

Sessió científica del dia 18 d'abril de 1932

PRESIDÈNCIA DEL DR. J. PEYRÍ

El període preclínic de la sífilis cardio-vascular.

pels Drs. ANTONI PEYRÍ i CRISTIAN CORTÉS

Portem avui a discussió les nostres dades i treballs referents a sífilis cardio-vascular, les quals ens han conduït fins a poder parlar de l'existència d'un període preclínic en aquesta mena de lesions, d'una importància diagnòstica, pronòstica i terapèutica enormes i que és precis, per tant, inculcar-lo en l'ànim dels clínics.

El nostre punt de partida va ésser el convenciment que hom té, des de fa bastant de temps, de la freqüència amb què els tabètics i els paralítics generals presenten lesions de cor. Fou un altre punt de partida, l'afirmació per part de molts autors, a propòsit de la coexistència de lesions cardio-vasculars amb altres manifestacions de la sífilis. Per últim, volguérem comprovar per nosaltres mateixos fins a quin punt la sífilis cardio-vascular intervé en altres manifestacions de la malaltia, volguent-nos quedar en el límit just coneixent-ne tot l'abast, per a donar-li la importància que es mereix, però evitant de caure en l'error, atribuït als sífiliografs des de l'època de Fournier, de veure sífilítics arreu. Volíem saber quants malalts sífilítics sense trastorns subjectius circulatoris, tenien alteracions cardio-vasculars de naturalesa específica, i per tal d'aconseguir aquest objecte, hem procedit a l'exploració de l'aparell circulatori de tots els malalts que acudien a la consulta de sífiliografia per lesions de sífilis cutànea i també d'aquells altres que acudien per a consultes diverses referents a la seva sífilis, a condició que acudissin per manifestacions alienes a l'aparell circulatori. Excluïm tots els malalts que es presenten directament al servei de cardiologia, encara que la simptomatologia que relaten sigui escassa. D'aquesta manera hem fet la selecció de casos i l'hem portada fins a tal extrem, que tots aquells malalts que s'observaren en el departament de sífilis a causa d'una manifestació dermatològica i no pas per símptomes subjectius cardio-vasculars, però que en arribar al departament de cardiologia i, insistint en l'interrogatori ma-

nifestava una petita disnea, una lleugera sensació d'opressió precordial o retrosternal, el més petit símptoma, en fi, de semiologia cardioaòrtica, han estat exclusius. En una paraula, portem només els casos en els quals un acurat interrogatori, des del punt de vista cardio-vascular, ha estat absolutament negatiu.

L'existència de lesions cardio-vasculars latents no és un fet desconegut ni tan solament nou. I cal tenir molt present, en parlar de latència, que els mitjans d'exploració, clínics i serològics, han anat descobrint lesions actives que estaven en latència clínica, és a dir, que no donaven lloc a manifestacions objectives ni subjectives ostensibles. Però si el coneixement de l'existència de lesions latents era conegut, no ho és tant la freqüència amb què aquestes lesions existeixen.

No és cosa d'estranyar tal freqüència si hom té coneixement de què en el període septicèmic, iniciació del secundarisme clínic de la sífilis, la infecció dona lloc a una impregnació global de tot l'organisme, amb un procés preferentment arterític, i aquesta arteritis, el mateix es veu en el plasmoma del xancre, que en les lesions secundàries, que en la mesoarteritis dels períodes més avençats.

No volem enfocar avui el problema magne de la sífilis visceral en l'aspecte etiològic, en el que fa referència a llur major freqüència en els nostres temps, de si és un augment real o si és, simplement, un fet deduït d'una observació més acurada i, donats els mitjans actuals, d'una més fàcil comprovació. Però sí que volem parlar del problema de les combinacions de la sífilis cardio-vascular amb altres manifestacions no circulatòries de la sífilis.

Un dels fets que han retardat el coneixement d'aquestes coexistències és la doctrina dels tropismes i la de les sistematitzacions de la sífilis. S'ha volgut fer del germen treponèmic un germen amb caràcters específics i propietats selectives per a diferents sistemes. Actualment, la doctrina de la pluralitat de gèrmens té molt pocs partidaris. El germen de la sífilis pot actuar, qualsevol que sigui la seva procedència, sobre qualsevol òrgan o sistema. S'ha volgut també fer de la sífilis una malaltia sistematitzada, en la qual el germen actuaria sobre els diferents òrgans, segons les distintes afinitats o condicions específiques, congènites o adquirides. La sífilis té, com tenen naturalment totes les infeccions, tendència a localitzar-se, i les localitzacions depenen, probablement, de les reaccions de tipus immunitari que es desenrotllen en el transcurs de la invasió inicial, o bé, com passa amb el sistema nerviós, de la via d'invasió dels òrgans. Però la sífilis no té preferències, i si les tingués, nosaltres diríem que el sistema circulatori és el preferit. Realment la freqüència de la sífilis circulatoria és enorme, i no som pas sols a creure-ho així, sinó que gairebé tots els treballs realitzats en aquests darrers temps, coincideixen en afirmar-ho. Repetint conceptes ja exposats, direm que mentre no s'estudiï l'aparell circulatori de tots els sífilítics i no es busquin els antecedents sífilítics de tot cardíac, no tindrem una idea exacta de l'enorme freqüència de la sífilis cardio-vascular. I fent-ho així, arribem a la conclusió que la sífilis és una malaltia preferentment vascular.

Per tant, la coexistència, lluny d'ésser un fenomen rar, és freqüent, i

en les nostres estadístiques arriba a un 68 % el nombre dels casos de sífilis clínica cardio-circulatòries i oferint, no obstant, signes evidents de localització cardio-aòrtica.

Fent la selecció tal com més amunt hem apuntat, hem arribat a reunir 29 casos, en 19 dels quals l'examen cardio-vascular ha estat positiu. No ens hem fiat dels casos monosintomàtics, és a dir, no hem llançat el diagnòstic d'aortitis pel sol fet de constatar una petita dilatació aòrtica aïllada, sense cap altre símptoma, ni tampoc per una lleugera modificació en els tons aòrtics, ni per la simple troballa d'un signe d'Hill i Flag positiu, sinó que hem estat exigents en el diagnòstic. Tots els malalts han estat ben estudiats, apart l'exploració clínica usual, s'ha pres en tots ells la pressió arterial, en molts en els membres superiors i en els inferiors, s'han examinat ortodiagràficament, s'ha estudiat la velocitat de propagació de l'ona pulsàtil, i finalment, gràcies a la col·laboració de l'Institut de Fisiologia, tots ells tenen electrocardiograma.

Aquestes latències clíniques, diem, són diagnòsticables. Però, abans que tot ens cal dir que no hi ha un sol signe patognomònic de sífilis aòrtica o de sífilis cardíaca. El cor i l'aorta responen de la mateixa manera davant l'estímul específic que davant de qualsevol altre estímul. Això significa, naturalment, que entre la simptomatologia aòrtica determinada per una aortitis específica o l'ocasionada per l'ateroma d'aquest òrgan, degut a qualsevol altre factor irritatiu, no hi han diferències essencials. Ara bé, davant de tota aortitis juvenil o que apareix en l'edat mitjana de la vida o, segons volen la majoria d'autors, davant tota aortitis cal pensar en la sífilis. ¿Com podem deixar de pensar-hi en front d'un malalt que ens ofereix a més manifestacions específiques evidents i serologia positiva? I si aquests malalts sífilítics declarats presenten alteracions electrocardiogràfiques i signes de participació cardíaca en l'exploració clínica? Com ens podem estar d'establir una relació de causa a efecte i si, a més, com passa en tots els malalts que integren la nostra estadística, no hi ha absolutament cap dada en els antecedents que puguin fer pensar en influències estranyes a la sífilis? Perquè no cal dir que els malalts que en llur anamnesi patològica expliquen un reumatisme agut, una tifòidea, un paludisme o una infecció qualsevol de les que poden determinar una localització cardíaca han estat curosament exclosos, malgrat haver-hi, en molts d'ells un tant per cent crescut de probabilitats a favor de la sífilis com a factor determinant.

Així doncs, la primera condició que ens hem imposat per a fer el diagnòstic de sífilis cardio-aòrtica en son període preclínic ha estat l'absència absoluta de manifestacions subjectives. De no ésser així, ja parlariem del període clínic.

Per palpació no esperàvem trobar gran cosa. L'aortitis sífilítica pura deforma poc el vas i per tant poques vegades en aquests períodes descobrirem un bateg supra-esternal. És més tard, quan comença el període d'esclerosi i comença a produir-se la distensió de l'aorta que el trobarem amb freqüència. Pel que respecte a la sífilis del miocardi, ens cridaria tot el més l'atenció l'escassa força del bateg de la punta, sense que això vulgui dir que hi concedim més importància que la de tenir-ho en compte en el conjunt de l'exploració.

El mateix podem dir de la percussió, l'aixamplament de l'àrea de ma-

tidesa aòrtica no és marcat, més que quant hi ha deformacions importants.

Les modificacions dels sorolls normals a l'auscultació tenen, en canvi, un gran valor. Aquestes modificacions, pel que respecta a les determinades per la inflamació de l'aorta, creiem nosaltres que sempre van lligades amb modificacions de les sigmoïdes aòrtiques. El clangor del segon to, ocasionat per un cert grau d'esclerosi de les sigmoïdes aòrtiques, i encara que no vagi acompanyat d'altres manifestacions auscultatòries, el buf diastòlic que determina el reflux d'una certa quantitat de sang des de l'aorta al ventricle esquerre en el moment de la diàstole, signe incontestable d'insuficiència valvular, i per sobre de tot, el doble buf tenen un valor enorme en absència d'altres antecedents. S'ha dit molt i nosaltres som els primers en acceptar-ho així, que el buf sistòlic aïllat de la base, sense cap altre signe no té cap valor, però la cosa varia notablement d'aspecte quant darrera d'aquest primer to que bufa hi ha un altre buf en la diàstole o simplement un reforç net i clar del segon to. Aquest signe en els nostres malalts sífilítics ha anat sempre seguit de la comprovació radiogràfica d'una aortitis.

Davant una sífilis del miocardi en aquest període, podem recollir un apagament de tons. Els símptomes subiectius en aquest cas tindrien un gran valor, però tingui's sempre present que ens referim precisament als casos encara latents. Aquí el que té un gran valor és l'electrocardiografia.

Aquest conjunt de símptomes agafa encara un major valor quan constatem, a més del que deixem apuntat, una hipertensió pronunciada en la tibial, o un avenc en la propagació de l'ona pulsàtil, signes de què l'aorta va perdent la seva normal elasticitat per a convertir-se poc a poc en un tubus rígid.

De totes maneres i amb tot i que creiem que en les condicions descrites aquest conjunt de símptomes és més que suficient per a pensar en la localització cardio-aòrtica de la sífilis, la comprovació diagnòstica definitiva pel que es refereix a l'aorta és l'ortodiagrama, la visió a la pantalla d'una aorta anormalment opaca, amb augment franc del calibre del vas pres en obliqua i en transversa, animada de bategs exageradament amples o mal limitada per uns contorns flonjos deguts a la celulitis periarterial que l'envolta, fan que el diagnòstic no sigui de presumció sinó de certesa.

Confessem sincerament que el diagnòstic preclínic de la sífilis miocàrdica aïllada, és a dir sense participació aòrtica, és més delicat. Com deiem abans, l'únic signe objectiu és l'apagament de tons, que per si sol no tindria un gran valor si no fos que va acompanyat sovint de petites alteracions electrocardiogràfiques i, sobre tot, que això esdevé en individus manifestament sífilítics i sense cap altra tara. Les modificacions electrocardiogràfiques més sovint observades són les següents: taquicardia, extrasístoles de tipus aïllat (en la nostra estadística sempre ventriculars), inversió de l'incident T en una, dues i àdhuc en tres derivacions, disminució en el voltatge de l'incident R, retards de conducció en el complex Q_RST, augment en l'amplada de la base de l'incident R.

La taquicardia és molt freqüent i cedeix ràpidament al tractament específic. La creiem de bon pronòstic. En canvi no estem conformes amb l'opinió d'alguns que diuen que els extrasístoles apareguts durant el secundarisme són sempre banals i que serien deguts a un estat neuropàtic especial del cor, determinat o accentuat per la sífilis. Nosaltres creiem que,

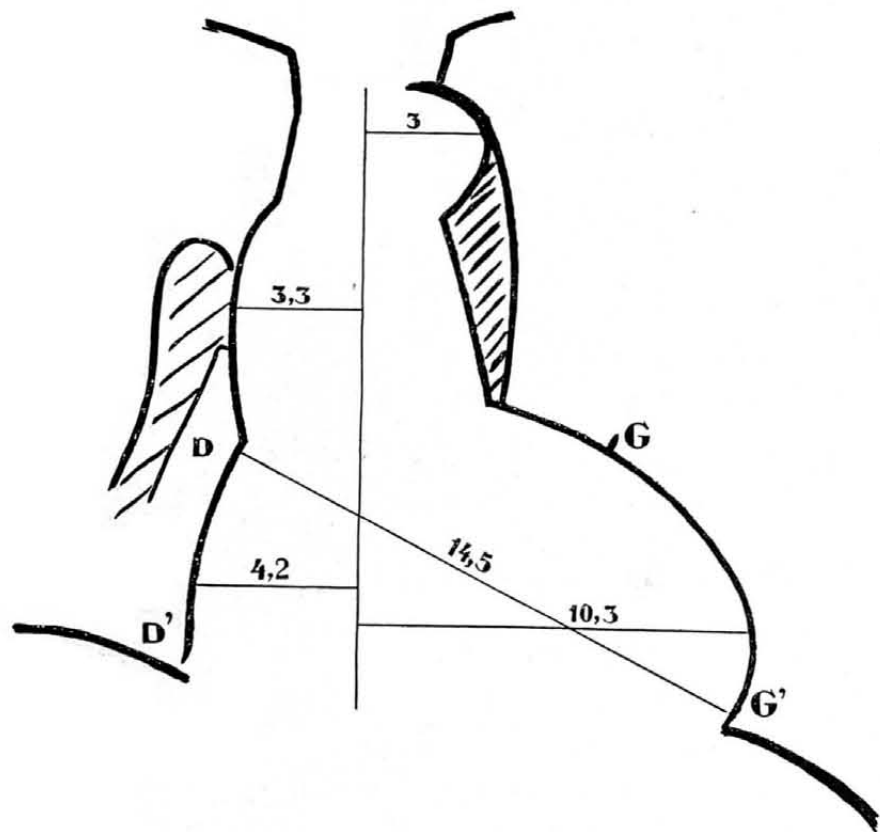


Fig. 1. - Ortodiagrama. Aument de l'arc aòrtic amb distensió de la crossa. L'aorta descendent és visible en posició frontal. Arteritis d'una branca de la pulmonar dreta, - Hipertrofia del ventricle esquerre.

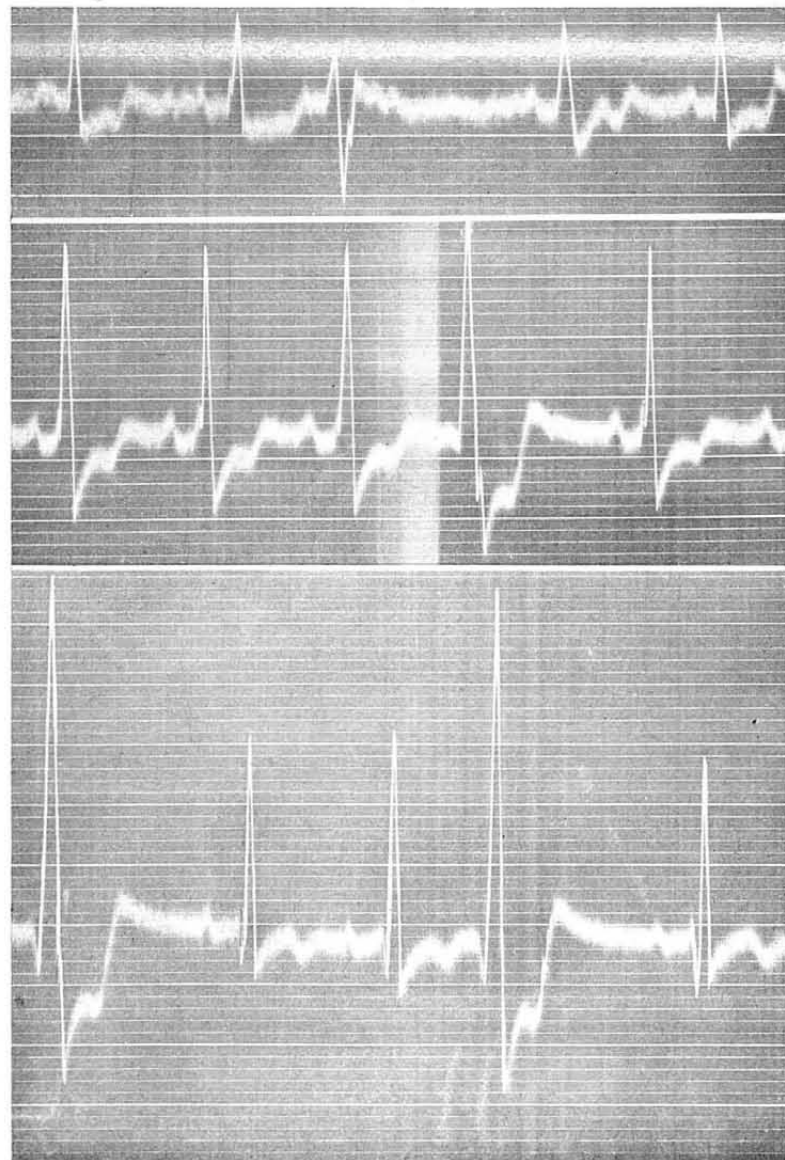


Fig. 2. - Electrocardiograma en tres derivacions (Temps 0'1). Extrasístoles aïllats de tipus ventricular. Incident R amb embotament a la punta T, invertida en tres derivacions.

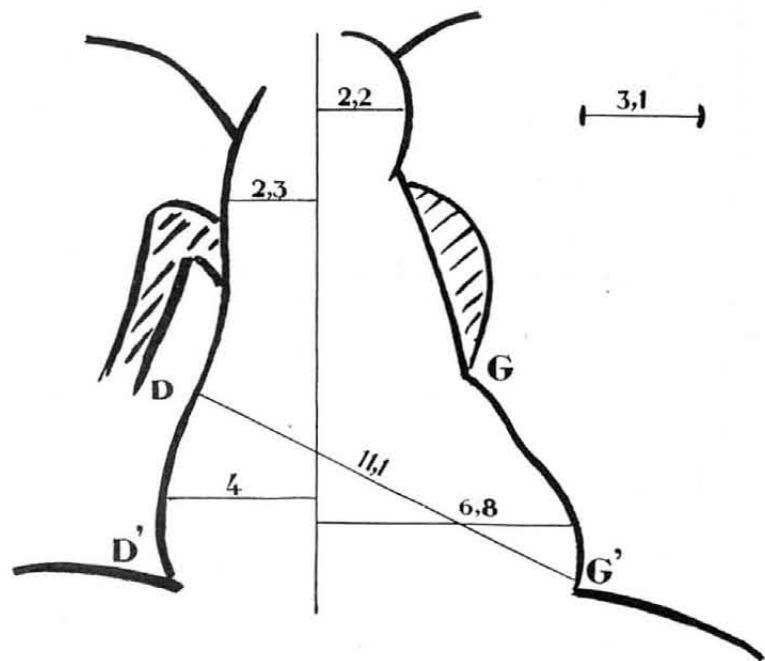


Fig. 3 - Ortodiagrama. Petit augment de l'arc aòrtic i del calibre del vas pres en obliqua. Sombres d'arteritis de les branques de la pulmonar.

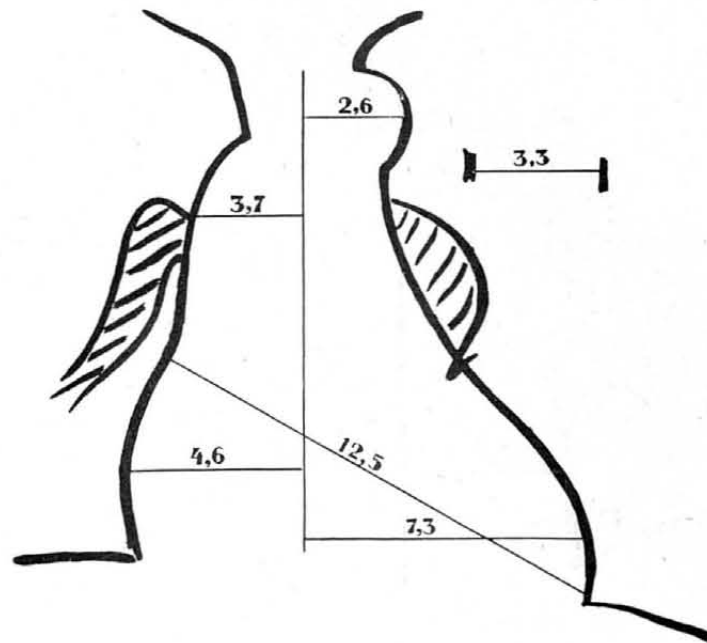


Fig. 4. - Petita aortitis amb sombres d'arteritis pulmonar.

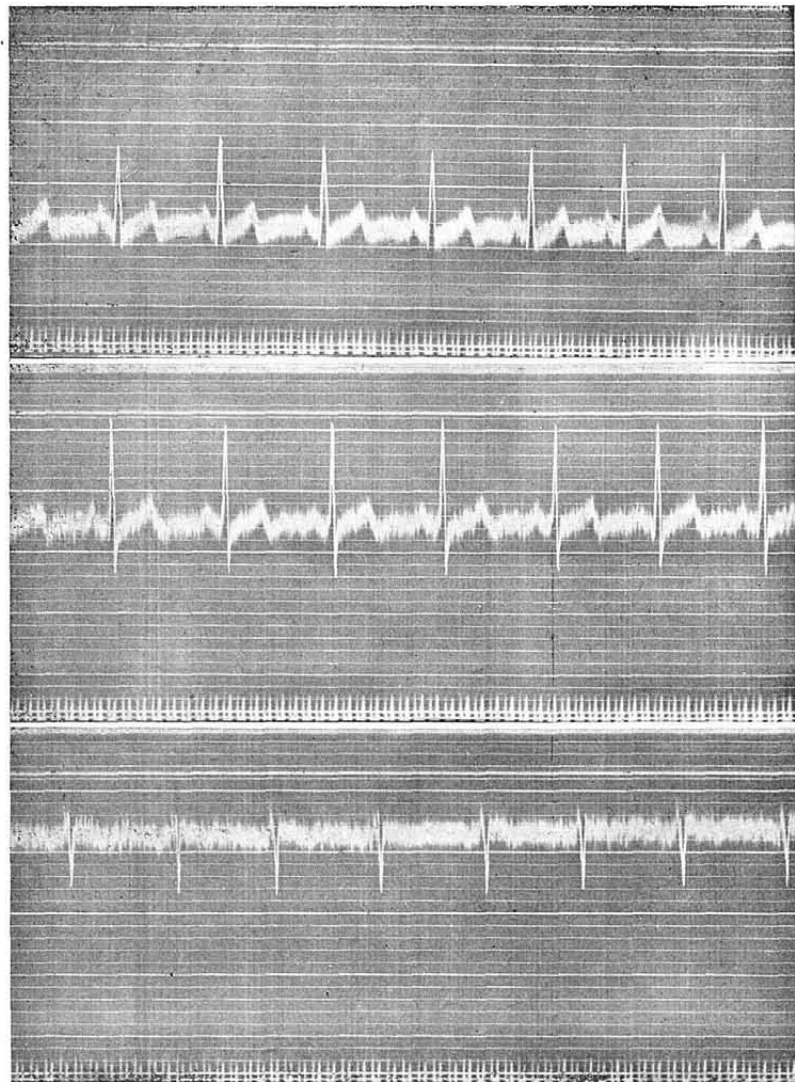


Fig. 5. - Primera observació electrocardiogràfica de la mateixa malalta. Embotament de la punta de R. Aquest incident apareix a distintes alçades.

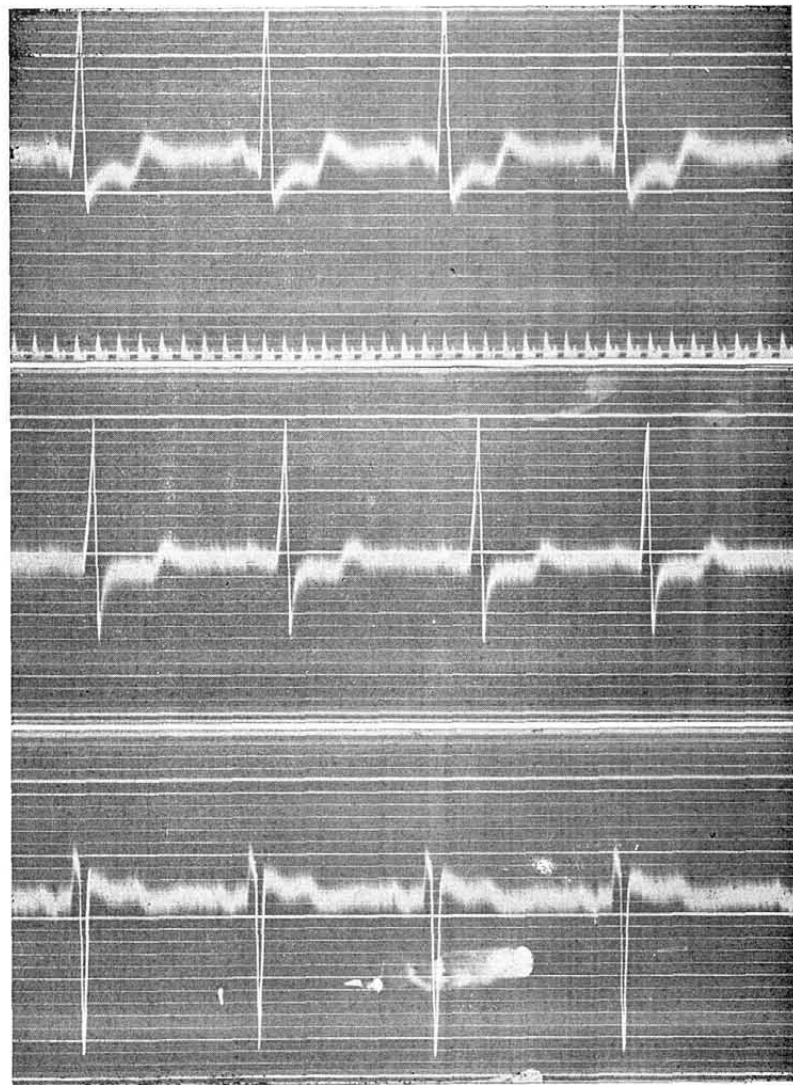


Fig. 6. - Segona observació electrocardiogràfica de la mateixa malalta al cap d'onze mesos. R menys punxaguda encara que en la primera observació. En DII s'observa un ganxo en la branca ascendent. L'incident T es difàssic en totes tres derivacions.

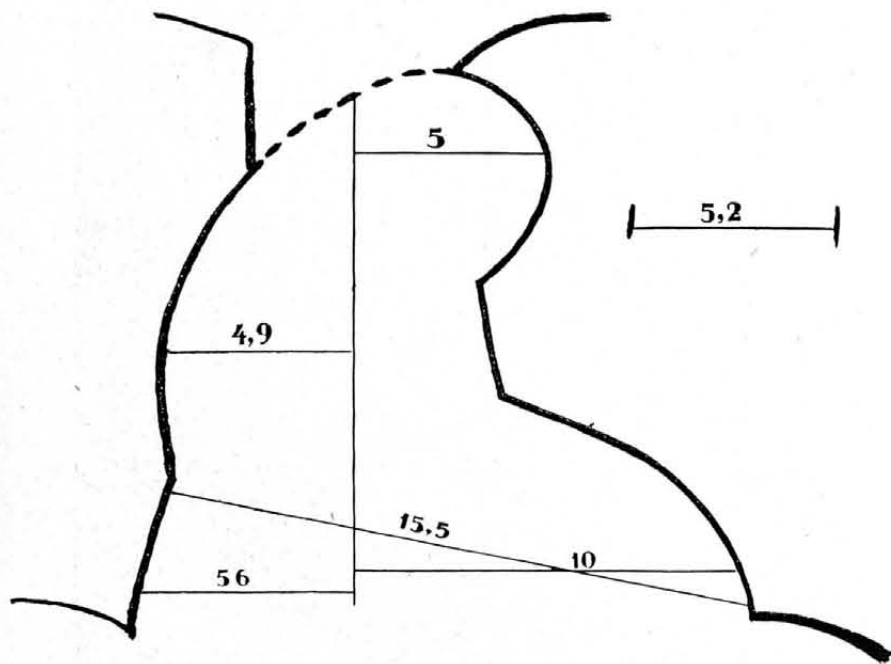


Fig. 7. - Ortodiagrama. Aortitis enorme, amb hipertrofia cardíaca produïda principalment a despeses del ventricol'esquerre.

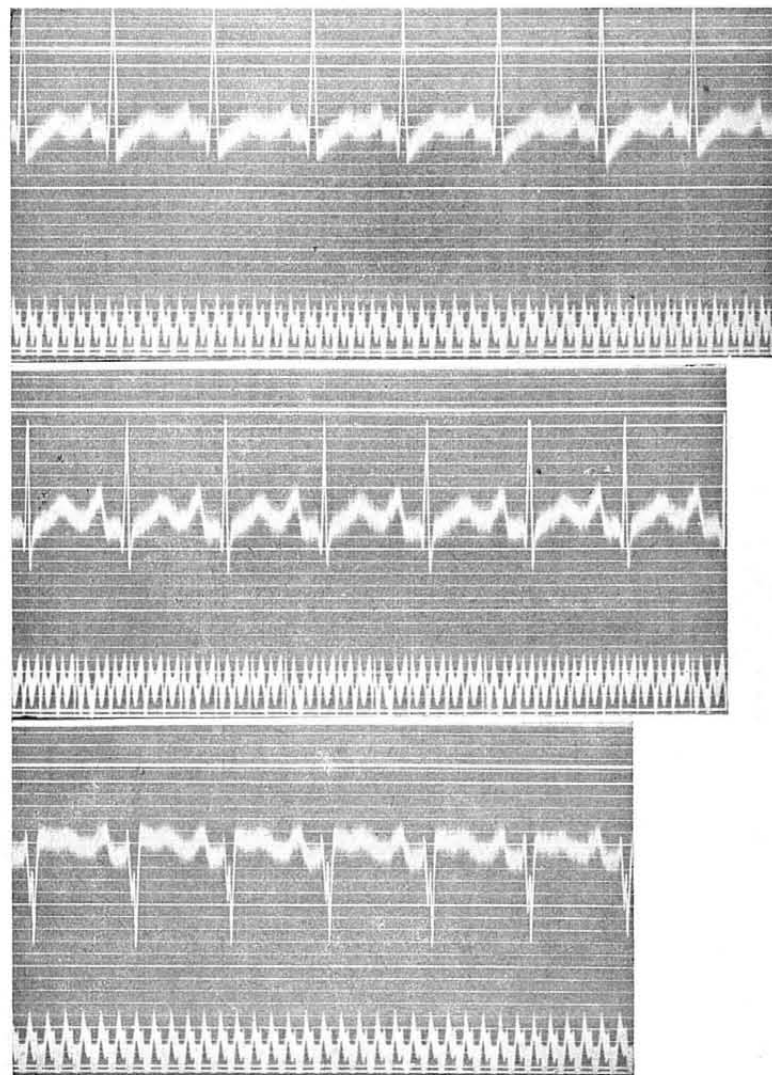


Fig. 8. - Electrocardiograma del mateix malalt. Embotament de R, ganxo de la branca descendent de la mateixa onda en DIII.

tant en aquest període com més endavant, en ple terciarisme, és sempre un signe seriós que cal estudiar detingudament i que pot ésser la primera manifestació d'una localització de la sífilis. Vegi's sinó l'electro de la hist. número 10. Es tracta d'un malalt que acut al servei d'oftalmologia per un vulgar llagimeix, sospitant que es tracta d'una lesió específica, el malalt és enviat al servei de sifiliografia per l'estudi de les reaccions serològiques, aquestes resulten positives i procedim a fer l'examen cardio-vascular com en tants altres malalts. Es individu d'aspecte excellent, que no es plany absolutament d'altre cosa sinó de la lesió ocular i que fins es sent una mica molestat de que per una cosa tant banal sigui sotmès a tantes proves i exàmens. L'exploració cardio-vascular no dona altres signes sinó un apagament general de tons, un buf sistòlic suau en el focus aòrtic que no ocupa tot el sistole i un refors del segon to gens exagerat. Extrasístoles de tipus aïllat bastant freqüents. L'ortodiagrama ja ens descobreix que malgrat l'absència de simptomatologia subjectiva es tracta d'un gran aòrtic (fig. 1), arc aòrtic exagerat, cava superior desplaçada pel desenrotllament de l'aòrta, que està animada de bategs amples, visibilitat anormal de la porció descendent en posició anterior, hipertròfia cardíaca total a despeses, sobretot del ventricle esquerre. Però això no ens sorprèn massa, per tal que com deixem dit són molts els casos que hem pogut sorprendre en condicions anàlogues, el que realment va sorprendre'ns és l'electro d'aquest subjecte, que no es plany de res, que no té el més petit signe subjectiu i que ofereix, a l'examen electrocardiogràfic (fig. 2), signes tant greus de participació cardíaca com és la inversió de l'incident T en tres derivacions. En aquest cas no és podrà pas dir, com volen sostenir alguns en intentar demostrar que la sífilis cardíaca primitiva és molt rara, que les lesions profundament degeneratives que revela l'electrocardiograma siguin una conseqüència de l'aortitis ja que hi ha una desproporció evident entre aquesta i aquelles.

Ja no cal dir que la comprovació definitiva del diagnòstic és el tractament específic, es a dir l'eficàcia d'aquest tractament. D'una manera bastant general s'han combatut les curacions de l'aortitis sifilitica radiològicament considerades, curacions que sostenen com a possibles l'escola de Vaquez i Bordet i els seus seguidors. Per la nostra banda hem de dir que tampoc hem tingut la sort d'observar-ne cap a pesar de portar tractats alguns centenars de malalts, a no ésser precisament en alguns casos dels que constitueixen aquest període preclínic que ens ocupa. No més en aquest període incipient, en què les lesions són escasses, en què no hi ha simptomatologia subjectiva, en què no han passat masses anys des de la infecció primària, hem observat reduccions reals del diàmetre aòrtic i no entrarem a discutir, perquè no és aquest el nostre objecte, si la reducció és deguda a l'efectiva disminució del calibre aòrtic o a la desaparició de la inflamació del teixit cellular que envolta el vas. El que interessa des del nostre punt de vista és que malalts que radiològicament oferien signes clars de lesió aòrtica han curat completament, sempre sota aquest aspecte radiològic, després d'un tractament específic ben dirigit.

Abans d'acabar aquest ràpid estudi semiològic voldríem parlar d'un altre signe vascular que hem trobat amb una gran freqüència en els sifilitics en general i en molts dels casos que avui presentem. Ens referim a l'arteritis de les branques de l'artèria pulmonar. Parlem d'una forma d'arteritis

pulmonar que s'assembla a les que s'han descrit com a formes secundàries i que es troben freqüentment a l'estenosi mitral en les infeccions pulmonars, en la insuficiència cardíaca i no de les formes associades a la sífilis bronquial, l'esclerosi obliterant de l'artèria pulmonar i la cianosi amb eritrocitosi que constitueix la malaltia d'Ayerza.

Darrerament ja s'ha parlat de l'arteritis pulmonar sifilítica i és especialment Chaperon qui ha demostrat la importància enorme que pel seu diagnòstic té l'examen radiològic. Doncs bé, per les dades que nosaltres hem pogut recollir, l'existència d'aquestes formes és realment notable en els sifilítics, àdhuc durant el període preclínic de la malaltia. Aquest punt només volem posar-lo de relleu sense insistir-hi massa, ja que, tractant-se d'un capítol relativament poc estudiat de la patologia vascular, no ens atrevim a fer conclusions massa categòriques, però sí que volem fer notar la freqüència amb que hem pogut evidenciar-la, el fet de que sovint les hem trobat com únic símptoma en malalts sifilítics sense simptomatologia subjectiva i sobretot l'enorme eficàcia del tractament específic en aquestes formes, arribant fins a la curació absoluta radiològicament considerada. Un cas ben demostratiu en aquest sentit és el d'una noia heredoluetica: no aqueixa absolutament cap molèstia, però és filla d'una sifilítica que és assistida al Servei i se li aconsella l'examen serològic, examen que resulta positiu. Res a l'auscultació, però a la pantalla observem una aorta lleugerament dilatada i una arteritis de les branques de la pulmonar de les més típiques (fig. 3). Al cap de tres mesos de tractament específic, les ombres de les artèries pulmonars havien desaparegut per complet.

Després de tot això, és que podem parlar d'un període preclínic de la sífilis cardio-vascular, en què hi ha fets objectius evidents que el pràctic pot recollir abans que comenci el quadro ric de la simptomatologia subjectiva, o se'ns dirà potser que només es tracta de casos de tolerància, com tants se n'han descrit, en molts dels quals i entre parèntesi, creiem que la tolerància ja s'ha acabat, casos en els quals, gràcies a una determinada localització de les lesions, la simptomatologia subjectiva és muda durant tota la vida? Aquest concepte de latència és molt relatiu. No dubtem pas de què, segons la localització lesional l'objectivitat és més o menys ràpida i la simptomatologia més o menys brillant, però quan ja s'ha admès per gairebé tothom que el debut real de l'aortitis és molt anterior a la seva evidenciació, quan s'ha arribat a descriure l'aortitis crònica com el final d'una aortitis aguda clínicament latent, cal creure que, apart la tolerància problemàtica, hi ha un període durant el qual un examen detingut pot despistar lesions inicials i que de cap manera ens està permès creuar-nos de braços després d'haver pronunciat el mot tolerància, simplement perquè el malalt encara no es plany. ¿Pot assegurar algú que aquests casos que s'han volgut nomenar latents no deixin d'ésser-ho en un moment donat? Aquest concepte de latència indefinida podria aplicar-se a tota la patologia, i no caldria intervenir mai abans de la manifestació sorollosa de la malaltia. I encara no s'aturen aquí les coses, sinó que aquest concepte s'ha arribat a portar a l'extrem de voler-ne fer llei en la patologia sifilítica cardio-vascular i així s'ha dit que quan les lesions cardio-vasculars es produïen en sub-

jectes que oferien al mateix temps altres localitzacions, les primeres tenien un caràcter benigne i seguien un curs latent. No veiem com es podria defensar tal afirmació que jutgem gratuïta, ja que la lesió cardio-vascular descoberta fortuïtament, sofreix l'acció beneficosa de la terapèutica instaurada, no per ella mateixa, sinó per l'altra lesió que ha motivat la consulta. Altrament, nosaltres hem vist millorar les lesions cardio-vasculars de què parlem, i per tant, si eren susceptibles de millora o eren també d'empitjorament. Però si aquest raonament filosòfic no fos suficient, heus ací casos pràctics que en són més.

Un d'ells es refereix a una dona que acut a la consulta de dermosifiliografia per una goma del paladar. Serologia positiva. Examen de l'aparell circulatori, apagament de tons, buf sistòlic suau en el focus aòrtic, l'orto, descobreix una petita dilatació (fig. 4). S'ordena tractament específic que la malalta, amb motiu d'anar al seu poble, fa sumament insuficient. En aquesta data no hi havia el més petit signe subjectiu. Al cap de 10 mesos acut novament al dispensari, planyent-se de disnea d'esforç. L'orto és sensiblement igual que en el primer examen, però l'electro ha variat notablement. (figs. 5 i 6). El primer era pràcticament normal, i en el segon l'incident T apareix difàssic en les tres derivacions.

Finalment, volem presentar dos casos, que si bé no entren exactament dintre el tipus de fets que estudiem, contribuiran clarament a modificar el concepte de latència. Un d'ells es refereix al cas d'un home que ve a la consulta per la disnea d'esforç i de decúbit, dolor constrictiu retroesternal. Per auscultació es fa el diagnòstic d'aortitis i insuficiència aòrtica. El malalt té 50 anys, i va tenir un xancro als 38. En l'actualitat la serologia és intensament positiva. Doncs bé; aquest malalt, l'ortodiagrama del qual presentem, només fa un mes que experimenta molèsties (fig. 7). Abans d'un mes era un cas latent. Ningú creurà que aquesta enorme dilatació aòrtica i la hipertròfia ventricular s'han fet en un mes. El que no deixa d'ésser interessant és que l'electrocardiograma d'aquest malalt (fig. 8) és gairebé normal, apart un ganxo que apareix en la branca descendent de R en tercera derivació, contrastant amb el cas exposat abans, en el qual la dilatació aòrtica és molt inferior. Aquest fet a nosaltres no ens sorprèn, perquè tenim la convicció que la sífilis del miocardi és extremadament freqüent, i molt sovint independent de la lesió aòrtica.

L'altre, absolutament semblant a aquest darrer, és el d'una dona que ve a consultar per dolor constrictiu retroesternal que la molesta des de fa 15 dies. Té un buf sistòlic al focus aòrtic i un clangor del segon to. Serologia intensament positiva. L'aorta en transversa mesura 4,1 cm., augment massa considerable per fer-se en 15 dies.

CONCLUSIONS

Existeix, per tant, un període preclínic de la sífilis cardio-vascular, la importància del qual ens obliga no sols a conèixer-ne l'existència, sinó a cercar-la.

Fa una sèrie d'anys li fou possible a Ravaut afirmar l'existència d'un període preclínic de la sífilis nerviosa tardia. La punció lumbar va revelar-li l'existència d'alteracions en el líquid cèfalo-raquídi, índex d'altres alteracions del teixit nerviós, estroma o parènquima.

Els mitjans actuals d'exploració cardio-vascular, ortodiagrafia, electrocardiografia, etc., són el que la punció lumbar en la sífilis nerviosa, i ens poden posar de manifest lesions clínicament latents i més fàcilment curables.