

# LA DESCRIPCIÓN PIONERA DEL *ANGOR PECTORIS* Y EL INICIO DEL ESTUDIO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA

## Siglo XVIII

### WILLIAM HEBERDEN (1710-1801)

- W. Heberden es con probabilidad la figura médica de mayor relevancia que descuella en el curso del Siglo XVIII.
- Define clínicamente uno de los grandes síndromes de la medicina y se encuentra entre los pioneros en trazar la descripción de una entidad nosológica cardiovascular definida. Una joya descriptiva de la literatura médica. Los *digitorum noddi* de Heberden.
- Su libro “Comentari o comentarios sobre la historia y la cura de las enfermedades”, constituyó un aporte fundamental dentro de la literatura médica inglesa.
- Las bases patológicas del síndrome se desconocían. Morgagni suministró una descripción preheberdeana del síndrome y planteó como explicación una base cardiovascular. Jenner y Parry se encontraron entre los pioneros en señalar la responsabilidad de la patología coronaria.

#### Antecedentes históricos preheberdeanos

Desde la más remota antigüedad, se poseía la noción hipocrática del dolor precordial como integrante de un cuadro clínico que debía considerarse como una señal de advertencia del organismo, por sus implicaciones ominosas

especialmente cuando la molestia se presenta en sujetos de edad avanzada, adoptaban una forma recurrente y se asociaba a una constitución obesa (Aforismo II, 41 de Hipócrates) y los afectados presentaban una marcada tendencia a morir en forma repentina<sup>(1)</sup>.

#### La meditación sobre la Muerte de Séneca

Según la opinión de algunos autores la descripción de Séneca (c. 4 a.c. – 65 d. c.), el famoso fisiólogo, erudito y político latino, sobre su propia afección, podría ser la primera que se reseña en los anales de la historia (Libro VI, epístola 54). La cita de Parry<sup>(3)</sup> al respecto nos transcribe la gráfica expresión de Séneca: el ataque es muy corto y parece una tormenta. Usualmente termina dentro de una hora. Yo he sufrido toda clase de dolencias corporales y peligros, pero ninguno me parece a mí más penoso. ¿Por qué es esto así?, porque tener cualquier otra enfermedad es solamente estar enfermo, tener esta es estarse muriendo. Séneca menciona también que sus médicos llaman a esta enfermedad una *meditatio mortis*.

Los anatomopatólogos y los clínicos, al revisar material de autopsias, autores tales como A.C. Thebesius (1686-1732) y G.M. Lancisi (1655-1720), habían señalado la “osificación de las arterias coronarias” y la obstrucción de los vasos en casos de patología aórtica asociada<sup>(4,5)</sup>. J.B. Senac (1693-1770), famoso clínico francés,

había señalado la presencia de osificaciones de las arterias coronarias en forma de “ramas de coral”<sup>(6)</sup> y Johann Friedrich Crell (1701-1747) había notado el endurecimiento “como de hueso” de la arteria descendente anterior e incluso la presencia de un trombo dentro de la luz arterial<sup>(7)</sup>.

Sin embargo, no se había establecido ninguna correlación entre la manifestación clínica del dolor precordial y las bases patológicas coronarias que lo causaban.

### **G.B. Morgagni: Sobre el síntoma y las lesiones cardiovasculares (1707)**

A Morgagni (1662-1771) se le adjudica el crédito de haber hecho una descripción preheberdeana del dolor anginoso y de haber relacionado el síntoma con la presencia de lesiones aórticas y de las sigmoideas (aun cuando no con patología de las coronarias). He aquí un resumen de un famoso caso de ese autor que hemos traducido al castellano, a partir de la versión inglesa, debida a B. Alexander<sup>(8,9)</sup>.

### **Una autopsia practicada en Venecia en el año 1707**

“Una madre de familia, de cuarenta y dos años de edad, padecía desde hacía bastante tiempo de un estado de salud precario debido a un padecimiento que consistía en una cierta clase de paroxismo, el cual aparecía de la siguiente manera:

Al realizar ejercicios corporales rápidos, ella experimentaba ataques de una violenta angustia, referidos a la parte superior del tórax, sobre el lado izquierdo, acompañados de dificultad respiratoria y de adormecimiento del lado izquierdo; todos los síntomas remitían cuando ella cesaba de moverse. La susodicha señora decidió emprender un viaje en carruaje hacia mediados de octubre del año 1707, ya que se encontraba en buen estado de ánimo, tomando como punto de partida la ciudad de Venecia hacia el continente, cuando volvió a experimentar el mismo tipo de paroxismo descrito con anterioridad y diciendo que iba a morir, efectivamente falleció en el sitio.

El cuerpo fue traído de vuelta a la ciudad, y examinado por mí, al día siguiente”. Morgagni encontró que “el corazón estaba muy grande y muy endurecido”. Sobre el estado de la aorta y de los grandes vasos, señala: “pero en su interior, al corte, presentaba escamas de pequeño tamaño, con frecuentes marcas de osificación... así como en el propio origen, las válvulas semilunares estaban endurecidas con comienzo de osificación”. No menciona el estado anatómico de las coronarias.

Al buscar explicación sobre las causas de la muerte súbita señala: “pero aquí, nosotros encontramos causas suficientes en la enfermedad de las arterias”. También Morgagni suministra como posible explicación de los síntomas acusados por la paciente: que los paroxismos de angustia y dificultad respiratoria, así como el adormecimiento del brazo izquierdo, pueden ser imputados a las dificultades impuestas a la propulsión de la sangre, debido a las lesiones cardíacas valvulares y vasculares, referidas. Como puede observarse no se hace mención de la condición de las coronarias, aun cuando se explican los síntomas acusados por la disminución del flujo ocasionado por las lesiones cardíacas valvulares y vasculares.

### **Otras observaciones preheberdeanas**

#### **Nicolás Francois Rougnon (1727-1799). Una carta que despertó polémicas (1768)**

Este médico francés era profesor de medicina en la Universidad de Besancon y fue el autor de una famosa correspondencia titulada: “Una carta al señor Lorry” la cual estaba fechada al 23 de febrero de 1768<sup>(10)</sup>. En esta carta que titula “Carta a M. Lorry sobre una enfermedad nueva” describe el caso y las circunstancias en que ocurrió la muerte del Capitán Charles, quien relata a continuación su historia médica. El paciente se había vuelto asmático y al caminar de prisa, experimentaba una especie de sofocación. Seis semanas antes de su muerte se quejó el paciente al Dr. Rougnon de *una gene singuliere sour toute la partie anterioure de la poitrine en forma de plastron*, es decir “de una molestia

singular sobre toda la parte anterior del tórax en forma de pechera”. Los ataques evidentemente ocurrían con mucha rapidez y desaparecían con igual prontitud. El énfasis principal lo pone sobre la sensación de sofocación, pero resulta evidente que estaba asociado un dolor de gran intensidad; *Seulement une douleur gravative dans la region du coeur, lorsqu’ il éprouvoit ses suffocations*. El Capitán Charles murió repentinamente, poco después de cenar con sus amigos. El pericardio era adiposo, el corazón grande, no habían defectos valvulares, las venas coronarias estaban dilatadas “prodigiosamente”. No se hace mención de la condición de las arterias coronarias.

El Conde de Clarendon (1609-1674), estadista y escritor inglés, describió rasgos clínicos correspondientes al *angor pectoris* a propósito de la enfermedad sufrida por su padre, unas tres décadas antes de reseñarse la clásica descripción hecha por Heberden.

### **La enfermedad aducida por un clásico cirujano**

El gran cirujano John Hunter (1728-1793) era el hermano menor de William Hunter (1718-1783), también otro gran cirujano inglés que gozó de gran renombre. Había nacido en Escocia, y a los veinte años abrazó la carrera de la medicina, trasladándose a la ciudad de Londres.

Estudió cirugía en el Hospital San Bartolomé bajo la tutela del distinguido cirujano Percival Pott. John Hunter fue muy reconocido por sus estudios anatómicos incluyendo los de anatomía comparada. Se hizo famoso por el tratamiento quirúrgico del aneurisma, el cual consistía, en una ligadura simple practicada a distancia de la formación aneurismática. El cuñado de Hunter, de nombre Everard Home, nos ha legado<sup>(11)</sup> una reseña de gran valor descriptivo, sobre la enfermedad que padeció el ilustre médico: “en la primavera de 1773 después de haber experimentado algo que lo había afectado fuertemente desde el punto de vista emocional, fue atacado a las diez de la mañana, por un dolor en la región del estómago, en los alrededores del píloro, que consistía en una sensación peculiar

de aquellas partes, pero el dolor se volvió tan violento que procuró cambiar de posición para procurarse alivio, así se sentó, luego caminó, se acostó sobre la alfombra, luego utilizó la silla pero no pudo obtener alivio; entonces tomó una cucharada de tintura de ruibarbo con treinta gotas de láudano sin obtener el menor beneficio. Cuando se encontraba rodando por el cuarto se le ocurrió echarse una mirada al espejo y notó que tenía el semblante pálido, sus labios estaban lívidos, reflejando la apariencia de un hombre muerto. Esto lo alarmó y lo impulsó a tomarse el pulso, pero no lo percibió en ninguno de los brazos, entonces pensó que su enfermedad era grave y envió a buscar a varios médicos conocidos...” Hunter había tenido un ataque de gota en 1769, que le repetiría en el año 1785.

Entonces, empezó a experimentar una crisis de “una sensación desagradable en el lado izquierdo de la cara, en la mandíbula inferior y en la garganta, que parecían irradiarse hacia ese lado de la cabeza y en dirección hacia abajo, siguiendo el trayecto del brazo izquierdo, incluso hasta alcanzar la base del pulgar, en donde terminaban todas las molestias al unísono; estas sensaciones no eran constantes pero ocurrían a intervalos irregulares; ellas se volvieron pronto más violentas, afectando la cabeza, la cara y también ambos lados de la mandíbula inferior, dando la impresión de que la cara estaba hinchada, particularmente las mejillas, y las crisis algunas veces afectaban también al brazo derecho.

Después que habían continuado por una quincena de días consecutivos se extendieron al esternón, produciendo en este sitio, las mismas sensaciones desagradables y dando la sensación de que el esternón estaba siendo aplastado hacia atrás, en dirección a la columna.

Las molestias arriba descritas eran en un comienzo, rápidamente provocadas por el ejercicio, y el enfermo todavía pensaba que si permanecía en reposo, no se presentarían, pero ellas lo afectaron también cuando yacía en su cama y aun durante el sueño hasta el punto de despertarlo; las afecciones emocionales también las inducían, pero en cambio el pensar calmado o el razonamiento sereno no parecían provocarlas.

Mientras sufría de estas manifestaciones dolorosas, la cara se le ponía pálida y tenía un aspecto crispado, lo que lo hacía lucir algo más delgado que lo habitual, y después que cedían las crisis, el dolor retornaba y la cara recobraba su aspecto natural”.

Los ataques de esta naturaleza los sufrió por cerca de 20 años (1773-1793). Acostumbraba decir que su vida estaba pendiente de las manos de cualquier bribón que se le ocurriera enojarlo o importunarlo”. Conocía a cabalidad el efecto importantísimo de las emociones en la provocación de los ataques que sufría. El día 16 de octubre de 1793 asistió a una reunión con algunos colegas en el Hospital de San Jorge, en las condiciones mencionadas, en que se encontraba su salud y tal como lo había predicho, al tener una discusión con un colega del Hospital, abandonó el salón de conferencias después de sufrir un ataque de ira, y al llegar al salón vecino, emitió un profundo quejido y cayó muerto al instante. En el estudio patológico que se practicó, las arterias coronarias, que se ramificaban penetrando en la sustancia del corazón, estaban convertidas en tubos óseos, los cuales presentaban dificultad para ser cortados por el escalpelo y sus secciones transversas no se colapsaban sino que permanecían abiertas”.

Es de interés hacer notar que cuando Hunter sufrió el segundo de sus ataques, en el año 1776, fue visto por su amigo y discípulo, el Dr. Edward Jenner (1749-1823) de Berkeley, y médico que se hizo famoso universalmente por el descubrimiento de la vacunación. Jenner le escribió una carta (véase al final) a Heberden, explicándole el diagnóstico en la cual sugiere por primera vez la probable asociación del cuadro clínico de la angina pectoris, con la enfermedad de las arterias coronarias.

### **WILLIAM HEBERDEN**

De lo anteriormente expuesto, resulta evidente que a lo largo de la historia de la medicina existían descripciones clínicas precedentes, relativas a cierto tipo de dolores torácicos, que

se acompañaban de una sensación opresiva, angustiante en el tórax, con sensación de muerte inminente y de una frecuente evolución hacia el *éxitus laetalis*. También se conocían desde el punto de vista patológico, lesiones de las arterias coronarias, pero se ignoraban las relaciones existentes entre los síntomas clínicos y ese *substratum* anatómico vascular.

Pero al autor a quien le va a caber el mérito de trazar, con pinceladas magistrales, el cuadro del angor pectoris es a W. Heberden. Se trata de una clásica descripción del síndrome que data del 21 de julio de 1768, la cual ha permanecido incólume a través del tiempo, por ser un arquetipo de la acuciosa observación clínica y de la precisión diagnóstica.

William Heberden fue un brillante médico nacido en Seuthwark, Inglaterra, en agosto de 1710. Su educación primaria la recibió en la “Escuela de Gramática de Seuthwark”. A los catorce años prosiguió sus estudios en el St John’s College de Cambridge, recibiendo el título de “Bachiller en Artes” en 1728 y el de “Maestría en Artes” en 1732. Luego siguió la carrera de estudios médicos, alcanzando en Cambridge el título de Doctor en Medicina en el año 1739. Permanecería en este Colegio Universitario, dedicado a la enseñanza de la asignatura conocida



como “Materia médica” y el ejercicio de la práctica profesional. Muy pronto, en la vertiente académica, mostraría su vasto dominio sobre los autores clásicos, así como el conocimiento de los eruditos de su época. Publica en 1745 su primer trabajo titulado “Un Ensayo sobre el Mitridatium y la Teriaca”, en donde discute las prioridades de estas sustancias como antídotos contra los venenos. En el plano clínico, se destaca por sus dotes de acucioso observador que descubre los síntomas que diseñan un cuadro clínico y sobre el cual acumulan meticulosamente sus observaciones, al mismo tiempo que realiza el debido seguimiento en el tiempo, de un total de cerca de 100 pacientes estudiados.

En el año 1746 recibió la designación de Miembro del Real Colegio de Londres, y tres años después desempeña como conferencista, dictando las reconocidas “Conferencias Gulstoneanas” y siendo electo miembro de la “Sociedad Real”. En 1748 se mudó a Londres, donde va a residir hasta su muerte acaecida en 1801.

Las razones de su traslado fueron, por un lado, el hecho de que las Escuelas Médicas de las Universidades de Cambridge y de Oxford atravesaban durante el siglo XVIII, un período de estancamiento, según la opinión autorizada que sostienen muchos historiadores. Por otra parte, se abrían para Heberden en la ciudad de Londres, buenas perspectivas para el ejercicio profesional, porque ya era bien conocido por la comunidad médica de Londres. En 1752 Heberden contrajo matrimonio con Elizabeth Martin, pero enviudó en el año 1754, dejándole esta unión un hijo médico de nombre Thomas Heberden.

Contrajo un segundo matrimonio en 1760, con la Sra. Mary Wellaston; uno de los hijos de esta unión, William, llegó a ser médico del Rey.

### **La Sociedad Real de Londres: las primeras “Memorias”**

Esta fue la primera sociedad dedicada al campo general de la erudición que había publicado sus *Philosophical Transactions* (Trabajos o Memorias) de la Sociedad Real a partir del año

1665. No existían en la época de Heberden, revistas o periódicos dedicados a la información médica, como los que abundan en la época actual.

Heberden se convirtió en el promotor de la idea de que el “Colegio Real de Médicos” auspiciara una publicación similar, la cual fue denominada *Medical Transactions published by the College of Physicians*.

En el prefacio del primer volumen uno de los autores, con probabilidad Heberden, escribe sobre inconveniente que resulta la publicación de casos “raros y extraordinarios” y también sobre la utilidad de que el médico tuviese el coraje de reportar tanto sus éxitos como sus fracasos.

Heberden se convirtió en uno de los autores que publicaba en las “Transactions o Memorias” del Colegio de los números que aparecieron en forma irregular entre los años de 1768 a 1820.

### **Una presentación memorable (1768)**

Es en el año 1768, el día 21 de julio, que va a presentar W. Heberden su famosa y clásica comunicación ante un grupo de eminentes médicos londinenses sobre el *Angor Pectoris*, la cual sería publicada cuatro años después (1772), en los *Medical Transactions* <sup>(12)</sup> con el modesto título de “Una reseña sobre un trastorno del tórax”.

Este trabajo fue publicado además en forma póstuma por su hijo William, en el año 1802 en la ciudad de Londres, en un libro titulado “Comentarios sobre la historia y cura de las enfermedades” por W. Heberden<sup>(13)</sup>. Aparece la clásica descripción en el capítulo 70, pág. 32, con el encabezamiento de *Pectoris Dolor*.

Más abajo presentamos la traducción de una de las contribuciones clínicas más importantes que jamás se hayan realizado, donde sobresalen la claridad y la concisión del lenguaje, para definir una agrupación de síntomas y así elaborar un síndrome en el que nada falta ni sobra, el cual fundamenta en una serie de observaciones que comprende desde una veintena inicialmente hasta alcanzar al final un centenar de pacientes a los cuales observa y les hace el seguimiento por un

período de cerca de veinte años, cuando así se lo permitía la historia natural de la enfermedad.

Sin embargo, si bien el cuadro clínico del *angor pectoris* representa una contribución fundamental a la medicina clínica y constituye una descripción pionera de una entidad nosológica cardiovascular, la enfermedad coronaria, Heberden no pudo alcanzar a penetrar en *substratum* anatómico del síndrome, ya que en su único caso en que practicó la necropsia, probablemente las coronarias no fueron investigadas<sup>(13)</sup>.

Pasemos a traducir la versión original, el famoso trabajo, publicado como anexo al libro “Una Introducción al Estudio de la Física”<sup>(14)</sup>.

“Hay un padecimiento del tórax caracterizado por síntomas precisos y singulares, digno de consideración por el tipo de peligro que entraña y que no es de presentación infrecuente y sobre el cual yo no he podido recobrar mención alguna entre los autores médicos. El asiento del dolor y la sensación de estrangulamiento, así como la ansiedad que lo acompañan, hacen que se pueda llamar con toda propiedad *angina pectoris*.

Aquellos que son afligidos por él, son atacados mientras se encuentran caminando y más particularmente cuando ellos caminan después de comer, entonces empiezan a experimentar una sensación muy penosa y extraordinariamente desagradable en el pecho, que pareciera que les fuese a privar de la vida si aumentase o continuase; en el momento en que detienen la marcha, toda esa inquietud se desvanece. En todos los otros particulares, los pacientes al comienzo del padecimiento, se encuentran perfectamente bien y especialmente no experimentan, disnea, síntoma del cual es radicalmente diferente.

Después que ha cursado por algunos meses, ya no cesará tan instantáneamente cuando se detiene y retornará no solamente cuando las personas se encuentran caminando sino también cuando yacen en sus camas, lo cual los obliga a levantarse de sus lechos, todas las noches, por muchos meses sin ninguna interrupción; y en uno o dos casos de curso muy prolongado ha sido provocado por el movimiento de un caballo o de un carruaje, e incluso por la deglución, la tos,

el esfuerzo de ir al baño, o por la conversación o por cualquier otra perturbación de la mente... Cuando un ataque de esta clase sobreviene al caminar su duración es muy corta y desaparece casi inmediatamente al detenerse la marcha. Si se presenta durante la noche podrá durar una hora o dos; y he observado algún caso, en el cual el ataque continuó por varios días, pareciendo durante todo el tiempo que el paciente se encuentra en inminente peligro de muerte... pero aun cuando la tendencia natural de esta enfermedad es a provocar la muerte repentina de los pacientes; si la persona posee la disposición para librarse de otros males, podrá acreditarse, con fundamento, que algunos de los que son afectados por el padecimiento pueden morir de una manera diferente desde que esta enfermedad puede durar como yo he tenido la oportunidad de observarlo, en más de una ocasión, por cerca de unos veinte años, y sobre todo, preferentemente en aquellos que sobrepasan los cincuenta años de edad... al *os Sterni* se lo señala habitualmente como el sitio donde asienta esta enfermedad, pero algunas veces parece como si fuera en la parte baja del esternón y otras veces en la parte media o superior, pero siempre con mayor tendencia a desviarse hacia el lado izquierdo, y a veces se asocia con él, un dolor que se irradia hacia la mitad del brazo izquierdo...

La opinión de tratarse de una convulsión (espasmo) de la parte afectada, le parece como probable a cualquier persona, cuando uno considera la manera repentina de su aparición y de su desaparición, los largos intervalos de alivio, la mejoría por el vino y por la bebidas alcohólicas, además de la influencia que las afecciones y las pasiones de la mente ejercen sobre el mismo... el pulso no se perturba, al menos en algunas ocasiones, por este dolor y en consecuencia el corazón no es afectado por él, lo cual he tenido la oportunidad de constatar por la palpación del pulso durante el paroxismo, pero yo nunca he tenido la posibilidad de practicar la necropsia de alguno que haya muerto debido a esta causa. La muerte repentina de los pacientes se añade a las dificultades corrientes de hacer una tal investigación, así que en muchos de los

casos que yo he conocido, los cuerpos fueron enterrados antes de que me hubiese enterado de su fallecimiento...

Aunque es lo más probable que un fuerte espasmo sea la verdadera causa de este padecimiento... el vino y los licores cordiales, tomados a la hora de acostarse, ayudan a prevenir o a disminuir los ataques nocturnos, pero nada es tan efectivo en ese sentido, como el uso de los opiáceos... y este alivio suministrado por el opio puede añadirse a los argumentos que prueban que esos ataques pertenecen a la clase del tipo convulsivo. El tiempo y la atención, indudablemente descubrirán más métodos de auxilio para este peligroso padecimiento, pero es dable esperar que mucho se haya hecho en la vida de establecer un método de cura para una enfermedad que no había hasta ahora, o por lo menos que haya sido de mi conocimiento, encontrado un lugar o un nombre en la historia de las enfermedades.

Como se desprende de la lectura de esta joya descriptiva de la literatura médica basada en una casuística personal, de cerca de un centenar de casos, donde están contenidos los

rasgos esenciales del *angor pectoris* como son su relación con el esfuerzo y el reposo, el asiento e irradiación, su repercusión anímica y el peligro de muerte súbita. Heberden desconoce la base patológica coronaria del síndrome, que tan magistralmente describe y lo atribuye a un espasmo, que experimenta el propio corazón y señala el beneficio producido por el alcohol y los opiáceos.

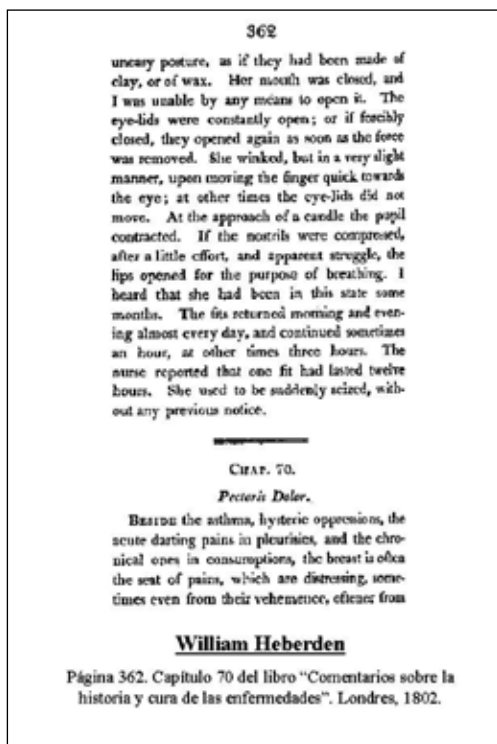
## Obras

Como se mencionó previamente, el primer libro publicado por Heberden llevó como título *Antiohpiaka*. Un ensayo sobre Mithridatium y la Theriaca (1745).

El libro titulado *Commentarii de morborum historia et curatione*, publicado por W. Heberden, hijo, también llamado el joven, en el año 1802, escrito en latín y traducido al inglés como *Commentaries on the History and Cure of Diseases*. En esta obra magna de Heberden es donde condensa su experiencia profesional de más de cuarenta años de ejercicio activo y relata sus observaciones clínicas en forma precisa y clara. Pone en evidencia su condición de erudito en el conocimiento de los clásicos y del uso del latín, así como en la revisión bibliográfica que la acompaña. Esta obra gozó de gran popularidad en el mundo médico en la primera mitad del siglo XIX.

El Prefacio de esta obra comienza con un párrafo donde señala su punto de vista sobre lo que puede constituir un modelo existencial para la vida del médico:

“Plutarco dice que la vida de una virgen vestal se divide en tres períodos: en el primero durante el cual aprende los deberes de su profesión, en el segundo cuando los practica y en el tercero, es cuando se dedica a enseñar a los otros. Este no es un mal modelo para lo que debe ser la vida del médico: y como ya yo he atravesado las dos primeras etapas, estoy deseoso de emplear el remanente de mis días en enseñar lo que yo he aprendido, a cualquiera de mis hijos, que pueda escoger la profesión de médico; y son mis deseos, de que se le haga entrega de estos ensayos”.



Este libro representa la síntesis de la experiencia alcanzada por este gran clínico y donde pone de relieve que poseía, como todo buen investigador, una aguda capacidad de observación y de interpretación de los síntomas y de los signos de la enfermedad. Sus notas las registraba directamente en la cabecera de los pacientes, siendo sus descripciones concisas, teniendo la sabiduría, poco frecuente, de separar los datos esenciales de los insustanciales y de agrupar aquellos, que por la observación repetida y continuada de los pacientes, constituían una nueva entidad nosológica, como fue el caso de la clásica descripción del *angor pectoris*.

Este libro contiene, además del prefacio mencionado, 102 capítulos que abarcan una amplia gama de tópicos de las más diversas patologías. En un capítulo corto, el N° 28, pág. 148, se encuentra la descripción de los clásicos nódulos o nodos de Heberden, o nodos hipertróficos de las falanges periféricas de los dedos, como se los conoce desde entonces en la literatura médica a estas formaciones de la osteoartritis. Textualmente:

*Digitorum nodi*: ¿qué son pequeños bultos duros (o prominencias) cerca del tamaño de un guisante que se ven frecuentemente en los dedos, especialmente algo por debajo de la punta, cerca de la articulación?

Ellos no tienen relación con la gota, siendo encontrados en personas que nunca la han padecido: ellos prosiguen toda la vida y casi nunca están acompañados de dolor o predispuestos a formar ulceraciones, son bastante más feos a la vista que inconvenientes, aun cuando pueden provocar algún impedimento para el uso adecuado de los dedos”.

El libro titulado “Una Introducción al Estudio de la Física” o *An Introduction to the Study of Physic*<sup>(14)</sup>. De acuerdo con Le Roy Crummer, quien escribe el prólogo, el manuscrito inicial data de alrededor del año 1744, durante el período de la estancia en Cambridge de Heberden y sería terminado diez años más tarde en Londres.

La obra contiene un prefacio, 12 capítulos y un catálogo de libros recomendados. En la

edición consultada está incluida una separata de “Una reseña sobre un trastorno del tórax”. Heberden muestra el conocimiento que poseía sobre los autores clásicos en el capítulo 12 “Sobre los autores médicos antiguos griegos y latinos”.

En el capítulo 8, pág. 107, “Sobre la historia de las enfermedades y su cura”, expone textualmente en los párrafos iniciales: “los autores prácticos son aquellos que dan una historia de la naturaleza de todos los casos que anteceden a una enfermedad que puedan tener alguna relación con respecto a ella o con las circunstancias acompañadas que se encuentran; del método usado para el conocimiento del caso y de su cura. Esto es lo que se llama patología particular ya que consiste de la totalidad de la historia separada de cada enfermedad, registrada a posteriori, por lo cual se la distingue de la *patología universalis* o sea la teoría general deducida a priori”.

En el capítulo final hace algunas reflexiones plenas de sabiduría y que conservan toda su oportunidad. “El conocimiento sobre la naturaleza es llamado, con justicia, hijo del tiempo y de la experiencia, y es que en verdad requiere de mayor tiempo y de experiencia, de lo que somos capaces de imaginarnos, después que el descubrimiento ha sido hecho.

Transcurre bastante tiempo antes de que los hombres sean capaces de hacer algún uso de lo que pasa por delante de ellos, a menos que se hayan dedicado a observarlo detenidamente. Cuando ellos entran por primera vez a un nuevo campo del conocimiento son atraídos por muchas apariencias insignificantes y dejan pasar otras que revisten gran importancia: ellos están demasiado impacientes para poder esperar por la lenta producción de la naturaleza con miras a la formación de su sistema, y son empujados por el color de su fantasía; tienen demasiada prisa para alcanzar conclusiones generales y aforismos, basados en un pequeño número de hechos...”

Heberden se destacó como uno de los profesionales de mayor renombre en la Inglaterra de su época. Fueron muchos los pacientes distinguidos que tuvo bajo sus cuidados, tal como fue el caso de Samuel Johnson. También



fueron muchos los colegas de gran prestigio, con quienes trabó amistad, tales como John y William Hunter, Jenner, Withering, entre otros muchos. Recibió la designación de “Médico de la Casa Real” en el año 1760, para brindar atención a la Reina Carlota, honor que tuvo a bien declinar por razones de orden personal. También participó activamente en los círculos literarios, habiendo contribuido en este campo con la traducción de las obras de Eurípides. Conoció a Benjamín Franklin, quien lo indujo a publicar un panfleto extraordinariamente útil sobre la eficacia de la vacunación con fines preventivos en 1759<sup>(15)</sup>.

En 1778 recibió la designación de “Miembro honorario de la Sociedad Real de Medicina de París”. Heberden se retiró de la práctica de la medicina en 1782 y murió en Pall Mall el 17 de mayo de 1801, cuando cumplía 91 años de edad.

William Heberden fue, sin lugar a dudas, una de las más grandes figuras de la medicina que surgieron en el Siglo XVIII, fue un gran talento provisto de una gran capacidad de observación clínica dentro de la mejor tradición hipocrática, fue un médico humano y poseedor de una vasta ilustración enmarcada dentro de la tradición de la escuela inglesa y quien describió magistralmente un cuadro clínico hasta entonces imperfectamente delineado, una figura que si bien no llega a las alturas alcanzadas por Harvey, ocupa un sitio de importancia en la evolución del conocimiento de la medicina clínica universal.

Hay otros dos médicos ingleses que se encuentran vinculados con los primeros pasos que se dieron en la vía del conocimiento de la enfermedad coronaria y que se destacaron por el esfuerzo de encontrarle un substratum anatómico a la enfermedad, que tan cabalmente había sido descrito clínicamente por W. Heberden. Estos autores fueron Edward Jenner y Caleb Hillier Parry que completan una famosa trilogía.

### **EDWARD JENNER** (1749-1823)

- La vacunación: un descubrimiento trascendental para la humanidad (1798).

- Nace el concepto de medicina preventiva y de los métodos para provocar un estado de inmunidad.
- Las bases anatómicas del *angor pectoris*: la enfermedad de las arterias coronarias.

Edward Jenner nació en Berkeley, Gloucestershire, Inglaterra, y, como se mencionó previamente, fue discípulo de John Hunter y tuvo la oportunidad de atenderlo durante su enfermedad. Mantenía correspondencia con Hunter y había discutido con él su observación crucial de que las ordeñadoras quedaban inmunes a la viruela al sufrir la denominada vacuna o enfermedad de las ubres de las vacas.

Su primera publicación en 1798 tuvo como título “Una investigación sobre las causas y efectos de la *Variolae Vaccinae*”. El descubrimiento de Jenner fue trascendental para la humanidad y a él se le debe la introducción del concepto de medicina preventiva y la utilización masiva de la inoculación con productos destinados a provocar en el organismo, un estado de inmunidad.

### **Una carta que dirigió a Heberden**

“Cuando usted conozca mis motivos, yo presumo tendrá a bien perdonarme la libertad que me he tomado de dirigirme a usted. Me ha inclinado a hacerlo el conocimiento del mutuo aprecio que existe entre usted y mi apreciado amigo, el Sr. Hunter.

Cuando tuve el placer de verlo en la localidad de Bath en otoño pasado, pensé que estaba afectado de muchos de los síntomas de *angina pectoris*. Las disecciones (en lo que hasta el presente he podido observar) de aquellos que han padecido la enfermedad, han arrojado poca luz sobre el tema. Aun cuando, en el curso de mi práctica, yo he visto caer muchas personas víctima de esta enfermedad, sin embargo solo he tenido dos oportunidades de practicar el examen post mórtem. En el primero de esos, no encontré bases de enfermedad del corazón, excepto que las coronarias se encontraron engrosadas.

Como nadie había señalado tal hecho entre

los autores que habían escrito sobre el tema, yo concluí que debíamos investigar otras causas como causantes de la enfermedad; pero hace cerca de tres semanas, Mr. Paytherus, un cirujano de Ross en Hereferdshire me invitó que examinara con él, al corazón de una persona que había muerto de *angina pectoris*, hacía unos pocos días. Aquí encontramos la misma apariencia de las arterias coronarias que la referida en el caso anterior. Pero lo que había sido tomado como una osificación del mismo vaso, Mr. Paytherus descubrió que era una especie de tubo carnoso de consistencia dura, que se había formado dentro del vaso con una considerable cantidad de materia osificada, dispuesta irregularmente a su través. Este tubo no aparentaba tener ninguna conexión vascular con las túnicas de la arteria, sino que parecía yacer simplemente en contacto con ella.

¿En lo que respecta al corazón, yo creo, como toda persona que ha muerto de angina pectoris, que el órgano ha sido extremadamente sobrecargado de grasa y como estos vasos yacen bastante ocultos dentro de esta sustancia será posible que este fenómeno haya pasado desapercibido? La importancia de las coronarias y como el corazón debe sufrir a causa de no ser capaces de realizar a cabalidad sus funciones (no deben sorprendernos los violentos espasmos) es un tema sobre el cual no necesito extenderme, por consiguiente, solo haré notar que es posible que todos los síntomas puedan surgir de esa única circunstancia”.

Jenner refiere que el Sr. Home, el cuñado de Hunter, no compartía sus puntos de vista, pero “cuando, sin embargo, el Sr. Hunter falleció, el Sr. Home me escribió, y con mucha franqueza me comunicó después de haberse practicado la necropsia, que yo estaba en lo cierto”.

De modo que Jenner fue de los primeros autores que se refirió a los cambios experimentados por las arterias coronarias, endurecimiento, calcificación (osificación) y sobre todo a la formación de un trombo oclusivo, como responsable del síndrome clínico, incluyendo la asociación con la muerte súbita.

## CALEB HILLIER PARRY (1755-1822)

- Descripción pionera del bocio exoftálmico.
- El dolor coronario tiene una base en las lesiones y en la insuficiencia de las coronarias.

Natural del reputado balneario de Bath, fue un excelente clínico y profesional del campo de la medicina, condiscípulo y gran amigo de Jenner. Parry tuvo el mérito de haber descrito el cuadro clínico del bocio exoftálmico en 1825, precediendo su completa descripción sobre esta enfermedad, a las de Graves y de Basedov.

Pero en relación con el tema tratado, Parry publicó el libro titulado<sup>(3)</sup>: “Una investigación sobre los síntomas y las causas del síndrome anginoso, comúnmente llamado angina pectoris; ilustrado por disecciones” (1799).

Parry en su libro menciona que “el paciente probablemente muere sin experimentar otros síntomas como no sean aquellos que muestran una irrecuperable disminución del movimiento del corazón”.

También se refiere al rasgo, de carácter diferencial, entre el síncope de la angina pectoris y el síncope común, que consiste en, el primero, en “ser precedido por un inusitado grado de ansiedad o de dolor en la región del corazón, inusitado también en el hecho de ser provocado rápidamente, dentro de un buen estado de salud aparente por cualquier tipo de ejercicio sistémico que involucre los músculos, muy especialmente al caminar”.

Como explicación de esta relación con el esfuerzo, Parry comenta “y aun cuando una cantidad de sangre que pueda circular por las vías de esas arterias, sea suficiente para mantener la nutrición del corazón... sin embargo, es muy probable que sea menor que la requerida para una pronta y vigorosa acción”. Si bien Parry desconoce las lesiones causales de las arterias coronarias, plantea la necesidad de investigar las causas de la osificación que experimentan con frecuencia estos vasos.

En síntesis, Parry, quien había recibido la influencia de su amigo Jenner y cuya correspondencia cita en la introducción del libro, también se adhiere a la hipótesis del origen coronario del *angor pectoris*, el cuadro clínico que había sido descrito por Heberden.

### BIBLIOGRAFÍA

- (1) ADAMS F. The Genuine Works of Hippocrates. London, New Sydenham Society; 1849.
- (2) SENECA LA. Obras Completas. Madrid: Aguilar; 1957.
- (3) PARRY CH. Inquiry in to the Symptoms and Causes of the Syncope Anginosa, Commonly Called Angina Pectoris, Illustrated by Dissections. Bath and London: R. Crutwell; 1799.
- (4) THEBESIIUS AC. Dissertatio Medica de Circulo Sanguinis in Corde. Leyden: J.A. Langerak; 1716.
- (5) LANCISI GM. De Subitaneis Mortibus. Roma, Buagni. 1707.
- (6) SENAC JB Traité de la Structure du Coeur, de son Action et de ses Maladies. 2 vols. Paris: J. Vincent; 1749.
- (7) CRELL JF. Dissertatio de Arteria Coronaria Instar Ossis Indurata Observatio, 1740 In: A. Haller, Disputationes ad Morborum Historiam et Curationem Facientes. Vol. II ad Morbos Pectoris. Lausanne Bousquet, 1757.
- (8) MORGAGNI GB. The Seats and Causes of Diseases Investigated by Anatomy. Trans. by B. Alexander. London: Millar and Cadell, 1769. Birmingham: Classics of Medicine Lib., 1983.
- (9) MORGAGNI, J.B. De Sedibus et causis morborum per anatomen indagatis libri quinque. Venecia, 1761.
- (10) ROUGNON DE MAGNY N.F. Lettre a M. Lorry , Touchant les causes de la mort de feu Monsieur Charles, ancien capitaine de cavalerie, arrivée a Besancon le 23 Février. 1768:55.
- (11) HOME B. A Treatise on the Blood, Inflammation and Gun-Shot Wounds by the Late John Hunter. A Short Account of the Author's Life by his Brother in Law Everard Home. Philadelphia: Thomas Bradford; 1796.
- (12) HEBERDEN W. Some Account of a Disorder of the Breast. Med Tr Roy Coll Phys. London. 1772;2:59-67.
- (13) HEBERDEN W. Comentarries on the History and Cure of Disiseases. London: T. Payne, News-Gate; 1802.
- (14) HEBERDEN W. An Introduction to the Study of Physic (New for the F First Time Published).\_\_A Prefatory Essay by Le Rey Crummer. New York: Paul B. Hoeber; 1929.
- (15) FRANKLIN B, HEBERDEN W. Some Account of the Success of Inoculation for the Small-pox in England and America. London, 1759.

