernas superficiales y zonas de compensación
<	Submatitez sonido de tono	Pneumonía, congestión, tuberculosis del vértice (comienzo) pleuresía de pequeño derrame, siguiendo la curva de Damoiseau
O	elevado, pero sordo, en los sí- l	
e/5	tos de aumento de condensa- j	
UJ	i	Pleuresía de derrame abundante
H	Matitez absoluta, semejante a \ la percusión sobre el muslo. j	induraciones extensas tuberculosas, bloks de hepatización, tumores.

0 Se eleva con la boca abierta, en la dilatación bronquial (Wintrich) g Se eleva en la posición sentada y baja al acostarse (Gerhardt) ca- " vernas.
 ü , Se modifica sólo en las grandes cavernas y en el pneumotórax, dando una resonancia anfórica o metálica, o, en las muy superficiales y con comunicación estrecha con los bronquios, dando el ruido de olla cascada.

AUSCULTACIÓN

Estudia los caracteres de los ruidos respiratorios y de los adventicios (soplos, rales, frotos) ya aplicando directamente el oído al tórax (auscultación inmediata) o por medio del estetoscopio y fonendoscopio (auscultación inmediata). Los ruidos pueden modificarse en su intensidad, ritmo, tono y timbre.

SINTOMA	C A R A C T E R	Valor Semiológico
Respiración fuerte; complementaria de regiones enfermas	Pleuresía, neumonía, etc. [En los dos pulmones	Estenosis tráqueo-bronqueales, crup, enfisema
INTENSIDAD	R . A e s P . j 1 En un pulmón	Estenosis bronquial, enfisema, neuralgias
	j 0 abollida / \ En una región	Pleuresía, tuberculosis
RITMO	^ Espiración prolongada	Enfisema, tuberculosis.
	' Respiración entrecortada	Adherencias pleurales, tuberculosis, bronquitis
TIMBRE	i Ruda, en el vértice	Tuberculosis
	Roda (de timbre seco, granuloso)	Sequela de bronquitis
TONO	j Poco importante	Comienzo de congestión o tuberculosis
	Tubario o brónquico, tono alto, tímido; igual al sonido que da un tubo /; soplar	Pneumonía, bronconeumonía, infiltración T. B. tumores.
SOPLOS	1 Pleurítico.—Análogo al tubario pero menos fuerte, lejano, de tono muy agudo	Pleuresía
	' Cavernoso.—bajo, grave; igual al sonido que se produce al soplar las manos cerradas	Cavernas, dilatación bronquial, absesos
	l Anfórico. —De timbre metálico	Pneumotórax, grandes cavernas

SINTOMA	C A R A C T E R	Valor Semiológico
FROTES	Secos, comparables al ruido de cuero nuevo, o al frote de papel de seda, que se oyen en ambos tiempos de la respiración	<í oo ^
) Húmedos, se confunden con los rales, 'de los que se diferencian porque no son modificados por la tos ni las inspiraciones forzadas	iD ^ p_
RALES	Rónquicos, semejantes al ronquido de quien duerme o si-vibrantes 'filantes como jorgeo de pá- Bronquitis sonoros ' J) > desaparecen después Asma / de la tos, dan sensación de Compresiones b r ó n - vibración a la mano..... quías	
	Húmedos ^{ka sAA en AñeS o o de} burbujas ^{nos caAeAos en J^{os} dedos.} Pneumonía. Conges- tión infarto mucosos, ¡Es seco	
	constitúí- Sub-crepitantes, mucosos, os por su- írá _{me} cos, de pequeñas me- cesión ^ eI dí _{anas} o grandes burbujas, pequeños ruidos o Cavernoso, sub - crepitante <i>crepitación</i> e gruesas burbujas, exa- Cavernas, dilatación	Bronquitis, fino en las Bronconeumonías congestión T. B. (craqui- dog)
	gerado, con soplo	abceso
RUIDO OE ^A BANDERA /	Como el de una bandera que flota	dom ⁴ embr ² nosa
	RUIDO D Es Cierre brusco de una cavidad llena de Cavernas, pneumotó- VALVULA) gas	rax a válvula
	MFTAMnn [^])Un grano de bronce sobre una copa. Caverna, pneumotorax METALICO /	
TOS	Se hace toser para precisar los ruidos o .hacerlos desaparecer Resonancia exagerada de la voz en los l vértices	T. B. Pneumonía esclerosis, tumores, congestión, T. B. con tubérculos
VOZ	f Broncofonía.— Resonancia máxima, acompañada a las condensaciones Pectoriloquia.—o voz cavernosa.—rare ² ice que el enfermo habla en la oreja 'del médico	Cavernas Dilatación
	i Resonancia metálica . . 'Egofonía. (voz de cabra o polichinela) tono elevado y entrecortado	Voz Anfórica.— Cavernas, pneumotorax Derrame pleural

SINTOMA	C A R A C T E R	Valor Semiológico
	<p>Pectoriloquia Afona.—Cuando el enfermo cuchichea, se oye perfectamente y * se entiende</p> <p>Voz Cuchicheante.—En la columna vertebral al auscultar, hay pectoriloquia afona ...</p>	<p>Pleuresía (cavernas, (spleno neumonía)</p> <p>adenopatía traqueo-bronquial</p>
	<p>HUIDO DE PERCUSIÓN adelante una pieza de moneda sobre otra se oye un ruido anfrónico rico exagerado, seguido de un eco ...</p>	<p>Pneumotorax, cavernas</p>
	<p>SIGNO DE ÉGUAL al anterior; pero el ruido es menor o no es fuerte, aunque más agudo</p>	<p>Pleuresías</p>

APARATO CIRCULATORIO

ENFERMEDADES DEL CORAZÓN;—Las enfermedades crónicas del corazón, cualquiera que fuere su causa anatomo- patológica, conducen rápida o lentamente a la *insuficiencia cardíaca*, a causa del excesivo trabajo que obligan a realizar al músculo cardíaco. Este síndrome que trastorna la *eusístolia* normal, va acentuándose por grados que se traducen en los siguientes síntomas de insuficiencia del corazón derecho:

DISISTOLIA.—Estado caracterizado por síntomas borrosos: ligera disnea de esfuerzo y taquicardia que requiere la investigación médica, palpitaciones. No existen todavía edemas ni congestiones viscerales.

HIPOSISTOLIA.—Marcada disnea de esfuerzo, palpitaciones, edema maleolar, dolor hepático, disminución de la cantidad de orinas.

ASISTOLIA.—Disnea continua y penosa, edema generalizado, orinas escasas y albuminosas, cianosis extrema.

La insuficiencia del corazón izquierdo se traduce por palpitaciones, angina de pecho, hipertensión, ruido de galope y soplo funcional mitral.

LA SEMIOLOGIA CARDIACA

Siguiendo un plan análogo a la del aparato respiratorio, podemos resumirla así:

INTERROGATORIO

y

Es menester dirigirlo especialmente hacia el descubrimiento de la existencia de taras hereditarias y de antecedentes in-

fecciosos: reumatismo articular agudo, corea, fiebre tifoidea, anginas, paludismo, sífilis, alcoholismo, etc. Luego a la investigación de los signos funcionales que siguen:

SIGNOS FUNCIONALES

SINTOMA	C A R A C T E R	Valor Semiológico
DISNEA	■ ^ comienzo, <i>de esfuerzo, de decúbito</i> *■ (al acostarse); luego continúa.....	Insuficiencia cardiaca.
	i que acompañan a la disnea; <i>regulares</i>	
PALPITACIONES	o arrítmicas y cuando no dependen de trastornos gastro-intestinales, pulmonares, tiroideos, etc.	id. id. Miocarditis. Hipertensión arterial en las nefritis
	acompañado de otros síntomas y cuando no depende de reumatismo muscular, neuralgia intercostal, pleuritis, etc.	
DOLOR	Simulando neuralgia intercostal <i>tenaz</i> .	Aneurisma aórtico.
PRECORRAL	Barra transversal, a nivel del manubrio	
DIAL / esternal	Aortítis.
	f Dolor vivo, que irradia al brazo, con angustia, sensación de muerte inminente	Anginas de pecho.
EDEMA MALEOLAR	* Cuando no dependen de trastornos renales ni de várices	Híposístolia.
u a dita ca i	<i>Cianosis</i> , con tendencia a las hemoptisis	Lesiones mitrales.
CIES tisis	Lesiones' aórticas.
	t <i>Palidez</i> , con cianosis de los labios	

SIGNOS FISICOS

INSPECCION:

Recoge datos sobre el abombamiento de la región precordial, que se encuentra en los derrames pericárdicos y en la hipertrofia del corazón; en el aneurisma de la aorta se localiza en el 2º. o 3º. espacio derecho y se halla animado de latidos. Se puede, además, observar el choque de la punta, la retracción de la misma en la sínfisis cardíaca.

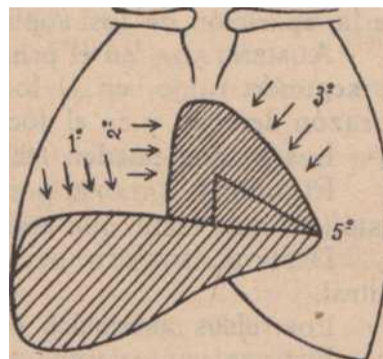
PALPACION:

SIGNO	C A R A C T E R	Valor Semiológico
	<i>Normalmente</i> en el 5º. esp. ínt. ízq., hacia adentro de la línea mamelonar;	
	<i>Descendida</i> , sin desviación hacia afue- 1 ra, siguiendo la línea mamelonar 1 <i>Desviada</i> hacia afuera, hacia la región	Lesión del corazón iz- quierdo
CHOQUE DE LA PUNTA	<i>axilar</i> , sin descenso marcado..... <i>Ascendida</i>	Id. id. del derecho. Id. del corazón todo.
	<i>Choque en cúpula</i> de Bard, <i>Choque globuloso</i> , en gran extensión. .	Derramespericárdicos, tumores abdominales, ascítis. Insuf. aórtica. Dilatación cardíaca.
	<i>Ondulaciones</i> en el 3º. y 4º. esp. ízq., en relación con el ritmo de galope (V. I)	Auscultación) Nefritis crónica.
PULSACIONES ANORALES	<i>Pulsaciones</i> en el 2º. y 3º. esp. derc., mayor abombamiento de la región.	Enf. de Hogdson.
MALES	<i>Pulsaciones</i> con tumoración..... <i>Pulsaciones epigástricas</i> cardíacas <i>Pulsaciones epigástricas</i> aórticas (con otros síntomas de aortítis abdominal)..	Aneurisma aórtico. Dilatación o descenso. Aortítis abdominal.
	<i>Frotes pericárdicos</i> , suaves, aumentan con la presión de la mano	Pericarditis.
^ ^ ^Estremecimientos catáreos:		
PUNTA DE LA PARED	en P ^{unta} » presistólico / en la punta, sistólico en la base, sistólico, a la derecha en la base, sistólico, a la izquierda... mesocardiaco, diastólico	Estrechez mitral. Id. tricúspide. Insuficiencia mitral. Estrechez aórtica. Id. pulmonar, Insuf. aórtica.

PERCUSION:

Para delimitar el área cardíaca se traza la línea hépto-ape- xiana, representada por el borde superior de la matitez hepática y la punta del corazón. Esta línea representa el límite inferior del área cardíaca; luego, percutiendo verticalmente hacia el borde externo del esternón se limita el borde derecho y, por fin, con cierta dificultad se logra limitar el superior y el izquierdo.

Esta área está aumentada enormemente y en todos sentidos en los derrames pericárdicos y en la sínfisis cardíaca, tomando entonces una forma globulosa, en lugar de la triangular normal. Está aumentada hacia arriba, *en casco*, en las lesiones de la aorta (aneurisma, etc.) Está aumentada hacia la derecha, rebasando el borde esternal, en la dilatación de la aurícula derecha y hacia la izquierda en las lesiones del corazón izquierdo.



AUSCULTACION:

Es el método que da datos más precisos respecto del diagnóstico.

Al auscultar, un corazón normal se escuchan dos ruidos, el primero, que corresponde al sístole, sordo, grave y prolongado y el segundo, que corresponde al diástole, claro breve y seco. Estos ruidos pueden estar modificados en su ritmo, en su intensidad y timbre, en su número o por la presencia de otros ruidos anormales, frotos y soplos.

En el ritmo, pueden existir las siguientes modalidades:

Taquicardias: fisiológica. En los estados febriles. Anemias, clorosis. De origen cardíaco, en todas las cardiopatías; en las nefritis crónicas. Paroxísticas o por accesos, en las enfermedades orgánicas del corazón, en los dispépticos, aero-fagos y la llamada *esencial*;

Arritmias: sinusales (respiratorias) extrasistólicas en la miocarditis, estrechez mitral, intoxicaciones, etc.; con trastornos de la conductibilidad y contractibilidad, dando el pulso bí-geminado, alternante y las bradicardías de la enfermedad de Stokes-Adams.

BRADICARDÍAS: fisiológicas; gastrointestinales; en la inanición, en las hemorragias, en las compresiones cerebrales, etc.

EMBRIOCARDIA o ritmo fetal, en la miocarditis aguda.

La intensidad de los ruidos está:

DISMINUIDA en la obesidad, el enfisema, los derrames pericardicos, la miocarditis aguda y la endocarditis aguda, antes de la aparición de los soplos.

AUMENTADA en el primer ruido en la estrechez mital; en el segundo ruido, en el foco pulmonar, en la hipertrofia del corazón derecho y en el foco aórtico, en la nefritis.

Los ruidos pueden multiplicarse dando:

RUIDO DE GALOPE, por aparición de un tercer ruido pre-sistólico, más táctil que auditivo, en las nefritis crónicas.

DESDOBLAMIENTO DEL SEGUNDO RUIDO: en la estrechez mital.

Los ruidos anormales pueden ser:

FROTES PERICARDICOS, patognomónicos de la pericarditis (asincrónico, sin propagaciones, variable, superficial).

SOPLOS:

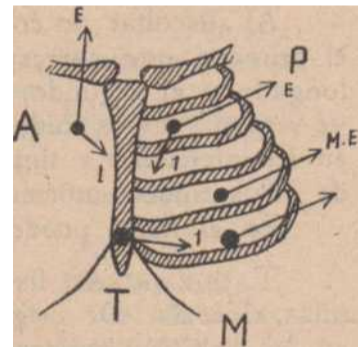
Los soplos orgánicos pueden ser oídos en los siguientes focos de auscultación:

En la punta, o foco mital, el soplo *sistólico*, en chorro de vapor, de la insuficiencia mital, y el pre o *protosistólico*, de la estrechez mital pura.

En LA BASE, a la derecha, (2º. ó 3º. esp.) o foco AORTICO, el *sistólico* de la estrechez aórtica, y el *diastólico* de la insuficiencia aórtica (variable, siguiendo la flecha).

En LA BASE, a la izquierda (2º. o 3º. esp.) o foco PULMONAR, el *sistólico* de la estrechez pulmonar y el *diastólico* de la insuficiencia pulmonar.

En EL APÉNDICE XIFOIDES o foco TRICÚSPIDE, el *sistólico* de la insuficiencia tricúspide.



EXAMEN DE LOS VASOS

ARTERIAS:

A la INSPECCIÓN de las arterías se puede anotar:

DANZA DE LAS ARTERIAS: movimientos continuos de las arterías, especialmente del cuello, no dependientes de emoción.

nes, en la insuficiencia aórtica, enfermedad de Hodgson y el bocio exoftálmico.

PULSO AMIGDALIANO O signo de Muller, en la insuficiencia aórtica.

SIGNO DE MUSSET: flexiones de la cabeza, rítmicas, en la misma insuficiencia aórtica.

PULSO CAPILAR: subungueal y frontal, en la misma insuficiencia aórtica.

A la **PALPACIÓN**, se aprecia los caracteres del **PULSO**, semejantes a los estudiados en los trastornos del ritmo cardíaco. Merece anotarse, sin embargo, el pulso paradójal de Kúsmal (desaparece en la inspiración) en la sínfisis del pericardio, derrames abundantes, crup. El pulso paradójal unilateral de Weil, haciendo inspirar profundamente estando con las manos hacia atrás es signo de tuberculosis de los vértices.

El pulso carotídeo está retardado con relación al choque apexiano, en la insuficiencia aórtica.

El Tríll arterial (estremecimiento) se observa también en la insuficiencia aórtica. La desaparición del pulso es signo de obliteración arterial (arteritis).

VENAS:

Turgescencia venosa generalizada Asistolia

Localizada en el dominio de la cava superior (cabeza, cuello, miembros sup.) Tumor del mediastino Localizada en el de las venas ilíacas

(piernas, pies) T. pélvico, embarazo

Circulación complementaria abdominal,

perí e ínfra umbilical Cirrosis hepática

Pulso venoso verdadero en las yugulares Insuf. tricúspide Pulso venoso en las venas dorsales del

pie y la mano Insuf. aórtica

Pulso venoso hepático Insuf. tricúspide

Doble soplo crural de Duroziez, en la ingle Insuf. aórtica.

SEMIOLOGIA DEL DOLOR ABDOMINAL

Frente a un caso de dolor abdominal, es necesario investigar si el dolor es localizado en algún punto o generalizado. En caso de dolor localizado se debe:

- a) precisar exactamente el sitio, a la presión o expon- táneamente;
- b) en caso de irradiaciones, diferenciarlas así:

Los dolores *estomacales* se irradian al tórax (pared anterior o posterior);

Los *renales*, a lo largo de los uréteres, hacia los genita- tales externos;

Los *uterinos*, hacia los lomos, las ingles y los muslos;

Los *hepáticos*, al hombro derecho y los esplénicos al izquierdo.

En caso de dolor generalizado, investigar si al comienzo hubo localización o si actualmente hay un punto máximo doloroso.

Luego, precisar los caracteres del dolor: lancinante, quemante, continuo o con cólicos; relacionados o no con los movimientos del tronco, marcha, digestión, tos, etc.

Constatar si aumenta por la presión o, al contrario por la cesación brusca de la presión (apendicitis y peritonitis), si no es influenciado por la presión (visceralgias de la tabes) o calmado por la misma, (cólico de plomo).

Prácticamente podemos diferenciar dos casos:

1°.—Dolor generalizado a todo el abdomen. *Traduce:*

- a) Simple *cólico intestinal*, por indigestión, intoxicación o enfriamiento; 2 a 3 horas después de las comidas, con vómitos alimenticios y diarrea;

- b) *Crisis disintérica*, con retorcijones, tenesmo, deposiciones mucosanguinolentas;
- c) Crisis de *enterocolitis muco membranosa*; cólico, en el curso de la constipación, con sensaciones de barra transversal y diarrea muco-membranosa;
- d) *Cólera* asiático o cólera nostras; con vómitos, diarrea serosa, algidez, calambres, anuria;
- e) *Cólicos saturninos*; sobre el ombligo, calmados con la presión larga y profunda, abdomen en quilla, vómitos, constipación, ribete de Burton, temperatura normal;
- f) *Oclusión intestinal*: dolor vivo que desaparece a los dos días, meteorismo, vómitos alimenticios, biliosos y fecaloídicos, detención de gases y materias, pulso filiforme, facies peritoneal, abdomen poco doloroso a la palpación, temperatura normal o subnormal;
- g) *Peritonitis aguda*, primitiva o secundaria (apendicitis, perforación por úlcera, ruptura de la vesícula biliar, etc.)* como en la oclusión, pero con sólo vómitos biliosos, con fiebre, vientre inmóvil y dolorosísimo a la presión;

2. —Dolor localizado en un sitio del abdomen (o que lo fue al comienzo).

A

EN EL EPIGASTRIO:

- a) *Dispepsia hiperclorídica*: 2 ó 3 horas después de las comidas: sensación de quemadura que asciende tras el esternón, con vinagreras ácidas;
- b) *Úlcera estomacal o duodenal*: dolor a hora fija, variable según la altura de la úlcera, fijo y agudo, con hipercloridía; vómitos ácidos que ponen fin a la crisis, en ocasiones; hematemesis y melenas;
- c) *Cáncer del estómago*: dolor menos fijo, menos agudo, poco modificado por la alimentación, con hipocloridía, con vómitos de olor de mantequilla rancia, con ataque precoz al estado general: (enflaquecimiento y color pajizo).
- d) *Crisis gástrica tabética*: dolor intolerable, con vómitos muy ácidos, no aumentado por la presión, como en la úlcera y cáncer; empieza y acaba bruscamente.
- e) *Crisis de uremia gástrica*, con vómitos amoniacales; especialmente en el embarazo, con albuminuria gravídica.

- f) *Estenosis pilórica*, con signos de dilatación: vómitos abundantes de olor acético o butírico;
- g) Crisis de **acidosis** con acetonemia;
- h) Pensar, en fin, en la gastralgia de la tuberculosis pulmonar, en una neuralgia, en un *cólico hepático* o colecistitis que provocan el dolor por vía refleja, en una cardiopatia, especialmente mitral o aortitis abdominal o una epígastralgia refleja proveniente del riñón; metritis, salpingitis o apendicitis crónica.

EN EL HIPOCONDRIO DERECHO:

- a) Lesión del *hígado* (congestión, absceso, cáncer);
- b) Lesión de las **vías biliares** (litiasis, angiolitiasis, colecistitis);
- c) Ver *hepatitis*, con dolor provocado por adherencias con órganos vecinos;
- d) Neuralgia intercostal, **absceso subfrénico** o lesión, inflamatoria cancerosa, del ángulo **cólico derecho**.

EN EL HIPOCONDRIO IZQUIERDO:

- a) Lesión del bazo (congestión aguda, absceso).
- b) *Perisplenitis*. El bazo no es doloroso por sí mismo sino, por los procesos de perisplenitis y las consiguientes adherencias;
- c) Neuralgia diafragmática o intercostal o lesión del *ángulo cólico izquierdo*.

EN LA REGIÓN UMBILICAL:

- a) Lesión del duodeno, en sus 3 últimas porciones;
- b) Lesión del colón transversal o del intestino delgado;
- c) Lesión del páncreas, inflamatoria o cancerosa;
- d) Lesión, de la aorta abdominal (aortitis o aneurisma).

EN UNO DE LOS FLANCOS:

- a) Lesión inflamatoria o cancerosa de los colones ascendentes o descendentes, o de las asas delgadas, una **pericolicitis** o una neuralgia de los nervios abdomino-genitales.

EN EL HIPOGASTRIO:

a) En el hombre:

Cístalgia (dolor de la vejiga irradiado a los genitales externos) provenientes de cistitis (cístalgia con piuria y polia- quiuria), cálculos vesicales, tumor, tuberculosis de la vejiga, neuralgia refleja con punto de partida renal.

b) En la mujer:

O una cístalgia, análoga a la anterior;

O, si el dolor es mediano, una afección uterina (irradiación a los lomos, ingles y muslos) por metritis, desviaciones, cáncer, aborto en curso, o un hematocele pélvico (ruptura de un embarazo tubario).

Y sí el dolor es lateral, una ovaritis, salpingitis, pelvi- peritonitis o histeria.

EN LA FOSA ILÍACA DERECHA:

a) *Apendicitis, tiflitis o peritifitis;*

b) *Cáncer o tuberculosis del ciego;*

c) *Psoítis (con flexión y rotación externa del muñlo, característica);*

d) En la mujer; salpingitis derecha, quiste del ovario derecho o pelvipertonitis;

EN LA FOSA ILI \CA IZQUIERDA:

a) *SígmoidiUs o perisígmoiditis, cáncer del asa sigmoidea, psoítis, etc.*

EN UNA DE LAS REGIONES LUMBARES:

a) Lesión del riñón o de la pelvis (pielo-nefritis, litiasis, cáncer, tuberculosis, riñón flotante, hidronefrosis);

b) Lesión de la pared (abceso perinefrítico, lumbago, psoítis, neuralgia lumbo-ílica);

c) Lesiones de los colonos.

**PRINCIPALES ZONAS Y PUNTOS DOLOROSOS
ABDOMINALES A LA PALPACIÓN:**

J.—Punto solar: al medio de la línea xifo-umbical: doloroso a la presión en caso de inflamación de cualquier órgano abdominal.

2. —Punto cístico: borde de las costillas falsas derechas, en la intersección con el borde externo del recto mayor: colecistitis;

3. —Zona pancreático-colédoca: la indicada en el esquema: dolorosa en el caso de cálculo enclavado del colédoco o cáncer de la cabeza del páncreas.

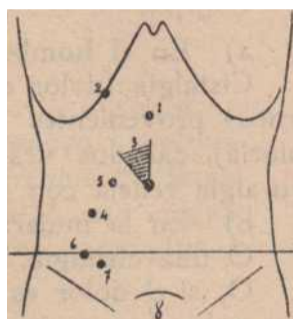
4. —Punto de Mac-Burney: al medio de una línea que une el ombligo a la espina í. a. s., doloroso en la apendicitis.

5. —Punto pélvico: intersección de la horizontal umbilical y del borde del recto mayor: corresponde profundamente a la pelvis renal y es doloroso en caso de pielitis.

6. —Punto Ureteral: en la unión del tercio externo y del tercio medio de la línea que une las espinas í. a. s.: sólo a este nivel es palpable el uréter y como corresponde a su parte más estrecha, el dolor hará suponer la existencia de un cálculo enclavado.

7. —Punto anexial: muy poco por debajo del anterior: doloroso en las anexítis.

8. —Zona hipogástrica: dolorosa a la presión en las cistitis y metritis.



SEMIOLOGIA DEL HIGADO

EXAMEN FISICO DEL HIGADO Y DE LAS VIAS BILIARES

INSPECCIÓN. Se aprecia la ictericia o tinte subictérico de los tegumentos; el desarrollo de las redes complementarias venosas abdominales; la ascítis y abombamiento de la región.

PALPACIÓN. Con una o con dos manos se palpa el borde inferior que normalmente sobresale sólo en la línea paraes- ternal derecha y no en la mamilar.

Este borde puede encontrarse:

Grueso y consistente; en la congestión; *grueso y blando*, en la degeneración grasa; *festoneado*, con salientes numerosas y pequeñas en las cirrosis y con abolladuras gruesas en la sífilis y cáncer; *leñoso* en la esclerosis; *inmóvil* y doloroso con los movimientos respiratorios, en las perihepatitis con adherencias.

Con la palpación se puede provocar dolor en toda la región (congestión) o a nivel de una zona (abceso).

La palpación del *punto cóstico* nos indica:

Simple dolor en la colecistitis; *aumento de volumen* de la vesícula en casos de obstrucción o compresión de las vías biliares (tumor de la cabeza del páncreas) o por simple co- lecistatonia (atonía de la v. b.).

PERCUSIÓN: Señala el borde superior. Comparando con el inferior se puede conocer el volumen del hígado (normal: 8 cmts. en la 1. mamilar y 12 en la axilar media). El meteorismo, la ascítis y aún anomalías anatómicas individuales pueden ser causa de error en esta apreciación.

Con este examen físico se puede saber si el hígado está atrofiado o hipertrofiado:

El Hígado está atrofiado:

Aguda y pasajera: en la ictericia grave y el cólico de plomo.

Crónica y durablemente: en la cirrosis de Laenec y en la enfermedad de Bantí (esplenomegalía, anemia, ascítis y cirrosis atrófica).

El Hígado está hipertrofiado (Hepatomegalia) en:

Congestiones (activa y pasiva-asistolia).

Cirrosis hipertróficas (tipo biliar de Hanot).

Abceso amibiano, cáncer, degeneración grasa o amiloidea.

Si se sospecha abceso se debe hacer la *punción exploradora*, a ras de la 9ª. costilla, en el 8º. espacio intercostal.

SINTOMAS FUNCIONALES HEPATICOS

Dolores hepáticos: Ya estudiados.

Exploración de las funciones hepáticas:

Función biliar: El pigmento normal que fabrica el hígado es la *bilirubina*, oxidada se trasforma en *biliverdina* e hidratada en *urubihna*.

En las heces la urubilina es normal, pues el jugo pancreático transforma la bilirubina en urobilina. Se investiga la función biliar por la reacción de Triboulet (sublimado 3,50; ac. acético 1 c. c.; agua 100 c. c.) Disolver 3 c. c. de heces en tubo de ensayo con 15 c. c. de agua destilada y añadir X gotas del reactivo. Después de 1 a 2 horas se forma: una coloración *rosa*, en caso de urubilina (normal); verde; en caso de bilirubina (insuficiencia pancreática o hipercolia), blanquizca, en caso de acolia pigmentaria o retención biliar completa.

En la sangre o en la orina la bilirubina y la urobilina son anormales. Un oxidante añadido a la orina le vuelve verde, si hay bilirubina. A 7 u 8 c. c. de orina o suero sanguíneo añadir 2 a 3 gotas gotas de tintura de yodo, por las paredes: caso de bilirubina, se vuelve verde el líquido.

En la orina no deben existir ácidos biliares. Su presencia indica retención biliar en la sangre. Los ácidos determinan baja de la tensión osmótica de la orina y se les puede reconocer por el número de gotas que da un c. c. de orina: normalmente menos de 115 gotas y con ácidos más de 125.

La reacción de Hay, fundada en el mismo principio, consiste en poner sobre orina, fresca e inmóvil, flor de azufre. Si hay ácidos se va al fondo rápidamente. Si la orina es normal, cae poco a poco.

Función glicogenética.—Normalmente hay un gramo de glucosa en la sangre y el hígado no deja pasar sino lo necesario para mantener esa cifra. En la insuficiencia sube la tasa a 1,80 gr. y de ahí filtra al riñón el exceso, encontrándose glucosa en la orina en mayor o menor proporción.

Esto se investiga:

a) *Por la prueba de la glicosuria provocada*, dando 150 grs. de glucosa en 300 de agua, en ayunas y sólo leche en el resto del día. Se dosifica la orina de hora en hora. Normalmente no debe pasar en ninguna (Causas de error: absorción intestinal, falta de permeabilidad renal, glicólisis en los tejidos).

b) *Por la hiperglicemia provocada* Dando 50 grs. de glucosa anhidra, la tasa en la sangre sube hasta 1,30 gms. a la hora de la ingestión y vuelve al gr. 2 a 2 horas después. En la insuficiencia, la hiperglicemia es precoz, intensa y prolongada. Haciendo un gráfico con abcisas y ordenadas, el curso de la glicemia forma un triangulo que en la insuficiencia hepática o tiroidea es hasta el cuádruplo del normal. En el diabético es el quintuplo o más.

Función antitóxica.—Las orinas del insuficiente son más tóxicas que las normales, pues el hígado no ha destruido los venenos. Matan al conejo por inyección de menos de 45 c. c. por kg., que es lo normal. Se prueba, además, porque la célula hepática es incapaz de fabricar ácido glúcurónico, cuya eliminación cae de 25 a 30 mgr. hasta 0, por litro en la orina. Haciendo ingerir un sello de 0,75 gr. de alcanfor se encuentra en abundancia el ácido glúcurónico en la orina, 6 horas después (coloración violeta intensa con la nafto-resorcina). En el insuficiente esta reacción falta o es muy débil.

Función uropoyética.—El hígado desintegra los nitrogenados tóxicos produciendo úrea, que es una substancia menos ofensiva. Normalmente la proporción de Nitrógeno de la úrea sanguínea, representa un poco menos del 50% del N. total existente en la sangre (*coeficiente azotémico*) y el N. de la úrea urinaria representa el 80 u 85% del N. total de

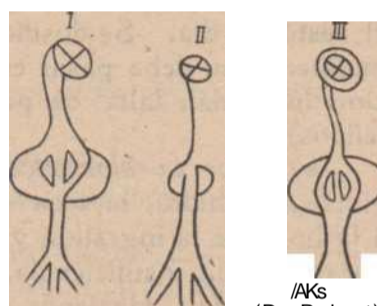
los compuestos nitrogenados eliminados por la orina (*coeficiente azotúrico*). Estos coeficientes bajan en la insuficiencia hepática.

PRINCIPALES SINDROMES HEPATICOS

I°.—CIRCULATORIOS: I.—Primer caso: Hipertensión suprahepática: A causa de un obstáculo cardíaco, la sangre se acumula en la cava inferior y en las suprahepáticas, distendiendo la red interna e hinchando el hígado, que es doloroso y tiene pulsaciones (Caso de la asistolía).

II. — Segundo caso: Hipertensión portal.

La dificultad circulatoria está en el interior del hígado, (cirrosis) dando los siguientes síntomas: *ascítis* (estasis de las mesentéricas); *esplenomegalía* (estasis en la esplénica); *hemorroides* (estasis en las hemorroidales, rama de las mesentéricas); *circulación venosa supraumbilical* (fenómeno complementario



por anastomosis); *oliguria*, hemorragias gástricas o intestinales, atrofia del hígado por esclerosis. Este síndrome de hipertensión portal va acompañado, a menudo (cirrosis de Laenec) del de hipotensión suprahepática, con: pequeñez del corazón, taquicardia, hipotensión arterial, síntomas dependientes de la baja tensión en la cava inferior.

III.—Tercer caso: Síndrome de Congestión activa del hígado. Sin existir como en los casos anteriores, obstáculo ninguno a la circulación, hay una circulación sobreactiva en los afluentes de la porta: esplénica, gástricas o intestinales, a causa de paludismo, éstasis alimenticio gástrico, híperalimentación, etc. Se traduce por hepatomegalía más o menos dolorosa, signos cefálicos y generales (congestión de la cara, somnolencia después de las comidas, insomnio, fatiga, depresión, impotencia parcial).

2°.—EL SÍNDROME ICTERICIA. La presencia de bilis o de sus componentes en la sangre puede ser debida a uno de estos tres mecanismos: a) *Ictericia por retención*: cuando la bi

lis no puede drenar hacia el intestino, por obstáculo en los canales extra o intra-hepáticos, refluendo, en sentido opuesto, al intersticio sanguíneo que la vierte en la circulación general;

b) *Ictericia por hipoersecreción*: el hiperfuncionamiento de la célula hepática produce gran cantidad de bilis: una parte sale al intestino provocando diarrea verde y la otra refluje a la circulación y c) *Ictericia hemolítica*: Cuando se efectúa en el bazo una gran destrucción globular, este órgano no puede retener el exceso de hemoglobina y pasa al hígado donde es transformada en bilirubina. Esta bilirubina es evacuada en exceso por el intestino (diarrea verde) y refluje a la circulación (ictericia). Caso de que el hígado no pueda transformar toda la hemoglobina en bilirubina, la hemoglobina pasa a la sangre y se elimina por el riñón, en sustancia (hemoglobinuria).

Síntomas de ictericia: 1°. *Coloración de la piel* y las mucosas desde el amarillo claro (ictericia catarral,) al verde (cáncer de la cabeza del páncreas). 2°. *Coloración oscura de las orinas* (coluria) y del sudor. 3°. *Síntomas digestivos*: amargor de la boca, heces diarréicas y verdosas (hipersecreción) o decoloradas, ácidas, grasas y fétidas (retención), hepatomegalia y esplenomegalia (Inconstante). 4°. *Manifestaciones cutáneas*: prurito, urticaria, xantelasma. 5°. *Síntomas nerviosos*: somnolencia, astenia y 6°. *Oculares*: xantopsia y hemeralopía (inconstantes).

Afecciones que producen ictericia: *Por retención*: a) enclavamiento de cálculo en el colédoco (dolor en la zona pancreo-coled., heces acólicas, ictericia transitoria), b) ciertas angiolitias que obstruyen los canales biliares intrahepáticos. c) compresión del colédoco por cáncer de la cabeza del páncreas (ictericia progresiva, esteatorrea, mal estado general).

Por hipersecreción: ciertas angiolitias que afectan la célula hepática (Eberth, etc.) b) ciertas ictericias congénitas, cuya forma atenuada es la colemia familiar (familias de tristes, subictéricos, pruriginosos, con manchas vasculares etc.) c) cirrosis biliar hipertrófica de Hanot (variedad de angiolitias crónica, con la reacción fibrosa del tejido conjuntivo, que evoluciona por brotes que aumentan más la ictericia).

Por hemolisis: a) ictericia hemolítica congénita (personas más ictericas que enfermas; tienen tan sólo la ictericia y brotes congestivos esplénicos) b) adquirida, en las intoxicaciones,

en la fiebre biliosa hemoglobínúrica, en las anemias, en la ictericia del recién nacido.

3°.—EL SÍNDROME INFECCIÓN DE LAS VÍAS BILIARES.— Cuando las vías biliares intra y extrahepáticas se inflaman hay *angiócolítis*; sí, además, interviene la derivación cístico-vesicular, hay *colecistitis*.

Origen: sanguíneo, por la vía arterial (infecciones) o porta (apendicitis etc.), o intestinal, por infección ascendente.

Causas: Litiasis biliar, por acción mecánica de los cálculos y toda clase de compresiones de las vías biliares (cáncer, ascariis, etc.).

Formas: *agudas o supuradas*, cuando la infección es muy virulenta;

Cortas, o catarrales;

Prolongadas, esclerosas con reacción del tejido conjuntivo y que, a larga constituyen una cirrosis biliar de Hanot, las *angiócolítis*, o una esclerosis de la vesícula, las *colecistitis*.

Sintonías: *los generales* pueden simular los de cualquiera infección, con todos los tipos de fiebre, incluso la intermitente.

Los locales son importantes. En caso de *angiócolitis*, dolor espontáneo o provocado, en la zona hepática y en la pancreática colédoca, con irradiaciones al hombro y epigastrio; aumento de volumen del hígado y luego del bazo. Si se trata de una *colecistitis*: dolor en el punto cístico (único síntoma de las crónicas), empastamiento y defensa de ese sitio por la *perícolecistitis* y, en algunas ocasiones, tumuración en el punto cístico.

Los síntomas biliares se presentan sólo en las *angiócolitis*, dando los estudiados en la ictericia por retención o por hipersecreción, según los casos.

4°.—EL SÍNDROME DE INSUFICIENCIA HEPÁTICA.—Este síndrome es la terminación de la mayor parte de las enfermedades del hígado. Hay que investigar:

Síntomas digestivos: Anorexia, sequedad de la boca, enrojecimiento del velo del paladar y de la faringe;

acolia pigmentaria;

glicosuria espontánea o provocada.

Síntomas humorales: Exageración de la hiperglicemia provocada;

baja del coeficiente azotémico (menos del 50%);

acidosis.

Síntomas urinarios; Aumento de la toxicidad de la orina;
baja del coeficiente azotúrico (menos del 80%)
aumento del amoniaco, purinas, ácidos aminados, crea- tininas, etc.
disminución o desaparición del ácido glúcurónico (anti- tóxico).
albuminuria de origen hepático.

Síntomas nerviosos: Cefalea, astenia, pérdida de la memoria, indiferencia, somnolencia, delirio, convulsiones, coma terminal.

Síntomas generales: Hipotermia, hipotensión arterial; hemorragias por falta de coagulabilidad y por disminución de la resistencia de los endotelios vasculares; enflaquecimiento, (síntoma importante).

Edemas declives: La destrucción a fondo de la célula hepática da productos de autólisis que cierran el riñón y además los capilares se dejan atravesar por el agua, en las partes declives.

FORMAS DE LA INSUFICIENCIA HEPATICA:

Aguda y pasajera, que acompaña a la mayor parte de las infecciones agudas.

Crónica, de las intoxicaciones crónicas (alcohol, tuberculosis, sífilis)

Aguda con ictericia, llamada *ictericia grave* que aparece como terminación de una afección hepática (ictericia infecciosa, enf. de Hanot, etc.) o como manifestación de una intoxicación brutal (fósforo, cloroformo) o de una infección general (fiebre amarilla).

La ictericia grave es una hépato-nefritis pues el hígado deja pasar los venenos a la sangre y el riñón no los elimina.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

F. Robert.—Éléments de Séméiologie Médicale.

J. M. Paviot.—Précis de Diagnostic Médical et de Séméiologie.

Emile Sergent.—Technique Clinique Médicale et Séméiologie Elémentaires.