

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN
MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA

OFICINA DE BIBLIOTECA, HEMEROTECA
Y CENTRO DE DOCUMENTACIÓN



CLASIFICACIÓN

T. Dr. 40



Nº DE INGRESO

10000033631

Un caso de Aneurisma saciforme
de la aorta ascendente,
perforante del esternón.

795 e7
TESIS

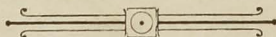
PARA EL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA A LA

Facultad de Medicina de Lima

POR

AUGUSTO LUNA.



Lima-Perú

IMPRENTA TORRES ACUIRRE, UNION 150

9-1897

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY
ASTOR LENOX TILDEN FOUNDATION
1009 BROADWAY
NEW YORK

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY
ASTOR LENOX TILDEN FOUNDATION
1009 BROADWAY
NEW YORK

Señor Decano:

Señores Catedráticos:

Motivo de la más grata complacencia es para mí, ocupar por segunda vez esta tribuna y distraer vuestra atención con la lectura del presente trabajo, que vá á servirme para optar el grado académico de Doctor, de la ilustre Facultad de Medicina de Lima.

Siempre anhelé que al pretender este grado, fuera el tema que me sirviera de tesis, digno no sólo de la honra á que aspiraba, sino también de la reconocida ilustración de los miembros del jurado que debían conferírmelo. Estoy por mi parte satisfecho, y espero que lo estaréis igualmente, conociendo la historia clínica de un caso por demás raro y curioso de *aneurisma saciforme de la aorta ascendente, perforante del esternón*, en un individuo recién llegado á esta capital, que actualmente ocupa la cama número 21 de la sala de clínica, en el servicio de Cirujía del hospital civil.

Ojalá, señores profesores, logre mi objeto, y sirva este caso—ya que no para ilustrar, dada la escasez de mis conocimientos—al menos para aumentar el corto número de las observaciones que exclusivamente nos pertenecen. Voy pues, á referir con la mayor exactitud, la historia clínica del enfermo de que me ocupo y á dar el diagnóstico de la lesión que sufre.

MANUEL ARELLANO ARANDA, natural de Talca, (Chile), de 42 años de edad, de oficio platero, ingresó al hospital «Dos de Mayo» el 10 de Julio último. Declara haber sido sano y fuerte, y que sólo el descuido de su salud ha podido convertirlo en débil y enfermizo. Ha residido los diez últimos años en Chiclayo; pero tiene veinte de permanencia en el Perú, dedicado á diversos trabajos. Niega haber sido soldado; no obstante que dada su nacionalidad, es probable que perteneciera al ejército invasor de 1880. De las enfermedades de sus padres, sólo recuerda aquellas que les ocasionaron la muerte: al padre la gangrena seca, hace treintaicinco años, y á la madre la neumonia. No tiene hermanos; en una mujer peruana tiene tres hijos, hasta ahora sanos. Desde muy joven, fué de hábitos desordenados, contribuyendo á su desgaste, como lo asegura, el abuso de las mujeres y el de las bebidas alcohólicas. Como consecuencia de esto, adquirió en 1877 un chancro duro del frenillo, que se curó en un mes, y poco después, una adenitis inguinal, que fué debridada. Sirvióle su enfermedad para corregirse, pues asegura que desde entonces, no sufrió accidente alguno. A partir de cinco años, fué atacado de paludismo, manifestándose en diversas formas, de las que se curaba sin mucha dificultad. Todavía, á su ingreso al hospital, fué invadido de fiebre intermitente, que cedió á la acción del sulfato de quinina.

Adelantando el interrogatorio, dice Arellano, que hace año y medio, le aparecieron por primera vez, dolores vagos en la región axilar derecha, que fueron propagándose á la axilar izquierda y aumentando en intensidad hasta hacerse fuertes. Primero los consideró como nerviosos, más tarde como reumáticos, y cediendo á las indicaciones de muchas personas amigas, que le ofrecieron varias medicinas, cuyos nombres no recuerda, desaparecieron por completo. Coincidió con esto, la presentación de un tumor pequeño,

del tamaño de una nuez, inmóvil, duro, perfectamente redondeado é indolente, que tuvo su nacimiento en la unión de los dos primeros tercios del esternón. Poco después, sorprendía al enfermo el aumento rápido de las dimensiones del tumor, así como su cambio de forma, pues se hizo ovoideo; pero presentando exactamente en su mitad, un surco ó canal que lo dividía en dos partes: la superior con los mismos caracteres que el antiguo y la inferior de consistencia blanda y pulsátil. Esta división duró sólo un mes, al cabo del cual se borró, para tomar la forma primitiva que conserva hasta ahora. Desde entonces, el desarrollo fué gradual y simétrico. Una observación repetida por Arellano y que él hace notar á la persona que lo examina, es la de que — á su juicio — el crecimiento del tumor coincide con el movimiento lunar y así, dice: «este bulto comienza á crecer cuando la luna vá á llenar, así continúa hasta la menguante, que baja un poco; pero no tanto que quede en los últimos límites. Esto he notado en las dieciocho últimas lunaciones.»

Hasta aquí, llegan el conocimiento de los antecedentes de la lesión que padece Arellano, y los datos que suministra. Paso ahora, á hacer su examen, advirtiendo que dejo á un lado todo lo que no se relaciona con la afección, porque además de considerarlo innecesario, extendería los límites del presente trabajo, con la descripción de órganos y aparatos.

Desde luego, lo que llama la atención del observador, es la existencia de un tumor como de la mitad de una palta de tamaño mediano, perfectamente regular, abovedado, simétrico, su mayor diámetro es ligeramente oblicuo de izquierda á derecha, casi sobre la línea media, ocupando la región del esternón y los cartilagos de unión con las costillas de ámbos lados. Se halla comprendido entre un centímetro por debajo de la horquilla y seis centímetros por encima del

apéndice xifoides. Tiene 41 centímetros de perímetro, 11 de la base al punto más culminante, 18 en su eje mayor y 14 en el menor.

La piel que lo cubre es lisa, ligeramente tendida, escasamente cubierta de pelos, de coloración igual á la del resto del cuerpo, excepto en la parte más prominente, que es violada. Se deslisa suavemente sobre el tumor con el que no tiene adherencia alguna. Hacia la parte inferior, existe una pequeña red de vasos muy finos.

La pared anterior del pecho se encuentra deformada, notándose la elevación de las costillas de ambos lados en sus puntos de inserción con el esternón.

Falta el choque de la punta del corazón á nivel del cuarto espacio intercostal y adentro del mamelón; pero se manifiesta claramente en toda la superficie del tumor, cuya piel recibe un movimiento de propulsión, regular é incesante, igual al latido del corazón.

La actitud del enfermo no altera en nada modificaciones locales. Sentado como acostado, la deformación es siempre igual, no ocasionando trastorno alguno, cualquiera que sea la posición que ocupe.

La conformación exterior del tórax es perfectamente normal, sin que llame la atención su contestura delgada.

Aplicando la mano sobre la región precordial, se nota la falta del corazón; colocando las yemas de los dedos en los espacios intercostales correspondientes y presionándolos moderadamente, se nota idéntico fenómeno. Dirigiendo la mano hacia la línea media, se tropieza con el tumor que, al tacto, confirma el examen de la inspección y sorprende con los fenómenos que acusa.

El esternón se encuentra perforado; entre el hueso y el tumor existe un tejido sin la consistencia de aquél y de éste; en la parte más prominente falta por completo. La tem-

peratura, en este punto, es un poco más elevada que en el resto del pecho.

El punto más culminante dá la sensación de fluctuación. Cojido, por decir así, entre la mano, hace creer que se tiene un corazón. Inmóvil, irreductible, no se puede presionar ni con el mayor cuidado sin que el paciente manifieste en ese mismo instante, más que un dolor, una gran angustia. Apréciase continuamente el estremecimiento vibratorio.

El corazón, que, como he dicho, no dá indicios de existencia ni á la inspección ni á la palpación, en la región precordial, se deja sentir por detrás de las inserciones derechas de las costillas al esternón.

Si la aplicación de la mano se reemplaza con la percusión, practicando ésta de arriba á abajo, de abajo á arriba, de adentro á afuera y de afuera á adentro, no llegan á marcarse los límites que generalmente ocupa el músculo cardíaco. No hay absolutamente macidez, ni submacidez, ni fuera ni dentro de aquellos límites; ella está reemplazada por una sonoridad bien audible, que revela necesariamente que aquella región está ocupada sólo por órganos correspondientes al aparato respiratorio.

Esta sonoridad desaparece, para ser reemplazada por una macidez de fácil observación, en la región lesionada del esternón y aún más allá de su borde derecho.

En todo estado normal, el corazón se deja sentir cuando se percute en la región precordial; pero en este enfermo, se le busca en vano; para dar con él, es preciso examinar el lado derecho del esternón: allí está alojado.

Pasando los límites de esta región, la percusión no dá macidez, ni submacidez; en los límites inferiores la observación es idéntica. Debajo del tumor, también existe sonoridad. Sólo flanqueado el borde externo de su lado derecho y ascendiendo sucesivamente, se reconoce la macidez que en ningún caso llega á ser absoluta. Esta macidez, es todavía más

ámplia, porque abraza parte de la región anterior del pecho del lado derecho, indicando una dislocación exagerada del corazón hacia ese lado, semejante á lo que ocurre en los grandes derrames pleuríticos, por ejemplo.

Antes de manifestar el resultado que dá la auscultación, es preciso indicar el movimiento de propulsión que recibe la cabeza del examinador al practicarla, ya sea directamente ya valiéndose del estetoscopio.

La auscultación de la región precordial, deja oír fácilmente el murmullo vesicular, perteneciente á la respiración pulmonar y de un modo muy lejano el movimiento del corazón. La de la región ocupada por el tumor permite escuchar un doble ruido de soplo, mucho más marcado en el segundo, ruido que en el primero, y haciéndose muy notable en la parte más prominente. La región ocupada por el corazón manifiesta el mismo ruido del examen anterior. Donde mejor se le oye es en el tercer espacio intercostal del lado derecho, á dos centímetros por fuera del esternón.

El pulso radial, carotídeo y femoral no presenta desigualdad alguna. La radial izquierda dió 89 pulsaciones en un minuto del reloj de segundos. La misma arteria dió el trazo que presento en grabado.

El examen atento de este enfermo, por cinco días consecutivos, me ha parecido bastante para mi observación y diagnóstico.

Este no puede ser otro, que el de *aneurisma saciforme de la aorta ascendente, perforante del esternón*, y voy á dar los fundamentos en que me apoyo, y que espero merezcan vuestra aprobación.

Hay que tener en cuenta, que hace dos años Arellano se encontraba aparentemente sano. Él ha advertido su lesión, seis meses después de sufrimientos dolorosos y cuando vió aparecer el tumor en su pecho.

Ya es tiempo de que haga constar, que apesar de no ser tal, acepto y me valgo de la palabra *tumor*, para expresar la lesión del enfermo que estudio, porque con esa acepción se designan los aneurismas, por regla general, por más que carezcan de los caracteres que pertenecen á aquellos.

Del examen que acabo de exponer, se resumen los siguientes signos: abovedamiento de la región esternal, de los cartilagos y de las costillas en su punto de inserción esternal; pulsación del tumor; blandura, regularidad y simetría; coloración violada de la piel, á su nivel; ausencia del choque de la punta del corazón; su presencia en el cuarto espacio intercostal derecho; movimiento de propulsión; perforación del esternón; aumento de la temperatura; fijeza é irreductibilidad; estremecimiento vibratorio; sensación de angustia; sonoridad de la región precordial; macicez de la región esternal; doble ruido de soplo auscultando sobre la tumefacción; ruido de soplo del corazón.

Si no todos, algunos de estos síntomas pertenecen al aneurisma aórtico y confirman el diagnóstico.

El abovedamiento del pecho ó elevación precordial—aparte de las deformaciones—se presenta en el enfisema pulmonar, el pneumotórax, en la pleuresía con derrame, pericarditis con derrame, hipertrofia del corazón y endocarditis; pero cuando esto ocurre, el abovedamiento se presenta para los tres primeros casos, más allá de los límites de la región precordial; mejor dicho, el abovedamiento es extenso y no limitado; en la hipertrofia, la macicez es considerable y en la mayoría de casos pertenece más que todo á la base. Idéntica cosa sucede en el derrame de la pericarditis. En cuanto á la endocarditis, es preciso que sea crónica y sólo en ese caso, cuando ya se ha formado la hipertrofia por compensación á la lesión de los orificios se presentará el abovedamiento.

Los latidos que presenta este tumor, son peculiares é indican claramente que se trata de un aneurisma.

Semejante en todo, á los latidos que presenta un corazón, se creería en la existencia de este órgano en el punto de la lesión que se estudia, si la auscultación no nos guiara á encontrar el verdadero lugar en que se halla. Confirma esta creencia, la presencia de sus latidos fuera de la pared del pecho, porque el tumor aneurismal tan grande como es, ha perforado el hueso que se le presentaba delante para manifestarse en primer término. Esta circunstancia permite tocarlo, tomarlo en la mano, mejor dicho, y apreciar la sensación de *thrill* como llaman los profesores ingleses al estremecimiento intermitente que coincide con los latidos aneurismales, que es igual en toda la extensión del tumor. Este fenómeno, especial por demás, es debido á las vibraciones que produce en el saco aneurismal la entrada de la sangre.

La ausencia del corazón y la falta del choque de la punta del corazón á su nivel normal, indican evidentemente su dislocación. Esa dislocación, que se ha efectuado tan poco á poco como más y más se ha ido desarrollando el tumor, ha llevado el corazón á la derecha del esternón. Más desarrollado, relativamente, el tumor aneurismal que el corazón, ha podido con él, tanto más cuanto mayor punto de apoyo tomaba en el esternón á medida que lo perforaba.

El tumor es blando. Tiene la sensación de fluctuación como no puede dejar de ser tratándose de su contenido que es líquido, lo que lo distingue de cualquiera otro. Y no es por cierto un absceso: este tendría por caracteres la tumefacción, la rubicundez, el calor y el dolor. Carece de rubicundez, le falta el calor y no tiene dolor. Por otra parte, en año y medio de existencia á ser tal, habría desgastado y roto la piel que lo cubría. El aumento de la temperatura con el resto de la piel se explica fácilmente; es sabido que la temperatura la da el movimiento circulatorio. Allí, pues, se produce, con la entrada de la sangre en el saco, una nueva revo-

lución de la onda sanguínea al ser lanzada por la contracción del ventrículo.

La fijeza del tumor, proviene de su encajamiento con el esternón que no deja claro entre uno y otro. Existe como un nuevo tejido que los une. Los dobles ruidos de soplos que se perciben en el tumor por la auscultación ya sea mediata ó inmediata, son de gran valor para este diagnóstico y puede decirse que casi le pertenecen. Para Jaccoud son ruidos de percusión iguales á los del corazón y no tales soplos. La perforación del esternón es otro signo especial del aneurisma. De todos los tumores sólo dos clases perforan los huesos: los aneurismas y los tumores cancerosos. Para que este tumor pudiera considerarse como canceroso necesitaba tener signos y caracteres de que carece; su consistencia debía ser necesariamente dura, tener la piel adherida, su forma más ó menos mamelonada ó irregular, resistente y el tiempo transcurrido para su desarrollo, habría bastado para que presentara infartos ganglionares. Tampoco existen antecedentes hereditarios.

El movimiento de propulsión, es característico de los aneurismas.

Ahora, ratificado el diagnóstico debe presentar signos funcionales que en esta clase de tumores son de dos clases: alteraciones funcionales y síntomas de compresión de los órganos vecinos. Entre los primeros, puede citarse el desplazamiento del corazón como ya lo dejo observado y á la disnea y palpitaciones que sufre este enfermo, en cualquier movimiento violento que ejecuta.

Entre los segundos se cuentan: la compresión de la tráquea, bronquios, pulmones, esófago, arterias y nervios, ocasionando en cada caso trastornos especiales. El caso de Arellano es especial también en esto. Todos los trastornos que dejo indicados, se suceden cuando el aneurisma permanece en el mediastino. Aquí ha sucedido todo lo contrario;

su desarrollo ha ido sobre la pared anterior del pecho y una vez en el exterior ha crecido á su antojo, sin obstáculos y sin tener por consiguiente órganos que comprimir.

Es preciso ahora, darse cuenta de la manera cómo ha evolucionado este aneurisma y de las causas que lo han producido.

Ocasionan las aneurismas: las heridas, las emociones morales, lesiones arteriales, el alcoholismo, el reumatismo, la gota, la obesidad, la sífilis y el paludismo. Intervienen, además, la raza, el sexo y la edad.

No sostendré, por cierto, que todas estas causas hayan influido en Arellano de modo suficiente para producirle la lesión arterial de que padece; pero si que se encuentra de ellas en el examen que se refiere.

Muy léjos está de la raza sajona que es la que, entre todas, tiene más predisposición para estas lesiones, porque aparte de que sus antepasados no pertenecieron á ella, él es originario de la Araucania, cuyos pobladores, se sabe, son de raza enteramente americana.

Por lo que hace á la edad, es sabido que los aneurismas se presentan en mayor número entre los individuos de cuarenta á cincuenta años, y él cuenta ahora cuarenta y dos.

No es gotoso ni es obeso tampoco; pero ha sido alcohólico y alcohólico de muchos años. Sus ataques de alcoholismo fueron frecuentes y llegó á sufrir delirios.

Ha sido reumático, y además sífilítico como lo prueban los vestigios que lleva, en la garganta, la cicatriz de la región inguinal y la no menos indeleble del glande, á consecuencia del chancro que tuvo en 1877.

Y, por último, ha sido palúdico viejo y lo es actualmente. Padeció de fiebres palúdicas durante los años 1891 y 92 y actualmente, á su ingreso á la sala de Santo Domingo, fué atacado de una intermitente palúdica, típica, que felizmente

cedió bien pronto, estando sometido el enfermo á la acción del sulfato de quinina.

Yo creo, pues, que las causas que dejo indicadas bastan por sí solas, para ocasionar el aneurisma de la aorta, que dejo diagnosticado.

Ahora bien. ¿Cómo ha evolucionado este aneurisma? Creo tener fundamento para atribuirle causa sifilítica. Ha habido, probablemente, una lesión específica de la aorta que debilitando poco á poco sus paredes, fueron cediendo lentamente, al golpe incesante de la onda sanguínea. Constituído ya el aneurisma en la cara anterior del vaso, continuó siempre su crecimiento hasta encontrarse con la parte anterior del pecho cubierta por el hueso esternón, que perforó para ponérsele delante. Así se explica, la falta de trastornos funcionales que acompañan por regla general á esta clase de tumores.

No faltan en la ciencia, algunos casos de curación espontánea de los aneurismas y llega á citarse una que otra autopsia que revelaba la existencia de tumores aneurismales; existencia que ni siquiera se sospechaba. Esto se debe á la coagulación del saco que es de lo que depende la curación. Pero dejando esto de un lado, pues no es lo normal, los modos de terminación de los tumores aneurismales son varios: la ruptura del saco que produce hemorragia, ya débil ya muy fuerte abriéndose al exterior como ocurriría en el presente caso ó por hemorragia interna. Otra terminación fatal es la del síncope. Una tercera causa de muerte, es el desprendimiento de un coágulo, que saliendo del saco vá á alojarse á un vaso que no le deja pasar, ocasionando la embolia. Por último, y en el caso más lejano, pueden sobrevenir la caquexia por falta de sueño, los dolores y el adelgazamiento del enfermo. Todos estos temores, unidos al sitio del aneurisma y á su tamaño, me inclinan á abandonar las reservas y á manifestar lo

grave del pronóstico de la lesión que sufre Arellano. Ojalá, que, como ocurre algunas veces, sea favorable para la prolongación de sus días, la circunstancia de que su tumor se encuentra fuera del pecho, donde no tiene muchos trastornos que ocasionar.

Al llegar el enfermo al hospital de Lima, el médico que lo recibió se cuidó de no darle otro tratamiento que la administración del ioduro de potasio y prepararlo para practicar más tarde la introducción de una crin de Florencia, á fin de tentar la curación. Desgraciadamente, el enfermo aburrido por la mala alimentación del establecimiento, solicitó licencia para vivir en la calle y volver al hospital en las mañanas. Salió de allí el 20 de Julio último.

A un antiguo alumno de la Facultad de Medicina de Lima, el señor don Aurelio Urresti, compañero que fué de muchos de los señores Catedráticos que me escuchan, le oí referir que fué llevado á su servicio del hospital de San Bartolomé, un individuo de tropa que falleció en la misma noche, y que practicada la autopsia se reconoció un aneurisma de la aorta ascendente perforante del esternón, y que solicitados los datos al respecto, se supo que ese hombre había recibido una herida por arma de fuego.

Aparte de este dato, no conozco ningún otro.

Ni los periódicos profesionales, ni las obras de Medicina y Cirujía que he consultado sobre este asunto, señalan un caso tan curioso como el que me ocupa. Me amparo á su rareza, para que la Facultad me dispense las incorrecciones de este trabajo, y me acuerde el grado que he venido á solicitarle.

Lima, 28 de Julio de 1897.

AUGUSTO LUNA.

Vº Bº

Armando Vélez.

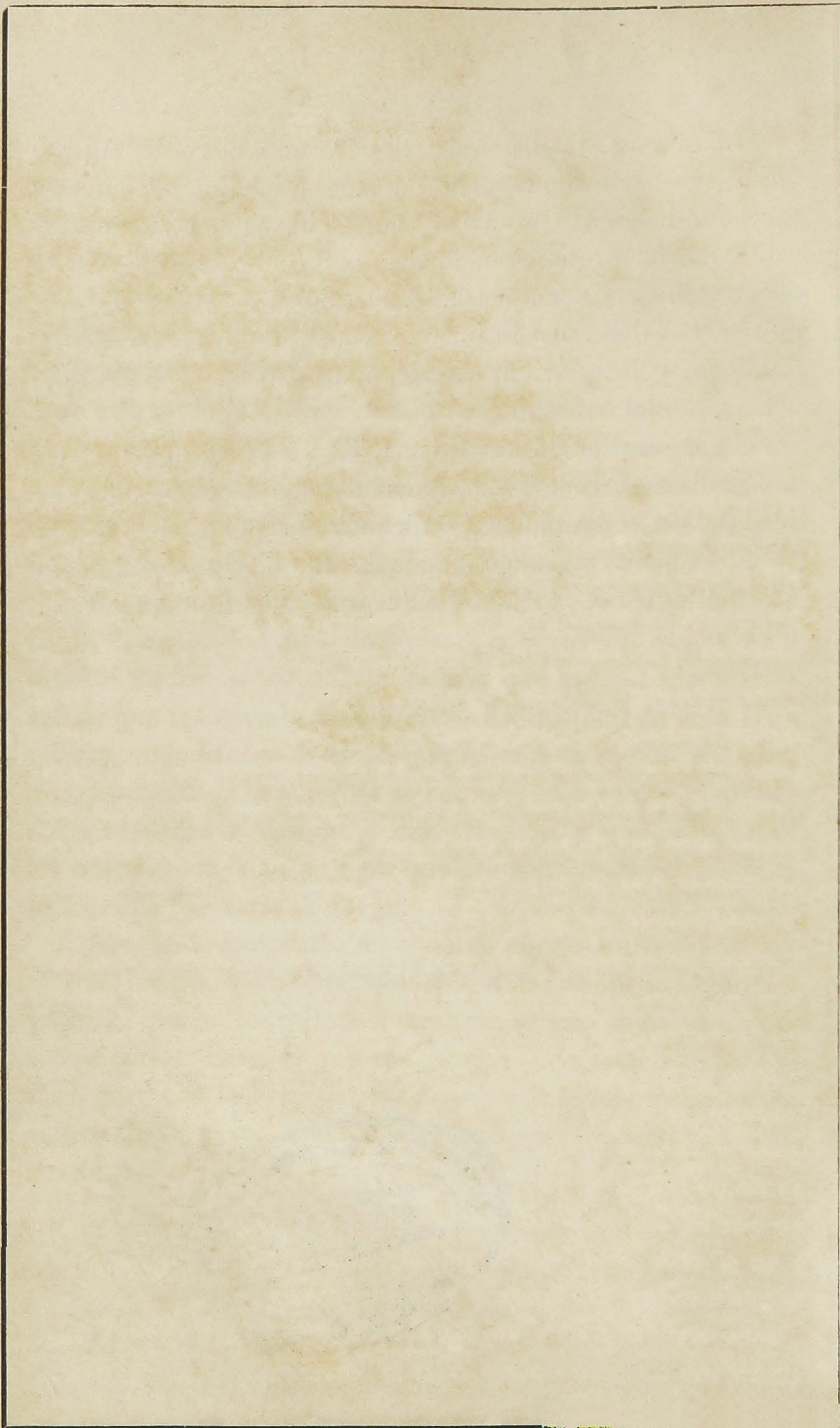
Visada esta tesis por el señor Decano, el 19 de Agosto último, no he debido extenderme más en ella; pero la circunstancia de haber vuelto el enfermo al hospital, el 10 del presente, me ha proporcionado dos oportunidades; una, la de obtener su fotografía, gracias á la caballerosidad de mi amigo el señor don Aurelio Imaña y venciendo la resistencia de Arellano; y la otra, dar cuenta á los señores Catedráticos del estado del enfermo.

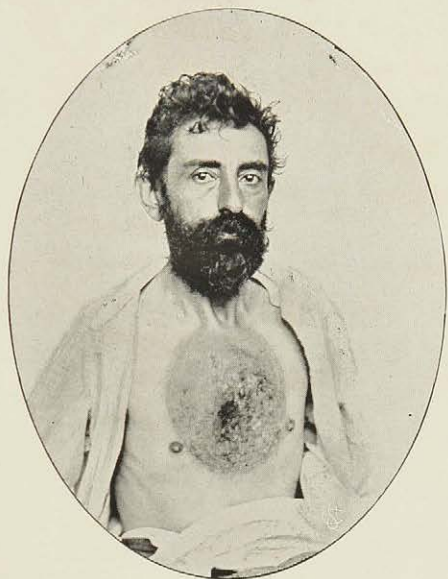
La evolución del aneurisma llega á su término; el tumor se ha desarrollado enormemente; ocupando casi la totalidad del pecho; la piel se ha ulcerado en tres puntos; ha sufrido tres hemorragias en menos de veinticuatro horas, y la vida del enfermo depende del desprendimiento de un coágulo fibrinoso.

Lima, Septiembre 3 de 1897.



010000033639





Ⓐ

P III

VII 20 97

FECHA DE DEVOLUCIÓN

[illegible]

T. Dr. 40

10000033631

U.N.M.S.M

FACULTAD DE MEDICINA



010000033631