

Aorta y Reumatismo

POR LOS DOCTORES

CARLOS RODRIGUÉ y ANTONIO BATTRO

El estudio de las alteraciones de la aorta en el curso de la fiebre reumática constituye un tema de interés, el cual no ha sido aun perfectamente aclarado, habiendo dado lugar desde la primera publicación de Bouillaud en el año 1840 a numerosos trabajos y controversias. Es indispensable para el desarrollo de nuestro tema, hacer una breve reseña histórica a la luz de la cual los dos casos que presentamos cobran interés al poner en evidencia los posibles errores que se pueden cometer en el diagnóstico de la aortitis y aneurisma reumático.

Historia. — Roger (1863), Lelong (1869), Lowenstein (1876), Loger (1877), Marfan (1881), Mery y Guillemont (1902), La' Rue (1903), M. Zuber (1903), Th. Bouiller (1903), Renen y Verliac (1905), Rubias Moira (1908), Weil et Menard (1912), Navarro (1917), han presentado casos de dilatación aórtica y aneurisma consecutivos a la Fiebre Reumática. Todos estos trabajos se referían a personas afectas de reumatismo a repetición y portadoras de alteraciones aórticas evidentes, por estar en algunos casos sumamente dilatada, en otros constituir verdaderos sacos evidenciados radiológicamente y aun, en algunas de las publicaciones, verdaderos tumores pulsátiles. Th. Boutiller, en el año 1903, hace una recopilación de los casos de aneurismas reumáticos hasta el año 1902, encontrando en su búsqueda bibliográfica 24 publicaciones. Fernan Bezançon y Pierre Weil, en 1926, publican un caso de aortitis reumática, y Rist y P. Voran, en 1933, otro caso con el título de aneurisma de aorta; C. Lian, en "L'Anné medical pratique", 1934, en un corto artículo

que se titula "Aneurismo aórtico de origen reumático", considera el aneurisma en los adultos de origen sifilítico en la gran mayoría de los casos, siendo predominante la etiología reumática de los mismos, en los chicos y adolescentes.

Todas las publicaciones citadas hasta la fecha han sido incompletas por faltarles el estudio anatomopatológico rigurosamente hecho. Es recién en 1912 que Klotz estudia microscópicamente la aorta de enfermos reumáticos, llegando a conclusiones similares a las que llegan A. Pappenheimer y Von Glahm en 1924; estos autores estudian 76 casos y consideran que los hallazgos microscópicos más frecuentes consisten en una irregularidad en el tamaño y disposición de los núcleos musculares en la túnica media, con zonas de vaciamiento nuclear e irregularidad en la disposición de las fibras elásticas. El hallazgo más característico fué la presencia de compactas y radiantes zonas cicatriciales alrededor de los vasos nutricios, en la porción media y externa de la túnica media. Linfocitos y Plasmazellen en pequeño número alrededor de los vasos perforantes. Frecuentemente la media estaba fusionada con la adventicia, la lámina elástica externa separada por tejido colágeno. En la adventicia típicos nódulos de Aschoff. Plasmazellen y células linfoideas estaban presentes pero nunca con la compacta y extensa infiltración que se encuentra en la aortitis sifilítica. Las conclusiones a que llegan en este trabajo es que el virus reumático se localiza frecuentemente en el tejido conjuntivo alrededor de los vasa vasorum, produciendo cicatrices características y una típica reacción celular. En el año 1926 estos autores tienen oportunidad de estudiar un caso de lesiones reumáticas agudas en la aorta en su primer estadio y las consideran como correspondientes a una etapa anterior a la de la formación de zonas cicatriciales llegando a la conclusión que, el primer período del ataque reumático en la aorta, se caracteriza por lesiones histológicas en la adventicia y en el tercio externo de la media. Las células endoteliales de los vasa vasorum están hinchadas, alrededor de ellos hay agrupaciones de pequeñas células redondas y plasmazellen con numerosos leucocitos polinucleares; la luz de algunos de los pequeños vasos está obstruida por polinucleares. En muchas partes de la adventicia la infiltración celular es difusa e intensa con gran predominio de los leucocitos polinucleares. En las zonas en la cual la infiltración es menor, el tejido conectivo toma

un aspecto peculiar, las bandas colágenas están hinchadas y entre ellas las células del tejido conjuntivo tienen el aspecto de fibroblasto con tinción básica y el citoplasma y núcleo hinchado. No se encontraron nódulos de Aschoff. La túnica media presenta las mismas alteraciones histológicas que la adventicia, salvo que su distribución parece ser determinada por el curso de los vasos nutricios. El estudio de este caso hace pensar a los autores que las zonas cicatriciales perivasculares de la media no son más que las secuelas de un primitivo foco inflamatorio perivascular.

Herman Chiari, en 1928, estudia microscópicamente 2 casos, llegando a la siguiente conclusión: *Adventicia*: alrededor de las pequeñas arterias de la adventicia, algo edematizadas, y del tejido periaórtico, se observan pequeños acúmulos celulares circunscriptos en forma de infiltrados perivasculares. Estos se hallan compuestos de linfocitos, plasmazellen, mastzellen y grandes células de núcleos claros. Células gigantes polinucleares. Estas arteriolas vecinas a los acúmulos celulares, mostraban una clara tumefacción de sus endotelios, con multiplicación de sus elementos adventicios. Se encontraron también acúmulos de células gigantes, recordando las células fibroblásticas. Encuentra también nódulos caseosos en la adventicia, de carácter fibrinoides. *Intima*: pudieron observarse en algunos casos procesos de degeneración y de proliferación que en nada se diferencian de los hallados en la arterioesclerosis. *Media*: en un solo caso encuentra alteraciones.

J. J. Giraldi, en el año 1929 efectúa un estudio histológico, llegando a las siguientes conclusiones: los hallazgos consisten en áreas de inflamación subaguda alrededor de los pequeños vasos de una naturaleza similar a los encontrados en el pericardio, miocardio y otros tejidos en casos de reumatismo articular agudo.

El estudio bibliográfico efectuado sugiere una serie de comentarios. Por una parte nos encontramos ante numerosas publicaciones de la escuela francesa sobre casos de aneurismas reumáticos que datan desde el año 1863 hasta el año 1912: luego de un largo período de silencio aparecen dos nuevos trabajos, el de Bezançon en 1926 y el de Rist en 1933. Es decir, que antaño se hacía, con mayor frecuencia que en nuestros días, el diagnóstico de aneurisma reumático. Por otra parte, ninguna de esas publicaciones tiene su estudio anatomopatológico bien hecho. En ninguna de las obser-

vacaciones se han encontrado nódulos de Aschoff en las paredes del aneurisma. Los estudios anatomopatológicos efectuados sobre el tema que tratamos y que fueron iniciados por Klotz en 1912 son absolutamente demostrativos en lo que respecta a la existencia de lesiones reumáticas en la aorta, pero desgraciadamente estos autores no hacen mención del aspecto macroscópico ni radiológico de las aortas estudiadas. Pappenheimer considera que las lesiones histológicas por él descritas, pueden coexistir en aortas de aspecto macroscópico normal y niega terminantemente la posibilidad de constituirse aneurismas reumáticos. Para dicho autor la gran mayoría de los casos publicados eran aneurismas micóticos y al referirse a los trabajos de Klotz, luego de ponderar el primero, critica el segundo, en el cual presenta un caso de aneurisma reumático, por considerar que de la lectura del examen anatomopatológico efectuado, se deduce que el aneurisma es micótico.

Vaquez cree que los aneurismas verdaderos consecutivos a una lesión de todas las tunicas de la aorta son siempre específicos, por ser la sífilis la única capaz de producir una panaortitis y que en el curso del R. A. A. se pueden ver dilataciones arteriales expansivas, pero que deben considerarse como falsos aneurismas; no serían más que hematomas pulsátiles, consecutivos a una infiltración sanguínea disecante producida por una rasgadura en la endoarteria, pero nunca una dilatación sacciforme del conjunto de las paredes.

Nosotros creemos que, si bien han habido errores de diagnóstico con los aneurismas micóticos, con falsos aneurismas y posiblemente con verdaderos aneurismas sífilíticos (por faltar control de autopsia) la causa de estos errores ha sido más bien la mala interpretación de las radiografías y el desconocimiento de los factores funcionales capaces de dar imágenes patológicas de la aorta. Lo cual nos proponemos demostrar con la publicación de los dos casos de observación personal, dejando las publicaciones de Bezançon, Rist y las consideraciones de Lian, para comentarlos al final de este trabajo.

Caso N° 1. — L. M., 24 años.

Antecedentes personales. — A los 4 años reumatismo articular agudo. Bronquitis a repetición. Sarampión en la infancia. Regular fumador. No es bebedor.

Enfermedad actual. — Después de su R. A. A. queda con disnea de esfuer-

zo. Ha tenido repetidos episodios asistólicos. Desde unos meses a esta parte tiene por temporadas expectoración hemoptoica, disnea diurna y nocturna y edema maleolar.

Estado actual (9|4|34). — Sujeto en ortopnea, cara abotagada, cianosis marcada de labios y uñas, edema sacro y maleolar. Reflejos oculares y músculos tendinosos normales. Tórax: intensa disnea objetiva y subjetiva; treinta y seis respiraciones por minuto; tórax tipo enfisematoso. Pulmónes, por detrás, inspiración ruda, numerosos rales subcrepitantes. Resonancia a la voz normal. Pul-

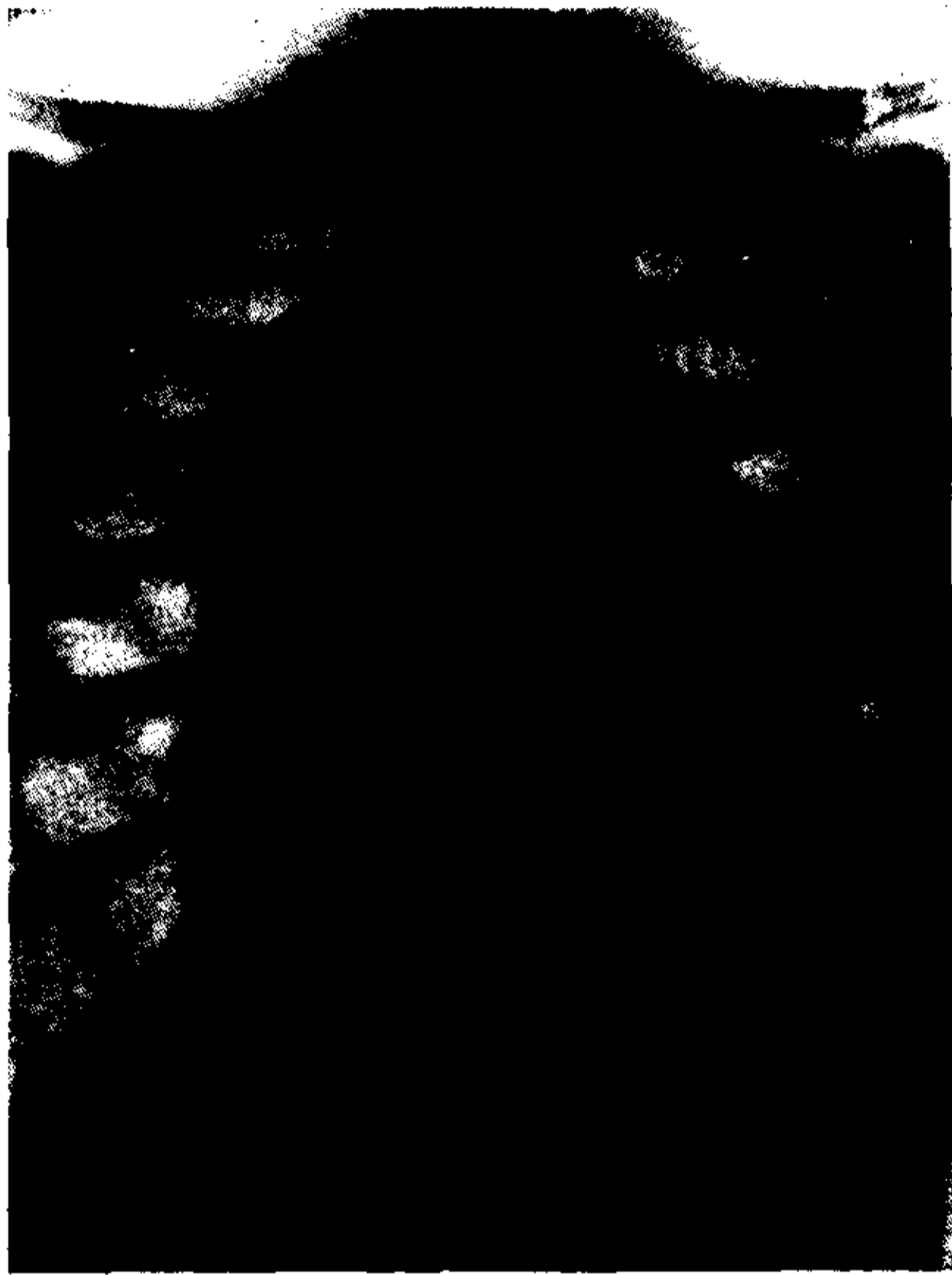


FIG. 1. — Telerradiografía frontal Corazón enormemente dilatado e hipertrofiado en forma global; ventrículo izquierdo contacta con la pared costal. Pedículo vascular sumamente ensanchado; el borde derecho constituye un gran arco a convexidad externa.

mones por delante — pulmón izquierdo: hipofonosis en vértice, en cuyo tercio interno existe un suave soplo inspiratorio y espiratorio con rales subcrepitantes superficiales finos y timbrados; en el resto del pulmón numerosos rales subcrepitantes. Pulmón derecho: sonoridad normal, auscultación dificultada por la existencia de un frémito aórtico intensísimo. Región axilar: en ambos pulmones numerosos rales subcrepitantes.

Corazón. — Pulso arritmico, por momentos bigeminado; frecuencia, 104

por minuto; tensión arterial Mx. 14; Mn. 5. Punta se ve y palpa en el sexto espacio intercostal 4 traveses por fuera del mamelon; choque intenso en cúpula; a la palpación se percibe un intensísimo frémito sistólico en el foco aórtico, que se propaga a toda la región precordial. En punta se ausculta roulement de flint y soplo sistólico suave de escasa propagación. En base, intensísimo soplo sistólico rudo localizado en foco aórtico. En región xifoidea, suave soplo diastólico aórtico.

Estudio radiológico. — Telerradiografía, posición frontal (Fig. 1): corazón enormemente dilatado e hipertrofiado en forma global; ventrículo izquierdo

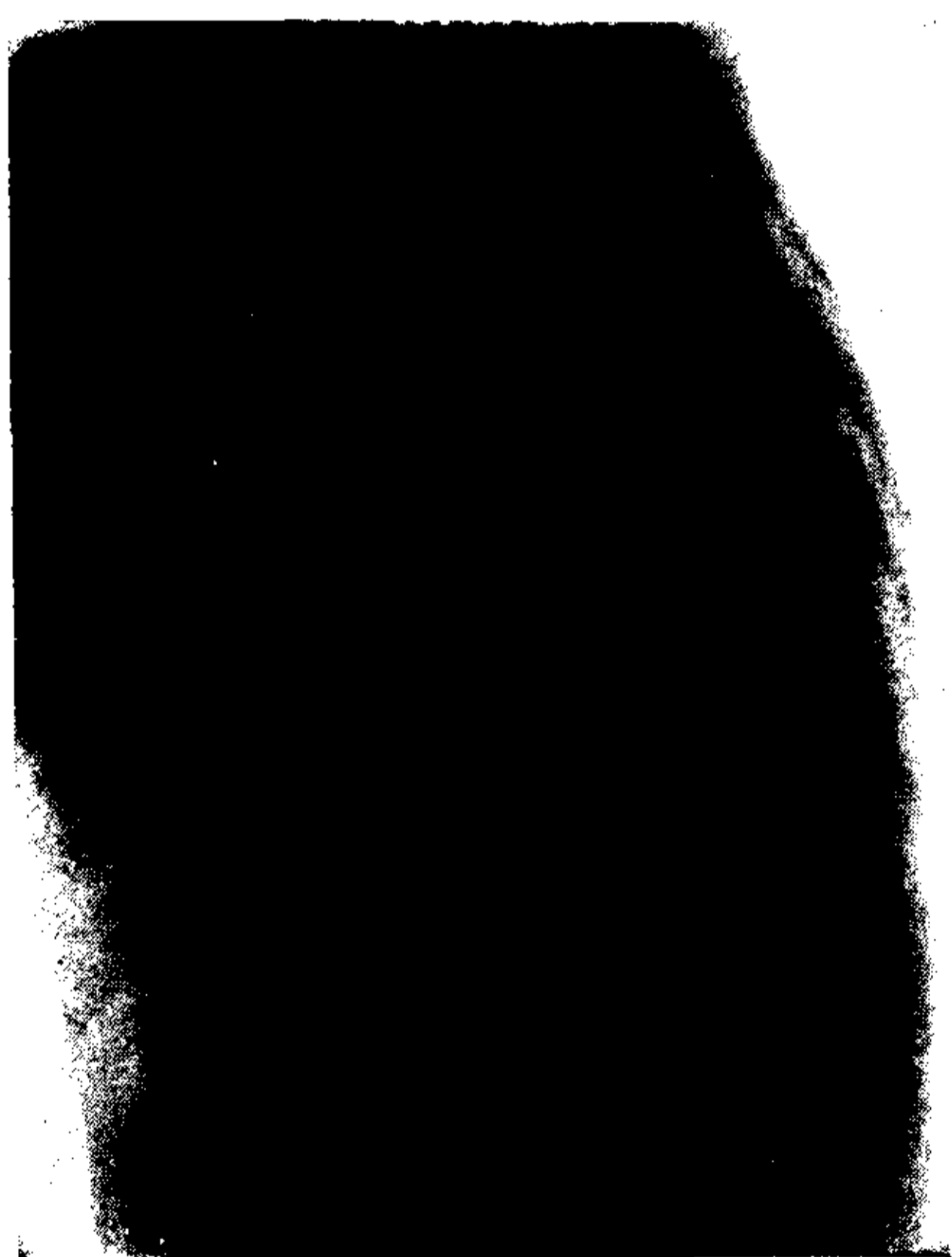


FIG. 2. — Telerradiografía O. A. D.

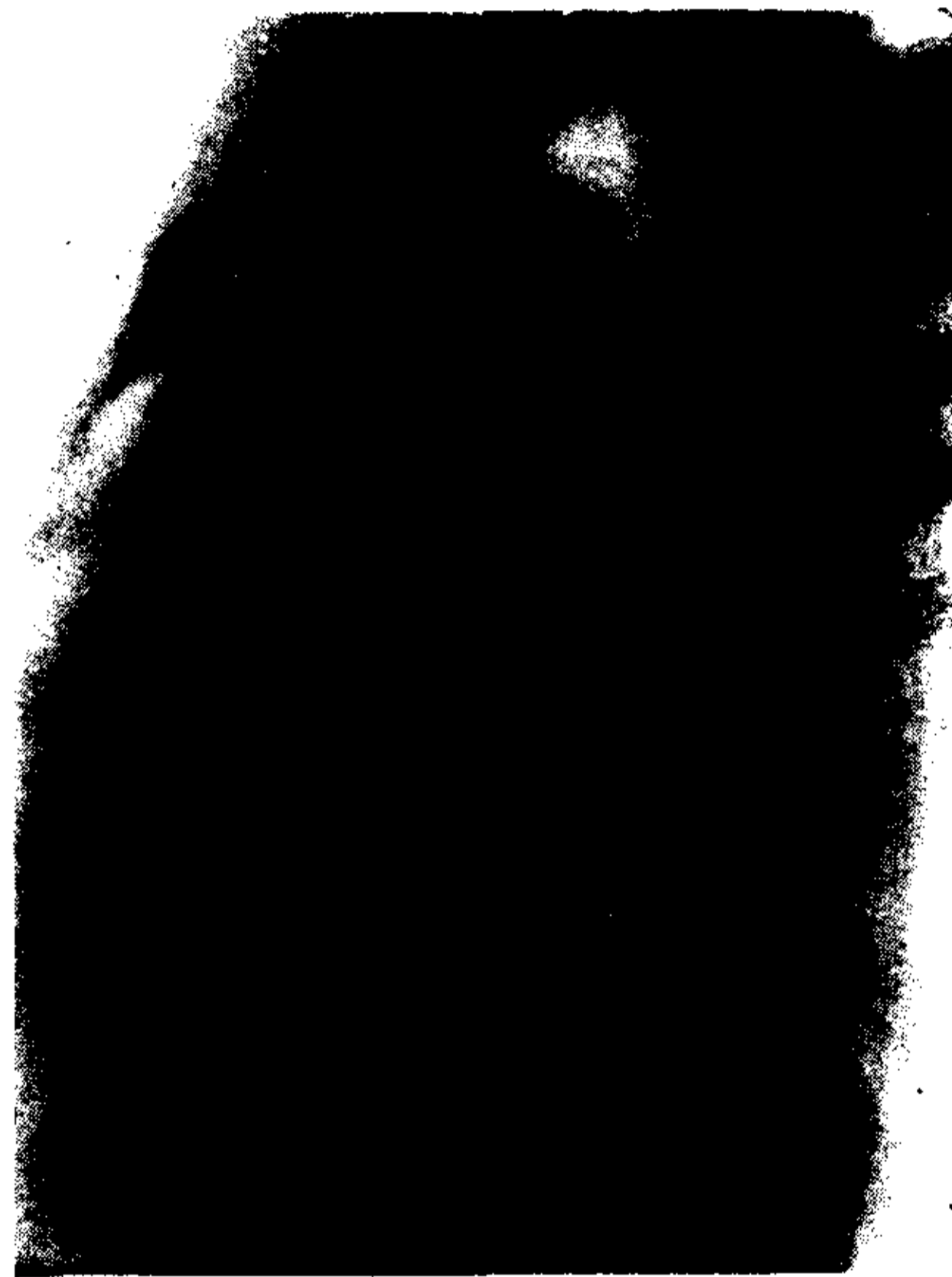


FIG. 3. — Telerradiografía O. A. I.

contacta con la parrilla costal; pedículo vascular, enormemente ensanchado; el borde derecho constituye un gran arco a convexidad externa. Posiciones oblicuas (Figs. 2 y 3): no son muy ilustrativas; solamente muestran el corazón, que en su gran hipertrofia contacta por delante con la parrilla costal y por detrás con la columna vertebral. *Radioscopia*: se observa el punto G muy elevado, y rotando el enfermo detras de la pantalla puede percibirse que la dilatación aortica es uniforme. *Electrocardiografía*: evidencia a) ritmo regular; b) conducción auriculo-ventricular normal; c) trastornos graves de conducción intraventricular: onda T bifásica en DI, negativa en DII y III; d) no hay fórmula de preponderancia.

Higado se palpa a tres traveses de dedo del reborde, blando, discretamente doloroso. Bazo no se palpa.

Wassermann y Kahn: negativas. Orina: densidad 1020. vestigios de albúmina. no hay elementos renales.

Protocolo de autopsia: Diagnóstico anatómico. — Hipertrofia cardíaca. Dilatación aórtica. Enfisema pulmonar. Congestión de hígado. Congestión de bazo y riñones.

Corazón. — En el saco pericárdico, una cantidad como de tres cucharadas de líquido hemorrágico con algunos coágulos. El corazón mide en el diámetro transverso 145 mm.: en el longitudinal 176 y en el anteroposterior 117; de la orejuela izquierda a la punta 152; desde el surco aurículo-ventricular derecho a

↓ *Vasa vasorum*



FIG. 4. — Caso N° 1: La microfotografía demuestra la adventicia de la aorta con un vasa-vasorum con estrechamiento de su luz. El resto de las capas aórticas eran normales.

la punta 164. Hay una enorme dilatación de la aurícula y del ventrículo derecho: tricúspide espesada: arteria pulmonar dilatada: valvas de la misma normales. *Cavidades izquierdas:* pared hipertrofiada alcanza a 3.5 cms. de espesor: valvas de la mitral enormemente espesadas, presentando en el borde libre concreciones verrucosas de aspecto calcáreo que suenan al golpe del cuchillo. La cavidad ventricular está dilatada, las sigmoideas de la aorta están rígidas, estenosadas, presentando entre sí concreciones. La aorta presenta una dilatación sacciforme en su porción ascendente: en la descendente mide 7.3 cms. de ancho. A un través de dedo de las sigmoideas alcanza a 104 mm. de ancho.

AORTA Y REUMATISMO

Estudio histológico (efectuado por el Dr. Vivoli). — *Aorta*: En la adventicia los vasa vasorum con hinchamiento de su túnica estrechando la luz (Fig. 4). *La túnica media e interna sin particularidades*. Corazón: fibrillas hipertrofiadas con edema, no se ve ninguna infiltración celular; muy escasas fibrillas con algunas vacuolas, restos de gotitas de grasa.

Caso N° 2. — A. P., 17 años.

Enfermedad actual. — Data de hace aproximadamente 5 a 6 años en que tuvo un episodio doloroso articular que lo obligó a guardar cama, diagnosticándosele, en el hospital Alvarez, reumatismo cardíaco. Desde esa época, alternan periodos de mejoría y peoría, viéndose obligado por la intensificación de sus sín-

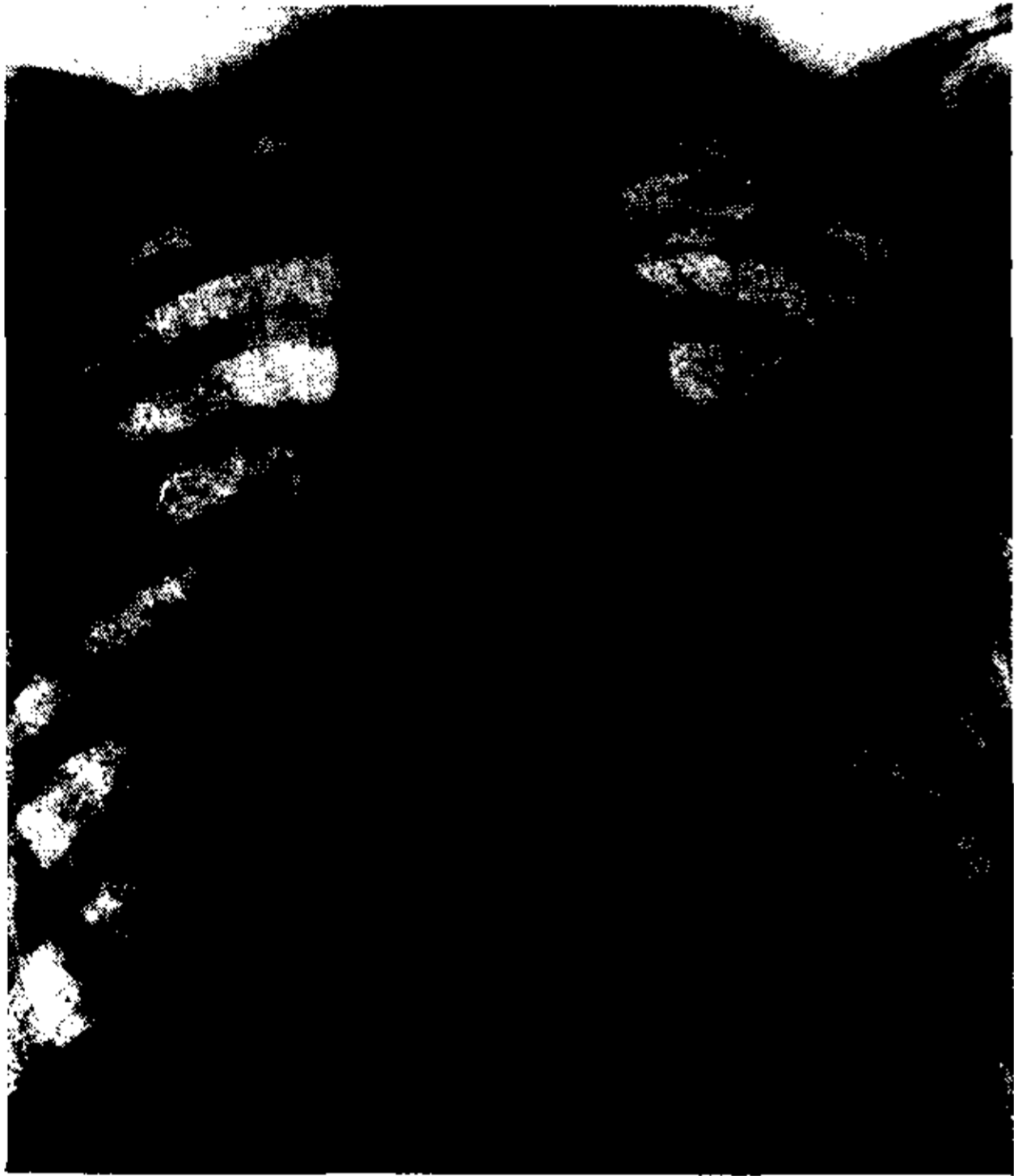


FIG. 5. — Telerradiogra frontal.



FIG. 6. — Telerradiografía O. A. I. Obsérvese la gran saliencia de la descendente por detrás de la columna.

tomas (disnea intensa, edema, etc.) a internarse en el hospital Salaberry, desde donde es enviado por el Dr. Etcheves al hospital de Clínicas para completar su estudio. Entre los *antecedentes hereditarios y personales* no existen datos de mayor importancia, habiendo manifestado sus padres que siempre fué de débil constitución.

El *examen somático* arroja, sumariamente, los siguientes datos.

Enfermo en decúbito sentado, sin temperatura; disnea intensa, palido con tinte icterico de piel y conjuntivas. Pupilas iguales, reaccionan bien a la luz y acomodación; amígdalas, úvula y velo enrojecido. Cuello con ingurgitación yugular y latidos tumultuosos. Pulmones: submatitez en base derecha con disminución de vibraciones vocales y murmullo vesicular.

Aparato cardiovascular. — Punta en el sexto espacio intercostal a 3 traveses

de dedo por fuera del mamelón; choque difuso con retracción sistólica de los espacios intercostales. Inmovilidad de la punta con los cambios posturales. En el 2º espacio intercostal derecho existe una zona de latidos a cuyo nivel se percibe un frémito sistólico intensísimo, también palpable en 3º espacio y fosa supraclavicular. Auscultación: soplo sistólico de punta propagado a región axilar y dorso. En base, soplo sistólico intenso rudo con propagación a vasos del cuello y soplo diastólico que se sigue en su propagación hacia la punta.

Electrocardiograma. — 1) Ritmo sinusal, regular taquicárdico. 2) Conducción aurículo-ventricular normal. 3) Groseros trastornos de conducción intra-ventricular. 4) Fórmula de preponderancia ventricular izquierda.



FIG. 7. — Caso N° 2: Adventicia de la aorta con los vaso-vasorum repletos de sangre y discreto infiltrado linfocitario.

Hepatomegalia dolorosa. Bazo no se palpa.

Exámenes de laboratorio. — Urea en suero 0.54 %. Ligera leucocitosis con polinucleosis (12.600 glóbulos blancos). *Wassermann* y *Kahn*: negativas.

Examen radiológico. — *Telerradiografía frontal* (Fig. 5): Pedículo vascular ensanchado a expensas tanto de su borde derecho (v. c. s.) cuanto del izquierdo; la porción horizontal de la aorta se encuentra elevada, sobrepasando el borde inferior de la clavícula. Porción inicial de la descendente y aorta torácica bien visibles. El resto de la aorta torácica se visualiza a través de la sombra ventricular y se encuentra desplazada a la izquierda. Área cardíaca agrandada, a expensas del ventrículo izquierdo, dando una imagen que es común encontrar en la insuficiencia aórtica.

Hilios agrandados de bordes borrosos. Traquea lateralizada a la derecha.

Radiografía en oblicua izquierda anterior (Fig. N° 6): El ventrículo izquierdo ocupa la parte media e inferior del mediastino posterior, sobrepasando hacia atrás la sombra de la columna vertebral. Arco aórtico sumamente desarrollado, sobre todo evidente en la porción inicial descendente y torácica, la cual sobrepasa la columna y bombea en el pulmón izquierdo, describiendo así un gran arco. El ángulo bronquial se presenta sumamente abierto, sobre todo a expensas del bronquio izquierdo, que se encuentra rechazado hacia arriba, formando un arco a concavidad inferior.

Estudio radioscópico. — *Ortodiagrama.* En posición frontal. *Corazón:* aumento global de todos sus diámetros a expensas del ventrículo izquierdo. Cuerda y flecha ventricular izquierda alargadas, punta descendida redondeada. Dilatación hipertrófica del ventrículo izquierdo. *Pedículo vascular,* ensanchado; el borde derecho, rectilíneo, está constituido por la vena cava superior, que se presenta animada de latidos transmitidos de la aorta. Cayado aórtico sobrepasa el borde inferior de la clavícula. Las porciones iniciales ascendente y descendente, son visibles y animadas de latidos amplios, la descendente intercepta el perfil cardíaco a nivel del punto G y es posible seguirla un trecho a través de la sombra ventricular.

Ortodiagrama en oblicuas: El calibre de la aorta en la primera posición oblicua (O. D. A.) da 2.5 cms. (hasta 2 es normal para la edad del sujeto). Apenas se hace rotar el enfermo hacia la posición O. I. A. se observa una aorta notablemente desenrollada; si bien es cierto que ésta es bien visible en todos sus porciones, la calidad de su opacidad es más bien uniformemente grisácea, clara, siendo inferior a la de la sombra cardíaca. Toda la zona aórtica se encuentra animada de fuertes latidos expansivos.

Protocolo de autopsia. — *Resumen como diagnóstico anatómico:* Infartos hemorrágicos en ambas bases pulmonares y proceso concomitante de pleura derecha. Sínfisis total de pericardio, hipertrofia y dilatación del ventrículo izquierdo, enorme dilatación de la aurícula izquierda con atascamiento sanguíneo. Hígado amiloideo; riñones cianóticos; congestión meninges y cerebral; amigdalitis crípica.

El examen especializado del corazón da: *Corazón:* Bombea toda la parte derecha; poco la izquierda. Las cavidades derechas con pared aumentada de espesor miden 7.5 mm.: columnas carnosas redondeadas. La aurícula derecha, llena de sangre, hinchada, con trombos fibrino-cruóricos. Endocardio liso. Tricúspide, bien. Arteria pulmonar con trombus fibrinosos. Cavidades izquierdas: aurícula grande, distendida, que bombea hasta el lado derecho, ocupada por cantidad enorme de coágulos, cuyo peso alcanza a 200 gr. Pared del ventrículo izquierdo aumentada de espesor. Orificio mitral estrecho, sólo deja pasar un dedo; valvas retraídas. Sigmoides aórticas retraídas y soldadas entre sí, estenosando el orificio. Aorta de calibre normal. Tronco libre, colaterales y espolón con placas de degeneración grasa; no se encuentran rastros de especificidad. En el cayado una placa ateromatosa.

El estudio histológico de la aorta, efectuado por el Dr. Vivoli, muestra la

intima ligeramente espesada con una placa ateromatosa. *La túnica media de aspecto normal* y la adventicia con sus vasa vasorum repletos de sangre (congestión). Discretos infiltrados de linfocitos en los vasa vasorum de la adventicia (Fig. 7).

COMENTARIO

Se trata, pues, de dos enfermos afectados de cardiopatía reumática, la cual ha interesado especialmente la válvula aórtica. Ninguno de los dos tienen antecedentes específicos; ambos presentan radiológicamente una imagen aórtica absolutamente patológica, tan es así que el caso N° 1 fué enviado a nuestro consultorio de cardiología del Hospital Clínicas con el diagnóstico de aneurisma. Ambos enfermos presentan gran similitud con el paciente de Bezançon, el cual también tenía una doble lesión aórtica a predominio de estrechez y una aorta dilatada a los rayos X, sin embargo, ninguno de nuestros dos enfermos presentaba ni macro ni microscópicamente lesiones que explicaran el aspecto radiológica de la aorta. Cabe por lo tanto admitir en nuestros enfermos, no un proceso inflamatorio como causante de esta anomalía, sino factores funcionales que hayan dilatado y distendido la aorta; posiblemente se trate de lo que recientemente Bayley ha descrito con el nombre de "dilatación dinámica de la aorta", es decir, un "aumento de la luz del vaso en un trecho variable de su recorrido" sin modificaciones patológicas de la pared del mismo. Es indudable que las oscilaciones bruscas y repetidas de la presión sanguínea en los casos de insuficiencia aórtica, son susceptibles, a través del tiempo, de repercutir sobre la aorta, modificándola en su aspecto (Josué) y llevarla a la dilatación permanente. Pero no es posible aceptar a la insuficiencia aórtica como único factor; son numerosos los enfermos con insuficiencia aórtica reumática y ninguna o muy discreta modificación del vaso. El hecho de haber encontrado esta imagen radiológicamente, solamente en dos enfermos, los cuales son portadores de una estrechez aórtica poco común, nos obliga a aceptar a ésta como uno de los factores causales de la dilatación del vaso. Clerc, en 1931, considera que cuando hay estrechez aórtica, sea cual fuera su origen, aún si sus paredes son sanas, el vaso se dilata por encima de la estrechez. Laubry (1930) describe en la estenosis congénita de la aorta un aspecto radiológico característico de dilatación aórtica y la compara

con la estenosis de la arteria pulmonar, la cual se acompaña generalmente de una saliencia del tronco de la pulmonar que a veces es verdaderamente aneurismática. Nosotros creemos que la estenosis aórtica, junto con la insuficiencia, pueden, en ciertas condiciones, producir una gran dilatación de la aorta, simulando una aortitis y consideramos que es muy posible que muchos de los diagnósticos de aortitis y aneurismas reumáticos, sin comprobación necrópsica, no han sido más que dilataciones funcionales dinámicas, sin participación de procesos inflamatorios en las paredes de la aorta.

No negamos la existencia de lesiones reumáticas microscópicas en la aorta, pero sí consideramos que éstas no tienen importancia clínica, siendo la evolución de estos enfermos condicionada por las lesiones cardíacas, quedando en la práctica el nombre de aortitis como el de aneurisma, sinónimo de sífilis.

Hemos dejado para el final el comentario de las publicaciones de Bezançon (1926), Rist (1933), Lian (1934), por ser trabajos recientes. No encontraremos en mayores consideraciones sobre el caso de Bezançon por haber demostrado ya, con nuestras dos observaciones personales, que si dicho autor diagnostica aortitis reumática en su enfermo, también sería el caso de llegar al mismo diagnóstico en nuestros enfermos, en los cuales, sin embargo, la autopsia pone en evidencia una aorta normal o por lo menos con lesiones insignificantes y banales. Posiblemente Bezançon ha tomado lo funcional por orgánico.

El caso de Rist (aneurisma reumático) es más interesante. Se trata de una mujer de 23 años que se queja de dolor en la región interescapulovertebral izquierda con irradiación hacia adelante, dolor constante, con exacerbaciones paroxísticas. Disfagia, crisis a repetición de R. A. A. en los últimos 10 años. Clínicamente violentos latidos carotídeos: se palpa aorta. Área cardíaca de tamaño normal. En región apexiana, tonos normales. En base, clangor aórtico. Diferencia de pulso entre miembro superior derecho y el izquierdo: pulso casi ausente en la radial izquierda. T. A.: 19-11.5 cms. Hg. Reflejos normales. Wassermann y Kahn negativas. En la radiografía el radiólogo diagnostica varios aneurismas. Esta historia, que por otra parte no tiene control necrópsico es, a primera vista, concluyente. Sin embargo no deja de tener, a nuestra manera de ver, muchos puntos débiles. Ante todo, llama la atención que

una enferma con ataques de R. A. A. durante 10 años presente alteraciones aórticas tan importantes y sin embargo el corazón esté respetado, es decir, que el R. A. A. durante 10 años ha estado haciendo lo excepcional y no lo común. Además la enferma es una gran hipertensa, siendo esta la causa de los latidos carotídeos y del clangor aórtico: la falta de pulso en la radial izquierda puede estar condicionada por una eventual placa de ateroma en la subclavia o en la humoral. Del examen de las placas radiográficas, que son bastante claras, se tiene la impresión que la aorta está simplemente desenrollada y dilatada por la hipertensión, siendo la placa tomada en O. A. I. muy ilustrativa al respecto. La radiografía frontal produce la impresión que el pedículo vascular está dislocado hacia la izquierda, por estar constituido el borde derecho por la columna vertebral y éste, sumado al desenrollamiento aórtico, podría simular un aneurisma de la inicial descendente. En una palabra, no creemos que la publicación de Rist tenga un valor absoluto, máxime que falta la autopsia.

Las consideraciones de Lian sobre el predominio etiológico del R. A. A. en los aneurismas de los chicos, se basan en gran parte en la publicación de Rist. Con todo el respeto que nos merece el autor no aceptamos dichas conclusiones, por todos los motivos citados más arriba por considerar que son conclusiones sin ninguna base sólida. Si el R. A. A. fuera capaz de producir aneurismas, dada la enorme cantidad de enfermos afectados de esta afección, deberíamos encontrar con cierta frecuencia en la mesa de autopsia aneurismas que respondieran a esta etiológica, lo cual a nuestro entender en nuestro país nunca se ha descripto.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Del estudio bibliográfico efectuado, se llega a la conclusión que no existe una prueba absoluta de la existencia del aneurisma reumático, desde que falta el riguroso control anatomopatológico.

La existencia de lesiones inflamatorias de la aorta, de naturaleza reumática, es un hecho perfectamente comprobado, siendo de intensidad mediana, sin llegar a la destrucción de la túnica media.

Se relatan dos observaciones de doble lesión aórtica de etiología reumática, que presentaban radiológicamente grandes modificaciones de la sombra vascular. El examen anatomopatológico de-

mostró que las aortas eran prácticamente normales. La causa de tales modificaciones radiológicas no reside, pues, en factores orgánicos, sino en alteraciones funcionales. Asignamos particular importancia a la estenosis aórtica. Consideramos que frecuentemente los diagnósticos radiológicos de aneurisma y aortitis reumática son falsas interpretaciones de la imagen vascular.

Sin negar la existencia de lesiones reumáticas de la aorta, comprobadas por el estudio histológico, consideramos que clínicamente no tienen mayor importancia. En consecuencia, debe seguir relacionándose el nombre de aneurisma y aortitis, prácticamente como sinónimos de lúes.

BIBLIOGRAFIA

- BOUILLAUD: *Traite clinique du rheumatism articulaire aigu*. 1840.
- ROGER: *Observation d'aneurysme de l'aorte chez un enfant de 10 ans*. — Bull. de la Soc. Med. des Hôp., 1863.
- LE LONG: *Etude sur l'arterite et sur la phlebite rheumatismale aiguë*. — These de Paris. 1869.
- LOWENSTEIN: *Ein Fall von Embolie der Aorta*. — Deutsche Arch. f. Klin. Med., XVII, 292.
- LEGER: *Etude sur l'aortite aiguë*. — These de Paris. 1877.
- MARFAN: *Les lesions acquises de l'orifice aortique et de l'aorte dans l'enfance*. — 1901, XXI, 97.
- MERY et GUILLEMONT: *Aortite rheumatismale avec dilatation*. — Bull. de la Soc. de Pediatrie. 1902, IV, 356.
- LA RUE: *Des affections acquises de l'aorte chez l'enfant*. — These de Paris. 1903.
- RENON: *Aneurysme aigu de la crosse de l'aorte du cours du rhumatisme articulaire aigu*. — *Maladie du coeur et des poumons*, 1906. Masson et Cie.
- RUBIAS MEIRA: *Sur un cas d'aneurysme de l'aorte d'origine rhumatismale chez un enfant de 15 ans*. — Tribune Medicale. 1908, p. 677.
- WEILL et MENARD: *Aneurysme aortique d'origine rheumatismale*. — Bull. et Mem. Soc. Med. des Hôp., 1912, XXXIII, 491.
- RABE: *Contribution a l'etude des lesions des arteres dans l'infection Rheumatismale*. — Presse Medic., 1902, X, II, 927.
- KLOTZ: *Rheumatic fever and the Arterias*. — Trans. of the Ass. of Am. Phys., 1912, XXVII, 181.
- KLOTZ: *Arterial lesions in Rheumatic fever*. — J. of Pathol. and Bact., 1913, XVIII, 259.
- NAVARRO C.: *Ectasia de la aorta post-reumática*. — Semana Médica. 1917, II.
- PAPPENHEIMER A. y VON GLEHN C.: *A case of Rheumatic Aortitis with early lesions in the Media*. — Am. J. of Pathol., 1926.
- PAPPENHEIMER A. y VON GLEHN: *J. M. Reserch.*, 1929, 485-505.
- CHIARI H.: *Veränderungen in der Adventitia der Aorta und ihrer Hauptäste im*

- gefolge von Rheumatismes.* — Beitrage zur Path. Anat. u. Allg. Path., 1928, LXXX, 336.
- GERALDI I. G.: *The Histology of the aortic wall in acute Rheumatism.* — Brit. Medic. Chirurg. J., 1929, XLVI, 145.
- BEZANCON F. y WEIL P.: *La maladie Rhumatismale, cardiopathie chronique a poussees sucesives sur le systeme sereuses.* — Ann. de Med. 1926, fasc. II, 92-116.
- ZUBER: Rev. Mensuelle des Mald. de l'enfance, junio 1903.
- BOUTILLER TH.: *A case of aneurysm of the transvers portion of the aortic arch in a girl of nine years.* — Am. J. of Med. Sc., 1903, CLVI, 778.
- RENON y VERLIAC: Soc. Med. Hôp. de Paris, 2 y 10 de marzo de 1905.
- RIST y VERAN: *L'ectasie aortique Rhumatismale.* — Ann. de Medicine, 1933.
- VAQUEZ H.: Soc. de Biologie, 8 mayo, 1909.
- CLERC A.: *Coeur-Vaisseaux.* — Masson et Cie. Ed. Paris, 1931.
- LAUBRY CH.: *Maladies du Coeur.* — G. Doin et Cie. Ed. Paris, 1935, 744.
- BAGLEY R. H.: *Dynamic Dilatation of the Thoracic Aorta.* — Am. Heart J., 1933, VIII, 585.

RÉSUMÉ

Après l'étude bibliographique réalisé, on arrive a la conclusion qu'il n'existe pas une preuve irrefutable de l'existence de l'anévrisme rhumatique, puisqu'il manque le rigoureux control de l'examen anatomo-pathologique.

L'existence de lesions inflammatoires de l'aorte, d'origine rhumatique, est un fait parfaitement prouvé. Mais ces lesions sont d'une intensité limitée, n'arrivant pas à la destruction de la tunique moyenne.

On rapporte ici, deux observations de double lesion aortique, d'etiologie rhumatique, qui presentaient radiologiquement, des grandes modifications de l'ombre vasculaire. L'examen anatomo-pathologique démontra que les aortes étaient pratiquement normales.

Les causes des modifications radiologiques ne sont pas donc sous la dependance de facteurs organiques, mais d'alterations fonctionnelles. On assigne une importance particulière a l'estenose aórtique.

Nous croyons que plusieres diagnostics radiologiques, d'anévrisme et d'aortite rhumatismales sont dus a fausses interpretations de l'image vasculaire.

Sans vouloir nier l'existence de lesions rhumatiques de l'aorte, verifiées par l'étude histologique, nous considerons que cliniquement, elles n'ont pas une grande importance.

Par consequent on doit continuer a considerer, que pratiquement, anévrisme et aortite sont synonymes de syphilis.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

A survey of the literature has convinced us that there is no absolute proof of the existence of aneurisms of rheumatic origin, since no anatome-pathologic

control has ever been afforded. Aortic inflammatory reactions of the aorta have been satisfactorily improved, but they are never so extensive as to cause destruction of the elastic layer.

Two observations are here reported of simultaneous aortic stenosis and regurgitation of rheumatic origin which showed obvious radiologic alterations of the vascular shadow. Necropsy, on the other hand, revealed practically normal aortas in both cases. The cause of the roentgenologic alterations must be interpreted as functional in character. We think that under these circumstances the radiologic diagnosis of aneurism and rheumatic aortitis are misinterpretations of the vascular shadow.

We lean ourselves to believe that rheumatic aortic lesions are of no great clinical importance. Aneurisms and aortitis therefore should continue to be regarded upon as synonymous for syphilis.

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Nach dem Studium der Bibliographie kommt man zur Ueberzeugung, dass es keinen einwandfreien Beweis für das Aneurisma rheumatica gibt, da eine rigurose anatomo-pathologische Kontrolle fehlt.

Die Existenz inflammatorischer Läsionen der Aorta, rheumatischer Natur, die von mittlerer Intensität sind ohne zur Vernichtung der Tunica media zu kommen, ist eine perfekt festgestellte Tatsache.

Es werden zwei Beobachtungen mitgeteilt einer doppelten Läsion der Aorta auf rheumatischer Basis, welche röntgenologisch, grose Veränderungen des Gefässschattens zeigten. Die anatomopathologische Prüfung ergab dass die Aortas, praktisch genommen, normal waren. Der Grund dieser radiologischen Veränderungen ist also nicht auf organische Faktoren, sondern auf funktionelle Abweichungen zurückzuführen. Wir schreiben besondere Wichtigkeit der Aortenstenose zu. Wir nehmen an, dass beide radiologischen Diagnosen des Aneurisma und Aortitis rheumatica falsche Auffassungen des Gefässbildes sind. Ohne das Vorhandensein rheumatischer Läsionen der Aorta zu verneinen, die histologisch festgestellt wurden, halten wir diese —auf klinischem Gebiete— für unwichtig. Hieraus ziehen wir die Folgerung, dass man weiterhin die Bezeichnungen von Aneurisma und Aortitis, praktisch genommen, als gleichbedeutend für Lues, betrachten muss.