



Universidad Central
de la
Facultad de Medicina.

tesis de doctorado

Consideraciones sobre un caso
de aneurisma de la aorta torácica
que fue diagnosticado y tratado
como tuberculosis pulmonar.

—
por



D. Miguel Abad y Gormo

Madrid - 1904.



Excmo Sr.

Cuando al aprobar el grupo de las asignaturas del doctorado, vi que por causas ajenas a mi voluntad, no podía presentar inmediatamente la memoria reglamentaria, formé el decidido propósito, de no escribirla hasta que en mi práctica hubiera estudiado algún caso clínico que por

su rareza ó importancia, mereciera servir de fundamento á una tesis. No soy partidario de los trabajos de doctorado puramente teóricos, y sin dejar de reconocer, como reconozco, el mérito y erudición que suponen, he preferido para mi tema, un asunto, en el cual pareciera algo propio, siquiere esto no fuera, más que la observación de un caso clínico.

Este caso, pude apreciarlo en el mes de febrero del corriente año, cuando se presentó en el consultorio que el Dr. Alfonso y yo, tenemos en Alcoy, un enfermo que padecía

un aneurisma de la aorta,
 típico, indiscutible, en el
 momento de nuestra obser-
 vación, pero que había per-
 manecido latente hasta ha-
 ce poco, sin presentar nin-
 guno de los síntomas ca-
 racterísticos de tal aneu-
 risma, y en cambio simu-
 laba perfectamente, el cua-
 dro de la tuberculosis
 pulmonar, cuyo diagnóstico
 lo hizo un notable médico
 de Valencia, quien trataba
 al enfermo como tubercu-
 loso.

La sorpresa de tal error de
 diagnóstico, me hizo estu-
 diar detenidamente el caso,
 y al hacer su historia

busqué datos que me permitiesen desarrollar el tema desde el punto de vista del diagnóstico diferencial entre algunos aneurismas de la aorta torácica de forma pseudo-tuberculosa y la tuberculosis pulmonar, indicando aunque muy ligeramente, por mi falta de conocimientos especiales, el gran papel que pueden desempeñar ciertos procedimientos de exploración (la radiografía y la rinoscopia) para elucidar aquellos casos en que otros procedimientos se muestran impotentes.

Por tener mi tra-

bajo como base, la historia clínica a que hago referencia, presento mi tesis con el siguiente enunciado.

Consideraciones sobre un caso de aneurisma de la aorta que fue diagnosticado y tratado como tuberculosis pulmonar.

El trabajo lo exponeré por el mismo orden que lo he estudiado, permitiéndome algunas consideraciones sugeridas por el caso clínico referido, con un estudio del diagnóstico diferencial entre las dos enfermedades, para terminar con unas ligeras indicaciones sobre el em-

pleo de los rayos X en el diag-
nostico de los casos diferen-
ciales, y despues, poner
fin a esta memoria, con
las conclusiones que creo
se desprenden de tan inte-
resante estudio.

Historia clínica.

Manuel P. de 40 años,
casado, natural de Murcia (Mi-
cante) propietario de un peque-
ño campo que el mismo cul-
tivaba, se presentó en la con-
sulta el 5 de febrero de 1904.

Commemorativos.

Sin antecedentes de familia
ni suyos, que puedan tener re-
lación con la enfermedad que
padecía, dio en cuenta a la histo-

ria de esta se refiere, los siguientes datos.

Desde el invierno de 1902 notó que se exacerbaraba con mucha frecuencia, y que en el intervalo de estos ataques le quedó siempre algo de tos y dificultad en la respiración, síntomas que se habían ido acentuando de día en día con algunas ligeras remisiones, pasadas las cuales seguían su marcha progresiva.

Dichos ataques se los trataba el médico del pueblo con embrocaciones de tintura de yodo en el lado derecho del tórax, y por la administración de unas capsulas que no pudo asegurar de que eran.

En Junio de 1903, dice que
 tuvo un catarro muy fuerte, que
 le obligó a guardar cama unos
 quince días, y durante el cual
 tuvo fiebre, sudores y espe-
 toración verdosa teñida de
 estrias de sangre. En el
 curso de este catarro, se le
 aplicaron dos cauteridas
en la parte superior derecha
del tórax.

Salió del acceso agudo,
 pero no solo no se recobró por
 completo, sino que ni siquiera
 consiguió aquel estado de
 relativa salud en que se
 encontraba después de los
 primeros catarros. La tos
 y la fatiga aumentaban de
 día en día y disminuían

a la vez el apetito y las carnes.
 Tuvo que dejar por completo
 el trabajo, que desde mucho
 tiempo antes soportaba
 con gran dificultad. En
 vista del estado en que se
 encontraba y por consejo
 de su médico, pasó a Va-
 lencia a consultar con un es-
 pecialista, y le tuvo duran-
 te algún tiempo en trata-
 miento, aplicándole puntos
 de fuego en la parte superior
derecha del pecho, propinán-
 dole al mismo tiempo enemas
 de creosota, y sujetándole
 a la sobrealimentación.

El mismo tratamien-
 to continuó el enfermo
 en su pueblo, sustituy-

yaude los puntos de ter-
mo por bandas de veji-
gatorio líquido.

Mediante este
método que siguió en
los meses de Agosto á
Noviembre, se alivió algo,
disminuyendo algunos
síntomas en intensidad.
La tos fué menos frecuen-
te, la expectoración más
clara, la disnea fué al
principio del tratamiento
menor comparada con su
estado inmediato anterior,
pero seguía siendo mayor
relacionándola con lo
que sufrió meses antes.

La mejoría inicial duró poco, volviendo la enfermedad á su marcha progresiva, sobre todo la disnea.

A mediados de Diciembre se le presentó el dolor torácico, del que me ocuparé al hablar del estado de la enfermedad, en el momento de la observación, y á fines de Enero, la sensación de palpitaciones.

La esposa del enfermo, que le acompañaba, me manifestó luego, que el médico del pueblo le había indicado varias veces, que su esposo (á quien reconocí á menudo en el curso de su dolencia) era probablemente

tuberculoso, y que esta probabilidad la convirtió en afirmación al auscultarle la víspera de su viaje a Valencia. El especialista de aquella capital, confirmó el diagnóstico de tuberculosis.

Estado del enfermo en el momento de la consulta

Signos funcionales.

Se quejaba el enfermo sobre todo, de dificultad en la respiración, de fatiga que se aumentaba al menor esfuerzo, y efectivamente se percibía a simple vista una disnea muy intensa.

venia tos, sobre todo por la mañana, en forma de accesos seguidos de expectoración bastante abundante. Los esputos eran mucopurulentos, predominando el elemento mucoso y con algunas estrias de sangre.

Sufría además, dolores en la parte superior derecha del tórax, que en los últimos tiempos se habian exacerbado mucho.

Ningún síntoma de parte de los demás sistemas y aparatos, salvo una gran anorexia.

Siguos fincos

Se observa una gran demacración y palidez, en estado de verdadera caquexia.

El examen del tórax, dió los siguientes datos. Por la inspección se observa una escovadura, no muy pronunciada, al nivel del primero y segundo espacios intercostales derechos, la curva de la segunda costilla de este lado era algo más acentuada que la del opuesto. Se notaban además, en dicha región derecha latidos isócronos con los del corazón. Este se encontraba y latía en su lugar normal.

Por la palpación estos latidos eran más evidentes dando en el lado derecho una sensación de sacudida violenta, igualmente intensa en todas direcciones.

No pudo observarse el thrill.

La percusión daba un aumento en la matidez aórtica, sobrepasando esta de tres traveses de dedo el borde derecho del esternón.

Auscultación del corazón

— Sin permitirse ningún soplo, se oía el latido cardíaco en una gran extensión, observándose el foco de intensidad máxima, correspondiendo uno al

corazón y situado el otro al nivel de la segunda costilla derecha. Mejor dicho, la auscultación daba la idea de dos corazones la tienda, uno en su puesto normal y el otro bajo el primero y seguido espacio intercostales derechos. Este segundo latido, era mucho mas fuerte que el primero.

La auscultación de los pulmones, proporcionó los siguientes datos: En la parte superior del pulmón derecho, algunos estertores subcrepitantes gruesos, y soplo tubario perceptible, especialmente por la par-

te superior. En el pulmón izquierdo algunos, muy pocos, entortados de igual naturaleza, muy diseminados.

No encontré diferencia en el pulso de las dos radiales.

Diagnóstico. El diagnóstico de aneurisma de la aorta se imponía, pues los signos ofrecidos por el examen actual, no podían ofrecer la menor duda. Cabía además, la posibilidad de que existiera al mismo tiempo una tuberculosis, y para salir de dudas hice que en el laboratorio municipal de bacteriología

de Alroy, se practicaron varios análisis de distintos esputos, en diferentes días, sin que pudiera encontrarse en ninguna de las preparaciones bacilos de Koch, ni células gigantes.

En vista del resultado proporcionado por el examen bacteriológico, se echó la idea de tuberculosis (con tanto más motivo, cuanto que los síntomas pulmonares podrían explicarse como fenómenos de compresión, producidos por el aneurisma) y mantiene exclusivamente su diagnóstico clínico de aneurisma de la aorta.

Consideraciones

Hemos visto por los datos que de la historia se deducen y por la declaración explícita de la esposa del enfermo, que este fué diagnosticado y tratado como tuberculoso, error de diagnóstico que me parece en este caso muy natural y poco menos que inevitable, mientras el afeurisma permaneció latente sin dar más señales de su existencia que los fenómenos de compresión, que se atribuyeron, no sin razón, a parente ó una tuberculosis.

En efecto, todos los síntomas funcionales que presentaba el enfermo en aquella época, encajaban perfectamente en el cuadro del proceso tuberculoso y si suponemos, como debemos suponer, la falta de signos físicos del aneurisma y la localización de los pulmones en el vértice derecho, el error de diagnóstico queda plenamente justificado.

Huiera dado el caso se que se hubiera practicado entonces el análisis bacteriológico el resultado negativo

de este, no hubiera sido suficiente, para desechar en absoluto la idea de tuberculosis, por falta de otra entidad patológica a la cual se pudiera atribuir con más probabilidades de acierto, el conjunto de síntomas observados.

Solo la radiografía y radioscopia permitiendo observar el quiebrismo latente, pueden proporcionar al clínico datos seguros en caso de diagnóstico tan difícil.

El diagnóstico diferencial entre ciertas formas clíni-

icas de aneurismas
aórticos, con sus difi-
cultaes y el modo de resol-
ver estas, por los modernos
procedimientos de explo-
ración, constituirá la
materia de los capitulos
siguientes, que vienen á
ser como una amplia-
ción de las consideracio-
nes precedentes.

Diagnóstico diferencial entre la tuberculosis pulmonar y algunos aneurismas de la aorta, en forma que pudieramos llamar pseudo-tuberculosa.

Cuatro palabras de historia.

Apenas empezó a estudiarse el aneurisma de la aorta bajo un aspecto verdaderamente clínico, vemos que los autores se ocupan de las relaciones existentes entre esta enfermedad y la tuberculosis pulmo-

nair, hasta el punto de poderse decir, que esta es una cuestión que ha uaido con el estudio de los aneurismas norticos.

Estokes en su Tratado de las enfermedades del corazón y de la aorta, publicado en 1854, dice: "de todos los estados generales que acompañan al aneurisma, la tisis pulmonar es el mas común y cita entre otras observaciones, la de un enfermo, que murió de tuberculosis pulmonar y en el que el único síntoma del aneurisma que se encontró en la autopsia

fue una tos nerviosa si la
 que no se dió ninguna im-
 portancia. En cuanto á
 la relacion de causa ó
 efecto, que pudiera exis-
 tir entre ambos estados
 morbosos, se expresa de
 este modo. « Cuando las
 dos lesiones se combinan,
 yo creo que la lesión ar-
 terial es la que se mani-
 fiesta primero. » A me-
 do he creído que ciertos a-
 neurismas, merecían el
 nombre de aneurismas con-
 suctivos ó estrimotos, el
 mismo estado general de-
 termina simultaneamente
 las lesiones de los pul-
 mones y las alteraciones

de las tunicas de la aorta.

Esta interpretación fue combatida en 1856 por Jüller, que consideraba como una rareza patológica, la coexistencia de la ectasia y de la tisis.

Notitauschky en su «Tratado de anatomía patológica» adopta las ideas de Jüller exagerándolas hasta la paradoja, pues no se contenta con negar la simultaneidad de ambas afecciones sino que llega a afirmar que los individuos afectados de dilatación o neurismática, están revestidos por este mismo

hecho, de una verdadera
 inmunidad contra la tuber-
 culosis. Inmunidad que
 sería debida a la pro-
 ximidad del corazón
 que determina la coa-
 gulación endógena de
 una gran cantidad de
 fibrina, de donde resulta
 la defibrinación de la
 sangre, la hidremia. 77

En 1856 Hanot se su-
 trabajo sobre las « rela-
 ciones entre el aneurisma
 de la aorta y la pneu-
 monia castosa » 77 refu-
 ta las ideas de Guille-
 y afirma la frecuente
 coexistencia de los dos
 enfermedades. Herard y Cor-

nil, admiten tambien la relacion de causa a efecto. Para explicar esta relacion se inventaron por aquel tiempo, gran numero de teorías que seria inutil enumerar.

Lo unico que interesa saber para el asunto que me ocupa, es que en aquel tiempo ninguno de los autores que tratan la cuestion, habla de las dificultades del diagnóstico entre el aneurisma y la tuberculosis pulmonar. Al contrario, Grisolle, en su «Tratado de patologia» obra

de gran autoridad en aquella época, solo dos palabras dice del asunto que me ocupa, y son las siguientes « Es casi inútil decir que los más ligeros atenciones es suficiente, para distinguir un aneurisma de la tisis pulmonar. » Opinión que difiere en absoluto de la sustentada por los autores modernos á partir de Auquier, que en su tesis de París (1832) publica observaciones de aneurisma latente y habla de los casos en que

Contribution à l'étude du diagnostic des aneurismes de la crosse de l'aorte.

la enfermedad simula las
afecciones pulmonares ó
laringeas, hasta los sí-
ntomas contemporáneos.

Oubry, en su tesis de
 Burdeos ^(*) establece el pri-
 mero de una manera clara,
 los diferentes errores á que
 puede dar lugar, la coe-
 xistencia de la tubercu-
 losis y el aneurisma.

He aquí como re-
 sume las variedades que
 puede revestir el problema:

1.º Se desconoce la tuber-
 culosis y se aprecia el a-
 neurisma.

2.º Se diagnostica la tu-
 berculosis y se aprecia el a-
 neurisma.

(*) Etude sur la pathogenie de tuberculose com-
 pliquant les aneurysmes corticaux. 1886.

berculosis pero la estasia
aórtica pasa inadvertida.

3º. Los signos del aneu-
risma se atribuyen á
una tuberculosis que no
existe.

4º. A consecuencia de
una disposición anor-
mal del pulmón ó de la
aorta, se diagnostica aneu-
rismo cuando solo existen
lesiones tuberculosas a-
vanzadas.

Allegando á los auto-
res clásicos recientes, vemos
que todos señalaban las
dificultades de diagnós-
tico entre la tuberculo-
sis y los aneurismos de
forma pseudo-tubercu-

losa. Bastará citar á
este fin las opiniones de
Boinet⁽¹⁾ y Oettinger⁽²⁾

« A primera vista, dice
Boinet, el diagnóstico di-
ferencial entre la tuber-
culosis y el aneurisma
aórtico parece fácil, pero
no sucede siempre así.

Algunas veces las hemor-
tisis que se atribuyen á
tuberculosis, dependen
sea de una fisura de
la bolsa aneurismal
con perforación de la

(1) Boinet. Artículo "Aneurisma de la aorta"
del Tratado de Medicina y Terapéutica
de Brouardel y Gilbert."

(2) Oettinger. Artículo "Aneurisma de la aorta"
del Tratado de Medicina de Charcot y Bouchard.

Tráquea, de los bronquios
 ó del pulmón, sea de la
 presión ejercida por el
 aneurisma sobre el pa-
 renquima y los vasos
 pulmonares. Estas pe-
 queñas hemoptisis pre-
 monitorias, repitiéndose
 con intervalos más ó me-
 nos regulares, se terminan
 á menudo por una gran
 hemorragia debida á la
 producción de una au-
 cha abertura en la pared
 del seno aneurismático.
 En el caso citado por Fair-
 dier, las hemorragias han
 estado repitiéndose du-
 rante cinco años.

Una tos quintosa con expectoración sanguinolenta y sensación de angustia, que no pueda atribuirse legítimamente à una afección cardíaca, pulmonar ó renal, debe hacer pensar en un aneurisma de la aorta. Es necesario también, no olvidar, que la maciez, del vértice y de la parte media del pulmón izquierdo, observada en los aneurismas de la última porción del cayado y principio de la aorta descendente. Que el soplo bronquial debido à la

compresión del pulmón por el aneurisma, pueden incluso á error, inclinarse el ánimo hacia la tuberculosis. 71



Veamos ahora como se expresa Lettinger: «La tuberculosis pulmonar, que como ya hemos indicado puede acompañar al aneurisma torácico, ha sido en muchos casos confundida con él, y muy á menudo se ha tomado por tuberculoso á un enfermo de aneurisma. Las disneas, las hemoptisis, poco abundantes pero frecuentes, la existencia de un

soplo cavernoso por detrás
 del nivel del vértice del
 pulmón, son en efecto sín-
 tomas comunes en las
 dos afecciones, y expli-
 can que el error pueda
 cometerse aún por mé-
 dicos experimentados.
 Los ejemplos son ba-
 stante numerosos. En
 fin, la existencia de
 alteraciones de la voz,
 ronquera, disfonía, com-
 pletan el error y pue-
 den hacer creer en una
 laringitis tuberculosa.

Y en otro lugar
 á propósito del diag-
 nóstico del aneurisma de
 la aorta descendente, dice

el mismo Oettinger en su resumen, los fenómenos proporcionados por la compresión del bronquio izquierdo, son los mas frecuentes y los mas característicos; la auscultación deja oír por detrás, soplos de timbre diverso, desde el soplo tubario hasta el cavernoso; y cuando sobreviene hemoptisis, el error es posible con la tuberculosis pulmonar, y en realidad se ha cometido frecuentemente.

Vamos pues, por estas citas, cuyo número podría aumentar si no temiera abusar de la bondad del tribunal, las vicisitudes por que ha pasado el concepto de relación, entre los aneurismas de la aorta y la tuberculosis, y una vez hecha esta ligera reseña histórica, voy a ocuparme de llevo del verdadero asunto de este capítulo, esto es, del diagnóstico diferencial, supreyauso para seguir en método, por la exposición de los síntomas dife-

renciales

Síntomas comunes.

Se acaba de ver por la rápida exposición histórica que antecede, enau lejos estamos de la opinión de Grisolle, de que « basta la más ligera atención, para distinguir un aneurisma de la aorta de la tuberculosis pulmonar » sino que por el contrario, según Vettlinger « el error puede cometerse en buen número de casos, aún por médicos experimentados. »

Los signos funcionales comunes al aneurisma de la aorta y a la tuberculosis, son: disnea, tos, ronquera, expectoración de esputos de aspecto variable, hemoptisis, dolores torácicos y caquixia.

Estudie mos cada uno de estos signos en particular y veamos como pueden crear la analogía clínica entre las dos afecciones.

1.º Disnea. Para Aubry la existencia de una disnea que se manifiesta con ocasión de un esfuerzo, es uno de los signos que inclina el diagnóstico

no en favor del aneurisma; pero esto no es absoluto. En realidad esta forma de disnea puede aparecer en el curso de una u otra dolencia. Además, no hay que olvidar, que los fenómenos subjetivos varían mucho, segun los enfermos.

Mas valor tienen en pro del aneurisma, los accesos de sofocacion, pero aparte de que pueden presentarse tambien en la tuberculosis, hay gran número de aneurismas latentes, en que no existen estos accesos, siendo

la disnea ligera y permanente. Es por lo tanto, el síntoma disnea uno de los que mas inducen a confusión

2º Tos. La tos no tiene, dicen algunos autores, el caracter de la tos del tuberculoso; se diferencia de esta, por que en lugar de ser continua es quinterosa y nerviosa.

Cuando la tos se presenta bajo esta forma, es de tal modo caracteristica, que el mismo enfermo, llama la atencion del médico sobre esta modalidad especial de su padecimiento.

to.

Pero no se debe generalizar demasiado y creer que la tos se ofrece siempre con este aspecto?

Puede muy bien ser continua, ligera como en la bronquitis crónica, y tambien puede presentarse por quintas matutinas, seguidas de expectoracion. La del enfermo de mi historia era de una forma mixta de estas dos ultimas.

3.^o Bonguera. Este es uno de los sintomas que mas frecuentemente contribuyen a la confusion

de las dos afecciones.

Cuando el médico se encuentra con un sujeto co-
 quético, que no tiene
 la edad y el aspecto de
 canceroso y que padece
 una ronquera acentua-
 da, generalmente sue-
 le pensar en la tuber-
 culosis. Pero es tam-
 bien este, uno de los
 síntomas que bien ob-
 servados, nos puede lle-
 var a descubrir la ver-
 dad, pues muchas veces
 al hacer el examen larin-
 goscópico, se encuentra un
 nudo vascular en posi-
 ción cadavérica, que hace
 pensar en una com-

presión del recurrente y esta à su vez en una aneurisma.

Insistiré sobre este asunto al hablar de los signos diferenciales

4.^o Espectoraçion. La es-
pectoraçion puede ser
muy poco abundante,
como la de los tubercu-
losos que oscilan entre
el primero y el segundo
periodo, y entonces está
formada por algunos
esputos espumosos con
algo de mucus, y en
los cuales se observan
algunos puntos ama-
rillentos. Otras veces
es más abundante

numular, como en los tuberculosos llegados a un periodo mas avanzado; en fin, otras veces la forman esputos ligeramente teñidos de sangre, que se presentan por la mañana y no se reproducen durante el dia.

5º Hemoptisis. Se presenta este sintoma en el aneurisma, bajo muy diversas formas. Puede ser muy ligera como en el caso que acabo de indicar, de esputos teñidos de sangre, pero esto no es una verdadera hemoptisis.

Otras veces, sin tratarse de formas tan ligeras, se presentan hemoptisis fraccias, nadales « et si es, dice Cottin-ger, que no es escepcional observar durante semanas ó meses enteros, pequeñas hemoptisis que se repiten con una extrema frecuencia y cuya verdadera causa no siempre es reconocida; á menudo se piensa en estos casos, en la posibilidad de una tuberculosis pulmonar. »

Barrié⁽¹⁾ dice que « la compresion de las venas pulmonares ó sobre la curvatura

(1) Barrié. Traité pratique des maladies du coeur et de l'aorte. Paris 1902

izquierda, se traduce por fenómenos de congestión caracterizados á menudo por hemoptisis repetidas, ó por signos de congestión edematosa.

Otras veces, la hemoptisis, se renueva durante tres ó cuatro días, siendo muy abundante y terminando por la muerte del individuo; y otras, en fin, es fulminante y muerta instantáneamente. Este último caso corresponde de llevo al aneurisma y, ha servido muchas veces para hacer un diagnóstico retrospectivo. Desgracia-

ciadamente es demasiado tarde, por que viene á diagnosticarse la enfermedad al firmar la papela de defuncion.

6.º Dolores Torácicos. Los dolores torácicos son un fenómeno corriente en la tuberculosis crónica y varr son los enfermos que en el curso de su dolencia no aquejan neuralgias intercostales ó del plevo cervical superficial. Estos dolores se encuentran tambien en el aneurisma de la aorta, pero hay que confesar que son algo diferentes en las dos afecciones. En los enfermos de aneurisma, tienen un

carácter especial i su tenacidad. frecuentemente ocupan el primer término en el cuadro clínico y pueden constituir un signo precoz. Como dice Dettinger « siempre que se esté en presencia de una neuralgia rebelde, cuya causa no conocemos, habrá que pensar en un aneurisma ».

No es raro ver aneurismas de mediano volumen provocar la aparición de dolores de una intensidad extrema, sin que el enfermo pueda reposar un momento y en cambio se ven aneurismas enormes que han destruido el esternón y las costillas y aúnc los

cuerpos vertebrales sin provo-
 car ningun síntoma. dolo-
 rosa. 71 No obstante el con-
 stituir los dolores intensos, no
 es una gran probabilidad
 en favor del aneurisma, ni
 aun en este caso tiene el
 síntoma su valor abso-
 luto, pues sabemos que cier-
 tos tuberculosos al principio
 de su enfermedad atacan
 neuralgias violentas, que se
 parecen mucho si las provo-
 cadae por el aneurisma

7º Caquesia. La caquesia
 aneurismática, es un
 síntoma estudiado por
 la mayor parte de los
 autores, pero la consi-
 deracion mas bien es

mo signo del periodo terminal, se atribuye a la influencia de las torturas que sufre el enfermo y a la privación del sueño. Al lado de esta caquecía terminal, parece existir en ciertos enfermos de aneurismas poco desarrollados aun, una caquecía ligera y precoz. Se citan en la literatura bastantes casos de aneurismas de la aorta, en los que aun en el periodo latente, presentaban ya debilidad general, adelgazamiento y pérdida de fuerzas. Una prueba mas de este aserto es el enfermo de mi historia clinica.

Estos son los síntomas funcionales que contribuyen a establecer la analogía clínica entre la ectasia aórtica y la tuberculosis pulmonar; analogía que se completa de una manera asombrosa cuando los signos físicos, de los cuales voy a ocuparme, se unen a los funcionales...

Signos físicos.

Las modificaciones de la respiración son de gran importancia

Cuando el aneurisma del cayado de la aorta comprime un bronquio, puede

dar lugar a fenómenos variables. Uno de los más importantes es la disminución de la respiración, la cual no se limita a los vértices como suele ocurrir en la tuberculosis, sino que se extiende a todo el pulmón.

Este signo no se acompaña de modificaciones en la sonoridad del tórax, pero esta particularidad, en vez de contribuir al diagnóstico diferencial aumenta las probabilidades de confusión. Verdad es, que en la tuberculosis se observan estertores al mismo tiempo que la disminución

de la respiración. Pero como este no es absolutamente necesario, pues en algunos casos en el periodo inicial de la enfermedad, faltaron los estertores y como al mismo tiempo se presentan otros síntomas imputables a la tuberculosis, esta no puede descartarse en absoluto del diagnóstico, solo por la ausencia de los estertores.

La presencia de un soplo aumenta las dificultades en algunos casos. Este soplo que generalmente se encuentra en el espacio interescapulo-vertebral, puede percibirse a veces en

una zona estensa, hasta en el vértice del pulmón. El soplo se presenta generalmente en el lado izquierdo, y algunas veces (como en mi caso clínico) en el derecho. Y no es solo el lugar donde se oye, lo que se presta a confusión, sino también el timbre que revisten todas las formas; desde el soplo tubario hasta el cavernoso.

Tras de la exposición de los principales caracteres comunes á las dos enfermedades, fácilmente se comprenderá que agrupándose estos síntomas entre sí, pueden simular en cada uno

de los casos (según los síntomas que se presenten y su modalidad) los distintos periodos y formas de la tuberculosis pulmonar; y en efecto, se encuentran en las literaturas médicas una porción de casos que vienen á demostrar hasta qué punto es verdadero este aserto.

Para completar el estudio del diagnóstico entre estos dos perdecimientos, expondremos los signos diferenciales y los medios de exploración, que puedan ilustrarnos en la resolución de tan obscuro problema, así como el valor relativo de cada uno de estos

Signos diferenciales entre las dos enfermedades

Previendo de los síntomas propios del aneurisma cuando esta hace emergencia al exterior (latidos aparentes, confirmados por la auscultación, Thrill, soplos etc) pues estos no dan lugar a dudas, y por lo tanto no plantearé el problema del diagnóstico diferencial con la tuberculosis, he de ocuparme en este capítulo de los signos que pueden servirnos para diagnosticar los aneurismas latentes, objeto de mi es-

tuotio

En favor del aneurisma se puede invocar el signo de Oliver, es decir, la confirmación de una sacudida brusca de arriba abajo imprimida a la tráquea por una ectasia de la parte postero-inferior del cayado aórtico. Este signo, al que no puede negarse una gran importancia, es sin embargo, inconstante necesitando condiciones muy especiales para producirse.

El signo de Oliver ha perdido parte de su importancia por haber de-

mostrado Erwart, que se puede presentar en el estado fisiológico.

Un signo de gran interés en el diagnóstico de los aneurismas latentes es la existencia de una parálisis laríngea.

Como ya he indicado en el capítulo anterior, los laringólogos se encuentran á menudo con individuos que presentan trastornos funcionales semejantes á los de la laringitis tuberculosa, y al practicar el examen local se han encontrado una cuerda vocal en posición cadavérica,

indicando una parálisis del recurrente, por donde se ha venido á pensar en un aneurisma que comprimiendo el nervio provocara dicha parálisis.

Indudablemente este es uno de los mejores signos reveladores del aneurisma latente; algunos aneurismas se han descubierto gracias á este signo que sin el hubieran permanecido ignorados, pero la parálisis laríngea no existe siempre, sino que se presenta únicamente en las ectasias aórticas descritas por Diembajoy, con

el nombre de aneurismas de tipo recurrente.

En cuanto al retardo y disminución del pulso, su comprobación es muy delicada, exigiendo por que sea exacta, el empleo de aparatos complicados (esfigmógrafo de Marey etc) y generalmente solo proporciona datos para el diagnóstico del punto de implantación del aneurisma.

En favor de la tuberculosis tenemos un signo que tiene fuerza de ley: El examen de los esputos. La presencia del bacilo de Koch signifi-

ca tuberculosis, así como su falta es un dato más en favor del afebrilismo.

Pero su valor no es absoluto. Se puede atribuir alguna importancia a la elevación de la temperatura que se presenta en la tuberculosis, pero este es un síntoma que puede faltar, sobre todo en los primeros periodos.

En realidad el único medio que nos puede dar con verdadera precisión el diagnóstico diferencial, es el empleo de los rayos X. La rioscopia y la radiografía permitiéndonos

ver las modificaciones de la imagen normal de la aorta, pueden darnos la certeza absoluta de la existencia de un aneurisma.

Veamos lo que á este propósito dice el doctor Espina en su notabilísima tesis de doctorado.

« Respecto á la aorta, ya no hay duda alguna para el diagnóstico de los aneurismas. Considerando el aneurisma aneurístico formado por la dilatación de las tres tunicas ó á expensas de la rotura de la túnica interna, ya to-

manda la forma globular
 + la peciforme o la semi-sférica, aparece esta lesión en la pantalla fluoroscópica con tal expresión particular que, aparte del horror que produce tan mala lesión, no puede confundirse con ninguna otra. »

Y más adelante dice:
 « Como nuestro objeto es únicamente demostrar la importancia de los rayos X en ciertos diagnósticos de las enfermedades cardiacas y pulmonares, no discutimos los problemas diagnósticos suscitados en los

aneurismas de la aorta cuando no se conocian los rayos X, ni las dudas en que siempre quedaba el ánimo del clínico, asegurando que de hoy en adelante no hay posibilidad de diagnosticar un aneurisma sin haber recurrido a la exploración radiográfica.

Para diagnosticar un aneurisma, continúa el Dr. Espina, es necesario que la zona de pulsación repase uno ó ambos lados de la zona oscura central y además, que esta zona de pulsación no esté limitada por

bordes paralelos que representen las paredes de un conducto, sino que haya verdaderos ensanchamientos más o menos geométricamente regulares. Estas sombras, cambian en cada caso, pero pueden reducirse a tres tipos que ya hemos citado, el excéntrico de situación central, por regla general el hemiesférico de situación lateral, ya izquierda, ya derecha, y el fusiforme. »

En igual forma se expresa Béclicr (1) el cual dice « La epis-

(1) Béclicr. Rayons Roentgen et diagnostic des affections otolaryngiques. Actuarium medicum, Paris 1901.

tencia de una dilatación anormal de la sombra aórtica percibida con luz piera permite con su la ausencia de todo otro signo físico y de todo otro signo funcional el diagnóstico del aneurisma aórtico en sus comienzos. 44 Además, el examen radioscópico es un medio diagnóstico de la tuberculosis pulmonar.

El Dr. Espina habla en su tesis ya citada, de este punto de diagnóstico y señala las alteraciones de la caja torácica perceptibles

por el empleo de los rayos
 Röntgen, así como de
 las disminuciones de la
 claridad pulmonar en
 los puntos en que exis-
 ten focos de tuberculosis.

A estos signos hay
 que añadir la dismi-
 nución del movimiento
 de descenso de la mitad
 correspondiente del dia-
 fragma señalada por
 otros autores.

De lo expuesto en el curso de mi trabajo se deducen las siguientes:

Conclusiones.

- 1.^o El diagnóstico diferencial entre ciertas formas clínicas de aneurisma de la aorta y la tuberculosis pulmonar presenta grandes dificultades;
- 2.^o Durante largo tiempo el aneurisma aórtico puede simular tan perfectamente la tuberculosis, que se haga

imposible establecer la diferencia entre estas dos enfermedades por los medios ordinarios de la clínica;

3º La radioscopia y la radiografía, pueden demostrarnos de una manera palmaria la existencia de un absceso.

4º Por el examen radioscópico y radiográfico del pulmón, unido a los procedimientos usuales de exploración pulmonar y al análisis de los esputos, podremos afirmar casi con absoluta certeza

la presencia ó la ausencia
de tuberculosis pulmonar,
coexistiendo con el
aneurisma aórtico.

He dicho.
Madrid 15 de Junio de 1904



Viguel, Abad y Orma

Admirable
al. magno



Admirable
Nacampinca

Verificó el ejercicio del
grado de Doctor y le
calificó de Aprobado

Madrid 20 de junio 1844

A Presidente

José Ribera y San

José Guadalupe Colera

Manuel Jimenez

El Sr.
Pedro Salcedo

J. J. Alvarez

