



Año 1916

Nº. 3202

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Aliv. G. 22.6

Dilatación Aneurismal de la Aorta

EN LA INFANCIA

TESIS

PRESENTADA PARA OBTENER AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

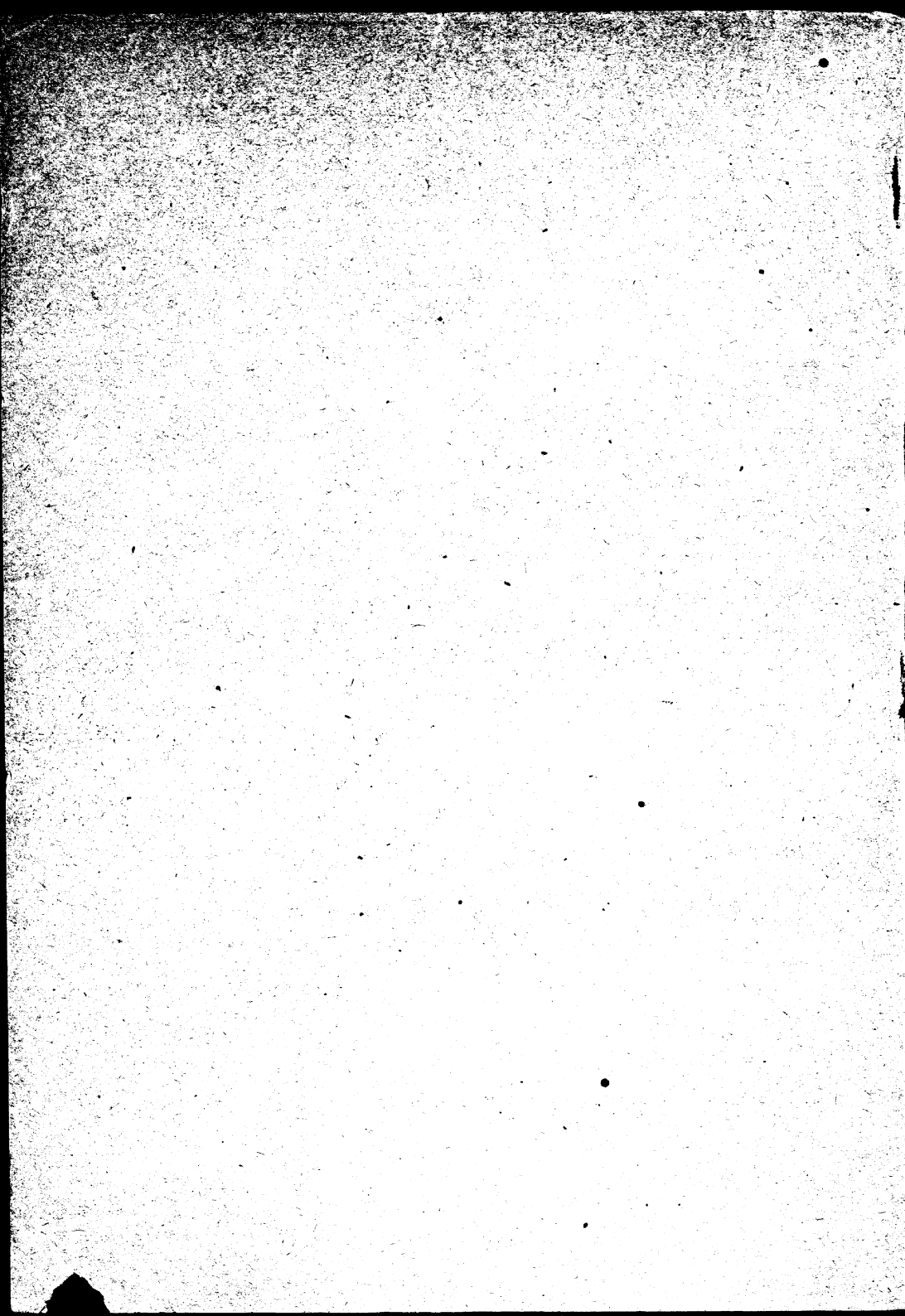
CELESTINO ALLEN VIEYRA

Ex-ayudante de química en la Oficina Química del Departamento Nacional de
Higiene 1907-1908-1909-1910
Ex-ayudante bacteriólogo en el Instituto Nacional de Bacteriología 1911-12-13-14
Ex-practicante menor externo del Hospital San Roque 1908-09-10-11
Ex-practicante menor de la Asistencia Pública 1912-13
Ex-practicante mayor del Hospital Juan A. Fernández 1914-15



● BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151
1916

05



Dilatación Aneurismal de la Aorta en la infancia

Año 1916

Nº. 3202

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dilatación Aneurismal de la Aorta

EN LA INFANCIA

...
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CELESTINO ALEN VIEYRA

Ex-ayudante de química en la Oficina Química del Departamento Nacional de
Higiene 1907-1908-1909-1910

Ex-ayudante bacteriólogo en el Instituto Nacional de Bacteriología 1911-12-13-14

Ex-practicante menor externo del Hospital San Roque 1908-09-10-11

Ex-practicante menor de la Asistencia Pública 1912-13

Ex-practicante mayor del Hospital Juan A. Fernández 1914-15



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI- CORRIENTES 3151
1916

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la Facultad

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

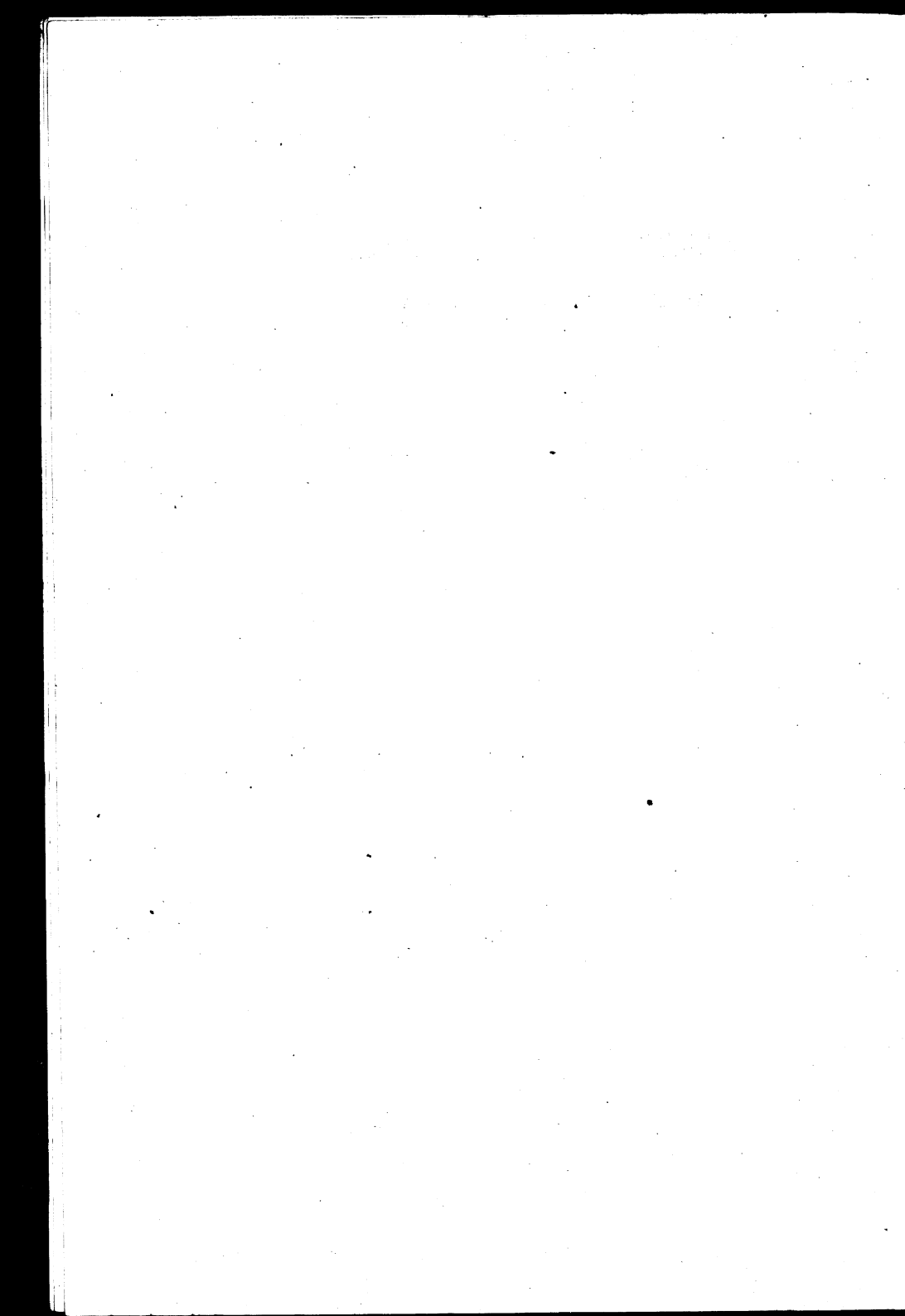
Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS

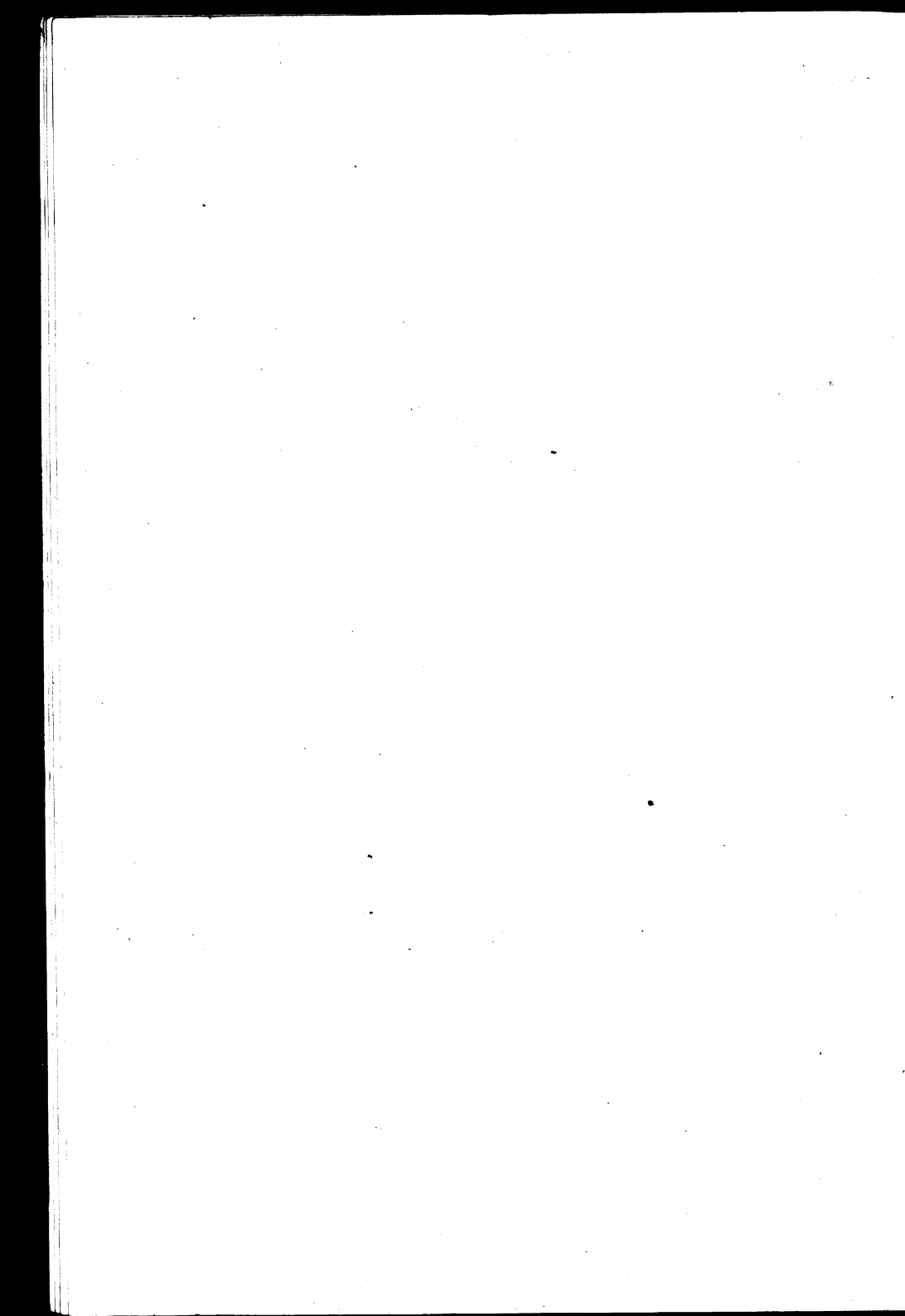


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ
6. » » ALOYSO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

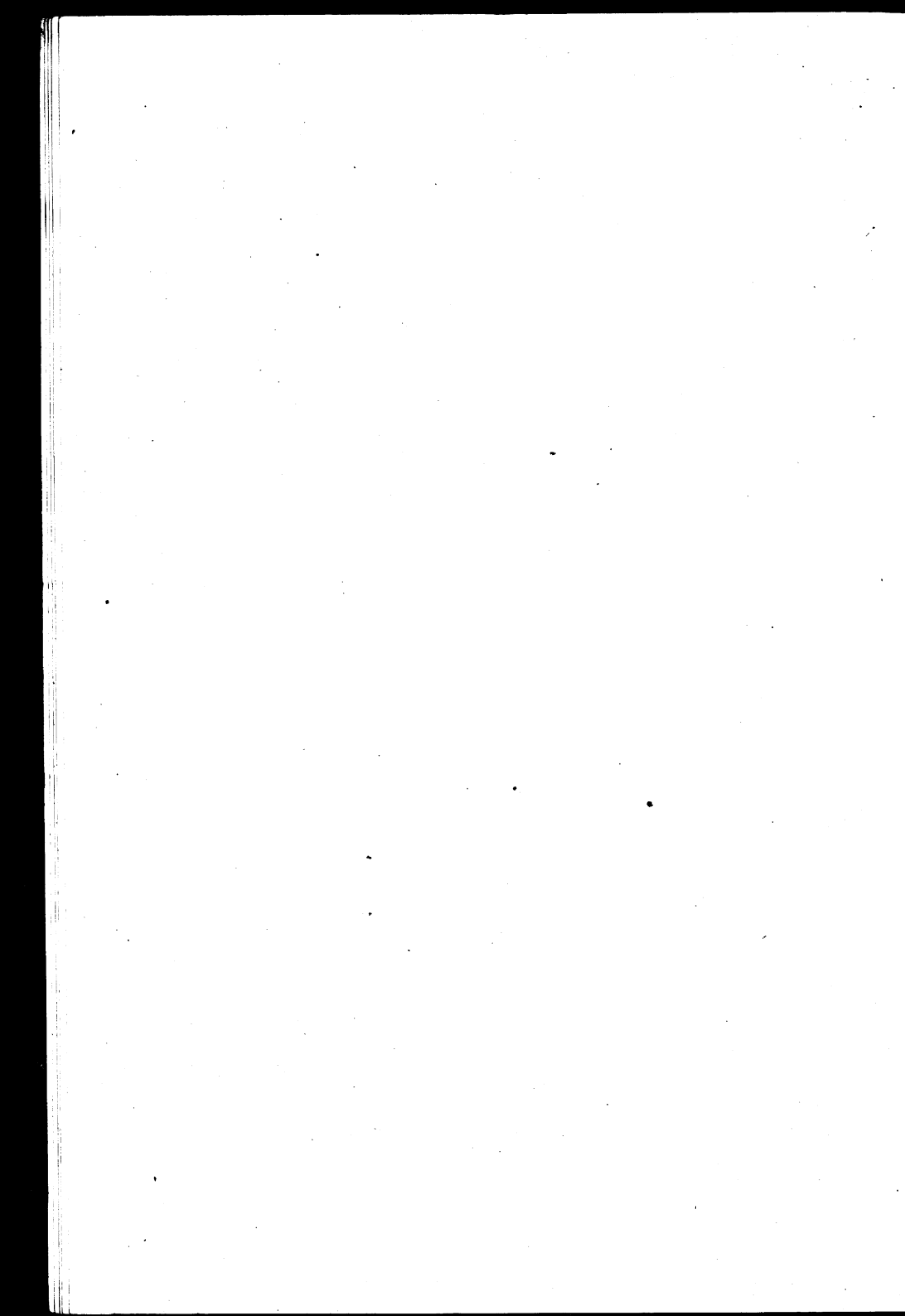
DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
- » » FANOR VELARDE
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VIÑAS
- » » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU
-



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

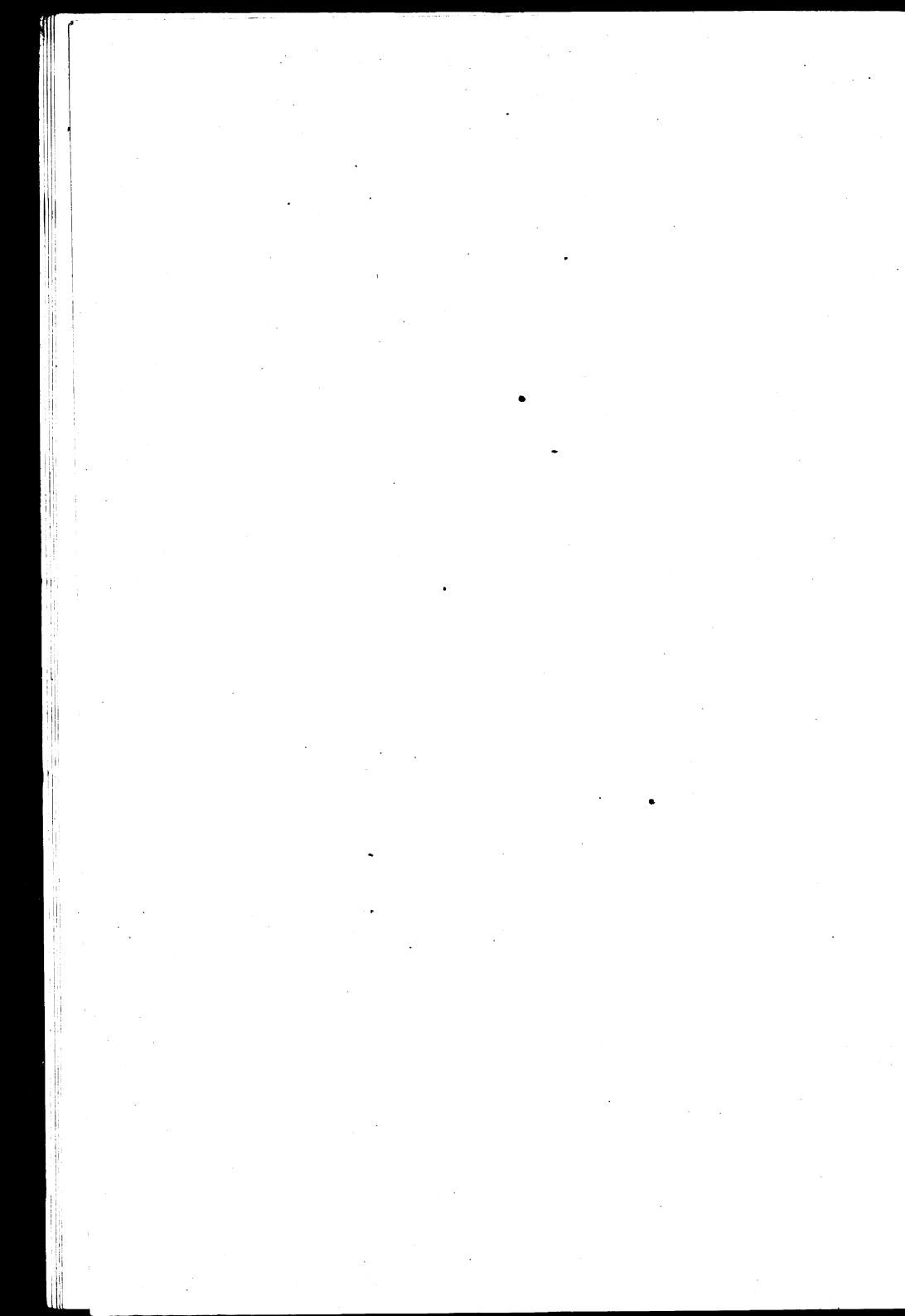
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

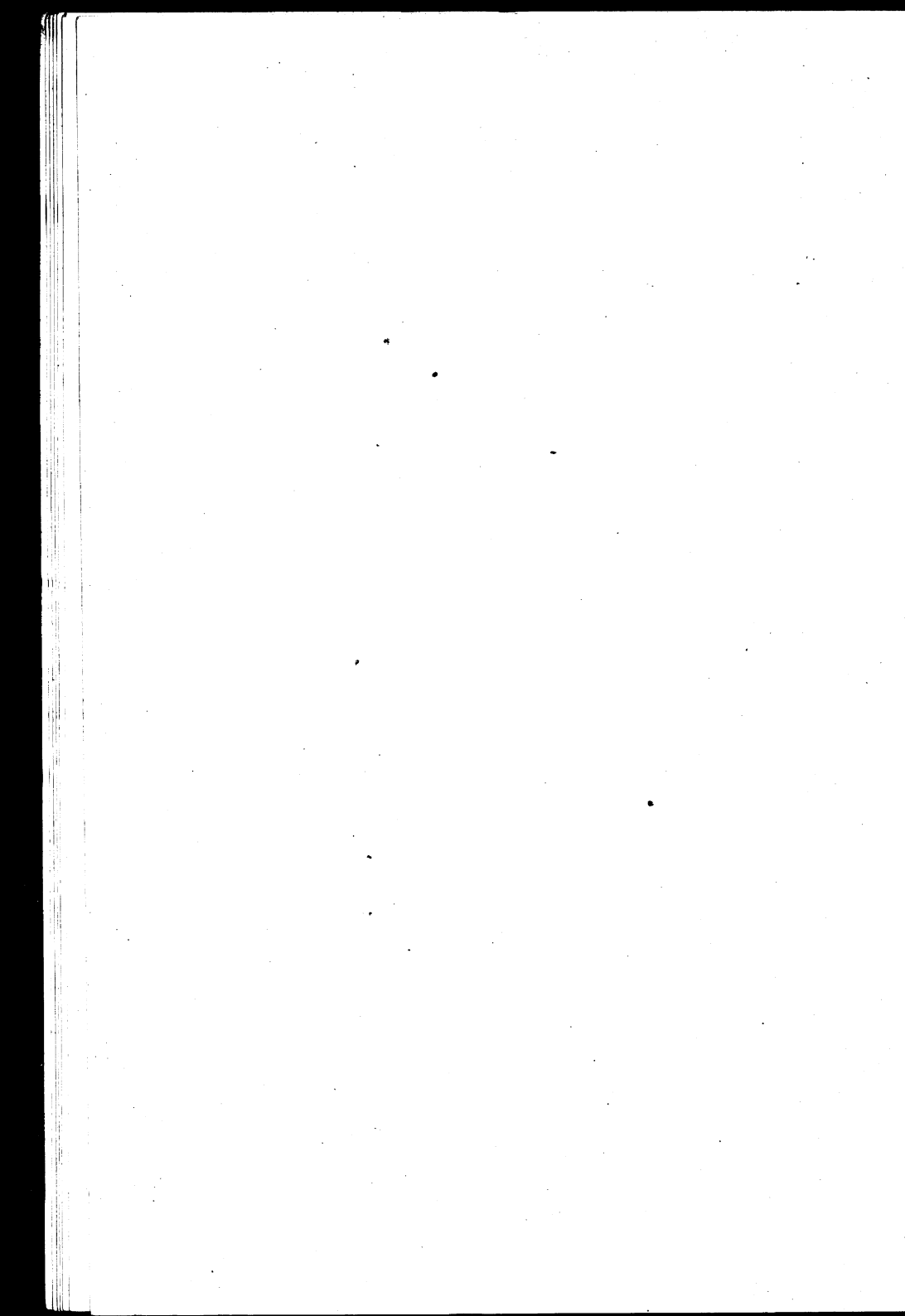
» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

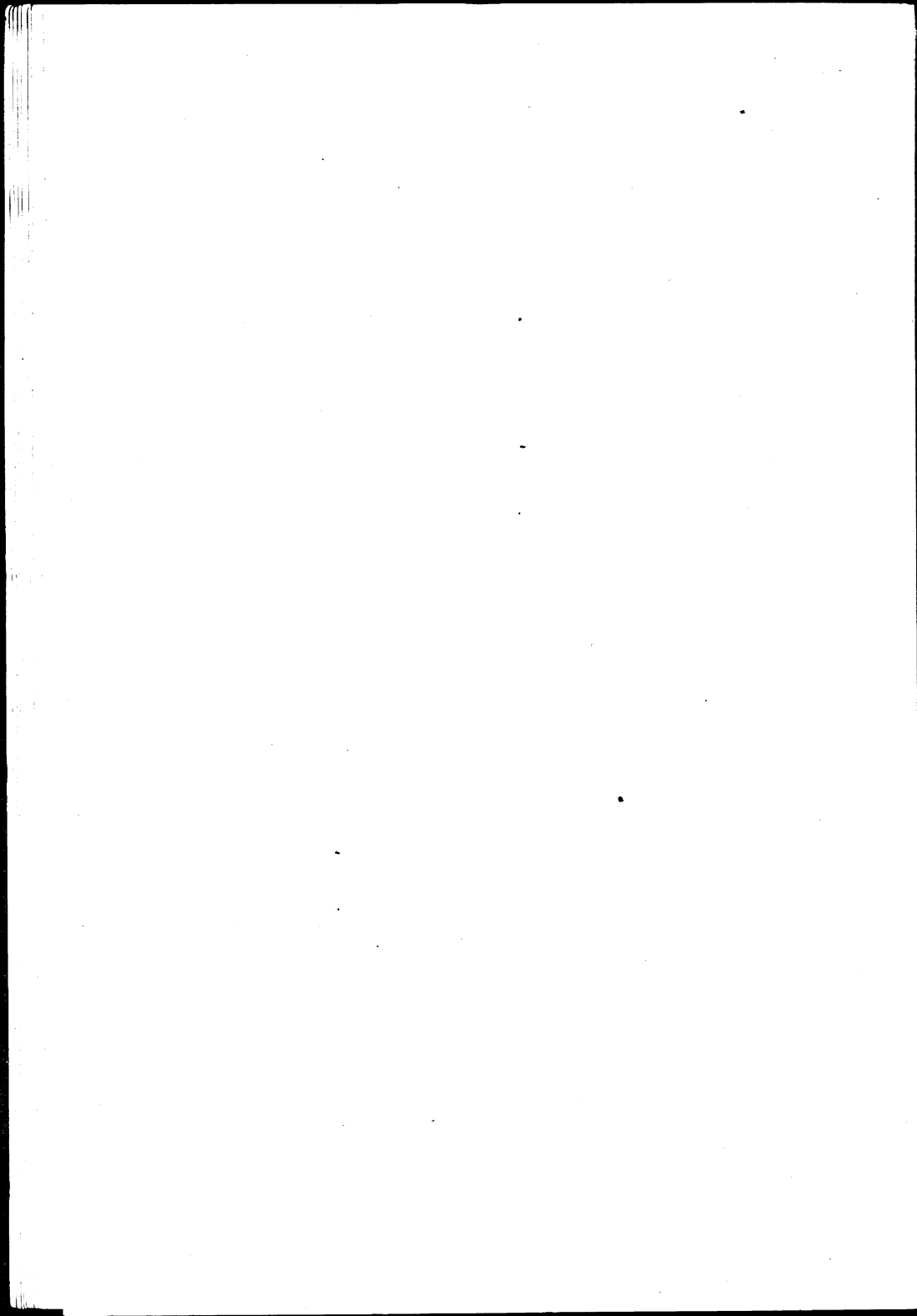
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica	
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana ..	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica ..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínico:	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica ..	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica ..	» BALDOMERO SOMMER
Clinica Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental ...	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica ..	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	
	» LUIS GÜEMES
» Médica	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ÁNGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» MARIANO ALURRALDE
	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
Patología Interna	» MARCELINO HERRERA VEGA
Clínica oto-rino-laringológica	» RICARDO COLON
	» ELISEO V. SEGURA



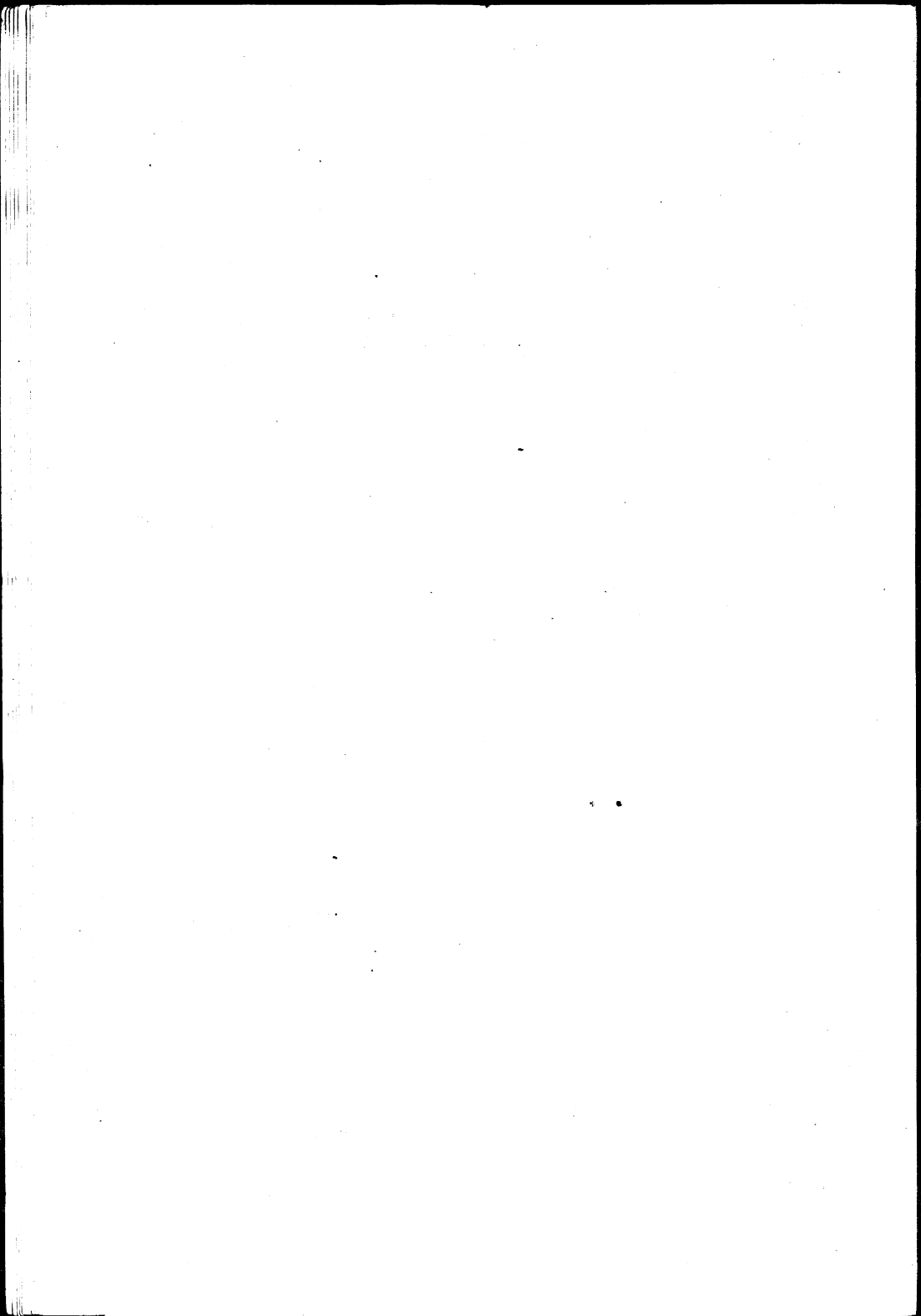
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Botánica médica.....
Zoología médica.....
Anatomía descriptiva.....
Fisiología general y humana.....
Bacteriología.....
Química Biológica.....
Higiene Médica.....
Semiología y ejercicios clínicos.....
Anatomía patológica.....
Materia médica y terapéutica.....
Medicina operatoria.....
Patología externa.....
Clinica dermato-sifilográfica.....
» Génito urinaria.....
» epidemiológica.....
» oftalmológica.....
» oto-rino-laringológica.....
Patología interna.....
Clinica quirúrgica.....
» Neurológica.....
» Médica.....
» pediátrica.....
» ginecológica.....
» obstétrica.....
Medicina legal.....

Catedráticos sustitutos

DR. RODOLFO ENRIQUEZ
» GUILLERMO SEERER
» SILVIO E. PARODI
» EUGENIO GALLI
» FRANK L. SOLER
» BERNARDO HOUSSEY
» RODOLFO RIVAROLA
» SALVADOR MAZZA
» BENJAMIN GALARCE
» FELIPE A. JUSTO
» MANUEL V. CARBONELL
» CARLOS BONORINO UDAONDO
» ALFREDO VITON
» JOAQUIN LLAMBIAS
» ANGEL H. ROFFO
» JOSE MORENO
» ENRIQUE PINOCHIRITTO
» CARLOS ROBERTSON
» FRANCISCO P. CASTRO
» CASTELFORT LUGONES
» NICOLAS V. GRECO
» PEDRO L. BALINA
» JOAQUIN NIN POSADAS
» FERNANDO R. TORRES
» FRANCISCO DESTEFANO
» ANTONINO MARCO DEL PONT
» ENRIQUE B. DEMARIA (en ejerc.)
» ADOLFO NOCCHI
» JUAN DE LA CRUZ CORREA
» MARTIN CASTRO ESCALADA
» PEDRO LABAQUI
» LEONIDAS JORGE KACIO
» PABLO M. BARILARO
» EDUARDO MARINO
» JOSE ARCE
» ARMANDO R. MAROTTA
» LUIS A. TAMINI
» MIGUEL SUSSINI
» ROBERTO SOLE
» PEDRO CHUTRO
» JOSE M. JORGE (H.)
» OSCAR COPELLO
» ADOLFO F. LANDIVAR
» VICENTE DIMITRI
» ROMULO H. CHIAPPORI
» JUAN JOSE VITON
» PABLO J. MORSALINE
» RAFAEL A. BULLRICH
» IGNACIO IMAZ
» PEDRO ESCUDERO
» MARIANO R. CASTEX
» PEDRO J. GARCIA
» JOSE DESTEFANO
» JUAN R. GOYENA
» JEAN JACOB SPANGENBERG
» MAMERTO ACUSA
» GENARO SISTO
» PEDRO DE ELIZALDE
» FERNANDO SCHWEIZER
» JUAN CARLOS NAVARRO
» JAIME SALVADOR
» TORIBIO PICCARDO
» CARLOS R. CIRIO
» OSVALDO L. BOTTARO
» ARTURO ENRIQUEZ
» ALBERTO FERRALTA RAMOS
» FAUSTINO J. TRONQUE
» JUAN B. GONZALEZ
» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
» JUAN A. GARASTOU
» ENRIQUE A. BORRO
» JOAQUIN V. GRECCO
» JAVIER BRANDAN
» ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. DR. J. C. LLAMES MASSINI

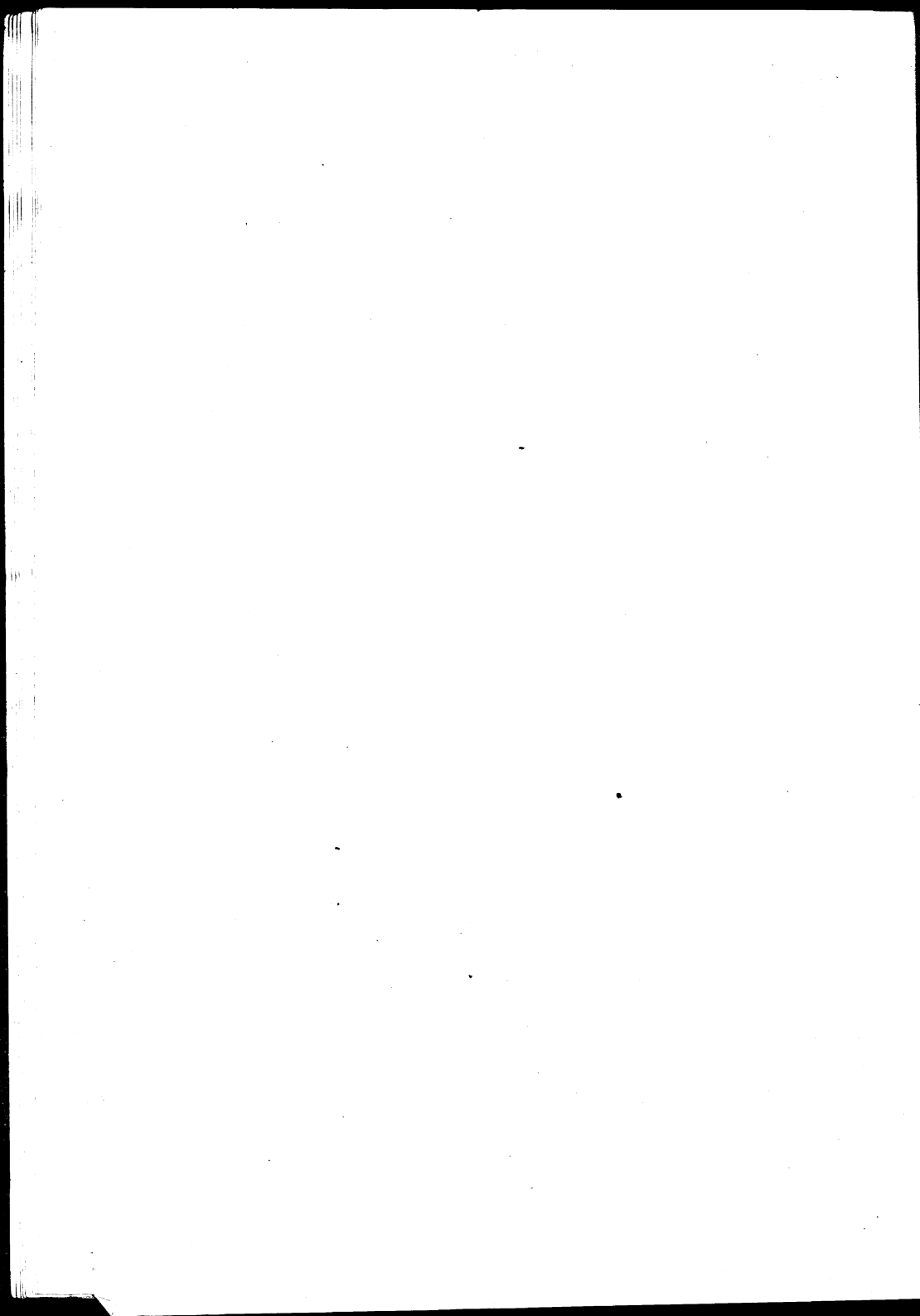
Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica ostétrica DR. FANOR VELARDE

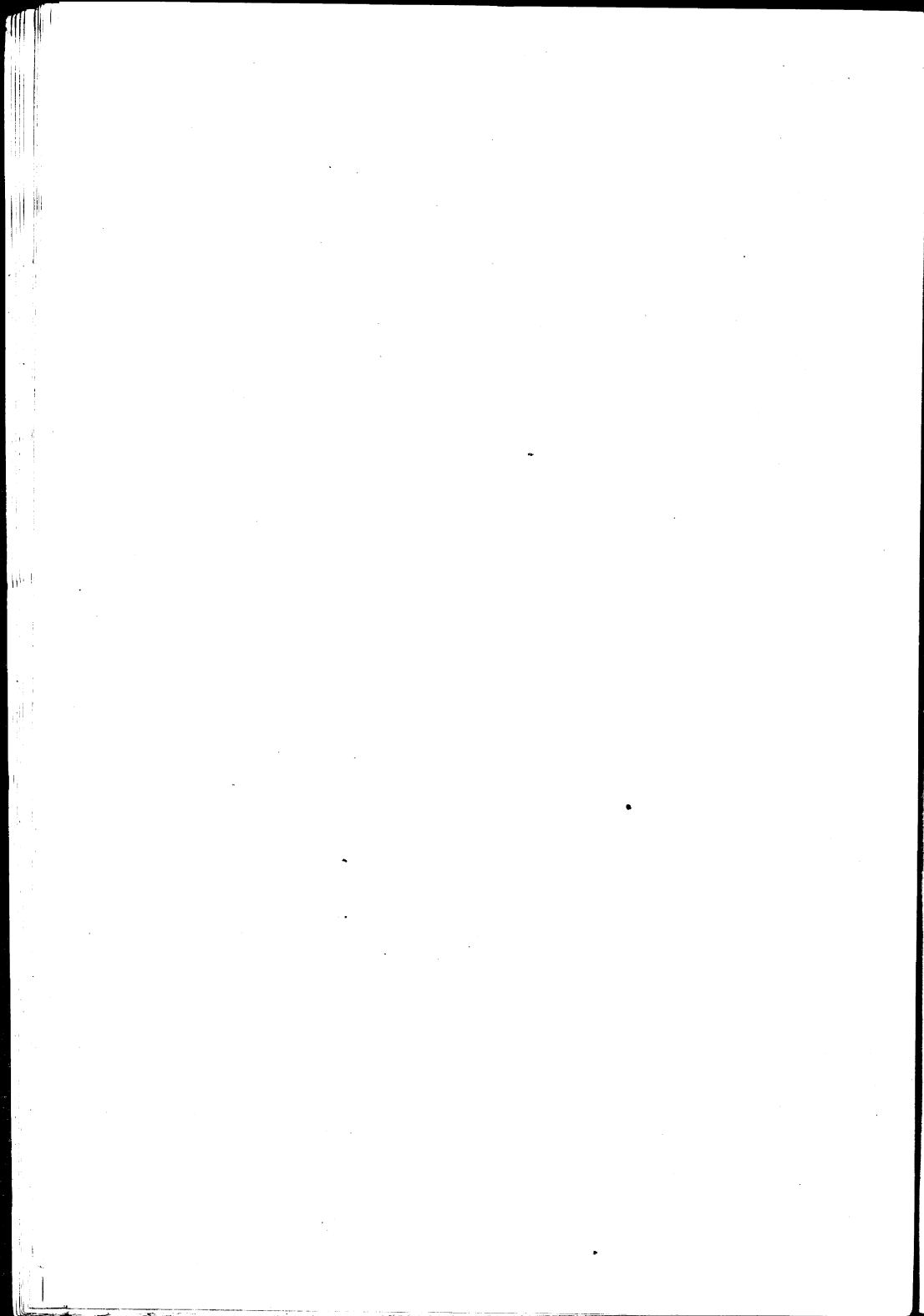
Puericultura DR. UBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general, Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada ..	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Física farmacéutica	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicoló- gica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicoló- gica (segundo curso) y ensa- yo y determinación de dro- gas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología ra- zonadas	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS GUAGLIALMELLI
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	» ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES

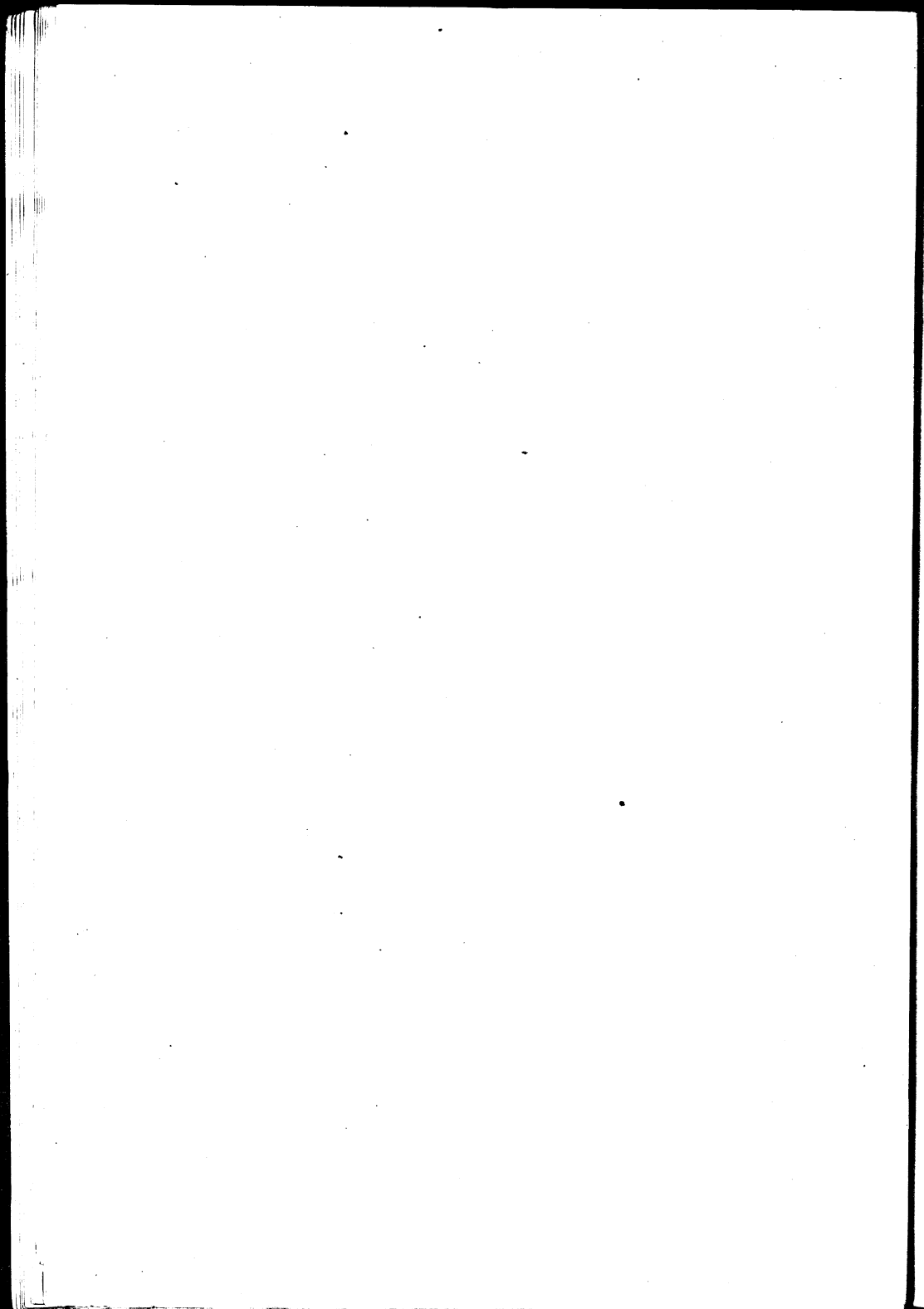


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	» LEÓN PEREYRA
3.er año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE (3^{er} año)
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)

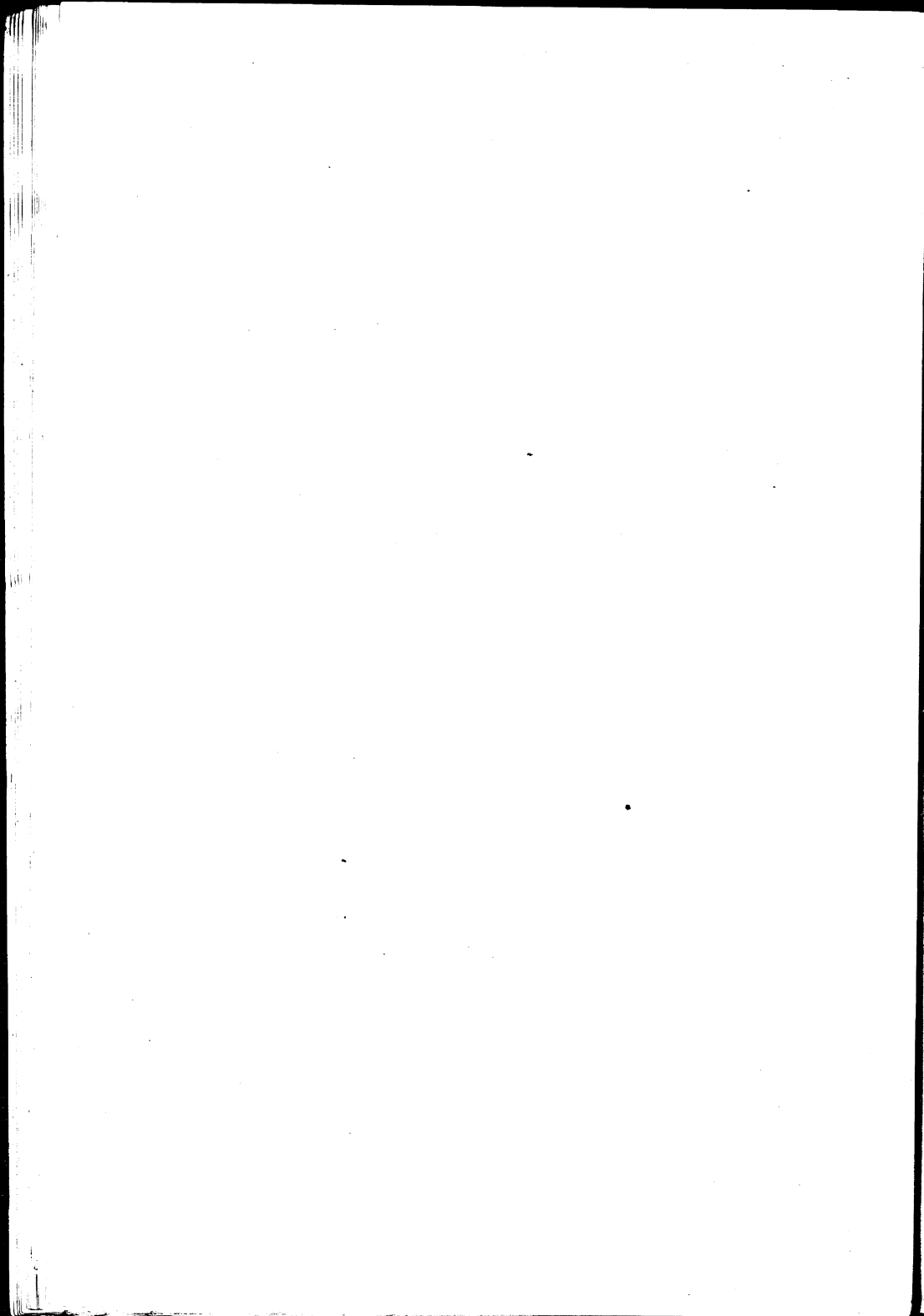


PADRINO DE TESIS :

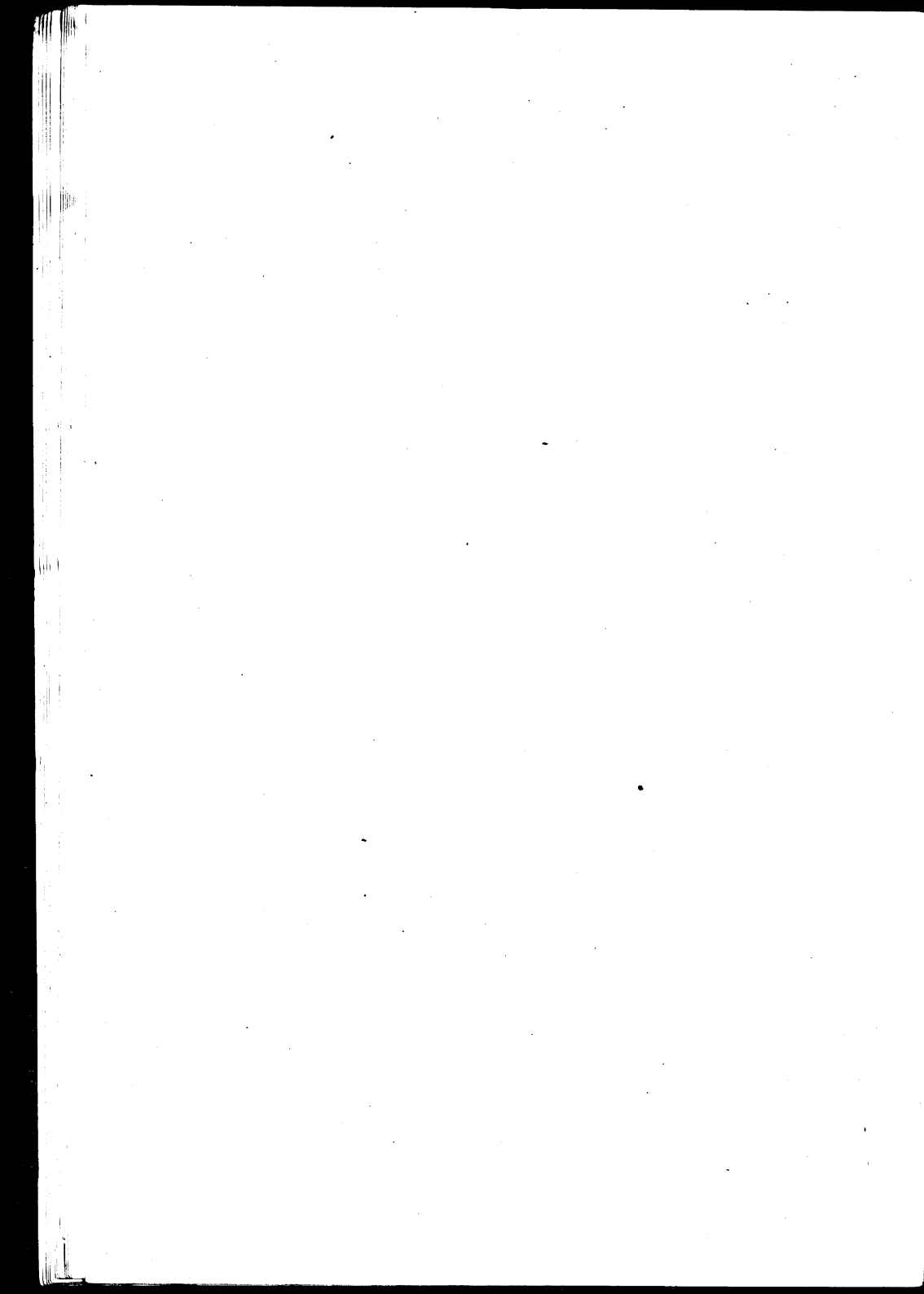
DOCTOR MAMERTO ACUÑA

Profesor sustituto de Clínica Pediátrica

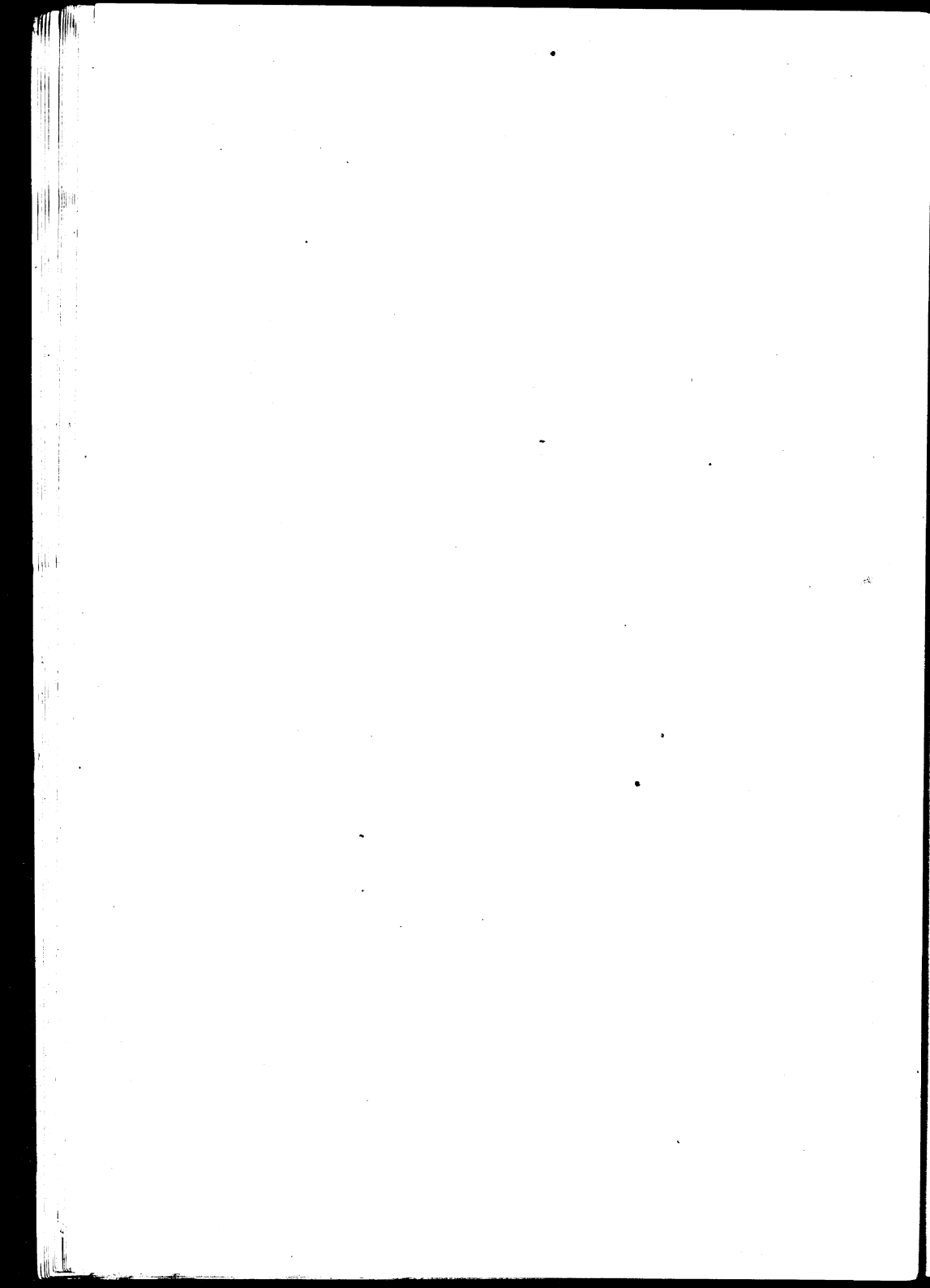
Jefe del Servicio de Niños del Hospital J. A. Fernández



A LA MEMORIA DE MI QUERIDA MADRE

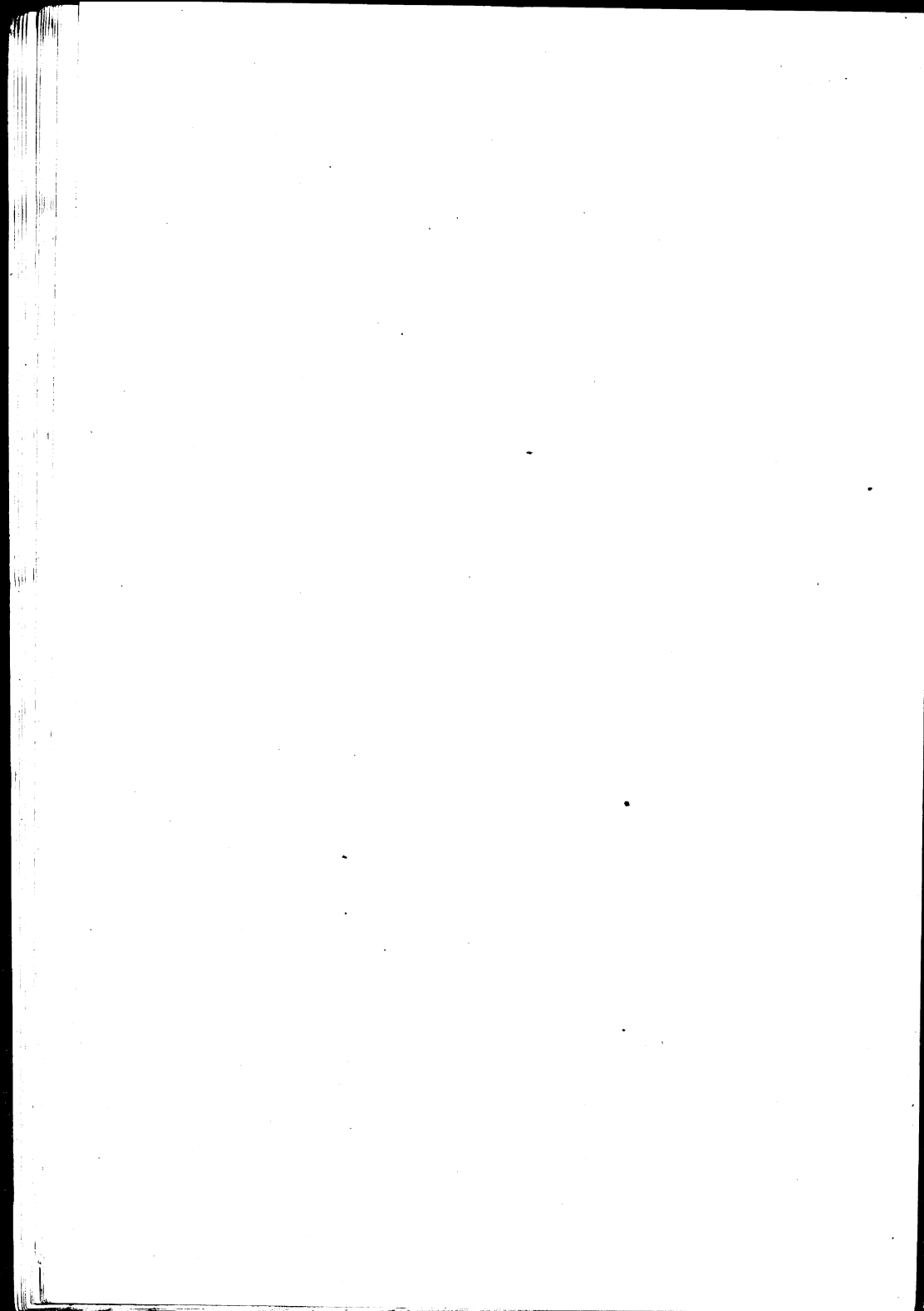


A MI ESPOSA



A LOS MIOS

A MIS AMIGOS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

En cumplimiento de una prescripción reglamentaria, presento a vuestra consideración mi trabajo último para optar al título de Doctor en Medicina. Modestísimo esfuerzo de un principiante, espero que lo juzgaréis con benevolencia.

Séame permitido, al despedirme de esta Escuela donde he recibido tantas enseñanzas, que exprese todo mi agradecimiento por los maestros que guiaron mis primeros pasos y supieron inculcarme el amor por la ciencia.

A mi inolvidable maestro, el Dr. Julio Méndez, de quien he recibido tan sabias enseñanzas, mi eterna gratitud.

Al Dr. Mamerto Acuña, caballero dignísimo y maestro insuperable, mi más sincero reconocimien-

to por el honor que me dispensa al acompañarme en este acto.

A los médicos del Hospital Juan A. Fernández y especialmente a los Drs. Durañona, Blaksley, Imaz, Chueco, Ortiz, Escutary y Villarruel por sus lecciones y consejos, mi invariable amistad.

A mis compañeros de guardia de la Asistencia Pública y de internado en el Hospital Juan A. Fernández, recuerdo cariñoso.



Introducción

La relativa poca frecuencia de las afecciones cardíacas en la infancia y en especial las lesiones de la aorta, ha mantenido en silencio casi absoluto este capítulo tan importante de la patología infantil y a parte escasísimas publicaciones aisladas que han aparecido en revistas y trabajos incompletos, los libros clásicos ni mencionan siquiera las aortitis en esta edad de la vida, a tal extremo que H. Roger ha podido decir, en un trabajo sobre aneurismas de la aorta presentado a la Sociedad de los Hospitales en 1866: «Vanaamente he buscado semejantes observaciones en los Tratados de Patología infantil: las afecciones de la aorta, a parte los vicios de conformación, parecen completamente excepcionales, a tal punto, que la palabra aorta ni aun figura en el índice de las materias de las obras clásicas».

A medida que los procedimientos de investi-

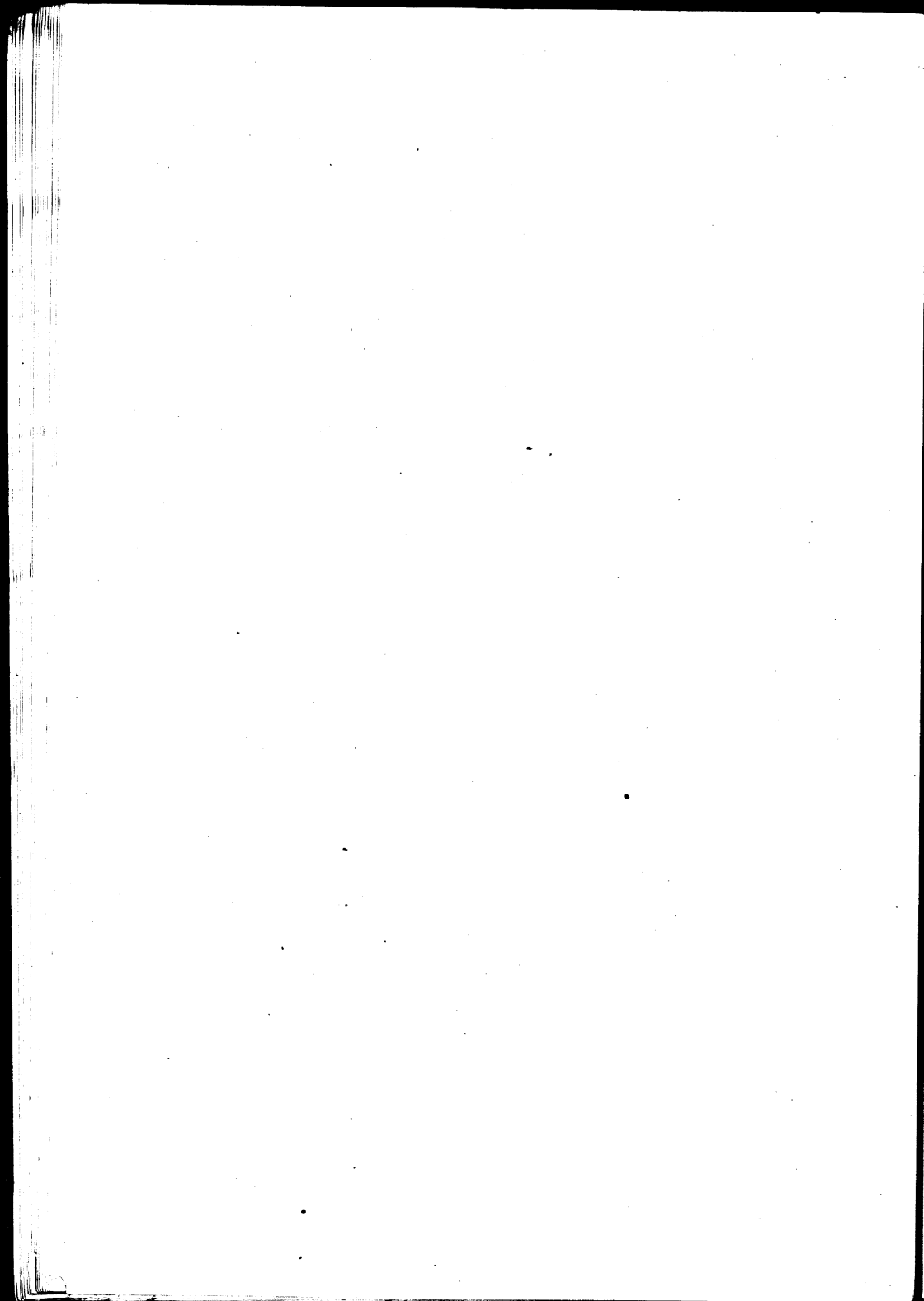
gación clínica se han ido perfeccionando y que la observación razonada ha ido clasificando con admirable precisión los signos que presentan estas afecciones, tan insidiosas y latentes en un comienzo, los casos observados se han ido multiplicando, hasta hoy, en que las aortitis y aneurismas aórticos han dejado de ser patrimonio exclusivo del adulto y el viejo y han tomado un sitio vasto en la patología de la infancia.

El laboratorio, por otra parte, ha contribuido con sus adelantos a esclarecer la etiología y ha desentrañado el origen de muchas lesiones que habían figurado en el cuadro de las complicaciones reumáticas, tifoideas, variolosas, etc.

Gracias a la reacción de Wassermann, se ha podido establecer en forma categórica la relación a veces misteriosa y oculta que hay entre una madre que presenta una serie de abortos no justificados, y un niño, que, sin antecedentes infecciosos conocidos, es portador de una manifiesta lesión aórtica.

Es recién con los trabajos de Marfan Barié, Mery y más recientemente Zuber, Comby y Levy-Franckel en el extranjero; Acuña, Navarro y Escudero entre nosotros, que se han conocido mejor estas afecciones, se ha trazado de una manera precisa su cuadro clínico y se ha establecido su verdadero origen.

Pensamos que actualmente el número de observaciones es más que suficiente para que la afección que nos ocupa tenga el derecho de ser estudiada con atención y este hecho, y la oportunidad que hemos tenido de observar personalmente un caso de dilatación aórtica en un niño de 12 años y que motivó una comunicación del doctor Acuña a la Sociedad de Pediatría, justifica la elección de nuestro trabajo, que no tiene otro mérito que haber reunido las observaciones publicadas entre nosotros.



Etiología

Dos son los principales factores que reconoce el aneurisma aórtico: la infección microbiana y el terreno sobre el cual evoluciona.

La sífilis, el reumatismo articular agudo, la co-re-a, la tuberculosis, la fiebre tifoidea, la gripe, la escarlatina, etc., son las causas habituales del aneurisma. Pero, como lo hace notar Lancereaux, el terreno sobre el cual evoluciona esta afección contribuye en gran parte a la producción de las alteraciones aórticas.

En efecto, todo tífico por ejemplo no tendrá su aneurisma, es necesario que sea un predispuesto; que pertenezca a la gran familia del artritisismo creada por Bouchard.

El reumatismo articular agudo ha sido hasta estos últimos años el factor casi exclusivo en la producción del aneurisma en la infancia.

La acción del reumatismo es innegable como

lo prueban las observaciones de la Rüe, Weill, y como ocurre en los casos de Renon y de Navarro, quienes asisten a la dilatación de la aorta después de una serie de ataques de reumatismo bajo el control riguroso de la observación hospitalaria.

No obstante esto, hoy son numerosos los casos en que aparece la sífilis como causante de esta afección, y podríamos decir que si el reumatismo produce con mucha frecuencia aneurismas en la infancia, la heredo-especificidad ocupa en la actualidad el primer puesto entre los factores del aneurisma aórtico.

Quizás la evolución silenciosa de muchos aneurismas en la infancia ha hecho que se descuide el examen de la aorta y que pase desapercibida esta lesión, hasta que un ataque de reumatismo llame la atención sobre la posible alteración de la aorta, en cuyo caso nos vemos forzados a admitir el reumatismo como causante de una afección que ya existía y que había pasado desconocida hasta entonces.

Por otra parte, los precarios medios con que se contaba hasta hoy para excluir una sífilis hereditaria hacía entrar en el cuadro de las complicaciones reumáticas todos los aneurismas que no podían ser catalogados en otra parte.

El conocimiento de la acción de la sífilis he-

reditaria sobre el sistema circulatorio es de adquisición reciente, puesto que Laucereaux decía en 1873 en su Tratado de la Sífilis: «No se conoce ningún caso de arteritis sífilítica hereditaria». Luego, empiezan a señalarse algunos casos de arteritis específica en el niño. Barlow es el primero en descubrir lesiones del tronco basilar. Dowse, Chiari han señalado la obliteración de las arterias de la base del cerebro. En un recién nacido muerto, Durante, encuentra alteraciones de los vasos del riñón y del pulmón. El trabajo de Savy sobre «La Hemiplegia por arteritis cerebral en los heredo-sifilíticos» está basado en las observaciones de Passini y de Hubner, que descubren arteritis de los vasos de la base del cerebro y de la vertebral.

Rasch y Wiesner si bien no encuentran treponemas en la aorta de algunos heredo-sifilíticos muertos, constatan infiltraciones celulares y neoformación celular linfocitaria en la túnica media.

Estos estudios anatómo-patológicos están confirmados por observaciones clínicas que no dejan lugar a duda. En efecto, el Dr. Escudero estudia primero tres casos de lesiones aórticas en adultos jóvenes heredo-sifilíticos en los cuales la etiología aparece clara y es confirmada por la reacción de Wassermann. Después en dos hermanos de 4 y 6 años respectivamente, y cuyas historias

van transcritas al final de este trabajo, señala lesiones heredo-sifilíticas de la aorta, confirmadas igualmente por el laboratorio.

La observación del Dr. Navarro, que obtiene una Wassermann positiva después de la reactivación del proceso heredo-específico en un niño de 14 años con una ectasia aórtica, también afirma la misma etiología.

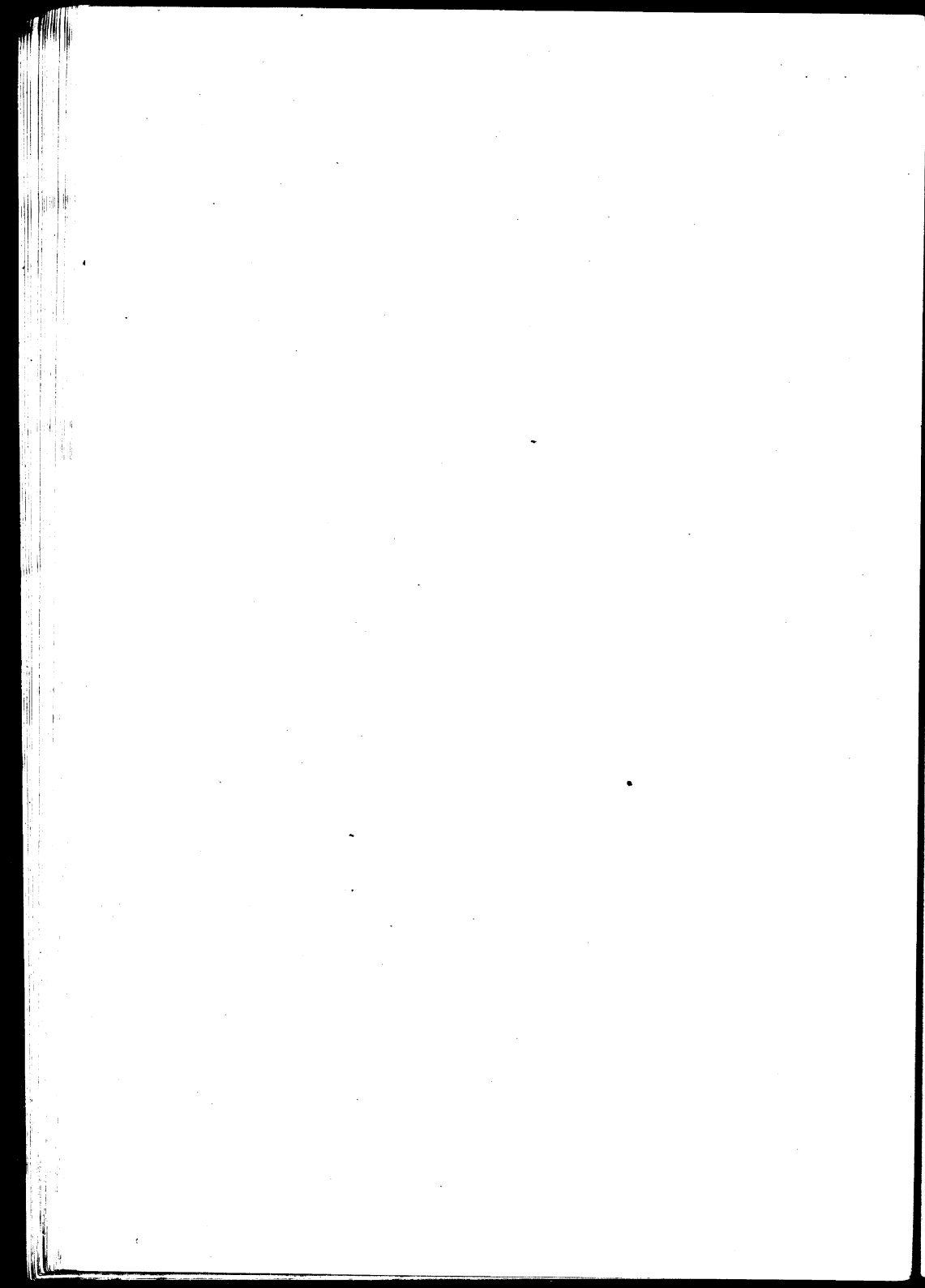
Wilson y Narcy aceptan también el origen sifilítico en el aneurisma aórtico y dan como posible un comienzo intrauterino.

Por último, en nuestro caso, el origen heredo-específico de la lesión tampoco puede ser obscuro. Si bien es cierto que no se tuvo oportunidad de obtener una reactivación del proceso, el niño no contaba tampoco en su pasado con otra afección que una viruela a los dos años y es difícil admitir este origen en su aneurisma dada la actividad nutritiva de los vasos a esa edad. Por otra parte, los abortos frecuentes de la madre y la Wasserman francamente positiva, en ella, nos inclinan a aceptar el origen sifilítico de la afección.

Al lado de las causas generales, es necesario mencionar las causas locales u ocasionales que parecen tener una importancia real en el mecanismo de producción de esta afección.

Ha sido señalado el traumatismo y su acción

según una observación de Keen parece real. En fin las inflamaciones de los órganos vecinos pueden repercutir sobre la aorta y alterar sus paredes, como ocurrió en un caso de Hutchinson, donde una adenopatía supurada había ulcerado las tónicas arteriales.



Sintomatología

Los aneurismas de la aorta en su comienzo son generalmente latentes y pueden quedar ignorados durante varios meses si son de pequeño volumen y no tienen tendencia a crecer. A veces, no se los reconoce sino cuando terminan bruscamente por ruptura. En el caso por nosotros observado, la enorme dilatación aórtica de que era portador nuestro enfermo, había pasado desapercibida mucho tiempo y no hubiéramos sospechado siquiera semejante afección, si la casualidad no nos lleva a examinar su corazón. En efecto, nuestro enfermito no había sentido jamás la más leve fatiga, ni aun caminando largas distancias o haciendo ejercicios violentos.

Sin embargo, los aneurismas aórticos, dada su situación, al nivel del mediastino producen a veces, rápidamente, fenómenos de compresión sobre los órganos vecinos, traduciéndose por signos fun-

cionales que es necesario referir a su verdadera causa.

Los signos funcionales preceden generalmente a la aparición de los signos físicos. Por otra parte, por sí mismo, no tienen los signos funcionales, ningún valor diagnóstico preciso, puesto que indican únicamente la presencia de un tumor mediastinal que irrita y comprime los órganos vecinos. Esos síntomas funcionales no son entonces sino signos de presunción y solamente los signos físicos permiten que se afirme un diagnóstico.

Se explica entonces, que al principio, los síntomas de un aneurisma del cayado aórtico sean infinitamente variables y fácilmente desconocidos en el niño, que tan difícilmente explica los fenómenos que siente y en el cual se encuentran tan frecuentemente tumores mediastinales, como la adenopatía traqueo-bronquica, que pueden inducir a un error diagnóstico.

Los fenómenos de compresión actúan sobre la mayor parte de los órganos contenidos en el mediastino, pero predominan sobre alguno de ellos según el sitio y el lugar donde se inicia el aneurisma. La vecindad de la traquea y de la bifurcación de los bronquios explica los fenómenos de compresión observados tan frecuentemente sobre esos órganos respiratorios. Esos fenómenos

de compresión se traducen por dispnea que se manifiesta en diversos grados; al principio hay una respiración frecuente, sin opresión verdadera, que se nota durante los ejercicios violentos y los esfuerzos. Después se hace permanente y adquiere ciertos caracteres particulares. Cuando la compresión es considerable, se manifiesta por un ruido de cornaje perceptible a distancia, la inspiración se hace ronca y sonora y la dificultad respiratoria se traduce por tiraje supra-external.

La auscultación contrasta singularmente con esos signos funcionales tan marcados, pues solamente se nota una disminución considerable del murmullo respiratorio sin fenómenos patológicos particulares. Sin embargo, cuando la compresión se hace sobre un solo bronquio, el debilitamiento del murmullo vesicular, limitado a un lóbulo pulmonar, será un buen signo que dará algunas indicaciones sobre el sitio del tumor, sin precisar su naturaleza.

Cuando las venas pulmonares son comprimidas, se producen fenómenos congestivos con rales de edema pulmonar.

En otros casos, llama la atención los fenómenos irritativos laríngeos; una pequeña tos seca, incesante o más comunmente una dispnea que puede llegar hasta la afonía completa, testimo-

nio de la irritación del nervio recurrente izquierdo. Con mucho más frecuencia y a veces de una manera muy precoz, se pueden observar fenómenos de inflamación y de distensión nerviosa al nivel del plexo cardíaco, de donde resultan esas frecuentes crisis de pseudo-asma y aun de angina de pecho.

Cuando el saco aneurismal se dirige hacia el mediastino posterior, puede determinar disfagia por irritación de vecindad, más que por compresión verdadera, gracias a la laxitud de la capsular que rodea el esófago y le permite desplazarse, ante la presión del tumor.

Se observan también fenómenos dolorosos, debidos a compresiones sobre el plexo cervical o braquial. Así se explican esas neuralgias intercostales, escapulares y especialmente braquiales, de las cuales se quejan los enfermos aun en ausencia de las crisis de angina.

Cuando el aneurisma se dirige hacia la base del cuello, puede comprimir la vena cara superior, lo que determina una dilatación extrema de las yugulares y de las venas subcutáneas del pecho, que hacen salida bajo la piel en forma de red azulada.

Todos esos fenómenos, algunos de los cuales tienen gran valor diagnóstico, nos deben condu-

cir a buscar un aneurisma aórtico, el más frecuente de los tumores mediastinales.

Entre los signos físicos que existen en caso de aneurisma, es de señalar una bóveda de la pared torácica, cuando el tumor es bastante voluminoso, en cuyo caso se perciben, a veces, latidos en esa zona.

La mano aplicada sobre la bóveda preaórtica percibe al mismo tiempo que una pulsación, un movimiento de expansión del tumor así como también un fremito vibratorio, rudo, intenso (trill), debido a las vibraciones de la pared aneurismal producidas por la penetración de la columna sanguínea en la dilatación aórtica. La brusca distensión del saco por la onda sanguínea expulsada por la sístole cardíaca, se manifiesta por un primer latido del tumor, al cual sucede un segundo latido en el momento del cierre del orificio aórtico por las válvulas sigmoideas durante la diástole.

La percusión denuncia un aumento de la extensión de la matitez precordial, por la existencia de una zona de matitez difícil de diferenciar de la del corazón.

La auscultación del tumor permite apreciar la existencia de latidos, debidos a la distensión de las paredes aneurismales. Ordinariamente se puede apreciar un doble latido semejante a los to-

nos cardíacos. A veces, cuando el aneurisma se acompaña de alteraciones marcadas de la pared o del orificio aórtico, los tonos son reemplazados por soplos.

El pulso no presenta, en sí, caracteres especiales salvo el caso de que haya alteraciones valvulares al mismo tiempo. Pero, cuando en el trayecto de la aorta se interpone un saco aneurismal, se nota un retardo notable del pulso radial sobre la sístole cardíaca y un debilitamiento bien apreciable de la pulsación.

En los casos de aneurisma del cayado aórtico, se puede notar también el signo de Oliver, que consiste en pequeñas sacudidas de la tráquea cuando se extiende el cuello del enfermo y con el índice y el pulgar, se presiona la tráquea contra el tumor.

Además de todos estos signos el examen radioscópico determina la existencia de un tumor pulsátil.

Anatomía patológica

El aneurisma del cayado aórtico varía mucho en su forma y en sus dimensiones. A veces la dilatación aneurismal ocupa toda la circunferencia de la aorta, no constituyendo entonces sino una simple exageración de la dilatación cilindroide del vaso, a la cual se asocia ordinariamente una insuficiencia aórtica, lo que constituye la enfermedad de «Hodgson». En ese caso se trata entonces de un aneurisma fusiforme, cuya parte central, dilatada en forma de huso se continúa sin interrupción con la aorta. El mecanismo de la afección, es entonces fácil de comprender: al nivel de ese segmento aórtico la pared entera sufre lesiones variables y se deja dilatar, pues las alteraciones de la túnica media no le permiten resistir a la presión de la onda sanguínea que es muy elevada al nivel del corazón. En otros casos, los aneurismas están constituidos por ec-

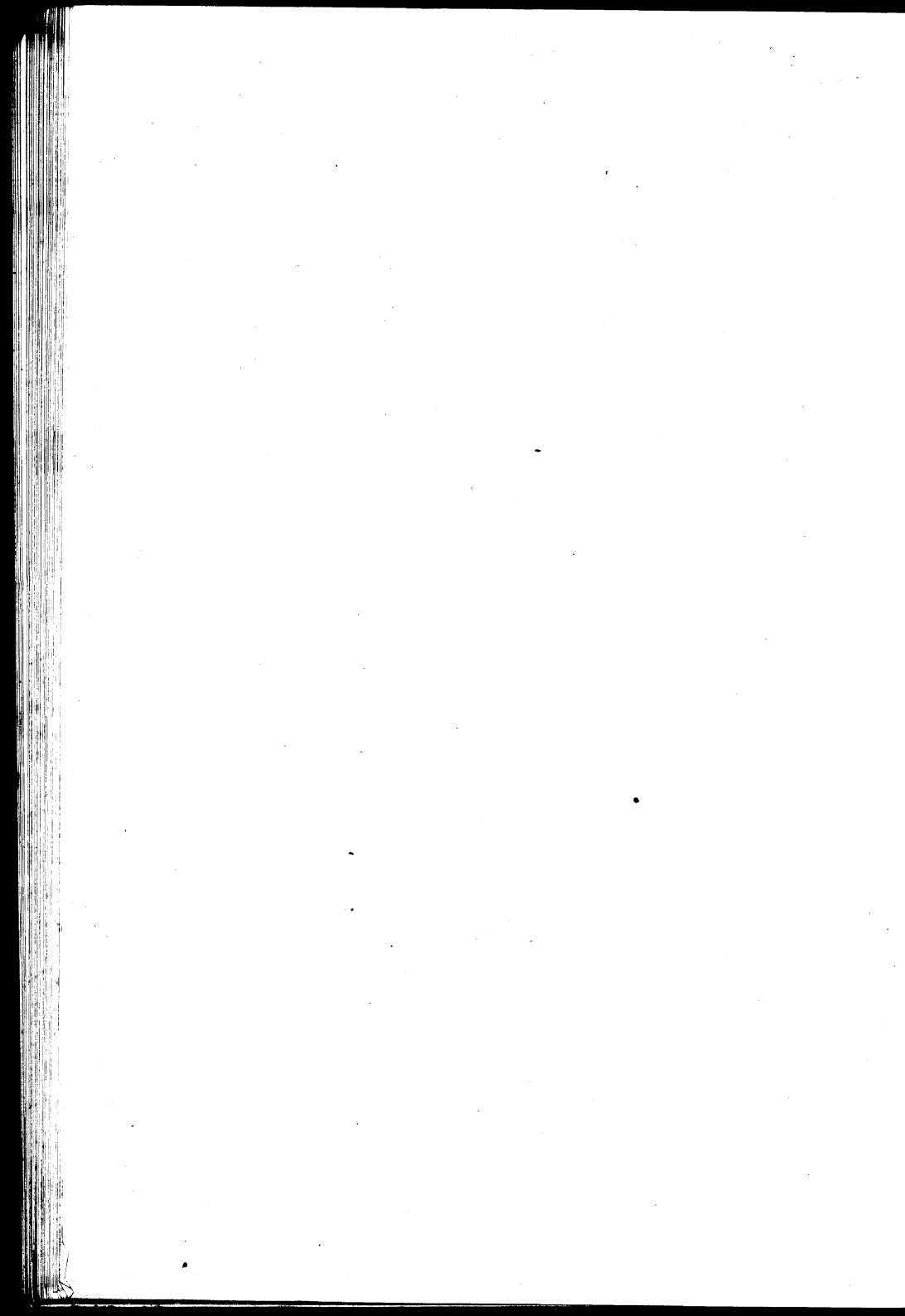
tasias desarrolladas sobre una parte de la circunferencia de la aorta y se presentan bajo forma de sacos suspendidos a la arteria. Esos aneurismas aparecen en sitios donde las lesiones de la túnica aórtica son más acentuadas, en un sitio en que existía, por ejemplo, una placa de ateroma que traducía la alteración de la pared, allí han cedido sus túnicas y se han dejado dilatar.

Las dimensiones del aneurisma varían entre una nuez, un huevo o una mandarina, pero es difícil apreciar exactamente su tamaño, debido a que el tumor rechaza excéntricamente los órganos vecinos, imprimiéndoles vibraciones que hacen sospechar una dimensión mucho mayor del saco.

El saco aneurismal contiene en su interior coágulos sanguíneos, entre los cuales hay coágulos pasivos o blandos que ocupan el centro del saco y coágulos activos o duros que forman capas estratificadas situadas en la periferia cerca de la pared. La acumulación de esas capas fibrinosas constituye, a veces, una forma de curación espontánea del aneurisma por obliteración del saco.

A menudo esas capas estratificadas se reblanecen, se infiltran de sangre, la pared del saco se agrieta y se desgasta, y puede ocurrir la rup-

tura del aneurisma. Pero antes de producir un accidente tan grave, el tumor aneurismal por su situación y por su volumen, puede producir sobre los órganos vecinos como la cava superior, la arteria pulmonar, el exófago, la tráquea y los bronquios, fenómenos de compresión, llegando a veces hasta perforar algunos de ellos. Los neumogástricos, el frénico y recurrente izquierdo a menudo son traccionados por el tumor y hasta los huesos pueden ser desgastados. Así ocurre con el esternón y las costillas.



Diagnóstico

Es importante descubrir desde el comienzo esta afección, pues su marcha es casi fatalmente mortal. Sin embargo, los síntomas son tan poco marcados al principio, que un diagnóstico precoz es bien difícil.

Se debe tener cuidado en despistar esas crisis de dispnea súbitas y nocturnas que pueden hacer pensar en el asma verdadera del niño. La ausencia de enfisema, de expectoración perlada, la marcha de la afección y la producción de accidentes dispnéicos durante los esfuerzos, ayudarán, así como también la constatación de matitez preaórtica o de soplo, a hacer el diagnóstico de aneurisma.

Se tendrá presente que la adenopatía tráqueo-bronquial en el niño, es muy frecuente y puede dar nacimiento a trastornos funcionales y sig-

nos físicos muy semejantes a los del aneurisma al principio.

Siendo éste el diagnóstico diferencial más interesante y más delicado, es conveniente establecer los signos principales de la adenopatía tráqueo-bronquial, insistiendo sobre este punto. Esta afección se traduce ordinariamente por una pequeña tos seca, frecuente, coqueluchoide, por disnea ligera y opresión. Si a esto se agrega que constatamos además una matitez o submatitez neta adelante, al nivel del manubrio esternal, o bien atrás, en las goteras escapulo-vertebrales, con soplo tubario, se reconocerá que son síntomas aquellos, comunes al aneurisma y a la adenopatía y que permiten una confusión fácil entre las dos afecciones. Pero el aneurisma se acompaña de ordinario de otros signos que le son propios. Es un tumor pulsátil y expansivo, la palpación revela la presencia de un frémito vibratorio, de un trill de dobles latidos, a veces de ascensión del cayado aórtico perceptible al nivel de la escotadura esternal; la constatación del signo de Oliver o de soplos de la región aórtica facilitarán aún el diagnóstico.

Los tumores del mediastino y en particular aquellos desarrollados a expensas del timo son capaces de producir fenómenos de disnea acompañados también de cornaje, con tiraje supra-es-

ternal y matitez de la región del corazón; pero el aneurisma se manifiesta además por neuralgias sintomáticas y traduce su presencia por los fenómenos estetoscópicos que antes hemos descripto.

Es solamente en el comienzo de la enfermedad cuando puede existir una duda, pero la radioscopia que muestra la existencia de un tumor pulsátil, alejará esta incertidumbre y hará reconocer la naturaleza aneurismal de la afección.

La existencia de un doble centro de pulsaciones, podrá hacer pensar en un empiema pulsátil, pero la debilidad de los latidos, la ausencia de expansión y el frémito vibratorio, así como los signos de derrame pleural, distinguirán esos casos, del aneurisma de la aorta.

Cuando se haya reconocido la existencia de un aneurisma, se tratará de precisar el sitio por la clase de fenómenos de compresión que determina, por el retardo y el debilitamiento del pulso radial uni o bilateral y por último por la radioscopia.

Evolución

Los aneurismas de la aorta en el niño, como hemos dicho, pueden desarrollarse insidiosamente y quedar latentes durante meses. Sin embargo, los fenómenos de compresión pueden aparecer bastante pronto y ser ruidosos. En efecto, el tórax del niño es muy estrecho y las dimensiones del mediastino muy reducidas para que un tumor aneurismal pueda desarrollarse sin dar absolutamente síntomas. A menudo el tumor se manifiesta por dispnea intensa y paroxística o por dolores neurálgicos, y estos dos síntomas serán entonces las primeras manifestaciones de la afección.

La evolución del aneurisma es favorecida por todas las causas de hipertensión arterial, que disminuyen rápidamente la tonicidad de las paredes del saco.

En el niño el erectismo cardíaco es frecuente

y el ventrículo izquierdo se hipertrofia para luchar contra todo obstáculo a la circulación arterial. De modo que la marcha del aneurisma es invasora e ininterrumpida; el tumor tiende a crecer rechazando o destruyendo todos los órganos que obstaculicen su desarrollo. La regresión o curación espontánea del aneurisma por obliteración del saco, es pues, imposible.

La afección, por su evolución natural, termina siempre por la muerte, la que se produce por ulceración y ruptura del saco aneurismal, ya sea al exterior, o bien al interior del tórax, en el pericardio o la pleura. A veces la ruptura se hace en los bronquios, determinando una asfixia mortal.

La muerte puede producirse por una angina de pecho o por acceso de sofocación.

El aneurisma puede también llevar a la muerte por compresión de los bronquios y de las arterias pulmonares, determinando una tuberculosis pulmonar.

Por último la formación de coágulos sanguíneos en el saco, constituye al mismo tiempo una forma de curación y una causa de muerte súbita por embolia.

En ese caso el coágulo que se desprende va de preferencia hacia las carótidas y se producen accidentes cerebrales, graves y rápidamente mortales.

Pronóstico

El pronóstico de los aneurismas del cayado aórtico, es como se ve, de la mayor gravedad.

La insuficiencia o el estrechamiento aórtico y la hipertrofia del ventrículo izquierdo consecutiva, constituyen verdaderas complicaciones que aumentan la gravedad del pronóstico, puesto que son causa de hipertensión arterial.

En definitiva, pensamos que el pronóstico de esta afección se debe considerar muy grave, aunque la gravedad es menor que en el adulto, pues en el niño, los vasos tienen mayor elasticidad y las causas de infecciones e intoxicaciones (tabaco, alcohol, etc.) son menores, así como es menor la frecuencia de causas mecánicas (esfuerzos, contrariedades, coito, etc.).

La muerte será tanto más rápida según la forma del aneurisma. Una dilatación fusiforme, ocasionará menos rápidamente accidentes que un

aneurisma sacciforme, pues en éste, la pared del vaso sufre una distensión considerable de sus fibras en un punto limitado y por consiguiente se expone a una ruptura más pronta.

Además, el aneurisma progresará tanto más rápidamente en una misma lesión, cuanto más cerca se encuentre del orificio aórtico, porque sufrirá más directamente el choque sanguíneo.

Un aneurisma próximo a las arterias coronarias produce frecuentemente angina de pecho. Aquel que está cerca del tronco branquio-cefálico o de la carótida izquierda ocasiona, a veces, embolias mortales.

Tratamiento

El tratamiento del aneurisma de la aorta debe ser preventivo y paliativo, más que realmente curativo.

Según la causa etiológica se establecerá el tratamiento. En los casos en que el origen reumático de una aortitis con dilatación está bien establecido, se administrará el salicilato de sodio que detiene los accidentes y sobre todo previene una nueva poussée de aortitis.

En vista de lo frecuentes e insidiosas que son las recidivas de reumatismo en el niño y de que ellas atacan con facilidad una aorta sobre todo ya lesionada, se podría aconsejar el uso continuado del salicilato durante uno o dos meses a la dosis de 1 g. 50 por día.

Si al contrario se trata de un aneurisma, cuya causa sea la heredo sífilis, como creemos que ocurre con frecuencia, se debe emplear el tra-

tamiento mercurial que mejorará muchos aneurismas que ni el salicilato, ni la quinina, ni otro medicamento hubieran resultado eficaces.

Además se prescribirá un reposo riguroso y se evitarán todas las causas de emoción o fatiga.

Conclusiones

1.º—El aneurisma de la aorta es una afección rara en la infancia.

2.º—Su etiología es compartida por la sífilis hereditaria y por el reumatismo poliarticular.

3.º—Su pronóstico, aunque sombrío, lo es mucho menos que en el adulto.

4.º—Todo aneurisma de la aorta, cuya etiología no pueda ser establecida con claridad, debe ser tratado por el mercurio.

C. ALÉN VIEYRA.

OBSERVACION I

Hospital Fernández. — Servicio del Dr. M. Acuña

R. G., 12 años de edad, argentino.

Antecedentes hereditarios. — Padre dicen ser sano; ha rehusado ser examinado. Madre robusta, calculosa, goza de buena salud. Ha tenido 11 embarazos, de los cuales 7 a término y 4 abortos. Nuestro enfermo es el 5º hijo, dos abortos han sido anteriores y dos posteriores.

Los hermanos dicen ser sanos.

Antecedentes personales. — Nacido a término con buena nutrición; no le notaron nada de particular. Criado a pecho, fué sano hasta los dos años de edad, en que contrae la viruela y la coqueluche; la afección fué grave y la convalecencia larga y penosa; se repone lentamente curando bien; desde entonces hasta la fecha no padeció de nada y no fué visto por médico alguno.

Hace como dos meses vino a consultarnos por una erupción pustulosa banal; fué entonces que por casualidad descubrimos la grave dolencia que lo aqueja.

Dice que jamás presentó dolores óseos ni articulares; que nunca acusó dolores en el pecho ni en los miembros; que no se fatiga, pudiendo caminar largas distancias.

Estado actual (resumido). — Buen desarrollo; buena nutrición; mucosas bien coloreadas.

Se observan en la cara abundantes cicatrices del tamaño de una lenteja en parte confluentes.

Ojos.—Pupilas iguales, reaccionan bien a la luz y acomodación.

Oídos.—Audición y olfacción bien.

Boca.—Mucosa normal; dientes bien implantados y bien conformados; paladar normal.

Cuello.—No hay cadena ganglionar ni estruma; se ven carótidas latir violentamente, levantamiento de las yugulares.

Aparato circulatorio.—Pulso igual, regular, 80 por minuto; presión ligeramente aumentada. Isocronismo en las radiales y carótidas. Ligero retardo del pulso radial sobre el choque de la punta.

Corazón.—Abovedamiento difuso de la región precordial, impulsión cardíaca enérgica; choque de la punta amplio, visible en el quinto espacio intercostal en una extensión de varios centíme-

tros. En la región de la base no se observa levantamiento ni deformación alguna del torax.

La horquilla esternal así como la región comprendida entre los esterno-cleido-mastoideos son agitadas de latidos enérgicos, de verdaderos latidos pulsátiles.

Palpación.—Choque difuso y enérgico en toda la región precordial; choque de la punta palpable en el 5.º espacio fuera de la línea mamaria; hacia la base prèmito vibratorio facilmente apreciable en la región del manubrio esternal con propagación a los 1.º, 2.º y 3.er espacio intercostal a derecha e izquierda del esternón.

En la horquilla esternal se palpa la aorta levantada y se aprecia un trill intenso, sistólico, con propagación a las carótidas y subclavias.

Auscultación. — En toda el área cardíaca se aprecia un soplo netamente sistólico. Es suave en el foco mitral, aumentando en intensidad a medida que nos aproximamos a la base del corazón donde es áspero, largo, rugoso, con máximo en el foco aórtico y región del manubrio esternal. Su propagación es muy grande en todas direcciones, así a lo largo de los vasos del cuello como hacia la región posterior del torax a ambos lados de la columna vertebral. El 2.º tono aórtico es seco y velado.

Percusión. — Se delimita un corazón grande

aumentando a expensas del ventrículo izquierdo, La matitez preaórtica desborda el esternon a derecha e izquierda, algo más hacia la izquierda; el diámetro sería de unos cinco centímetros.

El examen radioscópico comprueba hipertrofia cardíaca y permite apreciar en el cayado aórtico un tumor netamente pulsátil, en parte oculto detrás del manubrio esternal.

La radiografía muestra claramente la aorta dilatada desbordando el esternón más de un centímetro.

El examen semiológico de los otros órganos y aparatos no revela padecimiento alguno.

OBSERVACION II

(Presentada por el Dr. Pedro Escudero a la Sociedad Médica el 26 de Agosto de 1912 y publicada en la Argentina Médica N.º 36, Año 1912)

N. N., de 6 años, nacido a término, que presenta algunos estigmas de heredo-sífilis, tales como la frente olímpica, asimetría facial, paladar ogival, torax raquíptico, bazo palpable. Desde los cuarenta días de nacer hasta los dos años, el niño presentó sífilides cutáneas que fueron atendidas y tratadas por el doctor Emilio Bardi.

A los dos años, estando ya sano el enfermo, desaparece del consultorio de su médico. A los cuatro, con ocasión de un sarampión el médico asistente constata una lesión cardíaca, descubierta en virtud de un thrill muy acusado que se palpaba en la región preesternal. Visto por varios médicos, es sometido a tratamiento mercurial. A

los seis años vuelve al consultorio de su antiguo médico el doctor E. Bardi quien lo envía al doctor Escudero para su estudio.

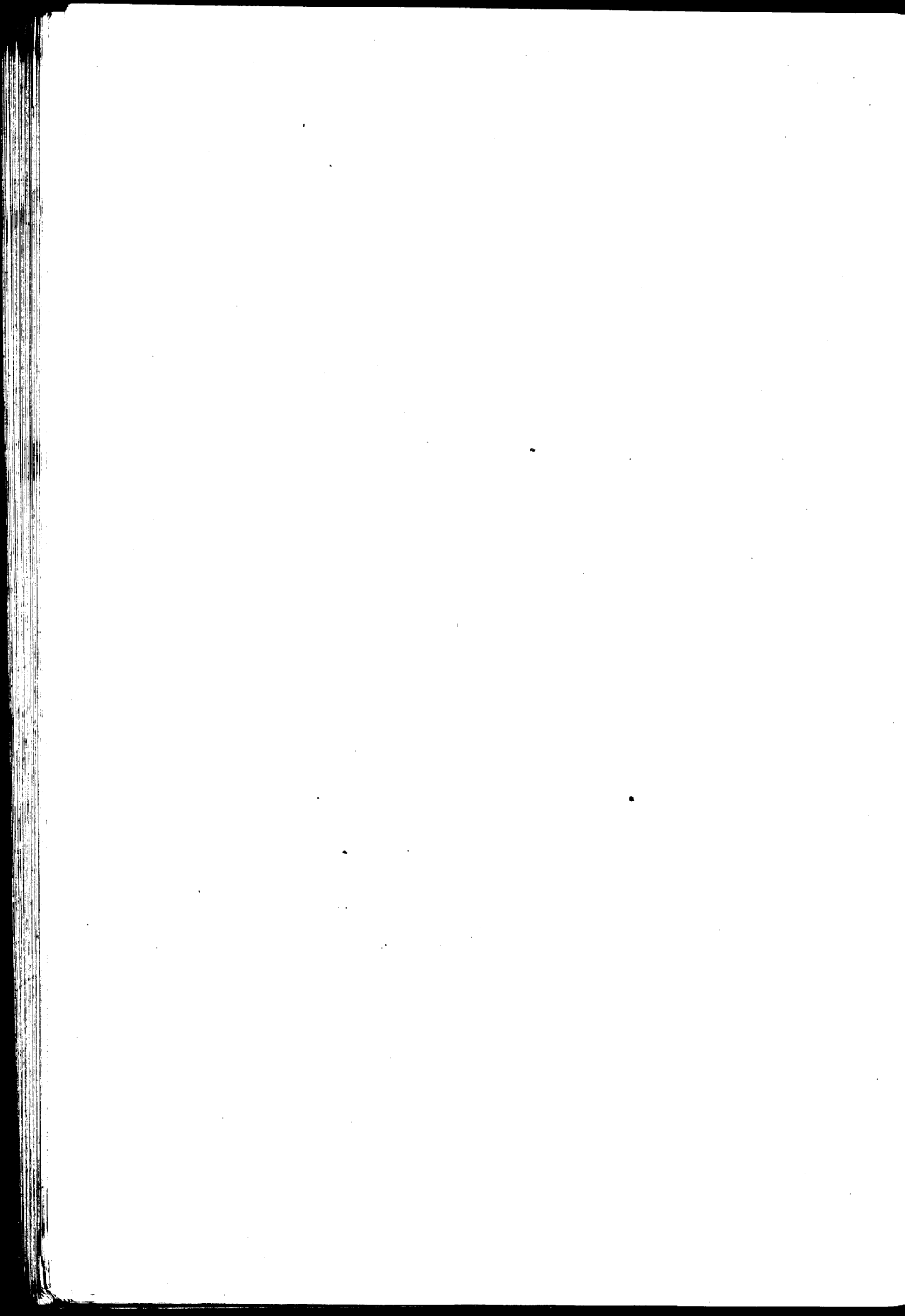
El examen del niño revela una hipertrofia del corazón izquierdo, un thrill sistólico intenso particularmente perceptible en la región preesternal, propagado por los vasos del cuello, una aorta dilatada, puesto que está a flor de la horquilla del esternon y un soplo sistólico en la región aórtica propagada por los vasos del cuello, y tan intenso, que es posible auscultarlo sobre la cabeza y por la columna vertebral. El examen radioscópico confirma la hipertrofia del corazón y la dilatación cilindroidea del cayado. La reacción de Wassermann averiguada por los doctores Bachman y Marcó del Pont, resultó positiva con una fuerte linfositosis.

OBSERVACION III

(Presentada por el Dr. Pedro Escudero a la Sociedad Médica y publicada en la Argentina Médica N.º 36, Año 1912).

N. N., de cuatro años de edad, hermano del anterior y presenta como estigma de su herencia una frente olímpica y un paladar ogival.

El examen descubre un thrill sobre las carótidas y subclavias, pero mucho menos intenso que en el hermano. La auscultación revela un soplo sistólico aórtico prapagado por las carótidas de ambos lados y por la subclavia derecha.



OBSERVACION IV

(Publicada por el Dr. Juan Carlos Navarro en los Archivos Latino - Americanos de Pedidtrica, N.º 7, 1913).

H1spital Nacional de Clínicas. — Servicio del Prof. Centeno

N. N., de 14 años, austriaco. Ingresó al servicio en Enero de 1913. Niño bien desarrollado, bastante musculoso y que presenta una palidez acen- tuada, que contrasta con su aparente bienestar.

Es hijo de padres sanos, que han tenido otros cuatro hijos, de los cuales ha fallecido uno a los dos años y medio. Ha habido un aborto de tres meses.

Este chico ha sido sano hasta hace dos años, en que solía sentir dolores precordiales a veces vagos, a veces más intensos, en forma de accesos que le impedían respirar con libertad; su dura- ción era generalmente breve. Tales fenómenos le

ocurrían solo cuando estaba al lado del horno pues se ocupaba en una fábrica de botellas donde frecuentemente hacia uso del soplete. Hace cuatro meses tuvo escasos esputos sanguinolentos acompañados de dolores de espalda y decaimiento general. Hace un mes tuvo dolores precordiales más intensos que los anteriores, algunos accesos de fatiga y de vez en cuando fiebre. Los esputos sanguinolentos no han vuelto a producirse.

Ha tenido dolores en el pie derecho, producidos por los excesos de marcha y francamente mejorados con el reposo.

En su examen se constatan dientes bien implantados, sin deformaciones; piel sana; ningún estigma, a no ser una frente ligeramente olímpica.

Las alteraciones en su aparato circulatorio son evidentes; en el hueco yugular hay latidos visibles; la punta late al nivel del cuarto espacio, un poco por dentro de la línea mamilar. Palpando la región precordial, se constata la existencia de un thrill intenso, cuyo máximo se encuentra al nivel del segundo espacio intercostal derecho, al lado del esternon, pero, cuya área de producción sobrepasa este hueso hacia la izquierda; hacia abajo es perceptible como en los focos mitral y tricuspideo, aunque muy atenuados; es notable al nivel del hueco yugular y hacia la dere-

cha, se extiende 2 o 3 centímetros del borde external. No hay abovedamiento anormal en la región cardíaca ni en la zona del thrill, ni en ninguna otra.

Auscultando, se oye en el foco aórtico un soplo netamente sistólico, muy intenso que se propaga, o más bien dicho, se extiende, hacia arriba sobre el trayecto de los vasos, hacia afuera casi hasta la línea axilar anterior, hacia abajo oculta el primer tono tricuspideo, y en el foco mitral es todavía perceptible, acompañando al primer tono; hacia la izquierda se oye sobre el foco pulmonar donde oculta también el primer tono. El segundo tono en todos los focos incluso el aórtico, es normal. Es un soplo de una intensidad extraordinaria, cuyos caracteres auditivos recuerdan al soplo de la enfermedad de Roger.

El área cardíaca es normal.

El pulso regular, igual, no saltón, de buena amplitud y buena tensión; hay sincronismo en las radiales. Se han sacado varios esfigmogramas, cuyos caracteres corresponden a los del pulso normal. La tensión al Pachon es de 11 máxima y 8 de mínima.

Semiofólogicamente sus demás víceras son normales; los pulmones dejan oír el soplo cardíaco en su auscultación posterior, sobre todo en el vértice izquierdo y región interescapular.

El pié que ha dolido no presenta deformaciones características y apenas si podría decirse que hay una tendencia al pié plano.

La reacción de Wassermann es negativa.

Bibliografía

Zuber.—Revue Mensuelle des malades de l'enfance
—Juin, 1903.

Mery.—Bull. Soc. de Pédiatrie, 1902.

Morfan.—Semaine Médicale—Mars, 1901.

N. Fytaud.—Tesis de París, 1906.

De la Rüe.—Tesis de París, 1903.

Comby.—Arch. de Med. des enfants, 1906.

J. C. Navarro.—Arch. de Med. des enfants,
Nº. 7, 1913.

Hallé y Schneiber.—Arch. de Med. des enfants,
1911.

Wierner.—Frankf. Zeits, v. IV, fasc. 1, 1910

Klotz.—Jurnal of Pathol au bacterie, v. XIX.

Levy-Franckel.—Tesis. París, 1909

Pedro Escudero.—Argentina Médica Nº. 36, 1912.

J. C. Navarro.—Arch. latino-americanos, Nº. 3
1913.

V. Hutinel.—Maladies des enfants.

Buenos Aires, Octubre 4 de 1916.

Nómbrese al señor Académico Dr. Marcelino Herrera Vegas, al profesor titular Dr. Luis Agote y al profesor suplente Dr. Juan Carlos Navarro para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Octubre 25 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3202 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico diferencial de los tumores del mediastino.

Marcelino Herrera Vegas

II

La sífilis como factor de estas epidemias?

Luis Agote.

III

Indicaciones del tratamiento salvarsánico en las lesiones aórticas.

Juan Carlos Navarro.

