

ENDOCARDITIS BACTERIANA DESARROLLADA SOBRE AORTITIS SIFILITICA *

DR. SALVADOR ACEVES **

DR. ANTONIO ELIZALDE R.

DR. MAURO GONZÁLEZ

Es CLÁSICO considerar rara la implantación de la endocarditis bacteriana sobre cardiopatía sifilítica en la misma medida que es común y para algunos autores casi obligada, la asociación con las lesiones cardíacas reumáticas.

Movidos por el encuentro de algunos enfermos con combinación de endocarditis bacteriana y sífilis cardiovascular, y asimismo, por la comprobación necroscópica de errores de diagnóstico, por desconocimiento en vida, de dicha superposición, decidimos insistir en el tema tratado ya por diversos autores desde Libman y Kastner hasta la fecha (4, 5, 6, 12, 13, 15, 18, 33, 36, 41, 44, 46, 47, 50, 52, 54, 56 y 59) y fijar la posibilidad de la combinación, su frecuencia real en términos absolutos y en relación con las otras cardiopatías.

MATERIAL Y MÉTODO

Consideramos que tratándose de un problema como este a cuyo estudio fuimos inducidos por un diagnóstico correcto y la comprobación necróptica

* Leído el 6 de marzo de 1957.

** Académico de número.

del error cometido en varios casos, no podría ser tratado en forma convincente sobre la base diagnósticos clínicos ya que además de ocuparse de enfermos que pueden constituir un problema de diagnóstico (3, 19) en lo que toca a la naturaleza de la lesión sigmoidea aórtica, lo son doblemente cuando en ella se desarrolla una infección bacteriana. Entonces nos atuvimos exclusivamente a casos seguros de necropsia. Revisamos los protocolos de 1,815 necropsias llevadas a cabo en el Instituto Nacional de Cardiología desde septiembre de 1944 hasta febrero de 1956. Contamos para ello con la valiosa ayuda y la opinión de los doctores Costero, Barroso, Contreras y Monroy, del Departamento de Anatomía Patológica. Revisamos con ellos el estudio histológico de cada caso, repasamos los cortes, especialmente en los casos de aspecto no típico, volvimos a examinar las piezas cuando éstas se conservaban. Lo hicimos siempre con los documentos clínicos al frente y haciendo el cotejo y la correlación anatomoclínica tan rigurosos como nos fué posible. Hicimos además el estudio de algunos datos anatómicos, clínicos y estadísticos de diversos puntos relacionados con el motivo central de este trabajo.

Adoptamos el siguiente criterio para la identificación de las lesiones sigmoideas sífilíticas de acuerdo con el Departamento de Patología y en concordancia con las ideas que sobre el particular prevalecen (7, 30, 47). De conformidad con ellas revisamos con cuidado las valvas sigmoideas y especialmente la existencia de retracciones y la insuficiencia consecutiva, los engrosamientos de las valvas, pusimos especial cuidado con las comisuras, en el anillo fibroso, en la aorta misma, particularmente en la porción de los senos de Valsalva y, en general, en la porción suprasigmoidea. Cuando por alguna causa, por ejemplo la destrucción de las valvas por las ulceraciones, no se pudo estudiar a satisfacción cada una de las características anteriores, nos atuvimos al conjunto de las restantes, completados con los resultados del examen microscópico. En éste concedimos especial valor a la presencia de elementos de sífilis como es la endangitis de las arteriolas de la adventicia, la infiltración de linfocitos y células plasmáticas en torno de los vasa vasorum, la destrucción parcial de las fibras elásticas en la capa media, la infiltración subendocárdica en la embocadura aórtica, la existencia de miocarditis descendente y la ausencia de datos de reumatismo. Se buscó la existencia de vegetaciones y ulceraciones que junto con las lesiones viscerales y el cuadro clínico fueron la base del diagnóstico de endocarditis bacteriana. No establecimos diferencia entre la forma común subaguda y las llamadas formas agudas.

RESULTADOS

En los 1,815 protocolos de autopsia del Instituto Nacional de Cardiología de México que fueron revisados, 30 no fueron de enfermos cardiovasculares. Algunos hubo que tenían una enfermedad no circulatoria, por ejemplo, tumor de las suprarrenales; pero entraron al Instituto por hipertensión arterial y como hipertensos, quedaron comprendidos en el material revisado. Restados estos casos, quedaron del total de autopsias 1,785.

En las 1,785 necropsias de enfermos cardiovasculares encontramos 142 de mesoaortitis sifilítica. Se descartaron 6 por dudosos en el número de 148 inicialmente separados. Esta cifra de 142 corresponde al 8.52% del total y es igual a la que el maestro Chávez (11) encontró en material clínico en su consulta privada en comparación con el 16.9% del material del hospital. El promedio global que él encontró fué del 11.2%. La cifra nuestra fué obtenida en autopsias y es, francamente, inferior a la del Hospital General en la estadística citada, quizá como consecuencia de que desde el punto de vista social, los internados en el Instituto, no son exactamente iguales a los del Hospital General.

En 100 de los 142 casos encontrados hubo complicación sigmoidea o sea en el 74%.

Encontramos 7 casos de mesoaortitis con insuficiencia aórtica sifilítica y lesión mitral reumática. En ellos la endocarditis bacteriana se encontró implantada sobre la lesión sifilítica de la aorta y no la hubo en la válvula mitral con lesión reumática. Con éstos dos casos se completan los 9 que corresponden al 0.5% del total de las 1,785 necropsias de enfermos cardiovasculares y al 6.34% de los 142 casos de enfermos con sífilis aórtica.

Si se toman en cuenta, no los enfermos con mesoaortitis que fueron 142 sino únicamente los que presentaron complicación sigmoidea, que fueron los únicos que presentaron complicación bacteriana, entonces el número de casos, de 142 se reduce a 100 y, por lo tanto, el porcentaje de casos complicados con endocarditis ulcerovegetante aumenta a 9.

Se encontraron 104 casos de endocarditis bacteriana que hacen un 5% del total de las 1,785 autopsias de enfermos cardiovasculares del Instituto. En su estudio sobre incidencia de las cardiopatías, el maestro Chávez, 1942, encontró el 0.4%; diferencia que se explica por varias razones: material clínico uno y de autopsia el otro y épocas distintas en que aquel trabajo y éste han sido hechos.

De esos 104 casos de endocarditis bacteriana 9 se injertaron sobre sífilis aórtica lo cual hace un 8.65%, cifra un poco mayor a la de 6.60%, que uno de nosotros encontró con Cesarman en 1950 (4), en la revisión de 30 casos de endocarditis bacteriana.

En 85 casos del total de 104 la endocarditis bacteriana se injertó sobre lesión reumática, lo cual significa que ésto ocurrió en el 80%. En el estudio llevado a cabo por uno de nosotros con Cesarman (4), encontramos cifra un poco menor aunque similar, 73.33%.

El total de reumáticos que llegaron a autopsia fué de 1,010, por lo tanto, el 8.5% presentó complicación bacteriana.

De los 1,010 cardíacos reumáticos, los que tenían lesión aórtica con o sin lesiones en las otras válvulas fué de 476 (190 de insuficiencia pura, 277 de doble lesión sigmoidea, y 9 de estenosis pura y de estos 476, tenían endocarditis injertada) o sea que el 9.4% de los reumáticos con lesión sigmoidea aórtica que llegaron a autopsia tuvieron complicación bacteriana.

La edad de los pacientes osciló de 28 a 55 años como extremos y el promedio fué de 39 años.

Sin excepción, los 9 casos fueron del sexo masculino. Con el propósito de insistir en este último dato un poco singular, buscamos el sexo en el número total de casos de aortitis sífilítica y encontramos que el 18.38% fueron mujeres (26 de 142) y el 81.70%, fueron hombres.

En lo tocante a endocarditis bacteriana, de 104 casos, 27 o sea el 25.19% fueron del sexo femenino.

Por lo tanto, el estudio aislado de los dos componentes de la combinación no explica la absoluta uniformidad de nuestros casos, aunque sí haría esperar en ellos un marcado predominio masculino.

Para estudiar las modificaciones de incidencia de las dos enfermedades separadas cuya combinación estudiamos en vista de la impresión de que ambas han disminuído como resultado del uso de los antibióticos, revisamos el material de autopsias en un período de 2 años, antes del uso corriente de esos agentes terapéuticos y pasado un lapso de 10 años, otra vez la incidencia en 2 años seguidos.

De 1944 a 1946 se efectuaron 310 autopsias y se encontraron 28 casos de endocarditis bacteriana y 44 de aortitis sífilítica.

De 1954 a 1956 se efectuaron 371 autopsias y en ellas se encontraron 11 casos de endocarditis bacteriana y 20 de aortitis sífilítica. Se observó así, confirmando nuestra impresión que para un número mayor de autopsias se encontró un número menor de casos de aortitis y de endocarditis bacteriana en proporción aproximada de 3 a 1 (9:2.9 para la endocarditis y 3.5:1.3 para la sífilis).

DATOS ANATÓMICOS

Encontramos como datos predominantes de sífilis valvular aórtica, la retracción de la válvula, el enrollamiento de las sigmoides, la apertura de las comisuras, la dilatación del anillo fibroso. En ninguno de nuestros casos encontramos estenosis aórtica aunque en varios de ellos quedaron en el aparato sigmoideo estigmas que pudieron inducir a pensar en que primitivamente las valvas se pueden adherir, se retraen y mutilan más tarde y queda entre una valva y la otra que se separan ampliamente, como un rodete cuneiforme que íntimamente adherido a la pared del vaso, se mete entre las valvas, las separa y abre sus comisuras. Esto lo observamos con claridad en tres casos.

En otros casos la presencia de mesoaortitis, la insuficiencia sigmoidea y más abajo, la identificación de miocarditis descendente (6), obliga a atribuir a la sífilis la lesión original (caso 16,304 y caso 8,854).

El proceso ulceroso mutila las valvas, las desgarras y a veces las perfora y aún las suprime como cortadas con tijera al ras de la superficie aórtica haciendo, por lo tanto, difícil o imposible el análisis minucioso de las piezas y la descripción pormenorizada de cada uno de los detalles de comisuras y sigmoides. En ocasiones fueron las vegetaciones polipoides más o menos grandes y más o menos numerosas las que situadas en las regiones comisurales impidieron la observación satisfactoria de las mismas (caso 16,304). En estos casos se orientó la opinión por la existencia de datos evidentes de mesoaortitis como son las cicatrices lineales, la dilatación del anillo, etc., y la ausencia total de estigmas de reumatismo en ninguno de los aparatos valvulares (caso 2,090).

Además, se encontraron dos casos con mesoaortitis, franca lesión sigmoidea sifilítica con endocarditis bacteriana y lesión mitral reumática con signos típicos y sin proceso ulceroso vegetante (caso 9,636 y caso 9,617).

Encontramos dos casos; uno de una mujer de 47 años y otro de un hombre de 27, diagnosticados como con cardiopatía reumática y doble lesión aórtica con endocarditis bacteriana. En ninguno de los dos hubo antecedentes de fiebre reumática. Ambos comenzaron repentinamente con cuadro infeccioso febril severo y casi simultáneamente, con insuficiencia cardíaca de curso rápido. El varón (21675) pronto presentó también fenómenos de oclusión arterial periférica aguda por embolias sucesivamente en un brazo y en una pierna. En los dos se reconoció al internarse una lesión sigmoidea aórtica; uno y otro tuvieron hipocratismo pálido y esplenomegalia. En ambos al morir se encontró una valvulitis aórtica ulcerovegetante con destrucción extensa y profunda de las valvas. En los dos,

la aorta fué completamente normal sin mesoaortitis ni ateroma ni ningún dato histológico de sífilis o reumatismo.

En dos casos se encontraron placas de infarto en el miocardio. En los dos se relacionó el dato con oclusión por embolia o por vegetaciones pediculadas.

DATOS CLÍNICOS

La fiebre no presentó el carácter de síntoma central que se le admite en la endocarditis bacteriana: tres casos evolucionaron sin fiebre, tres tuvieron fiebre irregular e inconstante y en tres solo hubo elevaciones febriculares. Los enfermos apiréticos evolucionaron simplemente como cardíacos en insuficiencia con curso progresivo y acelerado, sin tendencia a obedecer satisfactoriamente al tratamiento. En dos casos hubo embolias a arterias de miembros. En dos hubo infarto diagnosticado clínica y electrocardiográficamente. Sólo en un caso hubo fenómenos purpúricos. En 4 se señaló crecimiento esplénico. En 6 se anotaron fenómenos urinarios sospechosos de glomerulonefritis focal. Las reacciones serológicas fueron positivas para la sífilis en 6 casos, dato que siempre provocó discusión acerca de su significado, ya que tanto la sífilis como la endocarditis bacteriana subaguda lo pueden producir. Sólo en dos casos se pudo obtener hemocultivo positivo.

RAYOS X

El examen radiológico proporcionó los siguientes datos: Sólo en tres casos la imagen fué sugestiva de participación de aorta con datos que lo mismo podrían haber sido de aortitis que de arterioesclerosis. En ellos el examen fluoroscópico inclinó hacia la primera por los datos de orden dinámico. En un caso la imagen con crecimiento de cavidades derechas y arco pulmonar prominente, hizo pensar en esclerosis aórtica y "Cor pulmonale". En dos la imagen era altamente sugestiva de cardiopatía mitral (doble lesión) y en las tres restantes la imagen era sugestiva de cardiopatía reumática trivalvular. En todos los casos hubo crecimiento de ventrículo izquierdo. En 6 casos se encontraron imágenes de infarto pulmonar basal. En uno más no diagnosticado se encontró en autopsia infarto reciente.

ELECTROCARDIOGRAMA

De los 7 casos de lesión aórtica pura, sin proceso reumático concomitante, 6 presentaron bloqueo incompleto de la rama izquierda del Haz de His de acuerdo con los hallazgos de Friedland, Sodi, Soberón y Fish-

leder (19). Sólo un caso no presentó empastamiento inicial de la rama ascendente de R ni ausencia de Q en I, VL.V5 y V6. No presentaron estas anormalidades los casos mixtos ni los dos sin lesión previa. Respecto a los primeros no tenemos explicación plausible. En todos hubo datos de hipertrofia ventricular izquierda. En ningún caso hubo fibrilación auricular. En 5 de los 9 casos hubo evidencia electrocardiográfica de insuficiencia coronaria.

COMENTARIO

La supuesta rareza de la endocarditis bacteriana desarrollada sobre sífilis aórtica no es real a juzgar por el resultado de nuestro estudio con material de autopsias. Esa rareza, que es más bien una impresión ilusoria, dependiente del volumen mucho mayor de reumáticos que de sífilíticos, también depende de que el reumático además de ser más frecuente tiene más válvulas lesionables y mayor número de oportunidades de infección bacteriana.

En números totales fueron 1,010 necropsias de reumáticos para solo 142 de mesoaortitis sífilítica y únicamente 100 de insuficiencia aórtica sífilítica, en ellos se encontraron 9 con endocarditis bacteriana.

Es cierto que el 80% de los enfermos con endocarditis bacteriana fueron reumáticos, pero ello sólo equivale al 8.5% del total de reumáticos. Por otra parte si de los enfermos reumáticos se separan los de lesión aórtica, la cifra se reduce a 476 y las endocarditis bacterianas injertadas sobre esa válvula fueron 45 o sea un 9.4%, es decir, porcentaje equivalente al 9% de los casos de insuficiencia aórtica sífilítica.

Por lo tanto es ocioso buscar la identificación entre endocarditis bacteriana y reumatismo que algunos autores (12, 13) han supuesto o la asociación forzosa que otros han sostenido (56) ni el definitivo predominio fundado en razones bacteriológicas, en fenómenos inmunológicos ni en hechos anatómicos de vascularización. La ligera diferencia en favor del reumatismo estadísticamente sin significación se explicaría por la mayor duración de la evolución de la cardiopatía reumática y por la multiplicación "ipso facto" de las oportunidades de infección y por el aumento de probabilidades también derivadas de la lesión de válvulas distintas de las cuales la infección puede extenderse a las sigmoides aórticas lesionadas también.

El cuadro clínico de la endocarditis en la mayoría de los casos aparece ahora reducido y velado; pero no por eso refractario al diagnóstico. A este hecho general y no a la implantación sobre sífilis atribuimos la sinto-

matología atenuada de nuestros casos. Al mismo tiempo que comprobamos esta modificación clínica verificamos la reducción en la incidencia de sífilis aórtica y endocarditis bacteriana en proporción de 3 a 1, después de 10 años del uso de la penicilina.

La gran frecuencia de infartos pulmonares encontrados no es la ya grande de 30% encontrada en autopsia de cardíacos por Chávez y Cuéllar (10) sino que llegando a la cifra de 88% hace pensar en la participación de un factor específico tal vez en relación con las lesiones vasculares de la endocarditis bacteriana.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se revisaron los protocolos de 1,815 necropsias del Instituto Nacional de Cardiología llevadas a cabo de septiembre de 1944 a febrero de 1956 con el objeto de estudiar la incidencia y caracteres de la endocarditis bacteriana injertada sobre lesión sífilítica de las sigmoides aórticas considerada como rara.

2. Se buscó para ello la totalidad de las mesoaortitis y las aortitis con complicación valvular. Se estudió así mismo el número de endocarditis bacterianas que llegaron a autopsia y el de las mismas injertadas sobre lesión sigmoidea aórtica. Se hizo la comparación de protocolos, piezas anatómicas cuando fué posible, cortes microscópicos e historia clínica.

3. Se registraron 7 casos de endocarditis ulcerovegetante sobre lesión sigmoidea sífilítica pura y en dos casos se encontró coincidencia con lesión reumática de otra válvula sin injerto en ella de endocarditis bacteriana. En total 9 casos.

4. Se estudió el número de enfermos reumáticos que tuvieron lesión aórtica (476). Se verificó el número de veces que estos pacientes con lesión aórtica reumática presentaron endocarditis bacteriana (45 casos). Se obtuvo el porcentaje que fué de 9.4.

5. Se buscó el número de insuficiencias aórticas sífilíticas que fué de 100. Por lo tanto las endocarditis bacterianas injertadas sobre ellas fué de 9%. La comparación de ambas cifras de 9:9.4.

6. Se hacen algunas consideraciones anatómicas incluyendo las relacionadas con 2 casos que se presumen de endocarditis bacteriana desarrollada sin lesión previa y a 2 casos de infartos miocárdicos de origen embólico y a la enorme frecuencia de los infartos pulmonares registrados.

7. Se señala la patente disminución de la sífilis cardiovascular y la endocarditis bacteriana en el material del Instituto de Cardiología en los últimos años.

ENDOCARDITIS BACTERIANA DESARROLLADA SOBRE
AORTITIS SIFILITICA *

COMENTARIO AL TRABAJO DE LOS DOCTORES S. ACEVES,
A. ELIZALDE Y M. GONZALEZ LUNA

DR. I. COSTERO
Académico de Número

NUESTROS PRIMEROS conocimientos anatómicos firmes relacionados con la patogenia de la endocarditis bacteriana se remontan a 1885, cuando Wyssokowitsch, bajo la dirección de Orth, lesionó con una sonda las válvulas mitral y aórtica de conejos e inyectó después intravenosamente estreptococos y estafilococos, que prendieron en las lesiones. Desde entonces multitud de investigadores han comprobado que las válvulas lesionadas son con frecuencia asiento de infección secundaria. Hasta 1912, cuando Lissauer consiguió resultados igualmente positivos en 2 de 20 conejos normales y Saltykow en 5 de 70, no se aceptó que también las válvulas sanas pueden alguna vez ser asiento de infecciones bacterianas; el doctor Aceves y colaboradores nos comunican dos de estos raros casos en el importante trabajo que acaban de presentar.

El factor común, fijador de bacterias, es la fibrina, que forma característicos almohadillados ahí donde el endotelio deja de recubrir la superficie valvular. Defectos endoteliales prodúcense con máxima frecuencia donde las válvulas están moderadamente lesionadas. Alteraciones pequeñas se acompañan de depósitos fibrinosos diminutos y fugaces, mientras que lesiones violentas son motivo de cicatrices fibrosas sobre las que no prende la fibrina. Las bacterias circulantes quedan atrapadas en la fibrina como en un filtro.

Pocos progresos se han realizado después de los estudios clásicos men-

* Leído el 6 de marzo de 1957.

cionados. Recientemente se han notado 1) claro descenso en la frecuencia de endocarditis bacteriana, 2) mayor tendencia a la curación de los casos hospitalizados y 3) predominio actual de formas insidiosas. Todo ello ha sido atribuido al uso terapéutico de sustancias antibióticas por Angrist y Marquiss, quienes analizaron comparativamente 5,033 autopsias del Queen General Hospital de Jamaica, N.Y., realizadas entre 1936 y 1946, con los de 3,643 autopsias correspondientes al período de 1946 a 1951.

La tendencia general de clínicos y patólogos, con la sola excepción ostensible de Warthin, es a admitir que el corazón participa rara vez en la inflamación sífilítica, aun cuando las sigmoideas aórticas sean alcanzadas con relativa frecuencia por las lesiones localizadas en la arteria. En 1947 y en colaboración con el doctor Sadí de Buen, publicamos el estudio conjunto de 22 casos de aortitis utilizando una técnica topográfica. Encontramos que el miocardio presenta infiltraciones inflamatorias propagadas desde la aorta en casi 80% de los casos con aortitis infracoronaria, y que las válvulas sigmoideas resultan histológicamente alteradas con frecuencia todavía mayor.

Considerando estos resultados en estrecha relación con los clínicos presentados ahora por los doctores Aceves, Elizalde y González Luna, mostraré a ustedes algunas de las preparaciones originales de aquel trabajo.

Una de las preparaciones representa el ventrículo izquierdo seccionado transversalmente a nivel de la embocadura de la aorta y pone de manifiesto las relaciones de contigüidad entre la arteria y el epicardio del ventrículo izquierdo. MacCallum fué el primero en señalar que la aortitis sífilítica se propaga en este lugar.

La segunda preparación presenta un corte transversal de la aorta practicado a nivel de las válvulas sigmoideas; las tres capas están comprendidas en el corte, aunque seccionadas a diferentes niveles. La relación entre la implantación de las válvulas y el tejido conectivo adventicial es notoria. Una y otra vez mencionamos el tejido conectivo porque representa la vía de propagación natural para la infección sífilítica; músculo y armazón elástico resultan, en cambio, obstáculos para el progreso de la inflamación.

La tercera preparación corresponde a un corte longitudinal de la aorta que pasa a nivel de la embocadura de la coronaria anterior y recorre transversalmente el tabique interventricular. Este tipo de corte topográfico permite distinguir las tres porciones clave de la región: *a)* aórtica, *b)* proplear y *c)* septal. La zona aórtica contiene una parte supracoronaria y otra infracoronaria; ésta constituye el punto de partida para la inflamación valvular y del miocardio. Nótese la buena conservación de la válvula en este caso.

La cuarta preparación es otro corte semejante al anterior, perteneciente a diferentes enfermos. Aquí la participación de la válvula es considerable y había insuficiencia del piso sigmoideo. La aortitis produjo también inflamación propagada al tabique interventricular, como se nota por las cicatrices.

Un tercer caso de corte obtenido con la misma orientación que los dos anteriores pone de manifiesto la intensidad que pueden alcanzar las lesiones aórticas, siempre propagadas a través de las bandas regionales de tejido conectivo laxo. Placas de aterosclerosis complican la aortitis en este enfermo.

La preparación sexta corresponde a un corte oblicuo y por ello muestra mayor espacio de tabique interventricular, destacando la región subendocárdica y sus conexiones con la propilear de la aorta. También las relaciones entre la adventicia arterial y la válvula sigmoidea destacan claramente.

Vamos por último a mostrar otros dos cortes del corazón de enfermos con aortitis sifilítica, trazados ambos sagitalmente al tabique interventricular y comprendiendo la sección plana de la aorta, previamente abierta. En la preparación octava pudo verse la densidad y la extensión de los focos inflamatorios en la pared arterial, su propagación hacia los senos de Valsalva y su desarrollo posterior por el miocardio interventricular. Y en la novena muestra se destacaron las bandas cicatrizales que abarcan la pared aórtica, las comisuras de las válvulas sigmoideas, los senos de Valsalva y las regiones subendocárdicas del tabique.

Los hechos mostrados a ustedes constituyen un apoyo sólido a las conclusiones que los doctores Aceves, Elizalde y González Luna nos acaban de presentar. También anatómicamente la participación de las válvulas sigmoideas aórticas es más común de lo habitualmente aceptado en la infección sifilítica cardiovascular. Quisiéramos contribuir a tan importante trabajo como el que estamos comentando, sugiriendo alguna ayuda para las dificultades que existen en el reconocimiento clínico de la sífilis y del reumatismo, cuando existe endocarditis bacteriana maligna desarrollada sobre ellas. Desgraciadamente el apoyo que puede aquí prestar la Anatomía Patológica es pobre. Sin embargo, puesto que la miocarditis sifilítica descendente desde la aorta es acompañante común de la aortitis, quizá el electrocardiograma pueda prestar alguna ayuda durante el estudio del enfermo, ya que la endocarditis reumática de pequeña intensidad no suele producir cicatrices miocárdicas detectables. Pero los resultados del estudio electrocardiográfico en lamiocarditis descendente no han sido en realidad alentadores.

Felicito cordialmente a los doctores Aceves, Elizalde y González Luna por habernos traído un tema tan interesante y tan cuidadosamente estudiado.

COMENTARIO AL TRABAJO PRESENTADO POR LOS DRES.
SALVADOR ACEVES, ANTONIO ELIZALDE R. Y MAURO GON-
ZALEZ LUNA, SOBRE "ENDOCARDITIS BACTERIANA DES-
ARROLLADA SOBRE AORTITIS SIFILITICA" *

DR. LUIS MÉNDEZ.
Académico de Número

DESPUÉS DE UNA revisión completa sobre la doctrina que se había sostenido a propósito de cuáles eran las cardiopatías capaces de predisponer al injerto de una infección bacteriana, los autores encuentran que discrepa con lo que habían podido encontrar en la práctica clínica.

El doctor Salvador Aceves en su servicio y, después de haber hecho diagnósticos correctos y de reconocer casos en los que por admitir la doctrina más en boga había habido error parcial, se decidió a emprender un estudio que señalara en nuestro medio la realidad y que, fuera la base para poder sentar diagnósticos con apoyo más sólido.

El método que se impuso en la investigación fué el más seguro, aquel que partía de los hechos comprobados en anatomía patológica y que de ahí iba al estudio de la sintomatología, de la historia y de la signología de los casos. Los autores se echaron a cuestras el trabajo laborioso de revisar en detalle protocolos de necropsia y expedientes en el Departamento de Bioestadística del Instituto Nacional de Cardiología, y después de un cotejo riguroso, llegan a las conclusiones que hemos oído, de que la frecuencia de injerto bacteriano en la insuficiencia aórtica sifilítica (9%) es estadísticamente similar a la que se encuentra en los casos de insuficiencia aórtica de origen reumático (9.4%).

* Leído el 6 de marzo de 1957.

Con buen juicio crítico examinan las variables que pueden conducir a error de interpretación, forman grupos diversos y así pueden sentar conclusiones valederas.

Como en la elaboración del trabajo surge un rico material de información, no lo desdeñan los autores y nos lo señalan, aunque no hayan emprendido el estudio con el propósito de hacer una revisión completa del cuadro de la endocarditis bacteriana injertada en la insuficiencia aórtica sifilítica.

También nos ofrecen una información valiosa sobre la disminución que se observa en los dos padecimientos que estudian, la sífilis cardiovascular y la endocarditis bacteriana. Escogen con acierto para establecer la comparación los casos observados en los primeros dos años de trabajo en el Instituto y luego los que se observaron durante dos años después de que ha sido corriente y generalizado el empleo de los antibióticos y pueden establecer que, después de 10 años de tal empleo, la reducción de los dos padecimientos es de tres a uno.

El trabajo que ahora comento es un ejemplo del rigor con que el doctor Salvador Aceves procede en sus estudios y del aporte que hace a nuestros conocimientos y a la doctrina médica. Por más que los padecimientos que ha estudiado cada día son menos frecuentes, no pierde importancia práctica para el clínico que se establezcan tales hechos y, lo que más importa, conduce al conocimiento de una verdad, la que siempre ha de buscarse cualquiera que sea la resonancia inmediata que al encontrarla pueda tenerse en la práctica.