







~~327~~

== FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA. ==

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
No. de ingreso.....
No. de la clasificación.....

315
(Dupli)

== AORTITIS SIFILITICAS. ==

TESIS PARA EL BACHILLERATO.

DE

CRISTOBAL E SALAZAR.

Lima, Mayo 1º de 1911.

Señor Decano:

Señores Catedráticos:



Acatando un precepto reglamentario que exige la opción del título de Bachiller, presento con este objeto á la Facultad de Medicina una modesta contribución al estudio de las aortitis sífilíticas; estudio seguramente en el cual no se encontrará nada nuevo ni importante, pues sobre el se ha escrito mucho y por autores de reconocida competencia, de modo que al hacerlo yo tengo forzosamente que pedir á todos Uds. señores catedráticos mucha benevolencia, siendo la única manera como esta tesis podrá merecer la aprobación de la Facultad.

Me sugirió la idea de escribir sobre este punto esencialmente clínico, el hecho de haberlo observado con mucha frecuencia en los servicios de medicina en donde prac-

ticaba, su importancia en la práctica diaria y las dificultades de á veces está rodeado su diagnóstico.

El plan á que me sujetaré en este estudio es el siguiente:

Ligeros apuntes sobre la localizacion de la sífilis en las arterias y en particular sobre la aorta.- Anatomia patológica.- Descripción.- Diagnóstico.- Pronóstico.- Tratamiento y algunas conclusiones.



LOCALIZACION DE LA SIFILIS EN LAS ARTERIAS Y EN PARTICULAR SOBRE LA AORTA.

===

La sífilis, enfermedad infecto contagiosa producida por la penetración en el organismo del Spiroquete pálido de Shaudenn y Hoffmann, tiene por las arterias marcada predilección, ella las ama según la expresión de Roger. Esta afinidad de la sífilis pasó mucho tiempo desapercibida, considerándose únicamente al sistema linfático como el solo susceptible de los ataques del Spiroquete; pero ideas nuevas han venido, entre ellas las de Lancisi que ha visto en esta infección una de las causas, sino la única productora de los aneurismas.

Desde entonces acá, numerosos estudios se han hecho sobre la localización de la sífilis en las arterias destacando entre ellas los del profesor Dieulafoy, C. Paul, etc, que han hecho ver el importante papel etiológico en las aortitis agudas y crónicas y sobre todo en los aneurismas de la aorta. Plancus, Morgagni asignaron a la sífilis idéntico papel; Welch en ciento diecisiete ^{casos} recogidos de aortitis fibrosa localizada, ha encontrado en los antecedentes cuarentiseis veces sobre cien una sífilis in-

contestable. Este mismo autor en 56 sífilis mortales ha encontrado 34 lesiones aórticas graves casi todas. Esta proporción tan elevada de 60 por ciento, es suficiente para hacer ver que no se trata de una simple coincidencia. El profesor Davidson sobre 114 autopsias que ha practicado, encontró 22 lesiones ateromatosas entre las cuales 17 eran sífilíticas.

Tan frecuentes son las arteritis de este origen, que se les encuentra en todas las lesiones que produce la sífilis en sus tres periodos; así en el chancre, Cornil ha señalado el espesamiento escleroso de las pequeñas arterias; asimismo en las numerosas lesiones del periodo secundario, se notan idénticas manifestaciones y por último en el periodo terciario, las arteritis alcanzan su maximum de frecuencia constituyendo cuando la lesión se localiza en los grandes vasos, entidades morvidas con sintomatología propia y caracteres anatómo-patológicos particulares.

La sífilis pues, no escapa á esta ley de la patología general segun la cual, todas las enfermedades infecciosas son capaces de producir alteraciones arteriales y hoy la prueba es evidente, pues se ha encontrado al agente productor de la infección en el espesor mismo de las paredes arteriales; se hacen á diario reacciones de laboratorio que prueban de manera irrefutable la presencia en el organismo del virus sífilítico; además las lesiones que produce la sífilis en los vasos, estan hoy perfectamente estudiadas y caracterizadas y por último si con

esto no fuera suficiente tenemos á la clínica que por medio de sus enseñanzas nos induce en el camino del buen diagnóstico que viene luego á corroborar el tratamiento.

Son las manifestaciones terciarias de la sífilis, las que dominan en la historia de las arteritis y entre estas la de la aorta es considerada por muchos, entre ellos Tripie como la mas frecuente, pues segun él, la predominancia que otros autores le asignan á las arteritis sífilíticas cerebrales puede solo posible comparandolas con las periféricas, pero no con las aortitis que deben ocupar el primer rango.

Lo raro si, que tiene la sífilis en su invasión de la aorta es su tardanza, pues casi todo los casos de aortitis relatados han sido originados por un chancre adquirido desde muy larga data, tan larga, que el enfermo ha olvidado todo antecedente y el médico en su examen anamnesico tiene que volver muchos años atras, para poder hacer un buen diagnóstico. Y precisamente esta característica de la sífilis aórtica terciaria, me ha sugerido la idea de ocuparme de ella por la dificultad de su verdadera apreciación, asi como tambien, por que aparece en una época en la cual las arterias y en especial la aorta, son el asiento de una manifestación morvida hasta hace poco confundida con las lesiones sífilíticas; me refiero ~~á~~ al ateroma.

= ANATOMIA PATOLOGICA. =

===== 0 =====

Ahora que nosotros conocemos algo sobre la existencia de las aortitis sífilíticas, debemos ver la manera como se comporta el Spiroquete en su ataque a la aorta; la invade de manera difusa, en todas sus partes por igual ó tiene preferencia por determinadas porciones?. Indudablemente que lo último, pues muy rara vez se observan lesiones esparcidas en todo el trayecto del vaso; en cambio, es muy frecuente encontrarle localizado constituyendo lo que Dieulafoy denomina Aortitis segmentaria. Este acantonamiento, esta predilección de la sífilis por determinadas porciones del vaso, crea tipos clínicos y anatómicos bien caracterizados uno de los cuales me ha llamado poderosamente la atención, tanto por la frecuencia con que lo he observado, así como también, por su difícil diagnóstico y la importancia de este en época temprana y oportuna, pues muchos autores lo consideran como el punto de partida de lesiones mas avanzadas y graves; me refiero a la aortitis supra-sigmoidea clasificada así por Dieulafoy por ser esta porción la invadida por la sífilis.

Instalado el Spiroquete en el vaso, origina modificaciones que hasta hace poco no eran consideradas como características de esta infección, y por lo tanto confundi-

bles con otras semejantes como por ejemplo la producida por el ateroma simple; así Ziegler decía que solo por la presencia de los gomas en las paredes arteriales se podía hacer un diagnóstico a firme de la naturaleza específica de las lesiones observadas; estas bajo el punto de vista histológico, según el mismo autor, no tienen nada de especiales en el proceso inflamatorio sífilítico. Hoy las dudas á este respecto han desaparecido y hay autores entre ellos Tripier que sostienen la posibilidad de distinguir estas manifestaciones por caracteres bien marcados.

Así dice Tripier por comparación de las lesiones manifestamente sífilíticas con las lesiones ateromatosas simples, que se puede bien juzgar la diferencia y poder luego reconocerlas aún sin recurrir á las enseñanzas etiológicas; se puede así darse cuenta de que solo las lesiones sífilíticas son capaces de entrañar ciertas modificaciones consecutivas en las paredes aórticas, del orificio de las coronarias y de las válvulas sigmoideas, puesto que estas diversas lesiones no se encuentran jamás en las aortitis ateromatosas simples.

Para mejor darnos cuenta de las diferencias existentes entre ambas lesiones, haremos un estudio somero de ellas haciendo ver las características de una y otra.

CARACTERES PROPIOS DE LAS AORTITIS SIFILÍTICAS

RAS..- Las lesiones que corresponden á esta entidad,

las constituyen las placas llamadas fibroides, denominadas así, no solo por su aspecto sino también por su consistencia dura y su constitución por una sustancia hialina, firme, en el seno de la cual se encuentran los elementos celulares nuevamente formados. Estas placas fibroides ordinariamente redondeadas, de dimensiones variables, hacen en la superficie interna de la aorta, salientes de color rosado ó blanquizco; diseminadas irregularmente ó confluentes entre sí, forman depósitos, de lo cual resulta que á este nivel el vaso ofrece un aspecto mamelonado del todo característico de la aortitis sífilítica; se acompaña esta alteración de un espesamiento de las paredes vasculares y de su dilatación.

Al nivel de las placas fibroides típicas de la sífilis, toda la pared aortica es alterada; aún al ojo desnudo se puede uno dar cuenta en la superficie de sección, de que el espesamiento mencionado va á la vez sobre las tunicas interna y externa mientras que la media se encuentra indemne. Al examen histológico se observa, que las nuevas producciones celulares ocurridas en la túnica externa, producciones en las cuales se nota vasos recientemente formados, se encajan a través de la túnica media, perforandola para llegar al interior del vaso en donde se ponen en relación con las placas fibroides muy numerosas. Es debido á esto que la túnica media tiende á desaparecer, y en efecto, cuando la lesión está muy avanzada se observa aquel hecho, originándose en consecuencia lo que es tan frecuente ver en la práctica de los aneurismas. Esta tendencia á

la desaparición de la túnica media solo se observa en la sífilis, pudiendosele pues considerar como característica.

CARACTERES PROPIOS A LAS AORTITIS ATEROMATOSAS SIN

PLES = La constituyen placas calcáreas repartidas ordinariamente al nivel cayado; estas placas no salientes, de forma redondeada, son agrupadas en mayor ó menor número ó diseminadas irregularmente; pero es mas frecuente encontrarlas confluentes sobre una gran extensión del vaso. Además y esto es especial á ellas, se las encuentra en otros vasos periféricos. El examen histológico muestra que el espesamiento de la túnica interna y externa es poco pronunciado; los fenómenos productivos siendo tan restringidos, no tienen tendencia como en las aortitis sífilíticas á invadir ni mucho menos atravesar la túnica media.

Hecho frecuente en esta aortitis, es la degeneración grasa de que son invadidas las pocas producciones celulares que cuando es abundante, llega hasta la túnica media, pero sin jamas producir su destrucción, lo que explica la no producción de aneurismas, cosa muy frecuente en la otra aortitis.

Se ha considerado á la sífilis como una de las causas mas frecuentes de la arterio-esclerosis y esto es verdad, pues es común encontrar en el mismo sujeto la ^splaca ^sfibroides que caracteriza la sífilis y la ^splaca ^samarilla propia del ateroma simple, hasta el punto, de que muchos autores han llegado á decir que las últimas eran transformación de las primeras, viendo en estas las características del periodo agudo del arterio-esclerosis, mientras que las otras serían la ter-

minación, es decir la cronicidad de la enfermedad. Pero esto no es cierto sino mirando las cosas de manera superficial; en cambio cuando en la misma pieza anatómica, en donde se encuentran ambas placas reunidas, se practica un corte y se le examina al microscopio, entonces se nota la diferente manera de comportarse de cada una, pues mientras la una no forma saliente en la superficie interna del vaso y no presenta conexiones con la túnica externa, la otra se relaciona por medio de producciones gelurares nuevas con esta pared.

Es necesario convenir, que á pesar de que la sífilis crea por decirlo así una especie de predisposición al atero-
ma, yá sea por la inflamación de las paredes arteriales, ya por su espesamiento que favorece el depósito de materias calcarias, es cierto que ambas lesiones evolucionan por su propia cuenta, sin que la una sea transformación ó terminación de un proceso que vuelve á repetirlo, es distinto en una y otra lesión tanto bajo el punto de vista clínico como anátomo-patológico.

== DESCRIPCION DE LA AORTITIS SUPRA-SIGMOIDEA. ==

=====

El enfermo Mayor A, de 46 años de edad, militar retirado del servicio activo, tuvo hace veinte años un chancho duro seguido de accidentes secundarios insignificantes; durante este intervalo no ha padecido de nada que merezca llamar la atención, hasta el punto que había olvidado aquel antedeciente patológico. Se encontraba en el Cuzco, ciudad en la que servía una sub-prefectura, cuando notó la aparición de un dolor al principio sordo y espaciado y después intenso y continuo en la región esternal, con irradiaciones al brazo izquierdo y cuello; este dolor soportable en el día se hacía intolerable en la noche privándolo por completo de sueño; á veces este dolor venía bajo la forma de crisis anginosas con sofocación y tos, viéndose obligado á buscar el reposo absoluto como mitigador de sus dolencias. Consultado un médico, este le indicó la necesidad de trasladarse á Lima, cosa que hizo inmediatamente ingresando al Hospital de San Bartolomé en el servicio del Dr. Maurtua en donde ocupó la cama número 10

Examinado el enfermo con la mayor escrupulosidad posible no se encontró nada anormal; excepción hecha del dolor arriba mencionado del que se quejaba continuamente

te,ningun otro síntoma de importancia se podia observar.

Por supuesto nuestro examen se dirigió de manera preferente á los aparatos respiratorios y circulatorio creyendo encontrar en alguno de ellos á en los dos, la clave del diagnóstico; pero constatamos todo normal; 24 respiraciones al minuto; corazón con la punta latiendo en el quinto espacio intercostal izquierdo, pulso radial y un poco tenso, 80 pulsaciones al minuto. Aparato digestivo sin novedad salvo una regular constipación. Orina en cantidad de 1200 á 1500 centímetros cúbicos; en su análisis nada notable.

Inteligencia buena, despejada, no había nada tampoco que llamara la atención por el lado del sistema nervioso.

El enfermo era un gran fumador por lo cual en un principio creímos que los trastornos funcionales observados, dolor y disnea, eran consecuencia del tabaquismo; a pesar de que este es causa muy frecuente de aquellos, investigamos con insistencia antecedentes específicos que fueron al principio negados por el enfermo ya por que los había olvidado dada su larga data, 20 años, ó ya por que si lo recordaba no les daba importancia, pues el accidente inicial, el chanero, no fué acompañado de manifestaciones secundarias sensibles; además en su cuerpo no había huella alguna sifilitica.

Ordenamos la supresión del tabaco con la esperanza de ver desaparecer las crisis dolorosas, pero esta medida trajo resultados negativos, pues los accidentes continuaron.

En este estado las cosas, el enfermo nos contó que hacia muchos años contrajo un chanero que curó muy rapi-

damente. Ya en posesión de un antecedente de esta naturaleza, nuestra terapéutica se encaminó en el sentido de una lesión sífilítica terciaria muy tardía, radicada en la aorta; practicada el tratamiento bien enérgico y continuado tuvimos el placer de verlo salir completamente restablecido al cabo de ~~dos~~ meses de hospitalización.

Otra historia, es la referente al individuo A de nacionalidad chilena, de 38 años de edad, raza blanca, oficio carpintero que ingresó al Hospital Dos de Mayo en nuestro servicio de la sala de San José á ocupar la cama número 20.

Interrogado el enfermo, nos dijo haber padecido hacia mucho tiempo de tercianas que contrajo en el Canal de Panamá en donde trabajó algunos meses; venia también ahora á curarse de su paludismo que tenia la forma remitente. Efectivamente, el papel marcaba en la tarde del día anterior 40 ° de temperatura y en la mañana 37.8.

Examinado nuestro enfermo encontramos un bazo grande, doloroso; salvo esto y su piel de un color pálido terroso no habia nada anormal. Su aparato digestivo sano; orina en cantidad notable y á su análisis nada que llama la atención.

Hecho el diagnóstico, instituímos un tratamiento quínico intenso que fué seguido bien pronto de la desaparición de la fiebre y el enfermo entró en un periodo de franca convalecencia. Estando en esta, se nos quejó un día de una fuerte opresión al pecho que le dificultaba los movimientos respiratorios haciéndolos disnéicos; además acusaba un poco de tos mas frecuente en la noche. Esta opresión se acompañaba de mucho dolor á la region precordial, el cual venia bajo la forma de crisis á repetición mas ó menos periódica.

Creímos se trataba de una lesión ^{la} a la aorta provocada por el paludismo, del cual el sujeto padecía bajo la forma crónica; repetimos nuevamente las inyecciones de quinina sin conseguir ^{la} aminoración de los accidentes. Pensamos luego en la sífilis e interrogamos al enfermo en tal sentido, obteniendo resultado positivo, pues nos dijo haber tenido un chancre duro hacia doce años, seguido de manifestaciones secundarias bien acusadas. El tratamiento vino en seguida con el más feliz éxito, porque desde la primera inyección de aceite gris se atenuaron los dolores hasta desaparecer por completo.

La tercera historia es muy importante y me permito llamar la atención de los señores Catedráticos. Se refiere a un enfermo de la sala de Santo Toribio en el mismo hospital Dos de Mayo. Se trata de un hombre de 66 años de edad, de raza negra, de oficio carretero, que ingresó al hospital a asistirse según él de una arteria - esclerosis generalizada diagnosticada en el hospital de Guadalupe en el Callao.

hábitos Efectivamente, este sujeto presentaba todo el síndrome que caracteriza aquella enfermedad; su edad de 66 años, sus *hábitos* estílicos habían engendrado el cuadro patológico del que padecía mucho tiempo, pero sin producirle grandes molestias, pues desempeñaba su oficio de manera cotidiana.

Hacia varios días que en la noche, sentía inusitada ^{de} opresión y sobre todo dolor en casi toda la parte anterior del tórax, siendo este el motivo por el cual había buscado nuevamente hospitalización.

Al examen, encontramos a este enfermo muy fatigado, anhelante y quejándose de un dolor ^{de} external muy agudo con irra-

dilaciones á los miembros superiores.

Interrogádole, nos dijo que hacia muy pocos dias sentia estos trastornos á pesar de que su arteria -esclerosis data de mucho tiempo, pues desde que los médicos del hospital de Guadalupe hicieron aquel diagnostico, habian transcurrido algunos años.

Entre los datos anamnesicos relatados por el enfermo, nos parece muy importante el de un chamorro duro adquirido á la edad de 50 años y seguido de un pericardio secundario manifiesto, tanto que para curarse ingresó en el servicio del doctor Cantuarias en el Callao.

Tratamos al sujeto intensamente, consiguiendo un pronto alivio para sus dolores, saliendo á los pocos días del hospital restablecido de aquellos trastornos.

Al lado de estos hechos clínicos, me parece útil citar los de algunos autores entre ellos uno muy importante del profesor Dieulafoy. -Se refiere á una mujer joven que ántes crisis violentas de coronaritis; los dolores habian venido progresivamente desde hacia unas semanas, concluyendo por alcanzar una viva intensidad.

Al examen del enfermo, se encontró el orificio aórtico sano, lo mismo ocurrió por la aorta; se hizo lujo de terapéutica para tratar este dolor sin conseguir absolutamente ninguna mejoría; felizmente para el diagnóstico, apareció una ulceración terciaria sifilítica en el muslo derecho.

El tratamiento específico fué bien pronto puesto en uso siendo seguido de la desaparición de los dolores de angina de pecho.

Hallopeau en una interesante memoria ha reunido las

observaciones siguientes: una relatada ^{por} Rumpf corresponde á un hombre que había tenido seis años antes, un chancre sífilítico seguido de accidentes secundarios; al cabo de este tiempo, experimenta dolores violentos en la región precordial con irradiaciones al brazo izquierdo; estas crisis dolorosas venían en forma de accesos y se acompañaban de constricción torácica, angustia y palpitaciones. En un principio los ataques eran á intervalos alejados, después se hicieron cotidianos. La auscultación no descubrió ningún ruido anormal del orificio aórtico. La edad del sujeto excluye el atero-
ma, que por lo demás muy rara vez da lugar á estas crisis dolorosas, se piensa en la sífilis, se instituye el tratamiento que da razón al diagnóstico produciendo primero una mejoría y luego una curación definitiva.

La otra observación es de Vincenzo Vitelo. Se trata de un sífilítico de 44 años que comenzó á sentir cefaleas con accidentes vertiginosos y mas tarde crisis dolorosas precordiales con angustia y opresión. A la auscultación no se constata ninguna lesión del orificio aórtico; se piensa en la sífilis, se le trata adecuadamente y el enfermo siente un pronto alivio cesando sus ataques de angina de pecho.

En todas estas historias clínicas, hay un síntoma capital que llama poderosamente la atención = el dolor = y efectivamente en la historia de las aortitis sífilíticas del tipo que describo, se le señala como dominando á cualquiera otro. Este dolor soportable y sordo, es algunas veces paroxístico, acompañado de sofocación y constricción torácica, con localización preferente en la región exter-

nal de donde parten irradiaciones á los miembros superiores y cuello.

Este dolor es muy variable; al principio es un dolor sordo con sensación de pesantes en la región precordial; muchos enfermos se quejan de tener un peso que les comprime el corazón; mas tarde cuando la enfermedad avanza, los dolores se hacen mas intensos y vienen con intermitencias y sin causas que los provoquen; en estos casos presenta irradiaciones á los miembros superiores y cuello.

Todas las arteritis sífilíticas son dolorosas; así todos los enfermos cuyas arterias cerebrales estan invadidas por la sífilis, experimentan cefaleas violentas; cosa identica pasa en las aortitis del mismo origen, debido probablemente á la vecindad de los nervios del plexo cardiaco, siempre preparado á producir el síndrome de la angina de pecho. Según el profesor Brucardell, este dolor sería provocado por una neuralgia de estos nervios ó por una inflamación propagada á ellos por vecindad.

Ademas del síntoma dolor que yá hemos dicho ocupa el primer rango en la sintomatología de las aortitis sífilíticas, tenemos otro no menos importante y constante = la disnea = que viene muchas veces por ataques analogos á los ataques de asma, diferenciándose en que la inspiración es larga y difícil y ^{la} expiración es corta; ademas no se nota tampoco la expectoración consecutiva á los ataques de los asmáticos.

Esta disnea especial (Potain) se manifiesta por una necesidad jamas satisfecha de respirar. Es ocasionada por movimientos, fatigas y consiste en una simple opresión, en una sensación de pesos sobre el torax, de ansiedad respiratoria;

no se acompaña de signos ^{ab} y auscultación; es una disnea Sino-
materia.

Otro síntoma importante también es =la toz= ella coexis-
te frecuentemente con los accesos de disnea y las palpitacio-
nes; tiene una sequedad especial, un timbre muy particular, una
gran intensidad, espasmódica, sibilante, un poco estridente; tan
típica resulta, que es fácil reconocerla cuando se le percibe
una vez. Ella viene como la disnea por accesos casi siempre
provocados por esfuerzos, movimientos bruscos etc.

La experimentación ha esclarecido la patogenia de es-
ta disnea y toz aorticas; ha mostrado en efecto, que la excitación
nerviosa que tiene por punto de partida la aorta, produce por
via refleja el espasmo de los brⁿquios contractiles y de los
vasos pulmonares. Por este mecanismo se explican los accesos
de pseudo-asma aortica, las crisis paroxísticas de disnea, los
espasmos laringeos con toz refleja seca y quintosa etc.

SIGNOS FISICOS DE LAS AORTITIS SIBILITICAS = Estos
signos físicos como ya hemos tenido ocasión de observarlos
en la historias relatadas, faltan casi siempre sobre todo
cuando la invasión de la aorta es reciente.

Así, la percusión casi nunca denota una aorta aumen-
tada de volumen; cuando esto ocurre puede llegar á pasar en
tres ó cuatro centímetros á la normal; en estos casos, hay
síntomas funcionales como latidos tumultuosos de la arte-
rias del cuello, levantamientos y latidos de las subclavias
sobre todo la derecha; hay también latidos en la horquilla
del esternon; este síntoma es de mucho valor en los adultos,
en los cuales el límite superior del cayado de la aorta es-

tá á dos centímetros por debajo del borde superior de aquel hueso. En los ancianos, tiene menos valor porque en ellos, el cayado de la aorta está elevado en uno ó dos centímetros, á consecuencia de la ampliacion progresiva del seno aortico.

A la auscultacion, si la lesion es reciente no se percibe nada anormal; pero cuando esta se encuentra muy avanzada, se nota el primer tono exagerado, como soplan- te, debido seguramente á las rugosidades del vaso. En otras ocasiones el segundo tono es el modificado, notándose una cierta dureza y exageracion que Buillord llama ruido de pergamino y Yaccoud acentuacion ó refuerzo del segundo ruido, Huchard lo denomina ruido en golpe de martillo.

El pulso en estas aortitis es siempre duro, lleno y tenso.

== 0000 0 0000 ==

DIAGNOSTICO DE LA AORTITIS.

El diagnóstico de la aortitis no siempre es fácil y á veces presenta dudas y dificultades como ocurrió en los enfermos cuyas historias clínicas he relatado.

Efectivamente, todo no se reduce al diagnóstico de la aortitis, sino que es necesario averiguar su causa. Muy a menudo pasa, según Dieulafoy que junto á un enfermo atacado de crisis dolorosas precordiales, que no tiene lesión del orificio aortico ni éctasis de la aorta, se inclina el diagnóstico en el sentido de una simple neuralgia aortica, tabágica, histérica, artrítica, alcohólica y se desconoce la verdadera naturaleza del mal; se acusa al enfermo de fumar demasiado, cosa que pasó en el enfermo cuya historia recién y que se asistió en el hospital de San Bartolomé; se le acusa también de beber, se suprime en él el tabaco, el alcohol, el té y se piensa haber hecho una terapéutica suficiente. Es un error. y es que no está bastante familiarizado con la idea de que la aortitis pueda estallar á los diez, quince y veinte años después de la adquisición del chanoro, que muchas veces no viene seguido de accidentes secundarios; en una época en que el enfermo no piensa ya en su sífilis y no se reflexiona bastante en este hecho, que asentada en el segmento suprasigmoideo la aortitis puede no ocasionar otro síntoma que el dolor, sin signo orificial alguno.

~~Con los conmemo~~

Los conmemorativos faltan casi siempre; muchos enfermos que han tenido sífilis la han tratado, han pasado muchos años despues del tratamiento, se sienten curados y la olvidan, pues no les causa la menos molestia.

Es lógico que ignorando la tenacidad, lo rastrero de esta infeccion, cuando experimentan algun trastorno de la salud sin causa justificada, á todo atribuyen su mal manos á la sífilis enfermedad de la que se creen completamente curados, considerándose inmunes para lo sucesivo.

Ocorre tambien, que cuando uno se encuentra al lado de un enfermo en quien se sospecha la sífilis como causa de su dolencia, él niegue los antecedentes específicos, ya sea por ignorarlos ó maliciosamente, pues aquello de loco y sífilítico nadie quiere ser.

Si esto pasa cuando hay antecedentes, cuando el enfermo se ha dado cuenta de su sífilis y la ha tratado ¿que ocurrirá cuando faltan por completo estos antecedentes y se busca en el pasado del enfermo algunas manifestaciones susceptibles de ser atribuidas á la sífilis? Los enfermos que dudan si su chancro ha sido duro ó blando son innumerables y dudan de buena fé; como van á conocer ellos los caracteres que distingae uno de otro, cuando esto hasta se vé en la clínica, siendo muchas veces necesario recurrir al análisis bacteriológico.

Cuando la sífilis pasan silenciosas sus periodos primario y secundario para sorprender al enfermo, al médico mismo con sus manifestaciones tardias.

Si se diagnostica una aortitis; no hay lesion apre-

ciable de la aorta al examen clínico, faltando datos etiológicos, se piensa en la sífilis y el tratamiento viene a dar razón al diagnóstico.

Que la sífilis es, la que produce estos fenómenos tan dolorosos no es posible dudarlo, pues lo confirma las historias que he referido mas adelante.

Hay otro hecho clínico que dificulta el diagnóstico y que diariamente observamos, es que en enfermos de cierta edad con trastornos de aterosclerosis ó arterio esclerosis mas ó menos generalizada, presentando síntomas doloros idénticos á los que he descrito mas adelante, sean estos considerados como pertenecientes al cuadro patológico de la arterioesclerosis y en tal virtud sometidos á un tratamiento que nunca cura.

En efecto, en el enfermo cuya historia he referido si nos hubiéramos contentado con diagnosticar su arterioesclerosis antigua y evidente, incluyendo el síntoma dolor como obligado de su enfermedad, seguramente que hubiera pasado desapercibida su sífilis, sus trastornos mas ruidosos hubieran continuado, concluyendo por perecer.

Es pues necesario de todo punto, deslindar en el conjunto sintomatológico presentado por un enfermo la parte que toca al ateroma simple y a la sífilis, cuando esta dos entidades se encuentran reunidas ó cuando se sospeche esta última, que debe ser siempre buscada. Como dilucidar este asunto hasta hoy tan oscuro, pues muchos autores entre ellos Huchard niegan la posibilidad de diferenciar llegada cierta época, ambas lesiones? Creo que examinando detenidamente al enfermo, averiguando siempre los antecedentes y marcando ri-

gurosamente los síntomas, podíamos algunas veces hacer el diagnóstico diferencial.

Así en sujetos con signos evidentes de ateroma aortico sospechado por la edad, siempre la calcificación arterial ha llegado hasta las temporales y radiales. Aun en el caso de que esto no haya ocurrido, los síntomas observados no son muy ruidosos y el enfermo no experimenta grandes molestias, pudiendo llevar una vida compatible con sus ocupaciones; no ocurre lo mismo en las aortitis sífilíticas aún incipientes, en la cual el dolor y la disnea obligan al enfermo al reposo absoluto y á un especial tratamiento. El profesor Tripié, para hacer ver la inocuidad del ateroma aortico simple, dice que es una lesión diagnosticada muchas veces únicamente por la autopsia.

Voy con este objeto á reseñar la historia de ~~un~~ enfermo Jhon Webster de 68 años, marinero natural de EE.UU., de raza blanca que ingresó al hospital Dos de Mayo el 1º de Marzo de 1911 y murió el 7 de Abril del mismo año.

Entre sus antecedentes personales patológicos, no hay ninguna enfermedad infecciosa generalizada, no hay tos ni catarro; hay antecedentes alcohólicos. Ingresó al hospital con una diarrea persistente que no lo dejaba trabajar. Examinado nuestro enfermo no encontramos nada del lado del aparato respiratorio; ligera tos con esputos mucosos. Corazón normal en su volumen, en su ritmo y ruidos; arterias ateromatosas; hígado y bazo normales; en el abdomen defensa muscular notable y dolorosa á la presión; no había meteorismo. Piel y conjuntivas pálidas. Orina en cantidad normal, sin nada notable á su análisis.

La diarrea biliosa, abundante que este enfermo presenta hace pensar en una neoplasia ó en una tuberculosis intestinal por su persistencia á pesar de los opiacos, astrin- gentes, absorbentes que se le dió.

Después de 37 días, durante los cuales se hizo uso de todos los medios para combatir su diarrea, esta continuó hasta la desaparición del individuo.

A la autopsia encontramos: pulmones congestionados, li- geramente enfisematosos sobre todo el izquierdo, y el dere- cho que presenta ba carnificado el vértice. Pleuras adheri- das; ligero derrame. Corazón normal, sus válvulas y paredes completamente sanos. Aorta con grandes placas ateromatosas desde el cayado hasta su bifurcación. A pesar de esto el en- fermo no presentó ningún síntoma doloroso ni disnéico.

Esto prueba como vemos, lo que decíamos mas arriba res- pecto de la inocuidad de las lesiones ateromatosas sim- ples.

En casos de arterio-esclerosis generalizada, la sífilis debe ser siempre buscada, pues esta infección aún marchando junto con aquella, produce siempre lesiones anatómicas espe- ciales que engendran síntomas propios tambien; así muchos au- tores describen la angina de pecho en arterio-esclerosos, como debida á la obstrucción de las coronarias por placas calcáreas; pero el profesor Tripie dice que esto solo lo ha observado muy raras veces, citando al efecto una estadística de 34 casos de arterio-esclerosis avanzada, en los cuales no encontró aquel fenómeno sino una vez; en cambio en 20 casos de sífilis aortica terminadas fatalmente la obstrucción fué la regla.

Ateniéndonos pues a lo que dice este autor, siempre que observemos fenómenos dolorosos por el lado del corazón aún en sujetos de edad avanzada, con arterio-esclerosis manifiesto, no deberemos atribuirlos á esta, sino á su causa etiológica mas frecuente, la sífilis, y sobre todo hoy que esta averiguado que no es absolutamente necesario la obliteracion de las coronarias para que se produzca la angina de pecho, sino que basta su simple inflamacion, á quien mejor que á la sífilis podemos indicar de causante de esta flogosis, desde luego que sabemos su afinidad tan grande por las arterias grandes y pequeñas.?

Siendo la principal manifestacion de la aortitis sífilítica suprasigmoidea, el dolor, veamos en que se diferencian estos dolores de pseudo angina de pecho de los de angina de pecho verdadera.

La angina de pecho verdadera corresponde á la coronaritis, debida como se sabe á la obliteracion ó simple inflamacion de las coronarias. En esta enfermedad, los accesos dolorosos se acompañan de fenómenos complejos, palidez de la cara, enfriamiento y cianosis periférica, sudores frios, dilatacion pupilar, etc.,. Todos estos síntomas que constituyen la regla en la verdadera angina de pecho, casi siempre faltan en la falsa angina de origen suprasigmoideo. En la primera, el enfermo espera en la inmovilidad el fin del terrible ataque; esto no se observa con tanta frecuencia en la segunda.

La duracion en la verdadera angina, es de algunos segundos á pocos minutos cuando mas. La pseudo angina puede durar media hora y algunas veces mas. El intervalo de los ataques en la verdadera angina es marcado por un aparente estado de sa-

lud perfecta. Los pseudo-anginosos fuera del ataque, experimentan siempre una sensación de peso, de plenitud en la región precordial.

El dolor en la verdadera angina es mucho mas intenso ocupando la región retro-esternal; en la falsa angina, el dolor es menos fijo y ocupa la región precordial, de donde parte irradiando á los brazos y cuello.

La sensación de garra y torno que comprimen el pecho, habitual en la verdadera angina, en la pseudo angina es excepcional.

Los accesos de verdadera angina, empiezan de golpe y terminan del mismo modo; van unidos á un esfuerzo sobre todo muscular, marcha, movimientos bruscos etc. La pseudo angina no reconoce como causa ocasional esfuerzos musculares; sobrevienen bajo multiples causas, como frías, emociones, trastornos gastricos etc. Frecuentemente, estallan ó aumentan en la noche, observándose cierta periodicidad en los ataques.

Ademas y esto es muy esencial, en presencia de un enfermo que sufre verdadera angina de pecho, á la percusión ó auscultación, se encuentra siempre una lesión apreciable, radicando principalmente en el orificio aortico.

En la pseudo angina, rara vez se observa la muerte durante el ataque ó al terminar este, en cambio en la verdadera angina aquella es muy frecuente.

Hay otros estados morvidos que provocan dolor como la aortitis sífilítica y que conviene diferenciar; así en los aneurismas de la aorta sobre todo los de la porción ascendente, el dolor tiene mucha analogía con el producido por la aortitis;

pero el examen físico denota un tumor para el aneurisma, cosa que no ocurre con la aortitis por muy avanzada que esta sea; además están los fenómenos de compresión y otros consecutivos al aneurisma.

Ciertos histericos y atacados de la enfermedad de Basedow, también tienen accesos de angina de pecho falsa, pero aquí es fácil establecer el diagnóstico por los demás signos de cada enfermedad.

Algunos atacados de afecciones gastro-hepáticas, tienen crisis de angina de pecho falsa, ocasionadas por un reflejo de las vías digestivas que repercuten sobre los vasos pulmonares y ocasiona una estrechez espasmodica. En estos enfermos, los ataques están relacionados con los trastornos de la digestión y es fácil encaminarse en el buen diagnóstico.

Los gotosos, además de las crisis de angina de pecho verdadera provocada por la isquemia del miocardio, consecutiva á la arterio esclerosis ó la degeneración grasosa, tienen también ataques de angina falsa ligada sea á neuropatías ó á dispepsia gotosa.

En la seudo angina de origen tóxico, cuyo tipo se encuentra en la intoxicación por el tabaco, se observan también taquicardia, palpitaciones, intermitencia del pulso, temblores etc. Aquí los conmemorativos pñen con relativa facilidad en la vía del diagnóstico.

Los tabéticos, tienen amenudo crisis de angina de pecho, pero aquí los dolores tienen un asiento mas bajo en la base del torax; estos dolores se irradian menos y nunca al hombro y brazos.

= P R O N Ó S T I C O =

Una aortitis, de cualquier origen que sea, es siempre una enfermedad seria. En la sífilis, su pronóstico depende de manera absoluta de su temprano diagnóstico y buen tratamiento. Si esto se verifica, entonces es benigno; en cambio abandonada así misma puede acarrear los mas funestos resultados; en su marcha invasora concluye por una de las mas terribles complicaciones, la coronaritis acompañada casi siempre de la insuficiencia de las valvulas sigmoideas, en cuyo caso el pronóstico se hace necesariamente fatal.

Ademas segun la expresión de Bonet "las aortitis en un 90 por ciento producen aneurismas que siempre tienen tendencia á romperse " Al respecto, Dieulafoy cita algunos casos de aneurisma relativamente pequeños que han concluido por la ruptura.

Este mismo autor, dice que tratadas en un principio pueden curar y como esto se ha comprobado por numerosos hechos clínicos, se comprende la suma importancia de un temprano diagnóstico, seguido del tratamiento conveniente.

El mismo pronóstico establece la diferencia que existe entre las aortitis ateromatosas simples y las sífilíticas, puesto que un buen tratamiento puede curar á las últimas, cosa que no sucede con las primeras que siguen su marcha á pesar de todo

Vemos pues una vez mas la importancia que debe darse al diagnóstico diferencial de estas dos lesiones, la una curable y la otra no.

Siendo el dolor el síntoma capital en las aortitis sífilíticas, cada vez que se presente un enfermo con manifestaciones dolorosas, opresión y disnea á pasar de su edad aunque esta sea avanzada, se hace necesario buscar con mucho detenimiento antecedentes específicos que casi siempre se les encontrará, desde luego que la sífilis juega tan importante papel en la etiología de estos dolores. Aun no encontrados estos antecedentes, se debe siempre pensar en la sífilis, pues dada la manera tan rara como se comporta esta infección en sus ataques a la aorta, puede pasar desapercibida sino nos atenemos únicamente á lo manifestado por el enfermo ó á lo negativo de la pesquisa de huellas que muchas veces faltan.

Se perderá el tiempo lastimosamente ordenando una medicación sintomática originándose como consecuencia lamentables errores.

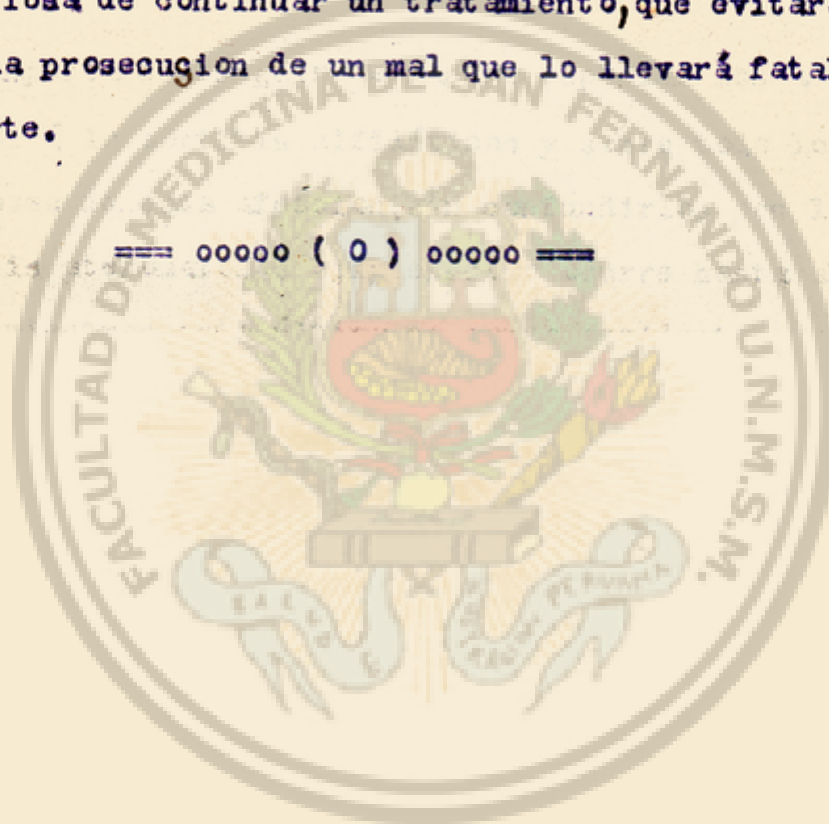
Desgraciadamente, la sífilis es una enfermedad rebelde, sus manifestaciones terciarias que tienen predilección por la aorta, son precisamente las mas tenaces al tratamiento; instituido este se observa la desaparición del fenómeno dolor y esto inmediatamente, con lo cual el enfermo se cree curado negándose por consiguiente á seguir el tratamiento que debe ser continuado durante cierto tiempo.

La mayoría no cree en la persistencia de su mal por la desaparición del síntoma que mas lo molesta; otros dudan de la

buena fé del médico y por último no pocos creen que habrá tiempo de curarse cuando reaparezcan nuevamente los dolores.

Como se comprende, estas creencias serán funestas para el enfermo y el médico penetrado de su alta misión, consciente de sus deberes, procurará por todos los medios a su alcance de influir en el ánimo de su cliente sobre la necesidad imperiosa de continuar un tratamiento, que evitará casi siempre la prosecución de un mal que lo llevará fatalmente á la muerte.

== ooooo (0) ooooo ==



== TRATAMIENTO. ==

= 0 =

Si importa distinguir de manera especial los accidentes debidos á la aortitis sifilíticas y sobre todo los indicios precoces de esta afeccion, sin confundirlos con los de las aortitis ateromatosas simples, como ocurre hasta ahora, es porque mientras esta última no causa accidentes muy serios, las perturbaciones que he descrito mas adelante son imputables unicamente á la aortitis objeto de este ligero estudio. Ademas como el ateroma simple, no es modificado por ningun tratamiento y en cambio el sifilítico lo es, sobre todo cuando está en sus comienzos, es decir, cuando la localizacion ha llegado nada mas que á la porcion suprasigmoidea, creo pues una vez mas útil el llamar la atencion sobre la necesidad de un buen diagnóstico diferencial de estas dos lesiones, susceptibles de un tratamiento hasta cierto punto semejante, pero variable en sus resultados, pues si es cierto que en ambas entidades se preconiza el yoduro de potasio, es tambien verdad que en la aortitis a placas calcáreas los beneficios obtenidos son casi nulos, cosa que no ocurre en las aortitis á placas fibroides, en las cuales la union del mercurio y el yoduro sagazmente manejados, trae sino la curacion porque hasta aho-

ra no sabemos si la sífilis cura radicalmente, por lo menos la desaparición de los síntomas mas molestos y el alivio consiguiente.

Diagnosticada la aortitis sífilítica, debemos combatirla de manera enérgica, apelando á uno de los remedios mas heróicos que tenemos contra esta infeccion, es decir al mercurio, usado en diversas formas, pero prefiriendo el sistema de las inyecciones solubles ó no, segun lo exijan las circunstancias.

En los casos historizados emplea el aceite gris en dosis de 10 centigramos cada semana, sin que ocurriera accidente de ninguna clase.

Coadyuvando al mercurio, se emplea el yoduro de potasio en dosis fuertes que desgraciadamente no siempre son bien toleradas por el enfermo, debido las mas de las veces á crisis de intolerancia gástrica, concluyendo aquel por rechazar un tratamiento demasiado molesto; se puede en estos casos recurrir á la administracion del remedio en lavativas como lo aconseja el profesor Tripie, el que ordena dos enemas diarios de 500 á 600 c/c de agua, en los cuales vá aumentando progresivamente el yoduro en dosis de 2 gramos con dos dias de intervalo, hasta llegar á 8 y 10 gramos diariamente.

Despues del uso del yoduro durante 8 ó 10 dias, se deja descansar al enfermo por el mismo intervalo, volviendo á recomenzar nuevamente y así por algunos meses segun sea la marcha de la enfermedad.

Respecto del uso á dosis masivas del yoduro en la aortitis, los autores están en desacuerdo, pues unos dicen que aquel medicamento debe ser empleado muy pruden-

cantidades si se quiere evitar trastornos renales, gástricos, etc; otros en cambio no aceptan la yoduración sino cuando ella es intensa y continuada, pues con la administración del yoduro á débiles dosis se pierde el tiempo de manera lastimosa.

Me parece que debemos pronunciarnos en el sentido de un régimen mixto yodur^{al} y mercurial muy sagaz, aumentándolo ó disminuyéndolo según los síntomas observados, pero sin jamás observar un sistema determinado, pues los enfermos reaccionan distintamente á estos medicamentos.

El tratamiento causal instituido, con desaparición del principal síntoma, el dolor, no debemos olvidar que hay ciertas condiciones favorables á la presentación de estos trastornos; estas causas favorables son el esfuerzo, la fatiga, los enfriamientos siendo pues prudente aconsejar al enfermo cierto reposo, una alimentación ligera y renunciar al uso del tabaco. Una higiene severa debe ser recomendada, pues cualquiera infracción del régimen, una fatiga por ejemplo, puede traer consigo nuevas crisis ó por lo menos una cierta disnea reveladora de trastornos probablemente cercanos.

----- Q -----

Las conclusiones á que he podido llegar en este ligero estudio que he hecho sobre las aortitis sífilíticas son las dos siguientes:

Primera.-Que es posible diferenciar tanto anatómica como clínicamente, las lesiones del ateroma simple aórtico y las que corresponden al sífilítico.

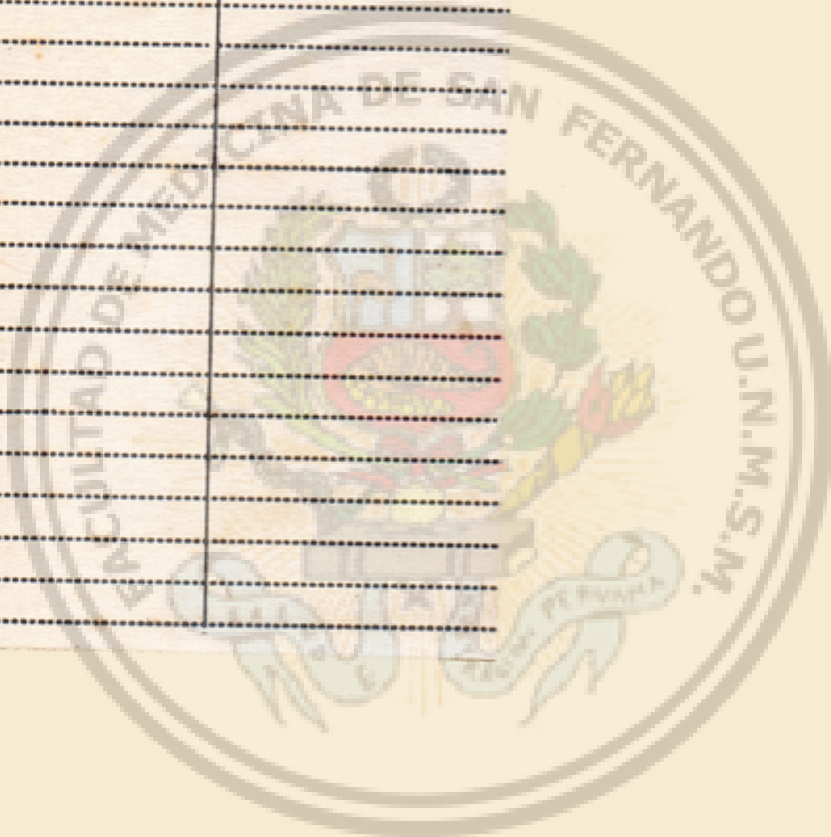
Segunda.-Que el dolor siendo en verdad un síntoma común a las aortitis de cualquier origen que ellas sean, es más típico y de

un caracter muy particular en la aortitis de origen si-
filítico.







[illegible]



Tesis Br.	Nº 315
SALAZAR, Cristobal E.	
Aortitis Sifilíticas, 1911	
LIMA.	
FECHA	FIRMA

Tesis Br. Nº 315

