Año 1907 Núm. 1689

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

AORTITIS SIFILITICAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ROBERTO T. AGUIRRE

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1907

AORTITIS SIFILÍTICAS

Año 1907 **Núm. 1689**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

AORTITIS SIFILITICAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ROBERTO T. AGUIRRE

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1907

—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 38 del Reglamento General).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Elíseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. José Penna.

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con licencia)
» » Pedro N. Arata.
» » Roberto Wernicke.
» » Pedro Lagleyze.
» » José Penna.
» » Luis Guemes.
» » Enrique Bazterrica
» » Antonio Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Juan A. Boeri (suplente).
» » Baldomero Sommer.
» Gregorio Araoz Alfaro.
» » Abel Ayerza.
» » José R. Semprún.
» » Jaime R. Costa.

Secretarios

Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).
Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Vacante
Anatomía descriptiva	» Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini (con lic.)
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé (lic.)
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luís Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel Centeno
Patología general	» Roberto Wernicke
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Vacante
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología teórico-práctica	»	Vacante
Anatomía Descriptiva	»	Joaquín L. Figueroa (en ejerc.)
Semiología y ejercicios clínicos	»	Manuel A. Santas
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badía (en ejerc.)
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Vacante
Medicina Operatoria	»	Leandro V. Valle (en ejerc.)
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	M. Aberastury
Patología externa	»	Carlos Robertson Vacante
Patología interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Teófilo A. Moret Enrique Demaría
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Marcelino Herrera Vegas Daniel J. Cranwell Vacante Avelino Gutiérrez Francisco Llovet Marcelo Viñas
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprún
Medicina Legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Vacante Ricardo Colón Luis Agote
Clínica Obstétirca	»	Enrique Zárate Enrique A. Pardo
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediárica	»	Antonio F. Piñero
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari José T. Borda
Patología General	»	Alois Bachman

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas; principio de clasificación.	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada.....	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada.....	» Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica.....	» Julio Gatti
Química analítica y Toxicológica (primer curso)	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Quimica analítica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas.....	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUBSTITUTOS
Zoología general; Anatomía y Fisiologia comparadas; principio de clasificación.	» Vacante
Botánica y Mineralogía	» Vacante
Quimica inorgánica aplicada.....	» Vacante
Química orgánica aplicada.....	» Vacante
Farmacognosia y Posologia razonadas	» Sr. Juan A. Domínguez
Física farmacéutica.....	» Vacante
Química analítica y toxicológica primer curso.....	» Vacante
Técnica farmacéutica.....	» Vacante
Química analítica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas.....	» Vacante
igiene, legislación y ética farmacéuticas	» Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y clínica obstétrica.....	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica....	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y clínica obstétrica.....	» Samuel Gache

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología.....	Dr. León Pereyra
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	» Nicasio Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología.....	Vacante
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

DOCTOR NICOMEDES ANTELO

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Presento á vuestra consideración este modesto trabajo, llenando con él el último requisito que marca el reglamento para obtener el diploma de doctor en medicina.

Al hacerlo, tan solo pido benevolencia para él. Comprendo la superficialidad con que abordo este tema, tan importante en la práctica médica, y tan sólo me justifica mi poca experiencia y la escasez de fuentes de consulta, pues, casi todo lo escrito al respecto, está en revistas europeas.

Al abandonar las aulas, cumplo con el deber de manifestar mi gratitud eterna para aquellos que han contribuído á formar mi criterio médico.

Mi profundo reconocimiento á los doctores Marcial V. Quiroga y Nicomedes Antelo por sus sabias lecciones como profesores de la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar, y á quienes tanto debo; haciéndome éste último el honor de acompañarme en este acto.

Muy agradecido á los doctores Esteban P. Adaro, Francisco Ramírez, Domingo S. Cavia y Alvaro J. Luna, quienes me guiaron en mi práctica hospitalaria y dieron tan buen ejemplo de laboriosidad y contracción al estudio.

CAPITULO I

No hace mucho tiempo, se dudaba que la sífilis tuviese acción sobre la aorta.

Ahora está perfectamente comprobado que la sífilis, igual que numerosas enfermedades infecciosas, tiene su acción sobre la aorta. Provoca numerosas lesiones que se manifiestan bajo la forma de aortitis subagudas y crónicas, degeneración gomosa, aneurismas grandes y pequeños en los distintos segmentos del vaso, lesiones orificiales, etc.

No siempre la lesión sifilítica se generaliza á toda la aorta, la mayor parte de las veces ella se acantona provocando «una especie de aortitis segmentaria»; de allí resultan los diversos tipos clínicos distintos con que se manifiestan las sífilis de la aorta. Dieulafoy ha hecho una clasificación topográfica según la localización de las sífilis en la aorta y la divide en: Aortitis sifilítica *supra sigmoide*. Sífilis del orificio aórtico con insuficiencia aórtica. Grandes aneurismas de la aorta. Aneurismas á tipo recurrente. Pequeños aneurismas múltiples cupuliformes. Coronaritis obliterante y aneurismas miliares

de las coronarias. Esta clasificación tiene la ventaja de especificar el segmento de la aorta tomado, y la lesión subsiguiente.

En mi descripción tan sólo me referiré á la *aortitis sifilítica*, que muy bien puede corresponder al tipo *supra sigmoideo* de Dieulafoy.

Descripción.—En la aortitis sifilítica casi siempre la lesión se localiza en la porción ascendente de la aorta, provocando síntomas que difieren poco de los de las demás aortitis de otro origen. Los principales síntomas son los siguientes: *Dolor*, muy variable; al principio es un dolor sordo, sensación de pesantez en la región precordial; muchos enfermos, se quejan de tener un peso que les comprime el corazón y los ahoga. Otros se quejan de tener un corazón grande que les molesta. En un principio, casi siempre el dolor es continuo; cuando la enfermedad avanza, se hace intermitente, viene por ataques, sin causa aparente que lo provoque. En estos ataques, el dolor toma una parte preponderante y es un dolor angustioso, paroxístico; presenta irradiaciones al cuello, las espaldas, miembros superiores, á veces se irradia al hipocondrio derecho, simulando ataques de cólicos hepáticos. Otras veces son verdaderos ataques de angina de pecho con todo su cortejo sintomático.

Disnea. — Este es un síntoma muy frecuente y sobreviene casi siempre á consecuencia de algún esfuerzo; otras veces viene por ataques análogos á los ataques disnéicos de los asmáticos, diferenciándose en que la inspiración es larga y dificultosa, la espiración corta. Además no se nota la espectoración consecutiva á los ataques de los asmáticos.

Tos.—Nada tiene de característica, casi siempre es secaa, quintos, sibilante; también viene por accesos á consecuencia de esfuerzo.

Sígnos físicos.—Van estrechamente ligados á las lesiones del vaso. Son inconstantes y variables. Muchas veces faltan. Casi siempre el orificio aórtico permanece intacto. La percusión no siempre da una aorta aumentada de volumen; cuando esto sucede, puede llegar á pasar de tres, cuatro centímetros á la normal, que es, según Potain, de cuatro á cinco centímetros.

Cuando esto sucede se comprueban otros síntomas: latidos tumultuosos de las arterias del cuello, levantamientos y latidos de los subclavias, sobre todo de la derecha. Latidos en la horquilla del esternón. Este signo tiene mucho valor diagnóstico en los adultos, en los cuales el límite superior del cayado de la aorta está á dos y medio centímetros por debajo del borde superior del esternón. En los

ancianos tiene menos valor este signo porque en ellos el cayado de la aorta se eleva de un centímetro á un centímetro y medio, á consecuencia de la ampliación progresiva del gran seno aórtico.

Auscultación. –Muy variable. En las aortitis agudas y subagudas, los tonos se oyen como al estado normal. En las aortitis crónicas, donde las lesiones del vaso están más avanzadas, el primer tono puede ser exagerado, duro y soplante, debido á las rugosidades ateromatosas del vaso. El segundo tono, que al estado normal depende del cierre de las válvulas sigmóideas, varía con el estado de dichas válvulas, casi siempre no se percibe más que un ruido metálico, otras veces «clangoroso»; denotando con ello, que las vávulas han perdido su elasticidad.

Pulso.—También variable. Cuando la aorta está dilatada es duro, brusco, las arterias se vacían con facilidad.

CAPITULO II

Anatomía Patológica. — Ziegler dice que, en general, se basa más á menudo en el examen macroscópico que en el histológico para establecer si una lesión inflamatoria de las arterias, es ó no de naturaleza sifilítica. Añade que la naturaleza sifilítica de estas lesiones es sobre todo establecida por la coexistencia de otras lesiones sifilíticas en foco, sobre todo gomas. Cuando estas lesiones faltan, no se puede concluir que la naturaleza de estas lesiones es sifilítica, si no se comprueban en el resto del organismo estigmas ciertos de sífilis y si no se descubren, al mismo tiempo, otras causas capaces de explicar la génesis de dichas lesiones.

«Las lesiones histológicas no tienen nada de característico en la evolución del proceso inflamatotio.

Se puede decir que en las arteritis ordinarias no se encuentra habitualmente una infiltración y una proliferación celular tan pronunciada como en las de naturaleza sifilítica, siendo la adventicia la que presenta alteraciones mas marcádas.» (Ziegler).

Hay que distinguir la arteritis sifilítica, que evoluciona por su propia cuenta (y esto es lo que sucede en la aortitis) de la que no hace más que acompañar una lesión sifilítica local (lo que pasa con las pequeñas arterias). En el primer caso, el vaso alterado presenta un espesamiento de la túnica interna y de la adventicia, ya sea bajo la forma de focos circunscritos, grises, transparentes ó blanquecinos, ya sea ocupando todo un segmento vascular que toma la forma de un cordón resistente, blanco ó gris blanquecino. Macroscópicamente, esta forma no ofrece nada de característico si se la compara á las neoformaciones conjuntivas no sifilíticas, y el examen histológico tampoco permite reconocer ninguna diferencia utilizable para el diagnóstico.

Heubner dice que es en la endarteria donde primero se localiza la lesión; Baumgarten, Lancereaux dicen que empieza por la adventicia.

Huchard resume así los caracteres de las arteritis sifilíticas: « Es nodular y no difusa, tiene una tendencia á invadir varios puntos del vaso y no su totalidad; lo más ordinariamente, es crónica de lleno, puede también afectar la forma aguda, ataca sobre todo las *arterias cerebrales*, donde es á menudo bilateral y simétrica, y después, por orden de frecuencia, los gruesos troncos arteriales, aorta en sus dife-

rentes porciones, después las arterias del corazón y riñones; no tendría, según Heubner (lo que es una exageración), una gran tendencia á generalizarse y á terminarse por la degeneración calcárea y ateromatosa; es, ya sea *obliterante*, ya sea *aneurismática* obliterante por endarteritis retoñante, por retracción nodular de la membrana interna, ó por trombosis.

Cuando es obliterante, determina en los órganos ya sea lesiones de reblandecimiento (cerebro), ya sea rupturas (corazón) cuando la obliteración se localiza en un grueso vaso y es rápida. Cuando la arteritis sifilítica es *aneurismática*, determina á menudo sobre el sistema arterial aneurismas, señalados hace tiempo por Lancisi y bien estudiados sobre todo por Welsh, quien ha demostrado su frecuencia.» Ellos tienen por carácter de ser múltiples (se pueden encontrar tres ó cuatro sobre el mismo sujeto, más según las observaciones de Dieulafoy). Pueden sobrevenir en individuos relativamente jóvenes, ocupan diversos puntos de la aorta, coronarias, etc.

CAPITULO III

Diagnóstico.—Citaré las observaciones de algunos autores y después haré algunas deducciones sobre el diagnóstico, que toma un lugar tan preponderante para la eficacia del tratamiento.

Hallopeau cita la observación de un hombre de 36 años, quien había tenido 10 años antes una sífilis benigna de la cual había hecho un regular tratamiento. Una noche fué atacado de fuertes dolores en la región precordial con irradiaciones á la espalda izquierda y sensación de angustia profunda.

Estas crisis angustiosas y dolorosas, le repitieron varias veces en las 24 horas. Los dolores se irradiaban al codo izquierdo y hasta las extremidades de los tres últimos dedos.

Se piensa en una aortitis sifilítica, se instituye el tratamiento mixto, mercurial y yodurado, y todos los síntomas de angina de pecho desaparecieron. Hallopeau cita otras observaciones hechas por Rumpf, Vicenzo y Vitone.

En el caso de Rumpf, se trata de un hombre de 29 años de edad, habiendo tenido seis años antes un

chancro sifilítico seguido de accidentes secundarios. Un día él experimentó fuertes dolores precordiales con irradiaciones al dorso y brazo izquierdo. Estas crisis dolorosas venían en forma de accesos y se acompañaban de sensaciones de constricción torácica, angustia y palpitaciones. En un principio, los ataques eran á intervalos alejados; después se hicieron cuotidianos. La auscultación no descubrió ningún ruído anormal del orificio aórtico.

La edad del sujeto excluye el ateroma, se piensa en la sífilis y se instituye el tratamiento apropiado, el que da razón al diagnóstico, produciendo primero una mejoría y después una curación definitiva.

Las observaciones de Vicenzo y Vitone, son dos. En una de ellas, se trata de un hombre de 44 años, quien tuvo sífilis cuatro años antes. Este enfermo empezó á sentir cefaleas, con accidentes vertiginosos y más tarde crisis dolorosas precordiales, con angustia, sofocación é irradiaciones del brazo izquierde. A la auscultación, no se constata ninguna lesión del orificio aórtico. Se piensa en la sífilis, se le hacen inyecciones diarias subcutáneas de un centígramo de sublimado y el enfermo siente un pronto alivio cesando sus ataques de angina de pecho. La otra observación, concierne igualmente á otro sifilítico atacado de dolores de angina de pecho, ataques que

se renovaban varias veces por día, sin que fuese posible descubrir á la auscultación ninguna lesión á la aorta ó al corazón. Se practica el tratamiento específico y el enfermo fué curado.

Dieulafoy, entre varias observaciones, cita una hecha con Potain. Se trata de una señora joven atacada de crisis violentas de angina de pecho. Los dolores habían venido progresivamente en aumento desde algunas semanas y concluído por ser de una viva intensidad. Estos dolores eran continuos, entrecortados de crisis paroxísticas, angustiosas, teniendo todos los caracteres de angina del pecho. La aorta no estaba dilatada; el orificio aórtico era sano.

Tratándose de una mujer joven, no estaba en la edad del ateroma, no se encontraba ninguna causa de su aortitis. Contra los dolores todos los tratamientos fueron empleados sin resultado. El hielo en permanencia, proporcionaba algún alivio.

Mientras tanto, aparece una ulceración terciaria sifilítica en el muslo derecho. Se instituye el tratamiento específico, la ulceración no tarda en curar y al mismo tiempo se observa que los dolores y ataques de angina de pecho disminuyen de intensidad y concluyen por desaparecer completamente.

En la sala segunda del Hospital Militar Central de esta Capital, ingresó un oficial del ejército de-

34 años de edad, quejándose de cefalea intensa y tenaz.

Al mismo tiempo manifiesta haber tenido por primera vez, en días anteriores, un ataque de sofocación á consecuencia de una marcha, sintiendo al mismo tiempo palpitaciones, dolor precordial muy fuerte, con irradiaciones al dorso.

A los dos días de ingresar, persistiendo su cefalea, se repite el ataque doloroso; el doctor Ramírez, médico de la sala, pensó en una aortitis; se examina la aorta y el corazón, pero tanto á la percusión como á la auscultación no se encuentra nada anormal. En el interrogatorio, no hay antecedentes infecciosos. El enfermo dice haber tenido un chancro, once años antes, del que sanó pronto y no sabe si fué duro ó blando. Se somete á un tratamiento sintomático, pero la cefalea no cede. Se repite su ataque de aortitis tomando la verdadera forma de angina de pecho. En vista de la tenacidad de su cefalea, se piensa en la sífilis y el doctor Ramírez me encargó darle inyecciones diarias de biyoduro de mercurio, solución aceitosa conteniendo 0,004 milígramos por centímetro cúbico. A las pocas inyecciones, el enfermo dice haber podido dormir, lo que no conseguía antes ni con fuertes dosis de hipnóticos. Después siguió en mejoría creciente, y á los dos me-

ses pide el alta, no habiéndole repetido su angina de pecho y completamente curado de su dolor de cabeza.

En el consultorio de la sala 5ª del Hospital de Clínicas se presentó una señora, viuda, de 42 años de edad, quejándose de fuertes dolores en la región precordial, palpitaciones y disnea. Dice que estos dolores le vienen en forma de ataques; á consecuencia de esfuerzos al principio, y después sin causa justificada. Manifiesta que cuando está con el ataque experimenta además de los fuertes dolores que se irradian al dorso, hombro y codo izquierdo, una sensación de angustia y ahogo muy penoso. El profesor Güemes nos dió una conferencia sobre la enferma. Al examen de su aparato circulatorio, se encuentra: el corazón del tamaño normal. La auscultación del foco aórtico, da el 2º tono marcadamente metálico. La percusión de la aorta da un aumento de matitez que pasa dos centímetros de la normal. Al hacer el examen general, se notan varias manchas redondeadas y violáceas en ambas piernas. La enferma se queja de dolor de garganta y coriza crónica.

El doctor Güemes hizo diagnóstico de aortitis sifilítica.

La enferma se asiste de su dolencia á la garganta

en el consultorio de dicha especialidad en el mismo hospital, donde se le hace el diagnóstico de laringopatía sifilítica. Ha tenido varios hijos y un aborto. Todos sus hijos son sanos, menos una de 14 años que es epiléptica. No da antecedentes específicos. Siendo las lesiones que presenta de este carácter, se le instituye el tratamiento apropiado con el que disminuyen sus dolores á la garganta y sus ataques de angina de pecho desaparecen.

De esto se deduce que el diagnóstico de la aortitis sifilítica no siempre es fácil y á veces presenta dudas y dificultades, que tan sólo las aclara el tratamiento.

No tan sólo es necesario diagnosticar la aortitis, sino tambien su causa, puesto que ella indicará el tratamiento á seguir.

Siendo la principal manifestación de la aortitis sifilítica el fenómeno dolor, veamos en qué se diferencian estos dolores de pseudoangina de pecho de los de la angina verdadera.

La angina de pecho verdadera corresponde á la enfermedad de Rongnon y de Heberden (coronaritis) estrechez ú obliteración de las coronarias.

En esta enfermedad, los accesos dolorosos se acompañan de fenómenos complejos; palidez de la cara, enfriamiento y cianosis periférica, sudores fríos y profu-

sos, dilatación pupilar etc. Todos estos fenómenos que aquí constituyen la regla, faltan casi siempre en la falsa angina de origen aórtico. En la angina verdadera, el enfermo espera en la inmovilidad absoluta el fin del terrible ataque, «las manos en el pecho como si quisiera arrancarse el mal». Esto se observa con menos frecuencia en la falsa angina. La disnea en la angina verdadera, no es tal disnea sino angustia respiratoria. En la falsa angina se observa con frecuencia, anhelación marcada, disnea verdadera y de las más penosas.

La duración del ataque en la verdadera angina es de algunos segundos á pocos minutos cuando más. Las pseudoanginas pueden durar media hora, una hora y hasta dos y tres (aunque raro). El intervalo de las crisis en los atacados de verdadera angina es marcado por un aparente estado de perfecta salud.

Los pseudoanginosos de origen aórtico, fuera de las crisis acusan una sensación de peso, dolor precordial, plenitud; se quejan de que su «su corazón es demasiado grande».

El dolor en la verdadera angina, es más fijo y se dice que más intenso, ocupa casi siempre la región retroesternal. En la falsa angina el dolor es menos fijo, más difuso, ocupa más bien la región

precordial (parte media) y tiene más irradiaciones.

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

Los accesos de angina verdadera empiezan de golpe y terminan del mismo modo. Van estrechamente ligados á algún esfuerzo, sobre todo muscular, marcha, movimiento brusco, etc.

Las pseudoanginas, no reconocen como causa ocasional esfuerzos musculares; sobrevienen bajo múltiples causas: fríos, emociones, trastornos gástricos, etc. Frecuentemente estallan de noche; á veces se observa cierta periodicidad en los ataques.

La angina verdadera rara vez se observa antes de los 45 años. Es infinitamente más frecuente en el hombre que en la mujer.

La pseudo angina se observa, puede decirse, á oda edad y aunque más en el hombre, esta desproporción dista mucho de la verdadera angina.

La auscultación de los atacados de verdadera angina, casi siempre revela una lesión aórtica, sobre todo orificial. En la falsa angina, la regla es que no se observe ningún signo mórbido en la región cardioaórtica.

En la angina verdadera el pronóstico es fatal, y á un período más ó menos aproximado del primer

ataque. Muchas veces se observa la muerte súbita al terminar el ataque.

Forbes dice haber observado la mortalidad en una proporción de 49 sobre 64 casos.

En la falsa angina rara vez se observa la muerte durante el ataque ni al terminar éste. Tiene un pronóstico mucho más benigno.

Una vez hecho el diagnóstico diferencial con la verdadera angina, queda aún por diferenciar la pseudoangina de origen aórtico de los demás estados mórbidos que la originan.

Entre estos, tenemos los aneurismas de la aorta; los fenómenos dolorosos que originan los aneurismas, sobre todo los de la porción ascendente de la aorta, tienen mucha analogía con los de las aortitis. Pero el examen físico, denota un tumor para el aneurisma, lo que nunca forma la aortitis por más crónica que sea. Además están los fenómenos de compresión consecutivos del aneurisma; en la aortitis nunca se observan.

Ciertos histéricos y atacados de enfermedad de Basedow, tambien tienen crisis de pseudoangina, pero aquí es fácil establecer el diagnóstico por los demás signos propios de cada enfermedad.

Algunos atacados de afecciones gastrohepáticas, tienen crisis de pseudoangina ocasionados por un re-

flejo de las vías digestivas, que repercute sobre los vasos pulmonares y ocasiona una estrechez espasmódica.

En estos enfermos los ataques están relacionados con los trastornos de la digestión y es fácil encaminarse al buen diagnóstico.

Los gotosos, á más de la angina verdadera producida por isquemia del miocardio consecutiva á la arteriaoeclerosis, ó degeneración grasosa, tienen ataques de pseudoangina, sea ligados á neuropatías, tan frecuente en estos casos, sea á dispepsia gotosa.

En la pseudoangina de origen tóxico cuyo tipo se encuentra en la intoxicación por el tabaco, se observa también taquicardia, palpitaciones, intermitencia del pulso, temblores, etc. Aquí los conmemorativos ponen en seguida sobre la vía del diagnóstico.

Los tabéticos tienen á menudo crisis de angina de pecho, pero aquí los dolores tienen un asiento más bajo, base del tórax, estos dolores se irradian menos y casi nunca al hombro ni brazo.

Resulta de esto que cuando la aortitis sifilítica tiene por sola manifestación los fenómenos dolorosos, hay que hacer el diagnóstico por esclusión.

Estas crisis dolorosas, no deben tener nada de sorprendentes. La sífilis de las arterias, de cualquier

calibre que sean, son con mucha frecuencia extremadamente dolorosas. Leudet cita un enfermo que tenía dolores atroces en las arterias temporales, atacado de arteritis sifilítica.

Los atacados de arteritis cerebrales, sifilíticas, tienen con frecuencia cefaleas terribles.

Análoga á estas arteritis, la sifílis de la aorta, manifiesta su presencia por fenómenos dolorosos, simulando la angina de pecho verdadera, desde sus formas atenuadas hasta las crisis más terribles.

Diealafoy dice: «Nunca llamaré demasiado la atención sobre estas aortitis sifilíticas, cuya localización de preferencia es en la porción suprasigmoidea de la aorta. Muy á menudo, en frente de un enfermo atacado de angina de pecho, que no es ateromatoso, que no tiene lesión del orificio aórtico, ni ectasis de la aorta, *muy á mumudo* se inclina al diagnóstico de simple neuralgia aórtica, tabágica, histérica, artrítica y se desconoce la verdadera naturaleza del mal; se acusa al enfermo de fumar demasiado, de beber; si suprime en él el tabaco, el té, el alcohol, y se piensa haber hecho una terapéutica suficiente. Es un error. Y es que no se está bastante familiarizado con la idea que la aortitis puede estallar á los diez, doce, quince años después de la infección sifilítica; á una época donde el enfermo mismo ya no piensa más en

ella; y no se reflexiona bastante en este hecho; que, acantonada en el segmento suprasigmoideo la aortitis puede no suscitar otros síntomas que aquellos de la angina de pecho, sin signos orificiales».

La sifilis de la aorta, es una de las manifetaciones más tardías de esta enfermedad; lo contrario de lo que pasa con las arterias de pequeño calibre, que son tomadas en las primeras manifestaciones. Diagnosticar una aortitis tan sólo por los fenómenos dolorosos, es un diagnóstico difícil y que no puede resistir á una crítica severa. Más difícil es aún hacer el diagnóstico etiológico de esta aortitis.

Los conmemorativos faltan casi siempre.

Muchos enfermos que han tenido sifílis, la han tratado y pasado uno, dos años, después del tratamiento, sin sentir más manifestaciones, se creen curados y se olvidan de su mal.

Es lógico que, ignorando la tenacidad, las traiciones de esta enfermerdad, cuando experimentan trastornos de la salud, sin causa justificada, á todo atribuyan su mal, menos á una enfermedad de la que se creen curados y la han olvidado y creídos inmunes para lo sucesivo.

Frecuentemente sucede que cuando se encuentra en presencia de un enfermo en quien se sospecha la sífilis como causante de su mal, el enfermo niegue

los antecedentes específicos, ya sea por haberlos olvidado, sea por ignorarlos, sea por no darles importancia, ó por esto de que «loco y sifilítico, nadie quiere ser». Si esto pasa cuando hay antecedentes, cuando el enfermo se ha dado cuenta y tratado su sifílis, ¿qué no sucederá cuando faltan por completo estos antecedentes y se busca en el pasado del enfermo alguna manifestación mórbida, susceptible de ser atribuída á la sifílis? Los enfermos que dudan si su chancro ha sido blando ó duro, son innumerables y dudan de buena fe. Cuantas sifílis pasan silenciosas sus períodos primario y secundario para sorprender al enfermo, al médico, muchas veces, con sus manifestaciones terciarias.

Si se diagnostica una aortitis, no hay lesión apreciable de la aorta al examen clínico, faltan los datos etiológicos, se piensa en la sifílis y el tratamiento da razón al diagnóstico, á pesar de faltar por completo los antecedentes específicos. Que es la sifílis la que origina estos fenómenos de aortitis tan dolorosos, tampoco se puede dudar. La enferma de Dieulafoy á quien se trata de su sifílis terciaria, se observa á la vez, la desaparición de sus ataques de angina de pecho. Las observaciones de Rumpf, Vicenzo y Vitone, son análogas.

El enfermo del Hospital Militar se trata su cefalea

sospechándola de orígen sifilítico. No hay más antecedentes que un chancro de procedencia dudosa y de once años atrás. Con el tratamiento desaparece su dolor de cabeza y no se repiten más sus ataques de angina de pecho.

Igual cosa pasó con la enferma del consultorio de la sala 5ª, se le trata su laringopatía sifilítica y no se repiten más sus ataques de angina de pecho.

CAPÍTULO IV

Pronóstico y tratamiento.--Una aortitis, de cualquier orígen que sea, es siempre una enfermedad seria. El *pronóstico* de la aortitis sifilítica, va ligado á su temprano diagnóstico y buen tratamiento. En estas condiciones es relativamente benigno. La aortitis sifilítica abandonada á ella misma puede acarrear las más funestas consecuencias. Puede quedar acantonada por mucho tiempo en su lugar de predilección.

Aortitis suprasigmoide (Dieulafoy).—Pero á la larga puede invadir las válvulas sigmoideas, las coronarias, puede producir ectasis en la aorta, formar anenrismas y terminar por la ruptura del vaso.

Refiriéndose á las aortitis sifilíticas, Boinet dice: «Estas aortitis, son á menudo el preludio de aneurismas». La angina de pecho por coronaritis consecutiva, es una complicación frecuente y de extrema gravedad.

Cuando la aortitis concurre á la formación de aneurismas, éstos tienen tendencia á la ruptura.

Dieulafoy cita varias observaciones y esto no tan solo se observa en los grandes aneurismas, sino también en los pequeños.

Barie, refiriéndose al pronóstico de las aortitis crónicas, dice que es una afección de la más alta gravedad, que no se cura; pero que su evolución fatal puede retardarse durante largos años, mediante una higiene severa y un tratamiento apropiado; y sin embargo, durante esta marcha lenta pueden, á consecuencia de causas múltiples, producirse *pousées* agudas ó subagudas que agravan el pronóstico y abrevian la duración de la enfermedad. Igual gravedad de pronóstico hace para las aortitis agudas, puesto que casi siempre pasan al estado crónico.

Bucquoy dice que no siempre es la regla la terminación por la muerte de las aortitis agudas que, en numerosos casos, se terminan por la curación.

Potain dice haber observado la curación en varios casos de aortitis aguda, á consecuencia de fiebre tifoidea.

Dieulafoy, refiriéndose á las aortitis sifilíticas, dice que tratadas en un principio, la curación es la regla. Siendo esto comprobado por numerosos casos clínicos, se deduce la importancia de un buen diagnóstico etiológico para la benignidad (relativa) del pronóstico.

Y en esto se diferencia la aortitis sifilítica de las demás de otro origen.

Ahora bien; ¿qué se entiende por una aortitis sifilítica tratada en un principio? La inmensa mayoría de las observaciones se refieren á aortitis subagudas, las menos, y crónicas las más.

Todos los autores están de acuerdo en declarar que la sífilis en la aorta se instala silenciosamente, siendo la manifestación dolorosa la única reveladora del mal y esto mucho antes que se observen lesiones apreciables al examen del vaso. Pero estos dolores en un principio se repiten de tarde en tarde, y aunque se piensa en la sífilis, si faltan antecedentes específicos, se duda, se espera que los otros tratamientos fracasen para recién instituir el antisifilítico y esto dudando aún.

Este tiempo que se pierde haciendo medicación sintomática es el que según algunos autores. Diculafoy entre ellos, podría traer funestas consecuencias. Pero hay muchos casos en que no se puede obrar de otro modo. La medicación mercurial bien indicada presenta muchos inconvenientes para establecerla de lleno sin estar seguro del diagnóstico. Obrando con prudencia, no se tendrá que lamentar más tarde haber sometido al paciente á un tratamiento penoso, probatorio y sin resultados.

La sífilis, cualquiera que sea su manifestación, es una enfermedad tenaz y rebelde.

Sus manifestaciones tardías son de las más tenaces al tratamiento y es una de ellas la que ataca la aorta. Instituído el tratamiento específico se observa que los fenómenos dolorosos son los primeros en desaparecer y esto desde un principio. Y siendo el dolor la única manifestación en muchos casos, desaparecido él, los enfermos se creen curados y muchos se niegan á seguir tratándose. Muchos no creen en la persistencia del mal, otros dudan de la buena fe del médico y hay quienes creen siempre estar en tiempo para tratarse cuando reaparezca su enfermedad. Creencias que traen á menudo funestas consecuencias.

El tratamiento muchas veces no tiene igual eficacia en un hospital que en el público, porque no todos se quieren someter á sus indicaciones, algunos lo siguen mal y hay quienes se niegan por completo á seguirlo. Se trata, pues, de una enfermedad que presenta muchos inconvenientes, tanto para su diagnóstico como para su tratamiento. Para terminar, y reasumiendo, diré: que el pronóstico de la aortitis sifilítica, aguda ó subaguda, bien tratada, es relativamente benigno. El de la aortitis crónica, del mismo orígen, cuando hay lesiones apreciables, es más

serio; muchas veces se ve persistir el mal á pesar de la buena medicación y de la desaparición de los dolores. Es aquí que manifiesta su tenacidad la sífilis. Difícilmente se observa la regresión de sus lesiones.

Tratamiento.—El mercurio constituye la base del tratamiento; «es el medicamento soberano de las aortitis sifilíticas» (Dieulafoy). Se puede ó no asociar al yoduro. El mercurio puede administrarse en muchas formas y por diferentes vías. Creo que cuando no hay inconvenientes, y teniendo por objeto obtener un pronto y rápido resultado, la mejor administración es bajo la forma de inyecciones, ya sean de calomel, biyoduro, aceite gris, etc., todas son igualmente buenas y son más ó menos indicadas según la práctica de cada médico.

Dieulafoy prefiere las inyecciones acuosas ó aceitosas de biyoduro, conteniendo de cuatro á ocho milígramos por centímetro cúbico.

Siempre que se pueda, deben preferirse las inyecciones á los otros métodos de administrar el mercurio, por cuanto se está seguro de la cantidad de medicamento que se hace absorber al enfermo, cosa que no sucede cuando se administra por la vía estomacal, fricciones y mucho más en inhalaciones.

La asociación del yoduro de potasio, está proba-

do que tiene muchas ventajas por los buenos resultados obtenidos.

El tratamiento causal, siendo la base, no excluye el sintomático, sobre todo los vesicatorios, puntas de fuego y las cauterizaciones en la región precordial son indicadas.

Buenos Aires, marzo 13 de 1907.

Nómbrase al señor consejero doctor José R. Semprún, al profesor titular doctor Francisco de Veiga y al profesor suplente doctor Domingo S. Cavia, para que, constituídos en comisión revisora, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, marzo 27 de 1907.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 1689 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Cuál sería el mejor tratamiento de las aortitis sifilíticas?

II

Pronóstico de la aortitis según su origen, la edad y el sexo del sujeto.

III

Relación entre la aortitis sifilítica y el aneurisma de la aorta.

Imp y Casa Edit de A. Grau—Moreno. 960