AÑO 1911. Núm. 2385.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

Contribución al Estudio Clínico y Anatómo-Patológico

DE LOS

TUMORES DEL CORAZÓN

(Linfo-sarcoma primitivo de la aurícula derecha y del estómago)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

TULIO MARTINI

EX-PRACTICANTE INTERNO MENOR Y MAYOR POR CONCURSO DE CLASIFICACIONES DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS. 1909 - 10 - 11.

EX-PRACTICANTE MENOR Y MAYOR RENTADO DEL SERVICIO DE PRIMEROS AUXILIOS DE LA ASISTENCIA PÚBLICA. 1909 - 10.

EX-AYUDANTE HONORARIO Y RENTADO DEL LABORATORIO BACTERIOLÓGICO DE LA ASISTENCIA PÚBLICA. 1907 - 08 - 09.

EX-PRACTICANTE EXTERNO DEL SERVICIO DE PIEL Y SÍFILIS DEL HOSP. NACIONAL DE CLÍNICAS. 1909.

EX-PRACTICANTE EXTERNO DEL HOSPITAL RIVADAVIA. 1908.

EX-AYUDANTE DE FISIOLOGÍA EXPERIMENTAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS POR CONCURSO DE CLASIFICACIONES. 1907.

EX-PRACTICANTE HONORARIO DE VACUNA. 1906.

"LA CIENCIA MEDICA"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

Contribución al Estudio Clínico y Anatómo-Patológico

DE LOS

TUMORES DEL CORAZÓN

(Linfo-sarcoma primitivo de la aurícula derecha y del estómago)

AÑO 1911. Núm. 2385.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

Contribución al Estudio Clínico y Anatómo-Patológico

DE LOS

TUMORES DEL CORAZÓN

(Linfo-sarcoma primitivo de la aurícula derecha y del estómago)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

TULIO MARTINI

EX-PRACTICANTE INTERNO MENOR Y MAYOR POR CONCURSO DE CLASIFICACIONES DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS. 1909 - 10 - 11.

EX-PRACTICANTE MENOR Y MAYOR RENTADO DEL SERVICIO DE PRIMEROS AUXILIOS DE LA ASISTENCIA PÚBLICA. 1909 - 10.

EX-AYUDANTE HONORARIO Y RENTADO DEL LABORATORIO BACTERIOLÓGICO DE LA ASISTENCIA PÚBLICA. 1907 - 08 - 09.

EX-PRACTICANTE EXTERNO DEL SERVICIO DE PIEL Y SÍFILIS DEL HOSP. NACIONAL DE CLÍNICAS. 1909.

EX-PRACTICANTE EXTERNO DEL HOSPITAL RIVADAVIA. 1908.

EX-AYUDANTE DE FISIOLOGÍA EXPERIMENTAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS POR CONCURSO DE CLASIFICACIONES. 1907.

EX-PRACTICANTE HONORARIO DE VACUNA. 1906.

"LA CIENCIA MEDICA"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CORDOBA 2080

BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vértidas en las tésis.

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. PEDRO LAGLEYZE

Vice-Presidente

DR. D. ROBERTO WERNICKE

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
3. » » EUFEMIO UBALLES
4. » » PEDRO N. ARATA
5. » » ROBERTO WERNICKE
6. » » PEDRO LAGLEYZE
7. » » JOSÉ PENNA
8. » » LUIS GÜEMES
9. » » ELISEO CANTÓN
10. » » ENRIQUE BAZTERRICA
11. » » ANTONIO C. GANDOLFO
12. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
13. » » DANIEL J. CRANWELL
14. » » HORACIO G. PIÑERO
15. » » JUAN A. BOERI
16. » » ANGEL GALLARDO
17. » » CARLOS MALBRAN
18. » » M. HERRERA VEGAS
19. » » ANGEL M. CENTENO
20. » » FRANCISCO A. SICARDI
21. » » DIÓGENES DECOUD
22. » » BALDOMERO SOMMER
23. » » FRANCISCO F. DAVEL

Secretario

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. Dr. D. Eduardo Wilde
2. » » Martin Spuch
3. » » Telémaco Susini
4. » » Emilio R. Coni
5. » » Olhinto de Magalhaes

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARÁOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JOSÉ ARCE
» » J. A. BOERI (Suplente)
» » PEDRO LACAVERA
» » ENRIQUE ZÁRATE

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoologia Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Fisica Médica.....	» ALFREDO LANARI
Quimica Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Quimica aplicada á la Medicina.....	» PEDRO N. ARATA
Histologia.....	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomia Descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomia Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Semiologia y ejercicios clinicos.....	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomia Topográfica..... ..	» AVELINO GUTIERREZ
Fisiologia General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomia Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Bacteriologia.....	» CARLOS MALBRÁN
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patologia Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat. y Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Neurológica.....	» JOSE M. RAMOS MEJIA
» Médica..... ...	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal.....	(Vacante)
Clinica Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS (con lic.)
Clínica Pedriática.....	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica.....	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica.....	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUAN R. FERNÁNDEZ
» JOSÉ T. BACA
» JUVENCIO Z. ARCE

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Dermato-sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA (en ejerc.)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY (en ejercicio)
Botánica Médica	„ RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	„ JULIO G. FERNÁNDEZ
Bacteriología	„ JUAN CÁRLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	„ FELIPE JUSTO
	„ MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica	„ ROBERTO SOLÉ
	„ CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica	„ JOAQUÍN LLAMBÍAS
Clínica Ginecológica	„ JAIME V. SALVADOR
	„ TORIBIO PICCARDO
» Oto-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
» Dermo-sifilopática	„ NICOLÁS V. GRECO
Patología externa	„ CARLOS ROBERTSON
	„ RICARDO S. GÓMEZ
Medicina Operatoria	„ PEDRO CHUTRO
Patología interna	„ RICARDO COLÓN
	„ PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmológica	„ ENRIQUE DEMARIA
» Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
	„ MARCELO VIÑAS
	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
	„ JOSÉ ARCE
	„ ARMANDO MAROTTA
» Neurológica	„ MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	„ PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	„ LUIS AGOTE
	„ DAVID SPERONI
	„ JUAN JOSÉ VITÓN
	„ RAFAEL BULLRICH
	„ PABLO MORSALINE
Clínica Obstétrica	„ ENRIQUE A. PARDO
	„ ENRIQUE ZÁRATE
	„ ARTURO ENRIQUEZ
	„ ALBERTO PERALTA RAMOS
	„ FAUSTINO J. TRONGÉ
Clínica Pediátrica	„ MANUEL A. SANTAS
	„ MAMERTO ACUÑA
	„ GENARO SISTO
	„ PEDRO DE ELIZALDE
» Génito-urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
	„ JOAQUÍN NIN POSADAS
» Psiquiátrica	„ JOSÉ BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomia, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO (con lic.)
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Quimica orgánica aplicada	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	» JUAN A. BOERI
Física Farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológia (csegundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmaceuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posologia razonadas. ..	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiologico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» UBALDO FERNANDEZ
	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapèutica dentarias, Medicina Legal..... ...	» N. ETCHEPAREBORDA

Catedrático suplente

DR. RODOLFO ERAUZQUIN

PADRINO DE TESIS:

DOCTOR ABEL AYERZA

Consejero y profesor titular de Clínica Médica
de la Facultad de Medicina de Bs. Aires

A MIS QUERIDOS PADRES

Á QUIENES TODO DEBO

A MIS HERMANOS

A MIS PARIENTES

Al Profesor :

ABEL AYERZA

MI MAESTRO.

A quien agradezco sus sabias lecciones

MI MAS SINCERO RECONOCIMIENTO

Al Doctor:

JUAN B. TRONCOSO

Gefe de Clínica de la sala IV del Hosp. N. de Clínicas

Al Doctor:

JOAQUIN LLAMBIAS

Profesor suplente de Anatomía Patológica
Prosector de la Morgue

A los Doctores:

ANTONIO C. GANDOLFO
DANIEL CRANWELL
ARMANDO MAROTTA
GREGORIO ARÁOZ ALFARO
FRANCISCO SICARDI
MARCELINO HERRERA VEGAS
ANGEL CENTENO
MARCIAL V. QUIROGA

A los Doctores:

JOSÉ BADIA
JULIO G. FERNANDEZ
RICARDO A. NÖLTING
ALBERTO GRESLEBIN
NICOLÁS V. GRECO

A MIS COMPAÑEROS DE INTERNADO

del Hospital Nacional de Clínicas

AMISTAD Y CARIÑO.

A MIS COMPAÑEROS DE GUARDIA

de la Asistencia Pública

AFECTO.

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Voy á dar cumplimiento á un precepto que me exige la Facultad al abandonar las aulas universitarias, presentando á vuestra digna é ilustrada consideración el presente trabajo, como última prueba eficiente de los conocimientos adquiridos durante mi permanencia en la Escuela de Medicina.

Ha sido para mí un serio conflicto escojer el tema que pudiera ser merecedor de vuestra aprobación y que satisfaciese más mis anhelos, pero afortunadamente he logrado seleccionar entre el numeroso material de estudio un capítulo de la Patología Interna, lleno de interés, titulado « Estudio clínico y anátomo-patológico de los tumores del corazón », al final del cual presentaré una observación personal que el azar ha puesto en mis manos durante el año de internado, como practicante mayor de la sala IV del Hospital Nacional de Clínicas.

Tan poco estudiado es el tema que voy á desarrollar, que la parte referente al diagnóstico clínico es

poco menos que desconocida en la actualidad; y así se explica que la mayor parte de las observaciones publicadas, como la que motiva la presente tesis, no ha sido proporcionada por los pacientes en vida, sino que ignorándose en absoluto su verdadera afección cardiaca eran portadores de un vulgar diagnóstico clínico. Recién en la necropsia nos mostraron lo que tantas veces han repetido los que se dedican al estudio del cadáver ¡un hallazgo de autopsia!; y en verdad, si nos referimos á nuestro caso, podemos afirmar que ni siquiera fué sospechado por todo el personal del servicio el grave padecimiento que arrebató la vida del enfermo núm. 21 de nuestra sala.

Pues bien, las sorpresas que á diario nos confieren las autopsias no deben permanecer silenciosamente redactadas en un simple protocolo y archivadas inmediatamente; muy al contrario, ellas son las que reportan mayor enseñanza cuando no vienen, con su aparición, á enriquecer la literatura médica de un país; ahora bien, ateniéndonos á nuestro caso, la autopsia nos dijo que el sujeto á quien habíamos diagnosticado una miocarditis aguda presentaba un *linfo-sarcoma del corazón*; justo era entonces que ante la magnitud del diagnóstico anatómico, meditáramos un instante á fin de construir mediante un razonamiento retrospectivo, el cuadro clínico de di-

cho tumor cardiaco, para que al convencernos de nuestro error nos cerciorásemos también de las grandes dificultades con que debíamos tropezar para formular el diagnóstico médico.

Quizá me tacharéis de pretensioso por el hecho de querer contribuir al estudio de un capítulo demasiado nuevo de la patología cardiaca ; sin embargo, mis intenciones se concretan solamente á presentar, con la mayor prolijidad posible, los casos observados en sus fases anátomo-patológica y clínica, para que relacionados con los trabajos que sobre este mismo punto ilustran las literaturas médicas alemana, francesa, italiana é inglesa, pueda reunir una suma de observaciones tales que me autoricen á delinear en breves páginas los datos clínicos que más valor ofrecen para llegar al diagnóstico ; creo que debido á este procedimiento avanza nuestra ciencia á pasos agigantados, penetrando en el complejo orgánico y dinámico de los seres vivos.

Es claro, que el caudal de mis observaciones no puede ser más reducido, puesto que no presentaré más que un solo caso de tumor verdadero, por ser con toda probabilidad, dentro el cuadro de neoplasmas primitivos, la única observación existente entre nosotros ; es entonces, la escasísima frecuencia de los neoplasmas primitivos del co-

razón, la causa de que dispongamos de tan pobre material de estudio.

No terminaré estas breves palabras, sin rendir justo homenaje de gratitud á los profesores de la escuela de Medicina, á quienes debo los conocimientos prácticos adquiridos en mi paso por las aulas universitarias ; pero, por circunstancias imputables tan solo al destino, he debido vincularme con determinadas personas de quienes haré especial mención en prueba de la gratitud y afecto que á ellas me une ; es el natural agradecimiento que emana del discípulo para sus maestros predilectos.

En los primeros años de mis estudios he pertenecido al Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública, recibiendo de los doctores Badía, Fernández, Greslebin, Nölting y Greco, el precioso material de conocimientos que me ha preparado para adquirir el complemento clínico y quirúrgico de más tarde ; gratitud, pues, á todos ellos, en quienes reconozco mis más apreciados maestros y amigos.

Como practicante menor del Hospital de Clínicas, debo mi especial agradecimiento al doctor Gandolfo, de quien he aprovechado su enseñanza quirúrgica y admirado la rectitud de proceder ; al doctor Marotta y Cranwell por las lecciones prácticas que á cada instante recibía de ellos ; ha-

go extensivo mi agradecimiento á los doctores Centeno, Elizalde y Herrera Vegas, por su enseñanza y por la distinción que han dispensado á su discípulo.

Siendo mayor interno del mismo Hospital, mi eterna gratitud al profesor Abel Ayerza, á quien debo los primeros pasos efectuados en el vasto terreno de la clínica médica; á quien he admirado siempre en sus lecciones prácticas al lado del enfermo, donde cada frase era la expresión sintética de extensos capítulos de la patología interna, y por último mi más profundo agradecimiento por el honor que me dispensa al acompañarme como padrino en este acto.

Al doctor J. B. Troncoso, gratitud por su enseñanza, buenos consejos y la distinción que siempre ha tenido para con su practicante.

No terminaré estas frases, sin retribuir con mi más sincero agradecimiento al doctor J. Llambías, quien con su reconocida competencia me ha dirigido en el estudio de este interesante tema; á él debo buen número de las investigaciones bibliográficas, así como las elocuentes microfotografías que completan mi trabajo; eterna gratitud, pues, á quien reconozco uno de mis mejores maestros.

HISTORIA

En el estado actual de las ciencias médicas nos es desconocido el estudio clínico de los tumores primitivos del corazón ; siempre han sido encarados por los autores como una curiosidad anátomo-patológica que no ha merecido los honores de ocupar un capítulo en la patología cardiaca.

En efecto, en los casos observados en las necropsias, no fué siquiera sospechado en vida, puesto que la sintomatología mórbida de los neoplasmas cardiacos nada tienen de constante ni de característico ; razón por lo cual no debe extrañarnos que en muchos enfermos que habían sido bien observados bajo el punto de vista clínico, y confirmado luego el error de diagnóstico con la autopsia del sujeto, hayan sido colocados, vista la imposibilidad del diagnóstico, fuera de la clínica de las enfermedades internas, para consignarla únicamente en el número de las observaciones anatómicas.

Así se explica el avance irregular de los conocimientos sobre esta cuestión, donde por épocas se ha pretendido trazarle un cuadro clínico, sin conseguir implantarlo jamás sobre bases inconmovibles; veamos, pues, á fin de certificar lo expuesto, los datos bibliográficos en su orden cronológico sobre los tumores cardiacos en general.

Desde Carcassonne, en el año 1777, en la memoria presentada á la Sociedad Royale de Paris, cita la primera observación; pocos años después Senac (1778) y Portal (1803, dan á publicidad otros casos de neoplasmas cardiacos; pero dichas observaciones reposaban sobre un criterio puramente anatómico, puesto que en aquel entonces el microscopio no había comenzado á penetrar en la intimidad de los tejidos, ignorándose en absoluto la histo-patología.

Más tarde, concomitantemente á los primeros estudios anátomo-patológicos, aparecen diversas observaciones, según consta en los tratados de clínica médica, de patología general, en revistas, memorias, etc., etc., que Corvisart (1818) Bayle (1824), Segalas (1825), Andral (1829), Lœnnec (1837), Bouillaud (1841), Laveran (1857), Vidal (1861) y otros más citaban á título de simples curiosidades médico-científicas.

Uno de los casos mejor consignados, es el que

presenta Hayem, en el año 1864, sobre «un cáncer del corazón con quistes serosos flotantes en el ventrículo derecho consecutivo á un cáncer encefaloide del riñón izquierdo», pero es recién, al año siguiente, es decir, en 1865, cuando Bodenheimer, inicia el estudio clínico de los tumores cardiacos á raíz de un sarcoma primitivo del corazón, observado por él en la clínica del profesor Biemer, en cuyo trabajo manifiesta que su sintomatología es hasta el presente un vasto campo abierto á las investigaciones, y concluye diciendo «que son múltiples los factores que modifican los síntomas de los tumores cardiacos, habiendo posibilidad de formular el diagnóstico, solamente por exclusión».

Siguiendo el orden cronológico, debo mencionar la observación de Bucquoy, sobre un caso de cáncer del corazón que describe en el año 1866 en el Boletín de la Sociedad Médica de los Hospitales; luego se suceden las publicaciones de Lorné en 1869 referente á un mixoma cardiaco, según consta en el Boletín de la Sociedad Anatómica de París; pero estas dos últimas observaciones como las de Ducastel (1869), Hottenroth (1870), Moxón (1871), Wagstaffe (1871), Curtis (1872), sobre cáncer, sarcomas, quistes hidáticos, etc., del miocardio, los mencionan casi exclusivamente bajo

el punto de vista anátomo-patológico, con muy escasas proyecciones en el terreno de la clínica.

Debemos llegar al año 1874, para que Ely en su tesis inaugural sobre «Contribución al estudio de los tumores neoplásicos del corazón», abordase el tema con la amplitud y entusiasmo, como supo hacerlo Bodenheimer nueve años antes, dedicando especial cuidado á la parte de diagnóstico clínico, llegando á la siguiente conclusión: «que la sintomatología es mezquina, aproximándose á un cuadro difuso y obscuro de miocarditis».

Siguiendo el mismo orden, encontraremos los trabajos de Burney Yeo (1875), de Byrom Bramwell (1875), de Wiegand (1876), de Birsch-Hirschfeld (1877), de Da Costa (1878), de Salvioli (1878), de Ouskow (1879), de Hermann (1878), de Ingram (1878), de Gross (1880) y de Virchow (1882), que según consta en la obra crítica de A. Pic y J. Bret publicada en 1891, titulada «Contribución al estudio del cáncer secundario del corazón», todas las citas anteriores desde el año 1875 se refieren á casos de neoplasias secundarias, siendo excepcional aquellos en los cuales se permite dudar de si son ó no primitivos.

Sin embargo, la observación que Weiss da á conocer en la Gazzeta Médica Italiana en el año

1880, es según afirma Frænkel en su monografía, un caso auténtico de sarcoma primitivo del corazón; más ó menos en la misma época hacen su aparición diversos trabajos sobre este tema, publicados por Cacciola, Barthélemy, Zander, Boström y Roberts; pocos años después es decir, en 1885, tenemos las observaciones de Girode, Waldvogel y Norman Moore que presentan á la Sociedad Patológica de Londres; al año siguiente Martinotti publica en la Gazzetta de la Clínica Italiana, un capítulo titulado «Contribución al estudio de los tumores cardíacos» y casi simultáneamente Banti dá á conocer un caso de «Lipoma primitiva del corazón». Al llegar al año 1889 tenemos dos trabajos, el de Guttman y muy especialmente la interesante monografía de Frænkel, quien da á publicidad el estudio completo de un caso de «Sarcoma primitivo del corazón», cuya autenticidad nadie la discute; en su brillante descripción bibliográfica enumera 17 casos de tumores cardíacos primitivos publicados después del año 1870. Llegamos entonces á la obra ya consignada, de Pic y Bret publicada en el año 1891, estudiando con preferencia las neoplasias secundarias del corazón; en el mismo año, Jürguens añade cuatro casos más á la bibliografía existente hasta la fecha.

Por el año 1893 hace su aparición entre las memorias originales de los « Archives de Medicine Expérimentale et d'Anatomie Pathologique » publicados bajo la dirección de Charcot, un importante trabajo de L. Berthenson ittulado « Contribución al diagnóstico de los tumores cardíacos primitivos. Mixoma de la aurícula izquierda », estudiando el tema con toda amplitud de concepto anátomopatológico y clínico, y acompañándole numerosas citas bibliográficas de todos los autores que han estudiado la cuestión desde el año 1865 hasta 1893; en su trabajo consigue reunir 30 casos de tumores cardíacos primitivos, de los cuales dice el autor, ocho han sido publicados antes de 1870, luego 17 desde dicha fecha hasta la monografía de Frænkel en 1889; después añade los cuatro casos de Jurgens en 1891 y finalmente el caso descripto por él mismo dos años más tarde; después de los datos bibliográficos anotados pretende trazar el cuadro clínico de la enfermedad analizando cada síntoma en particular y sobre todo el diagnóstico diferencial con las afecciones que pueden originarse en su inmediata vecindad.

Después de Berthenson, en el año 1895, Laisney en su tesis sobre el estudio del cáncer del corazón, reune entre observaciones anteriores y las propias 38 casos; al siguiente año, en 1896, la li-

teratura médica italiana cuenta otros dos trabajos, el primero de Petrocchi, quien describe «un lifoma de la aurícula derecha», y el segundo de Patella que trata de «I neoplasmi del cuore», consignándose en este último todos los conocimientos adquiridos, anatómicos y clínicos de los tumores cardíacos hasta el año 1898.

Luego Barié en su tra,tado de las «Enfermedades del corazón y de la aorta», publicado en el año 1900 establece, en el capítulo concerniente á los tumores del corazón, la extremada rareza de las formas primitivas y la poca frecuencia de los ingertos secundarios, descuidando casi en absoluto la parte clínica. Se suceden después publicaciones ó tesis que solamente se concretan á consignar el caso observado, demostrando las dificultades inherentes para llegar al diagnóstico clínico; en efecto, Dieulafoy en 1900, cita casos en sus «lecciones de Clínica Médica del Hotel Dieu»; al año siguiente, Billard comunica haber encontrado un cáncer en un recién nacido; Legallois constata casi simultáneamente idéntica afección en un niño de once años; poco tiempo después, en el año 1902, aparece la interesante tesis de Cornil, quien hace una buena disertación sobre el tema; en 1903, una segunda tesis es presentada á la Facultad de Medicine de París, sobre «Cáncer secundario del cora-

zón » por C. Sainmont, quien después de recopilar todo cuanto se había escrito antes de su publicación, añade estadísticas por orden de frecuencia en que las metastasis neoplásicas invaden los diversos compartimentos cardíacos, etc., pero en su faz clínica solo se reduce á formular un diagnóstico probable cuando positivamente se ha constatado la neoplasia primitiva en otro órgano. En el mismo año aparecen en los Archivos de la Ciencia Médica los trabajos de Cagnetto, quien presenta un rabdomioma del corazón, y el de Ponfick que menciona otros dos casos de tumores de la misma naturaleza en niños de algunos meses de vida ; idéntico tumor había sido encontrado por Seiffert en 1900, que abarcaba todo el órgano.

En el año 1902, aparece un interesante capítulo sobre tumores del corazón, en el libro italiano de Clínica Médica, publicado por Traina, quien se ocupa extensamente del tema ; después se suceden trabajos aislados, como ser el de Bjorsten (1905), el de Thompson y Aitchisson (1904), Brevis (1905) ; al año siguiente las publicaciones de Azzurrino y de Crescenzi vienen á enriquecer la literatula italiana.

Después, en los Archivos de Virchow, existen diversos estudios muy interesante á este respecto, á saber, el de Karrenstein, Stahr, Leonhart

y Djeivitzky, que aportan cada uno de ellos su material de observación ; en seguida en el año 1907 hacen su aparición los casos de Thorel, Legueu y Schöpfler aumentando el caudal de observaciones hasta entonces existente ; en 1909, es decir, dos años después, tenemos los trabajos de Askanazzy, Brenner, Abrikosoff y Koechlin que traen un precioso material de estudio.

Después no se conoce otra publicación, hasta la del malogrado doctor Enrique E. del Arca, que en el año 1910, presenta á la Academia de Medicina de Buenos Aires, un caso de sarcoma á pequeñas células redondas del corazón ; al año siguiente, Menetrier en la Semana Médica de París publica otra observación de sarcoma de la aurícula izquierda, y por fin *nuestro caso* perteneciente á un linfosarcoma de la aurícula derecha.

CONSIDERACIONES GENERALES

Voy á tratar en el presente párrafo, las clasificaciones de los tumores cardiacos en general, bajo el punto de vista anátomo-patológico y clínico. Al pretender clasificar la diversidad de las neoplasias que tienen su asiento al nivel del corazón, debemos tomar muy en cuenta su origen, la naturaleza de sus elementos celulares constitutivos, enseguida la disposición estructural de esos mismos elementos, y por fin su localización ; terminaré el capítulo diciendo algunas palabras sobre la forma, tamaño, consistencia, color, número, etc., que dichas neoformaciones celulares pueden ofrecen al examen de la pieza.

Los tumores del órgano central de la circulación, se divide según su origen, en dos grandes categorías : *primitivos* y *secundarios*.

La importancia que ofrece al clínico la división enunciada de los tumores que pueden desarrollarse en el corazón, es inmensa, porque su determinación

á la cabecera del enfermo sería un poderoso elemento de pronóstico que el médico debería siempre aprovechar ; en efecto, la sola constatación de un ingerto metastático al nivel del miocardio, cuyo asiento primitivo se había comprobado con anterioridad en un órgano lejano, bastaría para afirmar el carácter eminentemente maligno de la neoplasia.

Sin embargo, el criterio clínico de la malignidad ó benignidad, aún reposando sobre un base anatómica, en lo que se refiere al corazón no debe aceptarse, puesto que en dicha víscera es de suma importancia, lo que los anátomo-patologistas llaman « malignidad accidental », es decir, aquella que obedece más bien á la localización, por las perturbaciones de vecindad que puede ocasionar, que por el carácter invasor y destructivo de sus propios elementos celulares atípicos. Fácil es suponer que una producción de tejido, primitiva ó secundaria, benigna ó maligna, que tomando por asiento el miocardio emerja en forma poliposa sobre uno de los orificios valvulares, tendrá que producir, forzosamente, alteraciones en la circulación de la sangre, cuya acentuación estará más en relación con el tamaño del tumor que con su naturaleza.

Pero no sólo, la diferenciación anotada puede tener valor para el pronóstico, sino que su comprobación permite en muchos casos determinar la natura-

leza celular del tumor ; en efecto, una neoplasia primitiva del órgano permite sospechar que es de origen meso-dérmico (vasos y trama conjuntiva), excluyendo de hecho, las neoformaciones de tipo epitelial ; viene á confirmar lo expuesto, todas las observaciones que constituyen la bibliografía de este capítulo, en que no es posible encontrar descripto un solo caso de carcinoma primitivo del corazón, habiendo en cambio varios sarcomas, fibromas, rabdomiomas, etc., auténticamente consignados en la literatura médica extranjera.

Bajo el punto de vista del diagnóstico clínico (que más adelante estudiaremos con detalle) es necesario mencionar la dificultad inherente al diagnóstico de un tumor primitivo del corazón, donde, en la gran mayoría de los casos, el médico fracasa ; no sucede siempre igual, cuando consecutivamente á una neoplasia de una víscera cualquiera de la economía, el facultativo, ve un buen día aparecer manifestaciones ruidosas del lado de su miocardio, como ser la asistolia aguda que no puede explicarse sino por la invasión cardiaca metastática.

Pero es un punto digno de tenerse en cuenta, que el corazón no siempre es invadido por metástasis, es decir, por agrupaciones celulares que desprendidas de su foco inicial y vertidas en la circulación, vienen á ingertarse en pleno músculo cardiaco, sino que en

muchos casos es por contigüidad, en que el tumor sobrepasando los límites del órgano primitivamente afectado, ataca el saco pericárdico y luego el miocardio mismo; es el caso de los cánceres del corazón, consecutivo á un cáncer intra ó extra torácico.

Debo también especificar la extrema rareza de estas producciones anómalas; son bien contados los casos de tumores primitivos perfectamente descriptos, mientras que son relativamente excepcionales las formas secundarias; para establecerlo mejor repitiría lo que dice Cornil en su tesis del año 1902, quien afirma la constante observación de uno ó dos casos por año en los Hospitales de París.

——

En segundo término abordaremos la clasificación de los tumores cardiacos según la naturaleza de sus elementos textuales. Sin entrar de lleno en el capítulo de anatomía patológica que reservamos especialmente para más adelante, voy á consignar en pocas palabras la importancia que ofrece bajo el punto de vista clínico.

En el párrafo anterior distinguíamos dos grandes variedades de tumores cardiacos, los de naturaleza epitelial y los conjuntivos, demostramos enseguida

la importancia de tal clasificación para determinar si era ó no originario de la víscera en la cual se desarrollaba, aceptando, en desconformidad con Virchow, la *teoría de la especificidad*, en la cual cada tejido, en vías de neoformación no engendra sino sus semejantes.

Sin embargo, al establecer esa clasificación no hacemos más que aplicar al caso la vieja clasificación del célebre anátomo-patologista Rindfleisch, quien agrupaba los tumores en general en dos grandes clases: 1º los de sustancia conectiva, y 2º los epiteliales; los primeros á su vez sufrían una segunda subdivisión según se tratase de elementos embrionarios ó llegados á la madurez.

Al emitir semejante diferenciación fundamental de los neoplasmas cardiacos, no tenemos otra pretensión que la de separar esos dos grandes grupos de tumores según el tipo estructural más opuesto, por su origen y por sus caracteres de acuerdo con los conocimientos actuales de la histo-patología, si bien no dejamos de reconocer el error en que incurría Rindfleisch al considerar como conjuntivos ciertos tumores (neuromas, endoteliomas, etc.), que por sus especiales caracteres de estructura y genéticos, merecen figurar en géneros aparte.

Establecida la distinción entre los tumores epiteliales y conjuntivos, con las reservas consiguientes,

pero cuyos caracteres microscópicos de diferenciación son tan netos que nadie puede discutirlos ; sin embargo, es realmente sensible ver cómo los autores en las diversas publicaciones que enriquecen la bibliografía extranjera sobre este capítulo, titulan indistintamente « cáncer del corazón » á todas aquellas neoformaciones celulares que evolucionan con caracteres netos de malignidad ; pero si dicha denominación encierra una verdad clínica es también un grave error anátomo-patológico capaz de traer una constante confusión al espíritu. Mucho más exacto sería expresar el nombre de la neoplasia de acuerdo con su tipo anatómico, puesto que reposaría sobre un fundamento más científico, adaptando luego dicha clasificación al tipo clínico correspondiente, cuya benignidad ó malignidad se ajusta á múltiples variaciones demostrando la gran elasticidad del concepto que encierra dicha diferenciación evolutiva.

Entre los tumores derivados de la hoja externa del blastodermo ó ectodermo más frecuentemente observados son las formas secundarias metastáticas del carcinoma, en que el notable poder de generalización de la neoplasia produce ingertos múltiples en la economía, siendo atacado alguna vez el miocardio, aunque en una proporción bien inferior á las demás vísceras ; á este respecto es interesante la estadística

que entre nosotros presenta el doctor A. H. Roffo en su tesis sobre «contribución al estudio del cáncer» en que sobre 4.000 autopsias practicadas en el Instituto de Anatomía Patológica, registran 310 casos de carcinomas, de los cuales han producido metástasis al nivel del órgano central de la circulación, solo *uno*, el cual sólo había invadido la serosa que lo rodea, ó sea el pericardio.

Prueba también la poca frecuencia del cáncer secundario del corazón, las estadísticas extranjeras citadas por Ziemssen, por Sainmont y otros autores; en efecto, Kœhler, sobre 9118 autopsias ha encontrado solo 6 veces la metástasis cardíaca; Tandson, sobre 8289 autopsias, encuentra también 6 veces la reproducción de la neoplasia al nivel del órgano central de la circulación; Willigk, quien, sobre 4577 necropsias, halla 9 metástasis al nivel del miocardio y 7 que sólo habían invadido el pericardio; después tenemos la estadística de Bodenheimer, quien da una cifra un poco mayor que los autores citados, encontrando 45 casos de metástasis cardíaca sobre 1865 autopsias; después Laisney cita 38 casos observados; Cornil 22, etc., etc., en fin, podemos resumir diciendo que por orden de frecuencia las metástasis carcinomatosas al nivel del corazón, se hallan en una graduación inferior á las demás vísceras de la economía.

Los tumores cardíacos derivados de la hoja media del blastodermo ó mesodermo, ofrecen mayor interés por cuanto pueden desarrollarse primitiva ó secundariamente, y son por esa razón los que suelen dar mayores sorpresas al clínico y al anátomo-patologista.

Sainmont, en su tesis dice, en completo acuerdo con los demás autores, que los tumores malignos primitivos del corazón son de una extrema rareza, y añade que sólo existen ocho observaciones auténticas hasta el año 1903, de las cuales cuatro únicamente son completas, acompañadas de examen histológico; en esos cuatro casos, que corresponden á Bodenheimer, Ely, Fraenkel y Meunig, se diagnosticó un sarcoma fuso-celular.

Como vemos, las observaciones bien anotadas de tumores primitivos de tipo maligno se refieren á una neoformación conjuntiva de carácter embrionario; en cuanto á las producciones también mesodérmicas, pero á elementos celulares llegados á la madurez, tenemos diversas variedades, como ser, rabdomiomas, lipomas, fibromas, etc., que han sido publicadas por Zander, Waldvogel, Banti, etc.

De cualquier manera, los tumores conjuntivos del corazón, son excesivamente poco frecuentes, tanto en la forma primitiva como secundaria, á excepción de los sarcomas que son capaces de producir metás-

tasis generalizadas, como los tumores epiteliales carcinomatosos.

Una distinción más es necesario hacer con los tumores que tienen por asiento el corazón ; me refiero á los neoplasmas *verdaderos* y *falsos*.

Esta clasificación es indispensable á fin de diferenciar lo que la clínica considera como tumor, con lo que en realidad enseña la anatomía patológica ; con ese objeto he tratado de separar en dos grandes grupos, aunque sea en forma algo esquemática, todas las producciones mórbidas que pueden desarrollarse al nivel del corazón, á saber :

PRIMER GRUPO

- **TUMORES VERDADEROS**
  - Epiteliales — Cancer
  - Conjuntivos
    - Embrionarios
      - Sarcoma
      - Formas mix.
    - Adultos .....
      - Lipoma
      - Radomioma
      - Fibroma
      - Mixoma
      - Mioma

SEGUNDO GRUPO

- **TUMORES FALSOS**
  - Parasitarios .....
    - cisticercos
    - quistes hidáticos
  - Inflamatorios..
    - específicos..
      - sífilis
      - tuberculosis
    - banales.....
      - endocarditis vegetante
      - abcesos

En este trabajo me ocuparé únicamente de los tumores comprendidos dentro el primer grupo ; pero no dejaré de citar la importancia que presentan algunas infecciones endocárdicas agudas que afectando el tipo vegetante, dan lugar á exuberantes producciones poliposas que hacen saliencia en el interior de las cavidades del corazón y á cuyo examen macroscópico pueden fácilmente confundirse con las verdaderas neoplasias ; en realidad, dicho proceso flegmásico á gran cantidad de exsudado fibrinoso puede acarrear fuera del padecimiento general, perturbaciones circulatorias locales idénticas á las que produce cualquier tumor á forma poliposa desarrollado sobre una de las válvulas cardíacas ; además debo añadir que aún al examen histológico, cuando la trama fibrinosa es infiltrada por abundantes elementos leucocitarios, puede tomarse por un tejido conjuntivo joven, especialmente cuando el observador es poco avezado á los estudios microscópicos.

Entre las afecciones parasitarias del corazón, debemos mencionar especialmente los quistes hidáticos, cuyas observaciones han sido consignadas y catalogadas por los autores como una de las localizaciones raras de la hadatidosis ; la bibliografía argentina que es la que proporciona mayor número de casos, cuenta la observación del doctor A. Castro, publicada en los Anales del Círculo Médico Argentino,

el año 1890, bajo el título de «Quiste hidático del ventrículo izquierdo»; luego me ha sido dado observar otro ejemplar en una autopsia que he practicado en la Asistencia Pública, el año 1907; la tercera observación se debe á una enfermita de la sala VI del Hospital de Clínicas, que falleció después de haber sufrido una intervención por quistes múltiples del hígado.

Como es natural, esas afecciones puramente parasitarias pueden por su acción mecánica, traer perturbaciones circulatorias idénticas á cualquier blastoma desarrollado en el mismo sitio, de ahí que clínicamente deberían englobarse en el capítulo de los tumores verdaderos.

En la clasificación anteriormente expuesta, y siempre dentro el grupo de los tumores falsos, menciono dos infecciones crónicas á gérmen específico bien determinado; me refiero á la *tuberculosis* y á la *sífilis*, que en ciertas y determinadas circunstancias pueden dar lugar á verdaderos tumores.

La forma nodular de la infección tuberculosa, primitiva del miocardio ó lo que es más frecuente consecutiva á la lesión del pericardio ú órganos vecinos, puede por la confluencia de esas producciones nodulares en plena regresión caseosa, dar origen á gruesas masas de tejido necrótico que traen graves consecuencias para la buena revolución cardía-

ca ; podría citar un caso observado en una autopsia practicada por mí en la Asistencia Pública y que consta en el protocolo correspondiente archivado en el Laboratorio Bacteriológico, en que los ganglios mediastinales y traqueo-brónquicos, el pericardio y el corazón, constituían una sola masa compacta en plena degeneración caseosa, permitiendo explicarse con dificultad como se efectuaba la circulación de la sangre por las diversas cavidades del corazón.

La sífilis, en sus manifestaciones terciarias, puede dar lugar á una infiltración gomosa, cuya semejanza con las neoplasias hizo que se le denominara también sifilomas ; estas producciones de tejido inflamatorio traen perturbaciones serias únicamente cuando se localiza en una región que por su presencia altere el dinamismo cardíaco.

Menciono por último, los abcesos que resultan de ciertas infecciones generales de tipo piohémico ó en cualquier padecimiento en que una embolia séptica da lugar á un foco purulento en pleno miocardio que en realidad poco ó nada tienen que ver con los tumores desarrollados en el mismo órgano.

——

Es de indiscutible valor clínico la clasificación de los tumores cardíacos según su localización ; es en

efecto á la situación de la neoformación celular que se debe su cuadro sintomatológico desde que una misma afección puede presentarse clínicamente de tantas maneras cuantas posiciones puede afectar la neoplasia.

Se conocen diversas clasificaciones ; uno de los primeros que intentó efectuarla, fué Jürgens, en el año 1891, quien los divide en tres grandes grupos, á saber :

1°—Tumores pericárdicos.
2°—Tumores intra--parietales ó meso-cárdicos.
3°—Tumores endocárdicos.

Pero esta subdivisión reposa esencialmente sobre un criterio anatómico, siendo mucho más racional bajo el punto de vista clínico, la clasificación que adopta Cornil y Ranvier, separando las neoplasias en dos grupos :

1° Tomores intra-cavitarios.
2° Tumores extra-cavitarios.

En la primera variedad, ó sea los intra-cavitarios, son sin duda alguna los que deben llamar mayormente la atención del clínico, puesto que por el hecho de hacer proeminencia en una de las cuatro cavidades del corazón y alcanzar algunas veces un volumen

considerable hasta llenarlas por completo, tienen que repercutir con más intensidad sobre el órgano y consecutivamente sobre el conjunto del aparato circulatorio.

En la segunda variedad se engloba todos los tumores que no tienen relación con el endocardio; estos á su vez pueden ser, intra-miocárdicos cuando se hallan incluídos en pleno músculo ó sub-pericárdicos cuando nacidos por debajo la hoja visceral de dicha serosa, la rechazan y hasta la infiltran con el desarrollo progresivo de la neoplasia.

La clasificación que acabamos de exponer es á juicio nuestro, la que ofrece más interés bajo el punto de vista clínico; si algún día llegáramos á poseer un capítulo completo de tumores cardíacos la parte sintomatológica tendrá que sufrir una separación completa entre las neoplasias del primer y segundo grupo; á las intra-cavitarias les está reservado un complejo cuadro sintomático sujeto á múltiples variaciones físicas y funcionales y á las neoplasias extracavitarias un cortejo reducido de signos clínicos también de difícil apreciación.

——

Finalmente, referiré pocas palabras sobre ciertos caracteres generales de los tumores cardíacos que en realidad ofrecen poco interés clínico.

La *forma* es completamente variable ; ya sea infiltrando el miocardio de una manera irregular ó adquiriendo un aspecto bien nodular y limitado ; los que ofrecen una configuración más característica son las neoplasias intra-cavitarias las que rechazando el endocardio hacen saliencia en forma redondeada en la cavidades auriculares y ventriculares ; pero de cualquier manera podemos afirmar que nada hay de constante en los que se refiere á la morfología de los tumores cardíacos.

El *tamaño* es también muy diverso ; en efecto, hay casos descriptos de tumores muy pequeños, como también los hay que llenan las cavidades del corazón y hasta tomar todo el órgano ; variaciones que dependen de la actividad neoformativa y del tiempo de evolución compatible con la existencia del sujeto.

En cuanto á la consistencia estará en relación al tipo del tumor ; así tendremos todas las graduaciones, desde la dura del fibroma hasta la gelatinosa de las formas encefaloides de las neoplasias malignas ; es un carácter distintivo, la friabilidad de las producciones inflamatorias de las endocarditis vegetantes, que jamás adquieren la consistencia de las verdaderas producciones de tejido.

Poco podemos decir, en cuanto á la *coloración* ; ésta aparece de múltiples maneras, según la natura-

leza del tumor, así tendremos el tipo carnoso del sar-
tos mixomas, la coloración semejante á la fibra
tos maxomas ; la coloración semejante á la fibra
muscular misma del corazón de los rabdomiomas,
etcétera.

En lo que se refiere al *número*, es también muy variable ; en efecto, se describen tumores únicos y múltiples, diferenciación que no está sujeto á ningún factor bien determinado ; sin embargo, es más frecuente observar una neoplasia benigna y primitiva en forma de un tumor aislado, mientras que las producciones secundarias y aún las primitivas de tipo maligno, como neoformaciones múltiples.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Creo conveniente estudiar aunque sea someramente la anatomía patológica de las neoplasias que tienen especial predilección para desarrollarse al nivel del órgano central de la circulación.

Como es natural, en este capítulo abordaremos con mayor amplitud aquellos que la bibliografía les consigna entre los tumores primitivos, por ser los que más interés ofrecen por su extraordinaria rareza y por las dificultades inherentes al diagnóstico.

Sin embargo, revistaremos todas las neoformaciones que se han observado en el corazón, puesto que tanto las formas primitivas como las secundarias por su poca frecuencia, despiertan siempre la curiosidad médico-científica.

Haré notar, como una consecuencia de los estudios más prolijos y de la severidad de la técnica de laboratorio que hoy disponemos, que ante muchas de las observaciones anotadas en la bibliografía ex-

tranjera la duda se apodera del lector acerca de la autenticidad de ciertas y pretendidas neoformaciones celulares.

Por empezar diría, que una buena parte de los tumores primitivos ó consignados como tales, corresponden á tumores secundarios ; enseguida añadiría, que otra buena parte de esas observaciones no son verdaderos blastomas en el concepto preciso de la palabra, sino que son el producto de afecciones inflamatorias (trombos organizados ó vegetaciones endocárdicas) que constituyen tumores solamente bajo el punto de vista clínico, pero no del de la histología patológica.

A este respecto mencionaría dado su oportunidad y por referirse á observaciones más recientes, los casos de Askanazy presentados á la Sociedad Médica de Ginebra en 1909, que han sido discutidos como verdaderos blastomas por Stahr; esto nos prueba los derechos que tenemos para desconfiar del diagnóstico anátomo-patológico de las observaciones antiguas cuando las muy modernas como la que hacemos alusión más arriba también han penetrado en el vasto dominio de la duda, á los autores de la época.

Por aquel entonces, Leonhardt decía, que para poder afirmar la naturaleza neoplásica de los tumores desarrollados al nivel del endocardio, se nece-

sitaba descubrir la presencia de mucina, fibrina y fibras elásticas en el tejido fundamental intercalado entre las producciones celulares del tumor ; con ese objeto se enriqueció la técnica histológica y un buen número de reacciones colorantes aparecieron á fin de certificar ó no la presencia de dichos elementos.

Pero á juicio de Stahr no basta la determinación de esas sustancias para afirmar un blastoma endocárdico ; con ese fin, este autor establece la comparación entre los trombos organizados que tuvo ocasión de observar en dos enfermos distintos, con dos neoplasias halladas en el corazón de una vaca y un ternero ; después de detenidos y prolijos estudios llega á las siguientes conclusiones :

1º La mayor parte de los tumores del endocardio pertenecen al grupo de los trombos organizados y solo una pequeña parte de ellos á verdaderos blastomas.

2º Los trombos se distinguen de los *mixomas* (por ser ellos los que ofrecen mayor similitud con las producciones inflamatorias) por su pobreza en células, por la riqueza en sangre, pigmento sanguíneo y en vasos ; de los *hemangiomas* (otro tumor de difícil diferenciación) por el escaso espesor de los endotelios y sobre todo por la ausencia de neoformación celular.

3º No atribuye gran importancia á la existencia de mucina, ni á las fibras elásticas.

Como vemos, merece la pena tener muy en cuenta estos trabajos porque son los que nos demuestran las dificultades para el diagnóstico anatómico de algunos tumores cardíacos, con las simples producciones vegetantes inflamatorias del endocardio, al comportarse éstas clínicamente como verdaderas neoplasias ; por lo que respecta á nuestro caso que es el único que tuve ocasión de observar, confesaré que mi primera impresión al examinar la pieza sobre el cadáver fué de una simple endocarditis vegetantes y necesitó un examen más prolijo para pensar que la producción poliposa que observábamos en la aurícula derecha era un verdadero tumor, y solo pudimos afirmarlo el día que se practicaron los primeros exámenes histológicos.

De lo que antecede, se desprende que el médico debe poseer conocimientos generales de anatomía é histología patológica para saber interpretar la verdadera naturaleza de aquellas producciones mórbidas que las circunstancias puramente casuales exigen ; es por esta razón que creo necesario decir algunas palabras sobre generalidades de los tumores, para tratar enseguida particularmente aquellos que tienen por asiento especial el corazón.

Se entiende por *tumor* ó *neoplasma* toda neoformación de tejido que no ofrece una estructura típica que no ejerce función alguna en beneficio del organismo y que su desarrollo no deja ver una finalidad determinada.

Esas producciones celulares atípicas, pueden ser circunscriptas en forma nodular, cuyo tamaño varía según la especie del tumor ó según el grado de su desarrollo desde el tipo miliar apenas perceptible hasta alcanzar el peso superior á 30 kilos ; cuando estas neoplasias nodulares se localizan sobre una mucosa, ó sobre la superficie de un órgano, adquieren la forma de fungos ó pólipos, si estas neoformaciones circunscriptas se hacen al nivel de la piel y ciertas mucosas originan los tumores llamados verrucosos ó papilomatosos.

La estructura de los tumores es determinada por el tejido del cual se dasarrolla cumpliendo con aquella *ley general de origen de Virchow*, que decía : « todas las células neoformadas patológicamente provienen de las normales del organismo, mediante un acto de segmentación » y con la *ley de la especificidad*, que dice : « cada tejido, en vías de neoformación no engendra sino sus semejantes », sin mbargo hay que admitir que dentro de ciertos límites las variaciones metaplásicas se observan en las formas texturales próximas llevando á la atipia celular.

En un primer grupo, se colocan los *tumores de sustancia conecliva* en todas sus formas (tejido conjuntivo común, cartilaginoso, óseo, adiposo ó mucoso) ó sino los constituídos por tejido semejante al conjuntivo embrionario, es decir, el exuberante en células; sabemos que la consistencia y demás caracteres obedecen á la riqueza en elementos celulares y á la mayor ó menor diferenciación de la sustancia fundamental.

Un segundo grupo son los llamados *tumores epiteliales* que se distinguen porque en su formación intervienen además del tejido conjuntivo, los epitelios ya sean los de revestimiento como los glandulares; sus elementos permanecen agrupados en forma tal que recuerdan los órganos glandulares, que alguien los hizo denominar por esa razón tumores organoides en contraposición á los histoides que serían los conjuntivos, diferencias que hoy sabemos carece de exactitud porque la disposición mencionada puede hallarse en ambos tipos de tumores; también en éstos la consistencia y otros caracteres están subordinados á la mayor ó menor abundancia en células.

El tercer grupo es representado por los *teratomas* ó *tumores teratoides*, que se caracterizan por ofrecer una estructura muy complicada, cuyos diversos tejidos que los constituyen no existen normalmente en el sitio en el cual se desarrolla.

Los tumores son *solitarios* en general, pero puede suceder también que en el mismo órgano ó en diferentes órganos se desarrollen simultáneamente ó sucesivamente un gran número de tumores de la misma naturaleza, constituyendo las formas *múltiples*; en este último caso, digno á tenerse muy en cuenta (por relacionarse al que hemos observado nosotros), es necesario admitir que en diversos puntos de la economía existen condiciones favorables á la neoformación celular. Puede suceder también que en órganos diversos se originen tumores completamente diferentes y que sólo á la coincidencia se debe á que hayan brotado al mismo tiempo.

Todo tumor nace por proliferación celular y neoformación de vasos; la primera obedece á la segmentación por cariomitosis típica y atípica, la segunda por brote de las células viejas proliferantes de los vasos vecinos; estas producciones de elementos puede ser localizada adquiriendo el tipo nodular, ó irregular de tipo infiltrativo sin límites netos.

La *etiología* de los tumores es en el mayor número de los casos desconocida; sin embargo, es posible indicar algunas de las condiciones que favorecen el desarrollo del tumor.

En un primer grupo, comprenderíamos los *tumores congénitos* (monstruosidades histológicas); estas neoformaciones permanecen latentes hasta que

un traumatismo ú otro agente cualquiera estimule el crecimiento de esas células proliferantes que acompañan al organismo desde la vida intra-uterina.

Un segundo grupo, constituyen los tumores que nacen á consecuencias de *lesiones traumáticas* de toda naturaleza; sin embargo, hoy en día existe la tendencia bien manifiesta á considerar al traumatismo como simple causa coadyuvante que nada influiría si no actuara sobre elementos que encierran una actividad especial á la proliferación desordenada.

En el tercer grupo, se colocan aquellos tumores que se desarrollan á consecuencia de una *inflamación crónica,* por ejemplo en las cicatrices que resultan de procesos ulcerativos; así nace el cáncer de la vesícula biliar cuando ésta contiene cálculos, como también se ingerta dicho tumor en la cicatriz reparadora de la úlcera gástrica.

Finalmente, existe un cuarto grupo que comprenden las neoplasias, que se desarrollan á consecuencia de la *desigual involución* de ciertos tejidos, de tal manera que se produce un desequilibrio entre las resistencias texturales á su desenvolvimiento; así el epitelioma cutáneo hace su aparición en la edad avanzada cuando el tejido conjuntivo de la piel su-

fre un proceso involutivo mientras que los epitelios se hallan en plena potencia proliferante.

Al hablar de la etiología de los tumores no es posible omitir la opinión de Cohnheim, quien cree que toda neoplasia verdadera tiene su origen en la persistencia en determinados tejidos de conglomerados de células embrionarias que adquieren gran actividad cuando un traumatismo ú otra causa, estimula su crecimiento.

También debo mencionar la hipótesis más reciente en que todo tumor deben su origen á infecciones de protozoarios, y especialmente al cáncer le correspondería semejante génesis ; pero actualmente no existen observaciones que nos permita afirmar la exactitud de tal opinión.

Una vez que las células tumorales entran en proliferación, crece de dos maneras distintas, por desarrollo *expansivo intersticial* rechazando los tejidos circunvecinos, ó bien por *aposición* de nuevos elementos que se fusionan á la masa periférica del tumor que crece infiltrando las partes sanas. Esta doble forma de desarrollarse los tumores es de real importancia porque nos da el criterio clínico de la benignidad ó malignidad de esas producciones mórbidas ; en efecto, es la infiltración de las células neoplásicas en los vasos sanguíneos y linfáticos que producen las llamadas metástasis seguidas en el lu-

gar de su nueva implantación del crecimiento discontinuo de tumores secundarios, demostrando el carácter eminentemente maligno de la neoformación, á ese grupo pertenecen los sarcomas y el cáncer. Cuando el desarrollo es por intusucepción, es decir, por crecimiento intersticial, la masa neoplásica aumenta de volumen conservando su forma y sus límites, correspondiendo á este tipo los tumores benignos.

Como es natural, la diferenciación anotada no debe ser admitida en el sentido absoluto de la palabra ; hay casos en que el crecimiento se hace simultáneamente de las dos maneras, y otros que se modifica sin causa justificada, por eso sabemos que un tumor benigno hasta un cierto momento adquiere de pronto caracteres francos de malignidad.

Conforme estudiamos las fases progresivas de las neoplasias, conviene que dejemos constancia de sus *alteraciones regresivas* ; éstas se observan en los tumores muy exuberantes en células, de rápida evolución, y que se desarrollan por infiltración ; pues bien, es frecuente ver en ellos, procesos degenerativos (degeneración grasa, mucosa, etc.) y necrobióticos, que pueden conducir hasta la desaparición total del tejido de nueva formación, quedando como consecuencia cicatrices retractiles, formaciones de cavidades en el sitio del tumor, etc., etc. Muy ra-

ramente se obtiene la curación por esas regresiones necróticas y destructivas, puesto que en el mayor número de los casos mientras una región del tumor desaparece, otras adquieren mayor actividad proliferante invadiendo nuevos tejidos.

Por sus caracteres clínicos y anatómicos los tumores han sido divididos en *benignos* y *malignos* ; esta clasificación que tuve ocasión de mencionar en repetidas ocasiones ofrece su interés dado el concepto que de ella se tiene, así se llaman generalmente benignos aquellos que crecen lentamente en forma expansiva, sin dar lugar á metástasis y por malignos los que se desarrollan rápidamente por infiltración, que sufren procesos regresivos y se reproducen en forma de metástasis en órganos alejados ; pero es necesario reflexionar que la malignidad de un tumor no se debe solamente á sus propiedades, sino también al sitio de implantación, de tal manera que un tumor benigno adquiere una malignidad accidental cuando por su presencia obstaculiza las funciones de la víscera atacada ; varios ejemplos ilustraran más este criterio anátomo-patológico y clínico de las neoplasias en general, así, un pequeño tumor de naturaleza benigna desarrollado al nivel de las meningeas ó del cerebro puede ocasionar trastornos serios que pueden comprometer la vida del enfermo ; un fibroma del útero se hace maligno cuan-

do por su excesivo volumen provoca perturbaciones de vecindad, y por fin citaría los neoplasmas desarrollados al nivel del corazón en que priman para su evolución ulterior, más que la naturaleza benigna ó maligna de la neoformación el sitio de implantación y el volumen del tumor ; es el caso de decir, que «en los tumores del órgano central de la circulación, la malignidad accidental, es la que traza la evolución de la enfermedad».

TUMORES QUE SE DESARROLLAN Á EXPENSAS DE LA HOJA MEDIA DEL BLASTODERMO. — TUMORES DE SUSTANCIA CONECTIVA.

Entre estos tumores estudiaremos las variedades que se suelen observar al nivel del corazón, y adjuntaremos á la descripción de cada uno de ellos la bibliografía correspondiente.

SARCOMA

Bajo el nombre de sarcoma comprendemos todas las variedades y formas mixtas que pueden presentarse, siempre que conserven sus caracteres netos de malignidad.

Los tumores de tipo sarcomatoso desarrollados en el corazón son por lo general primitivos, existiendo una verdadera confusión en los autores al clasificarlos entre los cánceres por el hecho de su evolución clínica semejante á dichas neoplasias malignas, de ahí, que muchos de los casos observados y que figuran como carcinomas primitivos no son más que neoformaciones conjuntivas embrionarias.

El cuadro adjunto muestra las observaciones bien auténticas .

N.º	Nombre del autor	Edad	Sexo	Sitio de implantación
1	Cruveillher	viejo	masc.	(no está bien especificado).
2	Rullier	—	—	id. id.
3	Ollivier	46 a.	fem.	Ventrículo derecho.
4	Andral	35 a.	„	Pared ant., ventr. y auríc. der.
5	Billard	3 a.	„	Paredes ventriculares.
6	Audral	—	masc.	Pared externa, ventríc. der.
7	Segalas	11 a.	fem.	
8	Locher	52 a.	masc.	Aurícula izquierda.
9	Bodenheimer	44 a.	„	Cara anterior de las 2 auríc.
10	Prudhomme	24 a.	fem.	Ventrículo izquierdo.
11	Hottenroth	79 a.	masc.	Aurícula derecha.
12	Ely	28 a.	fem.	Ventrículo izquierdo.
13	Birk Hirscfeld	—	—	Aurícula derecha
14	Zander	56 a.	masc.	Tabique y pared anterior, ventrículo derecho.
15	Frænkel	18 a.	„	Aurícula derecha.
16	Paikert	60 a.	fem.	Tabique inter - auricular.
17	Jürgens	36 a.	—	Pared de la aurícula derecha.
18	Del Arca	36 a.	fem.	Pared del ventrículo izq.
19	Fuhrmann	—	—	Válvulas aórticas.
20	Fuhrmann	34 a.	masc.	Aurícula izquierda.
21	Schöppler	73 a.	fem.	Pericardio.
22	Guarnieri	40 a.	masc.	id.
23	Hennig	—	fem.	Ventrículo derecho.
24	Byrom Bronwell	—	—	Cara anterior, ventrículo izq.
25	Drysdale	—	—	
26	Redtembacher	22 a.	masc.	Pericardio.
27	Menetrïer	—	—	Aurícula izquierda.

Como se desprende del cuadro anterior, existen 27 observaciones de sarcomas primitivos del corazón, cuya localización varía según su frecuencia en el siguiente orden :

Ventrículo derecho : 7 veces.
Aurícula derecha : 6 veces.
Ventrículo izquierdo : 5 veces.
Aurícula izquierda : 4 veces.
Pericardio : 3 veces.
Tabique inter-ventricular : 1 vez.
Tabique inter-auricular : 1 vez.
Válvulas aórticas : 1 vez.

Estos resultados no son muy precisos por el hecho de que algunas de las observaciones no especifican con claridad la localización del tumor ; lo mismo diríamos si quisiéramos representar en forma gráfica la frecuencia según la edad y el sexo, por faltar en muchos casos esos datos ; sin embargo, asignándole un valor relativo podríamos decir que se encuentran en las proporciones siguientes :

Masculino : 10 casos.
Femenino : 10 casos.

Y en cuanto á la edad, se observa :

De los 30 á 40 : 5 casos.
De los 20 á 30 : 3 casos.
De los 50 á 60 : 3 casos.
De los 10 á 20 : 2 casos.
De los 40 á 50 : 2 casos.
De los 70 á 80 : 2 casos .
De los 1 á 10 : 1 caso.
De los 60 á 70 : 1 caso.

Anotadas las observaciones según consta en la bibliografía médica, es necesario añadir la nuestra, cuyo tumor tiene por asierto la aurícula derecha, en un sujeto del sexo masculino, de 37 años de edad.

Pasamos ahora al estudio anátomo-patológico de los sarcomas en general, entendiéndose por tal aquellos tumores de sustancia conjuntiva, cuyos elementos celulares por su número y su tamaño priman sobre la sustancia intercelular ; es por esa razón que se asemejan mucho al tejido conjuntivo joven, es decir, que no ha llegado á su completo desarrollo ; de ahí, que esté perfectamente justificada la denominación de tumores embrionarios.

Sin embargo, no todos los autores parecen estar conformes acerca la identidad de la célula em-

brionaria y la célula sarcomatosa, basándose en que todo elemento embrionario se caracteriza por la mutación incesante de su forma hasta llegar á la célula estrellada adulta, lo que significa que no es posible adjudicarle una forma determinada y que ésta variará según el momento que se la considere de su ciclo evolutivo. De lo que antecede podemos deducir que la forma de la célula no es un factor á tener en cuenta para establecer la igualdad entre ambas formaciones texturales ; además, si admitiéramos dicha semejanza morfológica nos quedaría este otro carácter diferencial, la célula embrionaria ofrece una tendencia bien manifiesta á reproducir un tipo dado de célula que no es del todo idéntica á la que le dió origen, mientras las células sarcomatosas reproducirán elementos del mismo tipo, puesto que siendo una célula adulta no puede dar en su multiplicación otras células que las sarcomatosas.

También se ha comparado el sarcoma al tejido de granulación, por la semejanza de sus elementos ; sin embargo, la disposición que afectan es totalmente diferente ; en el tumor sarcomatoso existe una unión íntima entre las células y los vasos, mientras que en los brotes inflamatorios hay una zona superficial de crecimiento desprovista de vasos, apareciendo éstos recién en las zonas más antiguas en vías de transformación esclerosa.

En cuanto á la sustancia fundamental, presentan sus variaciones en los diversos tipos de sarcomas ; puede hallarse en mínima cantidad, blanda y viscosa, ó si no más abundante con mayor ó menor diferenciación, es por eso que en algunos llega á tal extremo que se asemeja á la sustancia intercelular del tejido conjuntivo adulto.

Es al grado de diferenciación del substractum intermediario á las células que se deben las variaciones de color y de consistencia ; las formas blandas, llamadas medulares, de color grisáceo, son las que ofrecen por constitución íntima, la exuberancia en células y la escasez de sustancia fundamental hialina ; al contrario, las formas duras son más pobres en elementos diferenciados y muy ricas en sustancia fundamental fibrosa ; así tendremos la transacción del sarcoma puro, al fibro-sarcoma y por fin al fibroma puro.

El sistema vascular es más ó menos desarrollado ; cuando se forman en abundancia y de tipo ectásico, constituyen los sarcomas teleangectásicos ; en los tipos medulares son también ricos en vasos pero del volumen natural, con la diferencia de que algunos autores no le describen pared propia, diciendo que está formada por las mismas células neoplásicas, sin embargo hoy se tiende á admitir la existencia de un fino endotelio vascular ; la riqueza en capi-

lares y arteriolas va decreciendo á medida que nos aproximamos á la transformación fibroide de la sustancia fundamental.

Según el tipo celular, se han dividido los sarcomas de la siguiente manera :

1º Sarcoma á pequeñas células redondas.
2º Sarcoma á gruesas células redondas.
3º Sarcoma á células fusiformes.
4º Sarcoma á células polimorfas.
5º Sarcoma á células gigantes.

Cuando el tumor muestra una estructura organoide, presenta según la disposición de sus elementos, las siguientes variedades :

1º Sarcoma alveolar.
2º Sarcoma tubular.
3º Linfangio-sarcoma (endotelioma).
4º Emangiosarcoma (endotelioma).

Por sus alteraciones secundarias nos encontramos con otros tipos, á saber :

1º Melano-sarcoma.
2º Cloromas.
3º Psamomas.
4º Sarcoma petrífico.

Si el tumor sufre procesos degenerativos á forma hialina ú mucosa, se les denomina :

1º Cilindromas.

En cuanto á las formas mixtas, debiera mencionar todas las combinaciones posibles entre las diversas neoplasias que derivan de la hoja media del blastodermo, á saber :

1º Condro-mixo-sarcoma.
2º Osteo-condro-sarcoma.
3º Sarcoma osteoide.
4º Fibro-sarcoma.
5º Mixo-sarcoma, etc., etc.

No es mi intención describir una por una todas estas variedades de sarcomas, porque no haría más que repetir lo que dicen los tratados de anatomía patológica ; solo me concretaré haciendo una reseña general, á aquellos que más nos interesa bajo el punto de vista de los tumores cardíacos y especialmente de los linfosarcomas por ser la única variedad por mí observada, y que presento en este trabajo.

a) Para eso, debo dedicar especial atención dentro los sarcomas simples, al *sarcoma á pequeñas células redondas,* que como su nombre bien lo expresa está

formado por pequeños elementos, redondeados, á gran núcleo y á escaso protoplasma basófilo ; entre las células existe una pequeña cantidad de sustancia fundamental ligeramente granulosa ; los vasos atraviesan la masa celular como diminutos canales á paredes apenas perceptibles ; mezclados á los elementos tumorales se suele observar algunos corpúsculos linfáticos emigrados de los vasos que se distinguen porque el núcleo se colorea más intensamente que en las células del tumor. Este neoplasma es sumamente poco consistente, á desarrollo rápido, que toma su origen por lo general en el tejido conjuntivo del sistema muscular y óseo ; al corte aparece de un color blanco lechoso conteniendo con alguna frecuencia zonas caseificadas y resblandecidas.

Dentro de esta misma variedad, los autores hablan de los *linfosarcomas* diciendo que es una segunda forma de presentarse el sarcoma á pequeños elementos cuya diferenciación residiría al nivel de la sustancia intercelular ; en efecto, se trata de un sarcoma cuya estructura se asemeja á la que presentan las glándulas linfáticas, es decir, agrupaciones celulares separadas por un estroma ó retículo vascularizado constituído por células á grandes ramificaciones que se anastomosan entre sí ; empleando el procedimiento clásico para los ganglios, se obtiene con pequeñas secciones de linfosarcomas y agitadas

en un tubo de ensayo, el desprendimiento de las células quedando solamente el armazón ó retículo.

Macroscópicamente, este tumor ofrece el mismo aspecto que el sarcoma ordinario á pequeñas células redondas, mostrando la malignidad de estos mediante su crecimiento rápido y la facilidad para la producción de las metástasis. El linfosarcoma nace al nivel de los ganglios, en el tejido linfoadenoide de las mucosas, y en cualquier otro tejido de la economía.

Otro tumor muy próximo á los dos anteriores es el *linfadenoma,* entendiéndose por tal la proliferación del tejido adenoide con hipertrofia del órgano afectado ; por lo general no se radica á un solo punto sino que toma simultáneamente diversos órganos linfoideos ; así se ve el sistema ganglionar adquirir grandes dimensiones haciéndose apreciable al tacto y á la vista ; al mismo tiempo que el bazo, las amigdalas, los folículos cerrados, etc., aumentan de volumen, demostrando la generalización del proceso mórbido á todo el sistema linfo-adenoide.

El aumento de dichos órganos depende esencialmente de una activísima multiplicación de los linfocitos, los que perdiendo la regularidad de su disposición alteran el funcionamiento de las vías linfáticas. La causa de las hiperplasias linfoadenomatosas, se ignora, pero sí se sabe de que una sim-

ple hipertrofia no es por las alteraciones texturales que produce en el órgano atacado y en cuanto á que sea una enfermedad infecciosa, nos faltan datos que prueben con seguridad su naturaleza parasitaria ; por esta razón debemos por el momento colocarla entre los tumores.

Tenemos, entonces, tres tumores, el sarcoma á pequeñas células redondas, el linfosarcoma y el linfoadenoma cuya semejanza macroscópica y microscópica es evidente ; en los tres la masa del tumor está constituida por agrupación de pequeños elementos redondeados, á gran núcleo, que toma intensamente los colorantes básicos ; pero las analogías texturales son mucho más manifiestas entre el linfosarcoma y el linfoadenoma, á tal extremo que ciertos autores los consideran como una misma neoplasia dependiente del sistema ganglionar, tal es la semejanza de estructura que presenta con el tejido adenoideo ; en ambos tumores se observa el retículo que sirve de sostén á los elementos de tipo linfocitario del tumor.

Dejamos, pues, consignada esta manera de pensar referente á los tumores mencionados á fin de volver sobre este punto más adelante, al tratar del concepto actual de la linfosarcomatosis, de acuerdo con los progresos de la ciencia moderna.

b) El *sarcoma á gruesas células redondas,* como su nombre lo indica, está constituído por elementos de mayor tamaño, con abundante protoplasma y un núcleo ovoide central, en vías de división karioquinética en muchas de las células ; estos tumores son de mayor consistencia y de menor malignidad que los anteriores, pudiendo dar sin embargo metástasis.

c) El *sarcoma á células fusiformes* suele ser el tipo más frecuente de estas especies de neoformaciones ; son neoplasmas más duros que los de células redondas y de mayor benignidad. Según el tamaño de sus elementos se distinguen los sarcomas fuso-celulares á grandes y pequeñas células. Estas aparecen de forma alargada unidas entre sí en fascículos que se entrecruzan en todas las direcciones, dejando entre sí una pequeñísima cantidad de sustancia fundamental.

d) Respecto del sarcoma á *células polimorfas* y del sarcoma á *células gigantes* me concretaré á decir que son simples variedades del tumor, caracterizadas por la morfología y el volumen de los elementos celulares ; la primera variedad puede originarse en cualquier punto del organismo, la segunda especialmente en el sistema óseo.

Los sarcomas que muestran estructura organoide, se presentan á menudo bajo la forma alveolar ó tubular, es decir, nidos celulares rodeados de un estroma conjuntivo-vascular. Pero esta estructura se debe en muchos casos á la proliferación de las células endoteliales de los vasos y de ahí la denominación de *endoteliomas* que reciben en esas circunstancias ; estos tumores á su vez se llaman *linfangiosarcomas* cuando derivan del endotelio de un vaso linfático, y *emangiosarcomas* cuando son la resultante de la proliferación de un endotelio vascular. La localización de estas neoformaciones se hace al nivel de las serosas de las grandes cavidades (peritoneo, pleura, meníngeas) ; al nivel de la aracnoides y pía-madre, adopta la forma de tubos y alveolos glandulares comparables á los que ofrecen los adenomas y carcinomas ; de ahí, el error muy frecuente de considerar á estas neoplasias como de origen ectodérmico.

Entre las diversas alteraciones secundarias de los sarcomas, es necesario mencionar en primer término los *melanosarcomas* que tienen por punto de partida la piel ó el globo ocular adquiriendo un aspecto pardo negruzco ; es una neoplasia eminentemente maligna que suele á veces generalizarse en forma metastática á todas las vísceras de la economía ; es por esta razón que el corazón ha sido invadido se-

cundariamente en esas circunstancias según consta en ciertas observaciones.

En cuanto á los *cloromas* y *psamomas*, no ofrecen interés dentro el capítulo de los tumores cardiacos.

Lo mismo diría de los *cilindromas*, que no son más que simples sarcomas que han sufrido un proceso de degeneración mucosa y hialina en una parte de su tejido confiriéndole el aspecto especial que le ha dado su nombre.

Las formas mixtas que se puede observar son numerosas, cuyas diversas variedades ya hemos consignado ; sólo insistiré sobre la verdadera significación que debe darse á estos tumores en que intervienen tejidos muy distintos ; en realidad todas las neoplasias son mixtas porque se encuentran diversas formaciones texturales, pero no son consideradas tales porque uno de ellos prima sobre todos los demás y únicamente cuando los dos tejidos forman parte integrante por igual del tumor podrá recibir la denominación de neoplasia mixta. Poco nos interesan los *osteo-condro-sarcomas* y los *condro-mixo-sarcomas* que tienen su asiento especial al nivel de la parótida y del testículo ; lo mismo los *sarcomas osteoides* y el *osteo-sarcoma*, que difícilmente podrían originarse en el órgano central de la circulación.

En cuanto á los *mixo-sarcomas*, *fibro-sarcomas*, etcétera, que según consta en algunas de las observaciones de tumores cardiacos, se han comportado como un simple sarcoma, se los engloba en la descripción de éstos.

FIBROMAS

Entre las neoplasias adultas dependientes de la hoja media del blastodermo, tenemos los *fibromas*, contando la literatura extranjera las siguientes observaciones como neoplasmas primitivos del corazón :

Nº.	Nombre del autor	Edad	Sexo	Sitio de implantación
1	Luschka	6 a.	fem.	Aurícula izquierda
2	Koomeier	47 a.	masc.	Aurìcula izquierda
3	Wagstaffe	3 m.	„	Tabique interventricular
4	Waldvogel	49 a.	„	Aurícula izquierda y tabique
5	Jürgens	10 m.	„	Aurícula izquierda
6	Reimann	74 a.	„	Art. pul. Nód. de Arancius.
7	Letulle	—	—	Aurícula izquierda y tabique
8	Tedeschi	—	—	Tabique interventricular
9	Jesaka	—	—	Tabique inter-auricular
10	Thompson Aitchisson	15 a.	fem.	Aurícula izquierda
11	Thompson Aitchisson	51 a.	„	Aurícula izquierda

De acuerdo con el cuadro adjunto, el sitio de implantación de la neoplasia se ha efectuado en el siguiente orden de frecuencia :

Aurícula izquierda : 7 veces.
Tabique inter-auricular : 3 veces.
Tabique inter-ventricular : 2 veces.
Arteria pulmonar y nódulo D'Arancius : 1 vez.

En cuanto al sexo hay un predominio en favor del masculino :

Sexo masculino : 5 veces.
Sexo femenino : 3 veces.

Por edad se han observado en la siguiente forma :

Por debajo del año : 2 casos.
De 40 á 50 años : 2 casos.
De 1 á 10 años : 1 caso.
De 10 á 20 años : 1 caso.
De 50 á 60 años : 1 caso.
De 70 á 80 años : 1 caso.

Una vez recogidos los datos anteriores no puede menos que llamar la atención, la localización espe-

cial en la aurícula izquierda de esta clase de tumores en contraposición con la tendencia hacia las cavidades derechas que encontrábamos para los tumores conjuntivos malignos (sarcomas).

Poco ilustrativos son los datos obtenidos con respecto del sexo y de la edad, en razón del escaso número de observaciones con que hoy cuenta la bibliografía médica ; sin embargo, son dignas de mención las dos observaciones en niños por debajo del año sobre un total de once casos ; parece que el tumor tuviese especial predilección para desarrollarse en los extremos de la vida, confirmando esta manera de pensar el reducido número de observaciones entre los 5 y 40 años.

Los fibromas son tumores constituídos por tejido conjuntivo adulto, que aparecen como nódulos bien limitados de los tejidos circunvecinos ; su consistencia varía según la calidad de sus elementos textu-rales ; en efecto, algunas veces son tan duros que crujen bajo el bisturí, mostrando al corte una superficie blanca, brillante, de aspecto tendinoso ; en otros casos son más blandos, dejando ver al corte una superficie gris blanquizca, un tanto translúcida ; entre las formas duras y blandas existen todas las gradaciones, que pueden presentarse en un mismo tumor.

Microscópicamente, las primeras se hallan consti-

tuidas por densos manojos de fibras entre las cuales encontramos esparcidos elementos celulares en mayor ó menor número ; mientras que las segundas suelen presentar entre sus fibrillas delicadas y dispuestas en pequeños haces, una abundante cantidad de células.

Como estos tumores nacen de la proliferación del tejido conjuntivo, cualquier parte de la economía en que él esté representado, puede ser el sitio de su emergencia ; es por eso que ha sido observado en todos los órganos, piel, nervio, periostio, útero, mucosas, etc., etc., y hasta en el corazón según dejamos constancia en los 11 casos observados.

Los fibromas no dan lugar á metástasis, aunque con alguna frecuencia aparecen simultáneamente múltiples producciones, especialmente al nivel de los nervios y del útero ; pero á pesar de esta particularidad es un tumor benigno por su evolución y sólo produce trastornos serios cuando adquiere un tamaño excesivo ó por su implantación puede ocasionar perturbaciones dinámicas de importancia.

Además, estas neoplasias pueden sufrir diversos procesos degenerativos, reblandecerse, calcificarse, ulcerarse, y por fin, impregnarse de líquidos, haciendo verdaderos fibromas edematosos que por su aspecto y por su estructura se asemejan á la gelatina de Warton.

MIXOMAS

Se entiende por *mixoma* un tumor constituído esencialmente de tejido mucoso, es decir, por células y una sustancia fundamental líquida y gelatiniforme.

Este tumor se ha observado con relativa frecuencia al nivel del corazón, siendo de las neoformaciones primitivas que atacan dicho órgano la que se ha encontrado mayor número de veces, según consta en todo el cúmulo de observaciones que lo más prolijamente posible hallamos consignado en la literatura médica extranjera ; entre nosotros, no se ha observado ni un solo caso.

Bien entendido que en el presente párrafo me referiré á los mixomas puros, dejando de lado las formas mixtas y especialmente los mixo-sarcomas que han sido clasificados entre los tumores conjuntivos malignos y ya consignados en el cuadro correspondiente.

Nº.	Nombre del autor	Edad	Sexo	Sitio de implantación
1	Lorne	64 a.	fem.	Aurícula izquierda.
2	Curtis	—	„	Tabique inter - ventricular.
3	Salvioli	60 a.	„	Aurícula izquierda.
4	Boström	80 a.	„	„ „
5	Virchow	27 a.	masc.	„ „
6	Martinotti	—	—	Tabique inter - aurícular.
7	Jürgens	50 a.	masc.	Aurícula izquierda.
8	Berthenson	55 a.	fem.	„ „
9	Marchand	27 a.	masc.	Tabique inter - auricular.
10	Robin	—	„	Aurícula izquierda.
11	Pauloschky	55 a.	fem.	„ „
12	Jacobsthal	4 a.	„	„ „
13	Traina	65 a.	„	„ „
14	Leonhardt	22 a.	„	„ „
15	Djenitsky	38 a.	masc.	Válvulas aórticas
16	Karrenstein	56 a.	„	„ „
17	Brenner	79 a.	fem.	Tabique inter - aurícular.
18	Ribbert	—	masc.	Válvula tricúspide.
19	Jägers	79 a.	„	Aurícula izquierda.
10	Guth	54 a.	„	Válvula tricúspide.
21	Fuhrmann	37 a.	„	Tabique inter - aurícular.
22	Kaat	27 a.	„	Pericardio.
23	Lubitsch	40 a.	„	Aurícula izquierda.
24	Bacmeister	46 a.	„	Tabique inter - aurícular.
25	Czapek	33 a.	masc.	Ventrículo der. (m. papilar).
26	Debove	64 a.	—	Válvula tricúspide.
27	Rieder	34 a.	masc.	Ventrículo der. (p. anterior).
28	Trespe	83 a.	„	Aurícula izquierda.
29	Kysselring	—	—	Válvula tricúspide.
30	Köster	21 a.	masc.	Aurícula izquierda.
31	Wiegandt	26 a.	„	Tabique inter - auricular.
32	Steinhaus	19 a.	„	Art. pul. (detrás válv. pos.).
33	Moltrecht	49 a.	fem.	Aurícula izquierda.
34	Meyer	5 a.	masc.	„ „
35	Bamberger	21 a.	„	„ „
36	Klava	14 d.	„	„ „
37	Czapek	49 a.	„	Ventr. izq. Tab. inter-ventr.
38	Meyer	5 a.	fem.	Aurícula izquierda.
39	Blochmann	40 a.	„	„ „

Según consta en el cuadro estadístico precedente, la frecuencia del mixoma por su localización en los diversos compartimentos cardíacos, es la siguiente :

Aurícula izquierda : 20 veces.
Tabique inter-auricular : 6 veces.
Válvula tricúspide : 4 veces.
Ventrículo derecho : 2 veces.
Ventrículo izquierdo : 2 veces.
Válvulas aórticas : 2 veces.
Tabique inter-ventricular : 2 veces.
Pericardio : 1 vez.
Arteria pulmonar : 1 vez.

En cuanto al sexo, hay un ligero predominio para el masculino :

Sexo masculino : 23 casos.
Sexo femenino : 13 casos.

Referente á la edad en que más comúnmente hacen su aparición, los mixomas se comportan de acuerdo con el siguiente orden :

De los 20 á los 30 años : 7 casos.
De los 30 á los 40 años : 6 casos.

De los 50 á los 60 años : 5 casos.
De los 40 á los 50 años : 4 casos.
De los 60 á los 70 años : 3 casos.
De los 70 á los 80 años : 3 casos.
De 1 á los 10 años : 3 casos.
De los 80 á los 90 años : 1 caso.
De los 10 á los 20 años : 1 caso.
Por debajo del año : 1 caso.

Como puede deducirse de los resultados anteriores, es la edad media de la vida la que más casos de mixomas cardiacos presenta, mostrando evidentes analogías con los tumores sarcomatosos.

El tumor se halla histológicamente constituído por células polimorfas con prolongaciones más ó menos largas que se anastomosan entre sí, entre cuyas mallas existe un líquido filante y gelatinoso que por transparencia deja ver los vasos llenos de sangre que surcan la neoplasia en todas direcciones. Este tejido mixomatoso suele á veces combinarse á otros tejidos, adiposo, fibroso, cartilaginoso y sarcomatoso, dando lugar á diversas variedades de tumores mixtos.

Por diversos procedimientos se pueden formar los mixomas, ya sea por imbibición de un líquido mucoso entre las fibras del tejido conjuntivo adulto,

sea por licuación de la grasa del tejido adiposo ó por transformación mucosa de la sustancia fundamental hialina del tejido cartilaginoso y por acumulación de mucus entre las células sarcomatosas.

Los mixomas puros son tumores benignos que no producen metástasis y son los únicos que comprendemos dentro este párrafo.

LIPOMAS

Estos tumores formados á expensas de tejido adiposo, han sido observados al nivel del órgano central de la circulación ; en efecto, la literatura médica extranjera cuenta 12 casos bien descriptos.

Si bien esta neoplasia no ofrece interés alguno cuando se radica al nivel de otras vísceras, implantándose en el corazón puede originar trastornos circulatorios tan graves, como cualquier neoformación maligna, y estas perturbaciones serán la resultante de su presencia más que de la naturaleza del tumor.

He aquí las observaciones :

Nº.	Nombre del autor	Edad	Sexo	Sitio de implantación
1	Albers	77 a.	masc.	Ventrículo izquierdo (punta).
2	Banti	52 a.	fem.	Aurícula derecha.
3	Petrocchi	77 a.	masc.	„ „
4	Passini	64 a.	„	Ventrículo derecho.
5	Orth	—	—	Aurícula derecha.
6	Orth	—	—	Tabique inter - ventricular.
7	Andford	76 a.	masc.	„ „ „
8	Brewis	7 m.	„	„ „ „
9	Skreitzka	20 a.	„	„ „ „
10	Tedeschi	63 a.	„	Ventrículo izquierdo (punta).
11	Spalty	40 a.	„	Aurícula derecha.
12	Legueu	16 a.	„	„ „

Por orden de frecuencia, según el lugar de implantación, encontramos :

Aurícula derecha : 5 veces.
Tabique inter-ventricular : 4 veces.
Punta del corazón : 2 veces.
Ventrículo derecho : 1 vez.
Ventrículo izquierdo : 1 vez.

Nos debe llamar la atención la localización predominante de los tumores grasos para la aurícula

derecha, contrariamente á lo que sucede para los otros neoplasmas benignos que prefieren las cavidades izquierdas.

En seguida haremos notar la especialización de los lipomas para el sexo masculino, dando la estadística :

Sexo masculino : 9 casos.
Sexo femenino : 1 caso.

En cuanto á la edad, nos da un resultado que estaría muy en relación con lo que se piensa acerca del origen de estos tumores, que no representarían más que un fenómeno de involución senil ; en efecto :

De los 70 á los 80 años : 3 casos.
De los 60 á los 70 años : 2 casos.
De los 10 á los 20 años : 2 casos.
De los 50 á los 60 años : 1 caso.
De los 40 á los 50 años : 1 caso.
Por debajo del año : 1 caso.

En las observaciones precedentes, los tumores se han presentado de forma muy variada, ya sea de aspecto tuberoso ó lobulado, ya sea duros ó blandos, pequeños algunos y voluminosos otros, alcanzando á llenar totalmente una aurícula.

Macroscópicamente aparecen constituídos por tejido adiposo semejante al del tejido grasoso sub-cutaneo ; analogía más palpable al examen histológico, con la única diferencia de que las células adiposas suelen presentar un volumen mayor en las neoplasias que en el tejido celular sub-cutáneo.

Los lipomas nacen á expensas del tejido graso, pero pueden depender también del tejido conjuntivo que no encierra células adiposas ; cuando adquieren un tamaño excesivo sufren procesos regresivos en su masa, consistentes en calcificaciones, necrosis, gangrenas, etc.

Estas neoplasias son eminentemente benignas, á pesar de su aparición múltiple como sucede algunas veces ; sin embargo, tratándose de una localización cardíaca y sobre todo en aquellas que llenan una aurícula por entero, debe conferírseles, por las perturbaciones circulatorias consiguientes, una cierta *malignidad accidental,* como le llaman algunos anátomo-patologistas.

MIOMAS

Estas neoformaciones musculares han sido observadas en 11 ocasiones al nivel del corazón, según

nuestras investigaciones bibliográficas, todas ellas pertenecientes á la literatura extranjera.

En todos los casos se ha pretendido describir el rabdomioma, es decir, el tumor muscular á fibras estriadas del tipo de la célula miocárdica.

Los casos bien consignados son los siguientes :

Nº.	Nombre del autor	Edad	Sexo	Sitio de implantación
1	Virchow	—	masc.	Ventrículo izquierdo.
2	Reckliuhansen	—	„	„ „
3	Kollisco	2 m.	„	Ventr. der. y tabi. inter-auricu.
4	Cesaris Demel	13 m.	„	Ventrículo izquierdo.
5	Yusti	31 a.	„	Aurícula izquierda.
6	Abrikosoff	—	—	Auríc. izq. y tabiq. inter-auríc.
7	Seiffert	20 m.	masc.	Todo el corazón.
8	Ponfick	7 m.	„	„ „
9	Ponfick	3 m.	fem.	„ „
10	Cagnetto	18 m.	masc.	Surco coronario posterior y cono de la pulmonar.

Según el sitio de implantación, nos hallamos con los resultados insertos á continuación, á saber :

Ventrículo izquierdo : 3 veces.
Extendido á todo el corazón : 3 veces.
Tabique inter-auricular : 2 veces.
Aurícula izquierda : 2 veces.
Arteria pulmonar : 1 vez.
Ventrículo derecho : 1 vez.

Por su mayor frecuencia al nivel del ventrículo izquierdo, parece que los rabdo-miomas eligiesen para su desarrollo la porción de miocardio más potente y de mayor actividad.

En cuanto al sexo, hay casi un predominio absoluto para el masculino ; en efecto :

Sexo masculino : 8 casos.
Sexo femenino : 1 caso.

Por la edad, obtenemos los resultados que siguen :

Por debajo del año : 6 casos.
De los 30 á los 40 años : 1 caso.

Demostrando de una manera concluyente, dentro de la escasez de observaciones, la enorme frecuencia de su aparición en los niños de meses, cuya causa patogénica es por hoy completamente desconocida.

En la constitución de estos tumores toman parte esencial las fibras musculares de nueva formación, distinguiéndose según el tipo de sus elementos, en leio-miomas, es decir, tumor á fibras musculares lisas y en rabdo-miomas los formados por fibras musculares estriadas.

Los primeros no se observan al nivel del corazón, pues todos los casos descriptos corresponden á la segunda variedad ; estos miomas estrio-celulares

son raros en general, cuyos elementos característicos son las fibras musculares estriadas, que según Cornil y Ranvier, presentan la particularidad, cuando se originan á expensas de las fibras miocárdicas, de presentar sus elementos celulares voluminosos análogos á las células de Pürkinje, es decir, que una parte de su protoplasma, en su porción cortical especialmente, ofrece las estriaciones características de las fibras musculares estriadas, estriación que no se observa sino en un número restringido de células ; los mismos autores añaden á renglón seguido, que no hay formación de fibras estriadas comparables á las del miocardio adulto.

Los rabdomiomas se observan con mayor frecuencia al nivel del riñón, testículo y útero ; excepcionalmente pueden constatarse en cualquier otra víscera y entre ellas en el miocardio.

ANGIOMAS

A pesar de la extrema rareza de esta neoplasia al nivel del corazón, la bibliografía extranjera tiene

en su haber tres observaciones bien auténticas ; son las siguientes :

1º—Rau : en una persona de 56 años, del sexo masculino, cuyo sitio de implantación es la aurícula derecha.

2º—Traina : en un sujeto de 78 años, del sexo masculino, implantado al nivel del tabique interventricular ; y

3º—Czapeck : en un individuo de 56 años, localizado en la punta del corazón.

Estos tumores vasculares están constituídos esencialmente por la dilatación é hipertrofia de los vasos preexistentes del tejido á los que se le añade una neoformación de vasos nuevos á expensas de la proliferación de las células endoteliales de los capilares antiguos.

Cuando nacen de los vasos sanguíneos se les denomina *emangiomas* ó *angiomas,* y los que derivan de los vasos linfáticos reciben el nombre de *linfangiomas* ; los primeros que son los únicos que nos interesan, se sub-dividen en angiomas simples, hipertróficos, cavernosos y racimosos, según su extructura anatómica, ya sea que la neoformación responda simplemente á los vasos, que presenten sus paredes espesadas, que formen amplias cavidades ó que constituyan una compleja red plexiforme.

La única observación de condroma cardíaco pertenece á Albers, que lo pudo constatar en un sujeto de 77 años de edad, localizado en pleno miocardio.

Los tumores cartilaginosos en general se desarrollan en aquellos órganos que normalmente poseen cartílago ó hueso; pero pueden originarse también en aquellos que se hallan completamente desprovistos de dichos tejidos y entre ellos tenemos el testículo y la parótida, que con alguna frecuencia nos muestran neoformaciones condromatosas; en cuanto á la localización en las demás vísceras, es un hecho tan excepcional que merece consignarse entre las curiosidades médico-científicas, como sucede con el caso que nos presenta Albers, en su comunicación sobre un nuevo tumor cardiaco.

TUMORES QUE SE DESARROLLAN Á EXPENSAS DE LA HOJA EXTERNA DEL BLASTODERMO.—TUMORES EPITELIALES.

En este grupo comprendemos todos aquellos blastomas en cuya composición intervienen, además del

tejido conjuntivo y los vasos, los elementos epiteliales.

Entre estas neoformaciones epiteliales es necesario distinguir tres grandes clases : 1° los *adenomas*, es decir, tumores cuya estructura reproduce con cierta perfección cualquier tipo glandular de la economía ; 2° los *carcinomas*, que jamás adquieren un tipo definido debido á la actividad desordenada de su proliferación celular, y 3° los *cistomas epiteliales*, que se caracterizan por la presencia de amplias cavidades revestidas de epitelio y llenas de un contenido líquido.

De las tres variedades de tumores epiteliales mencionadas, sólo el carcinoma es de naturaleza maligna ; en efecto, invade los tejidos limítrofes, penetra con mayor ó menor rapidez en los vasos linfáticos y sanguíneos, produciendo las generalizaciones metastáticas ; mientras que los adenomas y cistomas son por lo general neoformaciones benignas que permanecen silenciosamente localizadas en el punto de origen ; sin embargo, no es raro observar la transformación progresiva de un adenoma en cáncer, demostrando que no es posible trazar límites netos entre ambos tumores ; así un adenoma ó un cistoma originariamente benigno, puede, por un cambio en el proceso proliferativo transformarse en una neoplasia cancerosa.

Una cuestión que ha dado margen á múltiples debates entre los anátomo-patologistas, ha sido lo referente á la diferenciación patogenética que debe hacerse entre los carcinomas y los sarcomas alveolares ; en efecto, si se intentara definir el primero como un tumor de estructura alveolar, caracterizado por un estroma conjuntival encerrando ricos nidos celulares, no lo diferenciaríamos en nada de los sarcomas alveolares que presentan histológicamente la misma disposición textural ; para hablar más correctamente, debemos seguir á Ziegler, quien afirma que la única definición precisa es la anátomo-histogenética, en la que dos tumores semejantes por su extructura pueden separarse por completo por el hecho de su distinto origen blastodérmico.

Los tumores epiteliales primitivos del corazón son tan raros que casi se podría asegurar que no existen ; sabemos que se necesita un epitelio para que la neoplasia se constituya, lo que quiere decir que es imposible observarle en un órgano que se halla desprovisto de dichos elementos ectodérmicos ; por eso es que nuestra estadística como la extranjera es negativa en lo que se relaciona á los adenomas ; hay solamente un caso descripto por Moxon de tumor quístico, en un sujeto de 19 años, implantado al nivel del tabique inter-auricular, de cuya autenticidad no dudamos, pero que no especifica bien si

es el producto de una neoformación ó si es de origen parasitario, entrando entonces en el capítulo de los tumores falsos del corazón.

En cuanto á los blastomas epiteliales secundarios del corazón, son observados con relativa frecuencia ; responden á los ingertos metastáticos venidos de un cáncer localizado al nivel de otra víscera ; para retener la proporción voy á añadir á las estadísticas nuestras y extranjeras insertas en el capítulo de « Consideraciones generales », las que nos trae Karrenstein en su obra, y son las siguientes :

Willigt : 9 carcinomas secundarios en 4547 autopsias.

Askoff : 1 carcinoma secundario en 4500 autopsias.

Napp : 7 carcinomas secundarios en 9000 autopsias.

Nambers : 7 carcinomas secundarios en 2161 autopsias.

Inst. Anat. Patolog. Berlin : 15 carcinomas secundarios en 6655 autopsias.

Y si hemos de recordar nuevamente la estadística de nuestro Instituto de Anatomía Patológica, según consta en la tesis del doctor Roffo, veremos que sobre 4000 autopsias sólo una vez se ha observado un cáncer secundario al nivel del pericardio. Esto nos demuestra que si bien las neoplasias secunda-

rias carcinomatosas son más frecuentes que los tumores primitivos, no deja de ser la más rara de las localizaciones viscerales metastáticas, y se explicaría, como dice Jägers, por la excesiva movilidad del corazón, constituyendo una condición desfavorable para el ingerto y localización de las partículas celulares arrastradas por el torrente circulatorio.

A fin de completar el capítulo de los tumores epiteliales, conviene que hagamos un estudio somero de los carcinomas en general, pues sabemos que puede hacer su localización secundaria en el órgano central de la circulación. Si nos remontamos á su origen, el cáncer es el producto de la proliferación de una célula epitelial radicada al nivel de la piel ó de las mucosas ; de esa multiplicación celular epitelial resulta un brote de aspecto glandular, asemejándose mucho al adenoma, pero que se distingue por su mayor actividad proliferativa y por la conformación más atípica, justificando sin embargo en esos casos, la denominación de adeno-carcinomas ; sin embargo, en otros tipos de tumores, sobre todo los que nacen á expensas de epitelios pavimentosos se desarrollan sin ofrecer el aspecto glandular, sino que crecen en forma de cordones ó nidos compactos de células, asumiendo desde su nacimiento el carácter propio de los carcinomas francos.

En cuanto al tejido conjuntivo, que tal vez en su comienzo no muestra modificación alguna, puede presentar en un período más avanzado signos de reacción proliferativa é infiltración leucocitaria, y cuando estos elementos emigrados de los vasos son abundantes, suelen internarse en plenos cordones epiteliales, en cuyo sitio son destruídos por las células neoplásicas, quienes probablemente se nutren á sus expensas.

Iniciada una proliferación epitelial carcinomatosa se propaga con mayor ó menor rapidez hacia los tejidos vecinos, infiltrándolos en forma de cordones celulares, en los que puede siempre distinguirse la célula cancerosa y su origen epitelial ; en efecto, son gruesos elementos á núcleo vesicular unidos entre sí por un cemento intercelular sin dejar el menor espacio para la sustancia fundamental, y si investigamos mejor llegaremos á descubrir el tipo especial del epitelio que le ha dado origen, de tal manera que si nos referimos á un cáncer de intestino se encontrarán las características células cilíndricas, y si deriva de la piel nos mostrará el tipo pavimentoso plano.

Es necesario establecer la diferencia entre las principales variedades de carcinomas, especialmente por su origen y sus caracteres anatómicos ; así tendremos : 1º *el cáncer epitelial á células planas,* que

se presenta por lo general en la piel, bajo forma de cancroide cutáneo ; 2° *el cáncer epitelial á células cilíndricas*, cuyo asiento reside al nivel de las mucosas y más frecuentemente en el intestino ; pero se le observa también con mayor rareza en las vías biliares, vesícula, vías respiratorias, útero, etc. ; estos tumores son los que asumen más comúnmente el tipo del adeno-carcinoma ; 3° *el carcinoma simple,* que corresponde á aquella variedad que nace muy á menudo de formaciones glandulares constituyendo tumores nudosos bastante consistentes ; este tumor presenta un estroma conjuntival muy desarrollado entre cuyas fibras se encuentran islotes exuberantes en células epiteliales atípicas, y se observa más frecuentemente en las glándulas mamarias, algunas veces en el pancreas y el riñón ; 4° *el carcinoma esquirroso* ó *scirro,* caracterizado por el reducido tamaño de los nidos celulares separados entre sí por espesos tabiques conjuntivales que dan al tumor una dureza especial ; se constatan con predilección en la mama y en el estómago ; 5° *el carcinoma gelatinoso,* llamado también alveolar ó coloideo, se presenta en forma nodular ó bien infiltra difusamente los tejidos ; se distingue por extrema transparencia del tejido neoplásico y porque entre los espacios que deja el estroma conjuntival se ven gruesas masas coloideas más ó menos grandes ; la transparencia

de este tumor se debe á la metamórfosis regresiva de las células cancerosas que sufren la degeneración mucosa ó coloidea de sus elementos ; 6º *el carcinoma mixomatoide,* que no es más que un cáncer cuyo estroma experimenta la transformación en tejido mucoso ; á dicho proceso metaplásico puede añadirse la degeneración mucosa de las mismas células cancerosas, que aumenta todavía más el aspecto gelatinoso del tumor ; 7º *el carcinoma cilindromatoso* es el mismo carcinoma que ha sufrido la degeneración hialina de sus elementos y que da lugar á formaciones que recuerdan á los sarcomas con idéntico proceso degenerativo, que adjudicamos el nombre de cilindromas ; cuando invaden enteros nidos celulares quedan en su lugar verdaderos globos hialinos que por su confluencia forman cordones dispuestos en red ; 8º se llama *carcinoma gigantocelular* aquel tumor epitelial en que sus elementos adquieren un tamaño excesivo, sin modificar su aspecto ; suelen verse en su interior núcleos múltiples constituyendo el verdadero tipo de la célula gigante ; y 9º *los carcinomas melánicos,* que forman tumores de color pardo-negruzco, á cuyo examen histológico muestra el pigmento en parte en el interior de las células cancerosas y en parte en el estroma ; sin embargo, debemos hacer constar que el me-

lano-carcinoma es mucho más raro que el sarcoma melánico.

El cáncer se propaga especialmente en el órgano que se origina, pero también suele invadir los órganos vecinos por contigüidad ó á las vísceras lejanas por ingertos metastáticos ; esta última manera de extenderse el tumor nos interesa por ser la forma por la cual se produce la invasión cardiaca, que puede efectuarse por las vías linfáticas ó por el torrente sanguíneo, dando sus primeras metástasis en el órgano que por su distribución anatómica recoje las células neoplásicas desprendidas del foco del tumor, para en seguida generalizarse á las demás vísceras ; así el cáncer intestinal vierte en las raíces de la porta sus elementos metastáticos que van á ingertarse y desarrollarse en forma de nódulos secundarios al nivel del hígado. Para admitir la propagación discontinua del tumor al nivel del corazón en el caso precedente, debiéramos suponer que algunas de las células neoplásicas vertidas en el sistema porta no son detenidas en la glándula hepática y que por la vena cava inferior llegan á la aurícula derecha, donde pueden insertarse en pleno endocardio é invadir secundariamente el músculo cardíaco ; sin embargo, como decía Jäger, dado el movimiento incesante del corazón, él es el órgano menos apropiado á los ingertos metastáticos, pues las célu-

las cancerosas tomando el ejemplo anterior, continuarían su trayecto al ventrículo derecho para fijarse con mayores probabilidades en los capilares de la circulación pulmonar; así se explicaría la frecuencia del cáncer secundario del pulmón, y la rareza del carcinoma cardiaco, en un sujeto portador del tumor primitivo en el sistema gastro-intestinal y hepático.

Lo que debe suceder, con más probabilidades de hallarnos dentro la verdad, es que la localización miocárdica secundaria de los tumores epiteliales se hace mediante la circulación intrínseca coronariana del corazón, toda vez que las células neoplásicas han hecho irrupción en pleno sistema arterial de la gran circulación.

TUMORES Á ESTRUCTURA MUY COMPLEJA CUYOS DIVERSOS TEJIDOS NO EXISTEN NORMALMENTE EN EL LUGAR DE IMPLANTACIÓN.—TUMORES TERATOIDES.

Estudiaremos este tercer tipo de neoplasma por contar la bibliografía de los tumores cardiacos con una observación bien auténtica; me refiero á la de Joel, quien constata en la necropsia de un sujeto

de 14 años de edad, un teratoma intra-pericárdico cuyo sitio de implantación está á la altura del nacimiento de la arteria pulmonar, tumor que no había sido sospechado en vida porque no dió lugar á ninguna manifestación clínica que permitiese efectuar semejante diagnóstico.

Bueno es, sin embargo, que recordemos brevemente la anatomía patológica de estas interesantes neoformaciones; para ello debemos tener presente que ciertos tumores se desarrollan en órganos que normalmente no contienen un tejido semejante; así al hablar de los condromas decía que pueden aparecer en la parótida ó el testículo y los rabdomiomas en el riñón, en el testículo y en el útero; sin necesidad de citar muchos ejemplos más, bastan para llamarnos la atención y para autorizarnos á colocar esos tumores en un sitio especial, sobre todo cuando muestran una estructura muy complicada con restos de las tres hojas blastodérmicas que nada tienen que ver con el sitio de implantación.

Así estas producciones anormales se presentan en forma de tumores llamados *dermoides*, es decir, un quiste cuya membrana limitante recuerda la estructura de la piel con su epitelio, dermis, y glándulas pilo-sebaceas; estos tumores se suelen desarrollar en los ovarios, testículo, peritoneo, etc.

Los que ofrecen una constitución más compleja

se llaman *teratomas* propiamente dichos, que suelen presentarse como tumores coxígeos, pero que también se observan en el cuello, en la cara, y aún en las vísceras internas ; estos tumores pueden encerrar todas las variedades de tejidos conocidos y hasta afectar la forma de órganos determinados.

———

Haciendo un estudio de conjunto de las observaciones de tumores cardiacos primitivos, voy á exponer los resultados obtenidos según la bibliografía médica extranjera y la nuestra.

De acuerdo con la variedad de la neoplasia, por orden de frecuencia, tenemos :

Mixomas : 39 casos.
Sarcomas : 28 casos.
Lipomas : 12 casos.
Fibromas : 11 casos.
Miomas : 11 casos.
Angiomas : 3 casos.
Condromas : 1 caso.
Tumores quísticos : 1 caso.
Teratomas : 1 caso.

Total, 107 observaciones existen *de tumores pri-*

mitivos del corazón, según nuestras investigaciones referente á los datos bibliográficos que es posible consultar en nuestro país ; en cuanto á los casos observados entre nosotros se reducen á tres solamente :

1º—La observación del doctor E. del Arca, de «un sarcoma á pequeñas células polimorfas del corazón (ventrículo izquierdo)», quien hace su comunicación á la Academia de Medicina de Buenos Aires, en el año 1910.

2º—El caso observado por el doctor Llambías, de «un pequeño tumor del tabique inter-ventricular de aspecto sarcoide», cuya naturaleza no pudo determinar por haberse extraviado la pieza ; fué constatado al practicar una autopsia en el Hospital San Roque.

3º—El caso que presento en esta tesis, correspondiente á un enfermo de la sala IV del Hospital de Clínicas, donde actuaba como practicante mayor del servicio, en el cual diagnosticamos después de la necropsia «un linfosarcoma de la aurícula derecha». El diagnóstico anátomo-patológico del tumor ha sido efectuado conjuntamente con el doctor Llambías, de reconocida competencia en la materia.

En cuanto á los tumores secundarios del corazón,

existe el caso que presenta en sus estadísticas el doctor Roffo, sobre «un carcinoma del pericardio», única observación en 4000 autopsias practicadas en el Instituto de Anatomía Patológica de nuestra Facultad. Muy probablemente se han constatado otros casos más, pero que no han sido dados á publicidad.

Dentro del capítulo de los *tumores falsos* del corazón tenemos entre nosotros tres observaciones bien auténticas de quistes hidáticos del corazón, á saber:

1°—El caso del doctor A. Castro, sobre «Un quiste hidático del ventrículo izquierdo», publicado en los Anales del Círculo Médico Argentino, en el año 1890.

2°—El caso observado en una autopsia practicada por mí en el Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública, en el año 1907, sobre «Quistes hidáticos múltiples del corazón», cuya pieza está hoy en poder del Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad.

3° — El caso observado en el año 1908 en una niña del Hospital de Clínicas (sala VI), de 9 años de edad, operada de un quiste hidático del hígado; en la necropsia se encontró un quiste hi-

dático del corazón, cuya pieza está también en el Museo de Anatomía Patológica de la Facultad de Ciencias Médicas.

Del conjunto de observaciones anotadas, en lo que se refiere á tumores verdaderos primitivos, corresponden :

A hombres : 45 casos.
A mujeres : 25 casos.
A niños : 20 casos.
Sin clasificar : 17 casos.

Esto demuestra la mayoría para el sexo masculino, en la edad adulta, para el desarrollo de neoplasmas cardíacos.

Según la localización del tumor, obtenemos el siguiente resultado general :

Aurícula izquierda : 33 casos.
Aurícula derecha : 13 casos.
Tabique inter-auricular : 12 casos.
Ventrículo derecho : 11 casos.
Ventrículo izquierdo : 11 casos.
Tabique inter-ventricular : 11 casos.
Pericardio : 4 casos.
Válvula tricúspide : 4 casos.
Válvulas aórticas : 3 casos.

Arteria pulmonar y válvulas : 3 casos.
Punta del corazón : 3 casos.
Extendido á todo el órgano : 1 caso.

Deducimos entonces que los neoplasmas cardiacos se localizan preferentemente en las cavidades auriculares y sobre todo en la aurícula izquierda ; en efecto :

Aurículas : 63 casos.
Ventrículos : 42 casos.

perteneciendo :

Al corazón izquierdo : 50 casos.
Al corazón derecho : 31 casos.

Finalmente, la aparición de tumores cardíacos por la edad, nos da el resultado siguiente :

De los 30 á 40 años : 13 casos.
De los 20 á 30 años : 12 casos.
De los 50 á 60 años : 12 casos.
De los 70 á 80 años : 11 casos.
Por debajo del año : 10 casos.
De los 40 á 50 años : 9 casos.
De los 10 á 20 años : 6 casos.
De los 60 á 70 años : 6 casos :
De 1 á 10 años : 5 casos.
De los 80 á 90 años : 1 caso.

Es entonces, en la edad media de la vida que los tumores cardiacos pueden presentarse con mayor frecuencia, sin que haya una diferencia muy manifiesta con las otras edades, demostrándonos que pue-pueden observarse en cualquier instante de la existencia del ser humano.

CONSIDERACIONES CLINICAS
SOBRE LOS
TUMORES DEL CORAZÓN

No es mi pretensión, en el presente capítulo, trazar el cuadro clínico de una afección cardiaca que, en el estado actual de las ciencias médicas, permanece ignorada ; deseo sencillamente establecer de una manera ordenada y de conjunto, las observaciones que bajo el punto de vista del diagnóstico se han consignado en la literatura médica extranjera, añadiendo nuestro muy pequeño contingente.

Como es propio de las enfermedades raras, este párrafo de los tumores cardiacos ha debido descuidarse casi por completo por los autores que presentan sus observaciones, y la razón que más satisfactoriamente explica la poca tendencia á encarar el tema bajo la faz clínica, es que la mayoría de los casos constatados resultan ser simples sorpresas de las necropsias, en que los observadores no habían

sospechado durante la vida del paciente; sin embargo, en regular número de ellos se pudo, mediante un razonamiento retrospectivo en relación al diagnóstico erróneo que presentaba con sus caracteres físicos y funcionales, establecer algunos síntomas que pudieran tener algún valor diagnóstico dentro de la patología cardiaca.

Por eso, la estadística de casos que presentaremos en seguida es reducida si se la compara con el número total de observaciones existentes; la razón estriba, repito, en que la mayoría de los casos han sido estudiados bajo el punto de vista de la anatomía patológica, descuidando todo lo que concierne á la clínica médica.

Por nuestra parte, creemos que debe adjudicársе más importancia á lo que se relaciona con el diagnóstico, puesto que si hoy no es posible formularlo, mañana se logrará teniendo muy presente los datos clínicos conferidos por las observaciones anteriores, estableciéndose por lo menos un diagnóstico presuntivo. Creemos también que está en el deber del médico sospechar ciertos tumores del corazón cuando, por la sintomatología que ofrecen, no se han podido, procediendo por exclusión adaptarlos á las enfermedades más conocidas, y sobre todo, cuando en otro órgano existe ya en pleno desarrollo el neoplasma primitivo.

Sin embargo, nada hay más disparatado que la sintomatología de los neoplasmas del órgano central de la circulación ; un solo ejemplo citaría para confirmar lo que digo, recordando el caso descripto por Waldvogel, que presentaba un tumor del tabique inter-auricular el cual, por su desarrollo, obstaculizaba el cierre de la mitral ; y bien, ese cuerpo extraño, ingertado entre dos valvas, perece no haber dado síntoma alguno, muriendo el paciente, poco tiempo después, de una neumonía crupal ; esta disconformidad entre la lesión y los síntomas tendremos ocasión de palparla á cada momento, dificultando más la reconstrucción del cuadro clínico de la enfermedad.

Veamos lo que nos dicen las observaciones más completas á este respecto :

CUADRO N.º I.

N.º	NOMBRE del AUTOR	SEXO	EDAD	SITIO DE IMPLANTACIÓN	NATURALEZA	DATOS CLÍNICOS RECOGIDOS
1	Ollivier	fem.	46 a.	Ventrículo derecho, 1/2 inf.	Sarcoma	Muerte súbita (no dió síntoma alguno).
2	Andral	»	35 a.	Pared externa de ventrículo y aurícula derecha.	»	Signos de hipertrofia de ventrículo izq.
3	Segalas	»	11 a.	Ventr. der. y parte ventr. izq.	»	Muerte súbita. Había curado de pleuro-pericardítis un año antes.
4	Locher	»	52 a.	Aurícula izquierda.	Carcinoma?	Muerte súbita.
5	Prudhomme	»	21 a.	Ventrículo izquierdo.	»	Síntomas de insuficiencia aórtica (perforación de una válvula).
	Ely	»	28 a.	id. id.	Sarcoma	Signos de miocarditis.
7	Zander	»	56 a.	Tabique y cara anterior de ventrículo derecho.	»	Soplo sistólico, foco pulmonar.
8	Frœnkel	»	18 a.	Aurícula derecha.	»	Derrame sanguíneo en el pericardio.
9	Jürgens	masc.	36 a.	id. id.	Fibrosarcoma	Muerte súbita.
10	Schöppler	fem.	73 a.	Pericardio.	Sarcoma	Soplo sistólico en el foco mitral (punta)
11	Menetrier	—	—	Aurícula izquierda.	»	Disnea, edemas, esputos hemoptóicos (asistolie).
12	Luschka	fem.	6 .	id. id.	Fibroma	Muerte por crup laríngeo.
13	Wagstaffe	masc.	3 m.	Tabique inter-ventricular.	»	Convulsiones y muerte súbita.
14	Waldvogel	»	49 a.	Aurícula izquierda y tabique	»	Sin síntomas. Muerte por neumonia (tumor entre las válv. de la mitral).
15	Thompson, Aitchisson	fem.	51 a.	Aurícula izquierda.	»	Soplo sist. en foco mitral (pun. corazón)

CUADRO N.º II.

N.º	NOMBRE del AUTOR	SEXO	EDAD	SITIO DE IMPLANTACION	NATURALEZA	DATOS CLÍNICOS RECOGIDOS
16	Lorne	fem.	64 a.	Aurícula izquierda.	Mixoma	Soplo sistólico en la punta. Cong. padivas
17	Curtis	„	—	Tabique inter-ventricular.	„	Muerte súbita.
18	Boström	„	80 a.	Aurícula izquierda.	„	id. id
19	Virchow	masc.	27 a.	id. id.	„	Sin datos clínicos. En la autopsia embolias múltiples.
20	Martinotti	fem.	18 a.	Tabique inter-auricular.	„	Signos enfermedad orgánica del corazón.
21	Berthenson	„	55 a.	Aurícula izquierda.	„	Embolias múltiples (sínt. de aneurisma).
22	Marchand	masc.	27 a.	Tabique inter-auricular.	„	Soplo áspero en la punta. Emb. cerebrales.
23	Robin	„	—	Aurícula izquierda.	„	Soplo sistólico mal localizado con hemiplegia y afasia un año antes, que pasaron. Nuevo ataque, coma y muerte.
24	Pauloschky	fem.	55 a.	id. id.	„	Signos de insuficiencia mitral acostada y signos de estenosis sentada.
25	Jacobsthal	„	4 a.	id. id.	„	Síntomas de insuficiencia mitral.
26	Traina	„	65 a.	id. id.	„	Muerte por bronco-neumonia.
27	Leonhardt	„	22 a.	id. id.	„	Asistolia.
28	Brenner	„	79 a.	Tabique inter-auricular.	Hemangio elasto-mixoma	Insuficiencia cardiaca (asistolia).

Cuadro N.º III.

N.º	Nombre del autor	Sexo	Edad	Sitio de implantación	Naturaleza	Datos clínicos recogidos
29	Köster	masc.	21 a.	Arícula izquierda.	Mixoma	Síntomas de estenosis mitral.
30	Bamberger	„	21 a.	„ „	„	Soplo sistólico de la punta. 2.º tono pulmonar reforzado. Insuf. y estenosis mitral.
31	Hlaver	„	14 a.	Ventrículo izquierdo.	„	Muerte súbita.
32	Meyer	fem.	5 a.	Aurícula izquierda.	„	Hipertrofia del corazón. Soplo sistólico punta. Ascitis cianosis. Insuf. mitral.
33	Meyer	masc.	5 a.	„ „	„	id. id
34	Blochmann	fem.	40 a.	„ „	„	Soplo pre-sistólico. Estenosis mitral. Anteriormente sínt. de embolia cerebral.
35	Albers	masc.	77 a.	Ventrículo izq. (punta).	Lipoma	Marasmo.
36	Legueu	„	16 a.	Aurícula derecha.	„	Muerte por septicemia post-operatoria. Apendicitis.
37	Kollisco	„	2 m.	Ventrículo derecho y tabique	Mioma	Muerte súbita.
38	Yusti	„	34 a.	Aurícula izquierda.	„	Insuficiencia cardíaca desde años antes.
39	Ponfick	fem.	3 m.	Todo el corazón.	„	Muerte con convulsiones generalizadas.
40	E. del Arca?	„	36 a.	Pared ventricular izq.	Sarcoma	Insuficiencia aórtica.
41	Llambías, Martini	masc.	37 a.	Aurícula derecha.	Linfosarcoma	Miocarditis aguda. Asistolia.

De los cuadros anteriores se deduce que en 41 observaciones, sobre un total de 107, hemos podido extraer algunos datos clínicos que merezcan consignarse y solamente 24 presentaban síntomas cardiacos, á saber :

a) con síntomas cardiacos : 24 casos.

b) sin síntomas cardiacos : { Muerte súbita 10 casos. / Síntomas varios 7 casos.

En los 24 casos con sintomatología de corazón, el cuadro clínico es muy complejo, demostrando el mayor número de las veces la poca relación que existe entre la localización del tumor y los síntomas físicos y funcionales con que se manifestaba al exterior ; á fin de ser más gráfico voy á presentar en el cuadro que sigue los casos mejor estudiados bajo el punto de vista de la patología cardiaca.

1—*Andral—Hipertrofia del ventrículo izquierdo.*
2—*Prudhomme—Insuficiencia aórtica.*
3—*Ely—Miocarditis.*
4—*Zander—Soplo sistólico, foco pulmonar.*
5—*Fraenkel—Pericarditis hemorrágica.*
6—*Schöppler—Insuficiencia mitral.*
7—*Menetrier—Asistolia.*
8—*Thompson y Aitchisson—Insuficiencia mitral.*
9—*Lorne—Insuficiencia mitral. Asistolia.*
10—*Berthenson—Síntomas de aneurisma (embolias múltiples).*

11—*Marchand—Insuficiencia mitral (embolia cerebral).*

12—*Robin—Insuficiencia mitral (embolia cerebral).*

13—*Pauloschky—Insuficiencia mitral (acostado) y estenosis mitral (sentado).*

14—*Jacobsthal—Insuficiencia mitral.*

15—*Leonhardt—Asistolia.*

16—*Brenner—Asistolia.*

17—*Köster—Estenosis mitral.*

18—*Bamberger—Insuficiencia y estenosis mitral.*

19—*Meyer—Insuficiencia mitral (asistolia).*

20—*Meyer—Insuficiencia mitral (asistolia).*

21—*Albers—Asistolia.*

22—*Yusti—Asistolia.*

23—*E. del Arca—Insuficiencia aórtica.*

24—*Llambías-Martini—Miocarditis aguda. Asistolia.*

De las observaciones precedentes se desprenden los siguientes resultados por orden de frecuencia :

Insuficiencia mitral : 10 veces.
Asistolia : 9 veces.
Estenosis mitral : 4 veces.
Insuficiencia aórtica : 2 veces.
Miocarditis : 2 veces.
Embolias múltiples : 2 veces.

Hipertrofia ventricular izquierda : 1 vez.
Soplo sistólico, foco pulmonar : 1 vez.
Pericarditis hemorrágica : 1 vez.
Signos aneurismáticos : 1 vez.

Como fácilmente se comprenderá, cada diagnóstico no representa un caso aislado, sino que expresa la suma de los principales síntomas que cada una de las observaciones clínicas proporcionaba ; así, debe llamarnos primeramente la atención que la *insuficiencia mitral* y la *asistolia* son los fenómenos que dominan en el cuadro clínico de los tumores cardiacos ; pero para atribuir mayor valor á dichos resultados es necesario establecer la comparación entre la localización anatómica del neoplasma y el diagnóstico clínico predominante :

Diagnóstico—Síntomas	Ventr. izq.	Aur. izq.	Ventr. derec.	Aur. derecha	Pericardio	Tabique nter-auric.	Total
Insuficiencia mitral.....	—	8	—	—	1	1	10
Asistolia	1	6	—	1	—	1	9
Estenosis mitral.....	—	4	—	—	—	—	4
Insuficiencia aórtica	2	—	—	—	—	—	2
Mocarditis.....	1	—	—	1	—	—	2
Embolias múltiples	—	2	—	—	—	—	2
Hipertr. ventric. izq.....	—	—	1	—	—	—	1
Soplo sist. foco pulmonar...	—	—	1	—	—	—	1
Cericarditis hemorrágica ...	—	—	—	1	—	—	1
Signos aneurismáticos	—	1	—	—	—	—	1

Estos datos sólo permiten obtener resultados de un valor muy relativo; sin embargo, si examinamos detenidamente el cuadro adjunto, no vacilaremos en manifestar que los tumores que tienen por asiento la aurícula izquierda provocan la insuficiencia de la válvula mitral subyacente, quizás debido á que por su volumen dificultan el cierre hermético de ella, precipitando rápidamente al enfermo á la asistolia; pero asi como el tumor por su peso impide que se adapten los velos valvulares, estableciendo la insuficiencia orgánica del orificio, puede también, durante el presístole, obstaculizar el paso de la sangre de la aurícula al ventrículo izquierdo, originando un proceso semejante al de las estenosis orgánica de la mitral; en otros casos suceden ambas perturbaciones circulatorias simultáneamente, constituyendo la enfermedad mitral (estrechez é insuficiencia).

Es de notar que hay observaciones curiosas, como la que nos presenta Paulos chky, en que un mixoma de la aurícula izquierda estaba unido á la pared cardiaca por un delgado pedículo que le permitía ejecutar amplios movimientos dentro de la cavidad auricular; pues bien, ese tumor debido á su propia movilidad se manifestaba clínicamente como un caso de auscultación cardiaca sumamente interesante; cuando el sujeto estaba en el decúbito hori-

zontal, presentaba todos los caracteres físicos de una insuficiencia mitral, mientras que en la posición vertical se modificaban los fenómenos auscultatorios á tal extremo que el soplo sistólico de la punta se hacía pre-sistólico, precedido de un roulement característico de las esténosis mitrales ; es natural que, para semejante cuadro sintomatológico, se exijen condiciones muy especiales que lo encuadren dentro de los hechos excepcionales.

Otro caso notable es el de Walvogel, quien relata un fibroma situado en la aurícula izquierda y tabique inter-auricular, que merced á un delgado y largo pedículo de implantación le permitía, arrastrado por la corriente sanguínea, insinuarse entre las dos valvas de la mitral, y sin embargo, en contraposición á la observación de Pauloschky no dió ni un solo síntoma cardiaco á la auscultación, muriendo el enfermo de neumonia.

Debemos añadir, la frecuencia con que los neoplasmas de la aurícula izquierda dan lugar á desprendimientos de pequeñas partículas de tejido ó de fibrina depositada en su superficie, produciendo en primer término la embolia cerebral y secundariamente de las demás vísceras dependientes de la gran circulación ; podría citar el caso de Virchow, quien constata al mismo tiempo un mixoma de la aurícula izquierda, un foco de reblandecimien-

to amarillo en el hemisferio derecho del cerebro, acompañado de meningitis fibrinosa, en el bazo focos diseminados de necrosis con peritonitis consecutiva, embolias renales y focos hemorrágicos en la sub-mucosa del intestino ; después mencionaría la observación de Berthenson, sobre un caso de neoplasia cardiaca seguida de embolias reiteradas, pero que éstas fueron diagnosticadas en vida, diciendo dicho autor : « que son las embolias, las que unidas á otros síntomas han simulado un aneurisma ; esas embolias constituyen, según mi manera de pensar, un indicio importante para el diagnóstico de los tumores intra-cavitarios del corazón ». El mismo Berthenson añade en el párrafo siguiente : « no es mi idea hacer de las embolias un síntoma patognomónico de tumor cardiaco (aneurismas, endocarditis vegetantes, etc.), pero sí sostengo que cuando el cuadro clínico de la enfermedad es vago y presenta separaciones inexplicables del tipo normal, esas embolias pueden hacer sospechar un tumor cardiaco, particularmente de un tumor intra-cavitario ».

Otro caso de embolias múltiples es el de Robin, quien constata en un enfermo portador de un mixoma de la aurícula izquierda que provocaba la insuficiencia de la válvula bicúspide, una hemiplegia derecha con afasia ; estos fenómenos locales de la

corteza cerebral fueron atenuándose, pero antes de desaparecer por completo, sufre un nuevo ataque, seguido de un estado comatoso y la muerte ; en la autopsia se vió que la insuficiencia de la mitral se debía al tumor, así como el reblandecimiento cerebral por una embolia desprendida del mismo. Mencionaré por último el caso de Marchand, quien observa, en un enfermo portador de un mixoma del tabique inter-auricular, fenómenos dependientes de émbolos detenidos al nivel del cerebro.

Sin embargo, el valor diagnóstico de las embolias en los casos de tumores cardiacos no fué aceptado con igual entusiasmo por otros observadores ; en efecto, Ely, en su tesis de Paris del año 1874, no las menciona más que de paso, sin concederles mayor importancia ; luego Pic y Bret, en la Revue de Médécine del año 1891, declaran que «las embolias señaladas por los autores no ofrecen nada de característico» ; pero Eichhorst, que parece ser el único autor que habiendo reunido en su manual todos los síntomas propios á las neoplasias del corazón, ha incluído entre ellos á las embolias ; en efecto, al enumerar los síntomas, dice «las partículas de las neoplasias se desprenden y son transportadas al cerebro, á los pulmones, etc., provocando las lesiones embólicas».

Si continuamos estudiando los casos mejor des-

criptos de neoplasmas del corazón, llegaremos fácilmente á convencernos de que carece de fundamento la creencia de que es absolutamente imposible formular el diagnóstico ; si nos remontamos á la interesante disertación de Bodenheimer del año 1865, veremos con cuanto entusiasmo trata la cuestión del diagnóstico, apoyándose en los datos suministrados por la literatura y sobre sus propias observaciones, emitiendo la opinión siguiente : « la sintomatología de los tumores cardiacos es hasta el presente un vasto campo abierto á las investigaciones, gracias á la insuficiencia de las observaciones clínicas más ó menos detalladas » ; en seguida dicho autor dice : « esa manera de pensar es el pretexto de la mayoría de los clínicos para descuidar el tema, pero se encuentra en evidente contradicción con los buenos resultados obtenidos en los pocos casos estudiados ».

En efecto, si omitimos las observaciones donde las vastas lesiones de otros órganos enmascaran el cuadro clínico y deteniéndonos con preferencia en las neoformaciones primarias del corazón, llegaremos á distinguir ciertos síntomas que dependen efectivamente de esas lesiones ; si volvemos á considerar el trabajo de Bondenheimer, por ser muy completo, encontraremos resumido todo lo concerniente al estudio clínico, á saber :

1°—Síntomas cardiacos : dolor en la región precordial, palpitaciones, sentimiento de opresión, y angustia precordial. El choque de la punta es débil y difuso (el autor piensa que se debe á un derrame intra-pericárdico), la matitez precordial da un área cardiaca aumentada, ya sea por dilatación de las cavidades ó por el mismo derrame ; algunas veces la auscultación no deja oir más que ruidos cardiacos sordos, muy raramente acompañados de soplos. El pulso varía infinitamente y por lo general es débil.

2°—Los otros síntomas son : disnea considerable, tos seca ó seguida de una expectoración más ó menos abundante ; después, los síntomas de embolias pulmonares, la cianosis, el edema periférico, los exudados que llenan diversas cavidades serosas, los síncopes, la albúmina en las orinas. Los síntomas que acabo de enumerar se pueden observar de una manera continua ó no aparecer sino por momentos.

Después que Bodenheimer consigue reunir, de las observaciones anteriores, la sintomatología en la forma anotada, concluye diciendo «los síntomas de los tumores cardiacos no presentan nada de preciso ni determinado, y ellos dependen de las dimensiones del tumor» ; así, cuando éste ocupa una posición que no dificulta la acción del corazón, no provocará ningún fenómeno mórbido ; si al contrario,

oblitera los orificios cardiacos, sobrevienen los síntomas de estrechez de esos orificios; si el mismo tumor llega á impedir el juego de las válvulas, daría lugar á la insuficiencia del orificio correspondiente. Los síntomas constantes, si los hay, son aquellos que se deben á las perturbaciones puramente mecánicas de la circulación venosa.

Finalmente, Bodenheimer no admite la posibilidad del diagnóstico «en los casos de síntomas poco determinados» sino por vía de exclusión; así, una vez que hemos pensado en todas las afecciones cardiacas, y cuando la apreciación concienzuda de los síntomas no permita formular un diagnóstico de ese género, recién podremos suponer la presencia del tumor.

Si bien es cierto que síntomas tan vagos como los que consignan Berthenson, Bodenheimer, Ely, Fraenkel, etc., tienen un valor muy problemático, puesto que pertenecen á toda una serie de enfermedades del corazón y de los vasos, y también lo es cuando dicho cuadro es acompañado de fenómenos embólicos de origen oscuro, siendo entonces un argumento en favor de neoplasia cardiaca. Considerando la rareza de esos mismos tumores y la diversidad de los fenómenos mórbidos que le acompañan, vagos, indeterminados y en relación con toda una serie de lesiones cardiacas, cualquier indicación

ofrece un gran interés, aún en aquellas que no sirven más que indirectamente al diagnóstico.

Con ese objeto es que los autores se han ocupado de hacer resaltar ciertos síntomas especiales que puede ayudar para el reconocimiento de un neoplasma cardiaco ; así Ely decía que la neoformación se hace con mayor frecuencia al nivel de la sustancia muscular, respetando las válvulas y los orificios, explicando la rareza de los ruidos de soplo ; la sintomatología se adaptaría entonces á la de las miocarditis. Pero los hechos clínicos, así como las investigaciones posteriores á Ely, no confirman esa manera de pensar ; bien al contrario, no son los tumores intra-parietales los que dominan, sino los intra-cavitarios, dando nacimiento á soplos que jamás se perciben tan netamente como en las inflamaciones crónicas del endocardio, produciéndose más bien *la mutabilidad de los signos físicos* en que tanto insiste Berthenson ; en efecto, un soplo puede desaparecer de un momento para otro, aumentar ó disminuir de intensidad según la posición del sujeto ú otra causa indeterminada.

Otro signo que merece tenerse en cuenta es el que propone Bodenheimer, consistente *en la facilidad relativa del diagnóstico en las neoplasias del corazón derecho* por la sencilla razón de que si percibimos un ruido sobreagregado,

que no justificaría un vicio congénito cardíaco por su extremada rareza, nos debería hacer forzosamente pensar en un neoplasma del corazón ; esta observación es tanto más fundada si se tiene presente que los tumores del corazón izquierdo y derecho son igualmente frecuentes.

Fraenkel ha podido constatar otro síntoma importante en un caso de sarcoma primitivo de la aurícula izquierda, *un derrame considerable en el pericardio,* insistiendo dicho autor en el valor diagnóstico de la presencia de sangre en ese derrame, y su inmediata reproducción después de practicar las punciones ; dice Fraenkel que á excepción del escorbuto y de la tuberculosis, los derrames pericárdicos no contienen sangre más que en los casos de neoplasias malignas del corazón.

Entonces, de acuerdo con los trabajos precedentes, el cuadro sintomatológico de los neoplasmas cardiacos no ofrece nada de definido, pero sí, tiene en su haber un conjunto de signos de indiscutible valor clínico para sospechar, cuando no formular, un diagnóstico por exclusión. Voy á enumerarlos brevemente, á saber :

1º—Embolias múltiples.

2º—Mutabilidad de los signos físicos de auscultación.

3º—Pericarditis hemorrágica.

4º—Lesiones localizadas en el corazón derecho.

Además podríamos mencionar la sintomatología común á todas las afecciones cardiacas, pero que omitimos en razón de su variabilidad y porque sólo tiene importancia cuando, unido á otros signos de más valor, no es posible encuadrarlos en un padecimiento cardiaco determinado.

Sin embargo, conviene insistir especialmente en el diagnóstico diferencial de las dos variedades más importantes de los tumores cardiacos, es decir, de los *tumores intracavitarios* y los *extracavitarios*.

Los primeros, como su nombre lo indica, son los que hacen saliencia en el interior de las cavidades auriculares ó ventriculares del corazón ; que según las estadísticas actuales son mucho más frecuentes que los segundos, á pesar de considerarse, entre ellos, los intra-parietales.

En la segunda variedad entran aquellos tumores desarrollados en pleno músculo, ó que creciendo hacen relieve sobre la superficie externa del miocardio en plena serosa pericárdica.

Pero una clasificación aceptable bajo el punto de vista clínico es la de Jürgens, quien hace una triple diferencia, á saber :

1° tumores pericárdicos ;
2° tumores mesocárdicos ; y
3° tumores endocárdicos ;

que en realidad si se adapta á las necesidades del diagnóstico, es falsa en el concepto anátomo-patológico, por cuanto las neoformaciones no se originan á expensas de la serosa externa del corazón, ni de las que recubren internamente el miocardio; una inmensa mayoría tiene su punto de partida en el tejido conjuntivo sub-seroso é inter-muscular ó del músculo mismo.

Pero como decía anteriormente, es perfectamente aprovechable la clasificación de Jürguens, porque responden á cuadros clínicos completamente diferentes, á tal extremo que se puede sistematizar la sintomatología de los neoplasmas cardiacos en tres grandes grupos:

1°—Tumores cardiacos á sintomatología pericárdica predominante.

2°—Tumores cardiacos á sintomatología miocárdica predominante.

3°—Tumores cardiacos á sintomatología endocárdica predominante.

Cada uno de estos tipos clínicos distintos responde á localizaciones diversas del tumor, de tal manera que en este caso la clínica y la anatomía patológica se hallan perfectamente de acuerdo.

Vamos á estudiar, aunque sea en forma algo esmática, cada uno de los cuadros mencionados.

1º—*Neoplasmas extra-cavitarios á sintomatología pericárdica*—Se trata por lo general de un proceso pericárdico de evolución insidiosa, cuya sintomatología varía mucho, pero que puede adquirir un tipo definido.

Signos funcionales : son los de las pericarditis comunes, á saber : angustia precordial, opresión, dolor y disnea ; esta última suele observarse con más intensidad en los casos de gran derrame, imprimiendo una sensación de sofocación y ansiedad extrema.

Además se pueden constatar los accidentes paralíticos del corazón, que se traducen por pequeñez en el pulso con disminución de las contracciones cardiacas hasta llegar al síncope ; es natural que el proceso miocárdico concomitante juega un rol de importancia en dicha sintomatología.

Puede también observarse la disfagia, semejante á la forma hidrofóbica de Bourceret, en los casos en que la neoplasia y el derrame consecutivo compriman por vecindad al esófago.

Signos físicos : Son, en la gran mayoría de los casos, los de las pericarditis con derrame ; pero cuando el líquido es poco y la hoja visceral es destruída por el tumor, tiene que resultar un frote rítmico,

perceptible á la palpación de la región precordial; mientras que cuando el líquido coleccionado es abundante se constatará la disminución ó supresión del choque de la punta, el desacuerdo entre el borde inferior de la matitéz y el sitio de dicho choque, si es palpable. La *percusión* puede dar el triángulo á vértice truncado superior con la escotadura de Sibson; en los casos de derrame escaso ó nulo, si el neoplasma adquiere un volumen excesivo, puede modificar los límites cardiacos normales, especialmente al nivel de la base, rechazando la línea de matitéz absoluta hasta la parte superior y externa correspondiente á la matitéz relativa.

La auscultación puede dejar oir un ruido de frotes más ó menos áspero, simultáneo con la contracción cardiaca, que aumentaría de intensidad en la posición de sentado ó inclinado hacia adelante, que no coincide con los tiempos de la revolución cardiaca (meso-sistólicos), y, por el hecho de intercalarse entre los tonos cardiacos, simula el ruido de galope.

Sucede que en los neoplasmas cardiacos jamás desaparece el *frote*, persistiendo desde su iniciación hasta el fin del proceso, porque el derrame suele no ser muy abundante, y la masa del tumor siempre mayor á las rugosidades flemágsicas de las pericarditis agudas.

Si se practica la punción, se encuentra el signo que permitiría con mayor fundamento establecer el diagnóstico « la pericarditis hemorrágica consecutiva á un neoplasma cardiaco » ; este derrame con sangre ofrece la particularidad de reproducirse con mucha rapidez, y su examen citológico puede presentar además de las células endoteliales de la serosa y los glóbulos rojos, células neoplásicas que certificarían el diagnóstico con una seguridad matemática.

El pulso conserva sus caracteres normales y la onda sanguínea contrasta con el débil choque cardiaco á causa del derrame hidro-hemático que recubre al órgano.

Suele ser ilustrativo el examen del cuello, cuyas venas aparecen ingurgitadas, sobre todo en aquellos neoplasmas de aurícula derecha que obstaculizan el desagüe de la sangre venosa de la cava superior ; la cara aparece tumefacta, cianótica, traduciendo la mala circulación venosa y las perturbaciones de la hematosis. Cuando el tumor es de aurícula izquierda, los fenómenos de éxtasis venoso tienen su repercusión pulmonar, dándonos la congestión pasiva de dichos órganos.

En esta variedad extracardiaca suele presentarse solamente el cuadro de los procesos pericárdicos con las variantes propias del padecimiento neoplásico ;

jamás percibiríamos signos orificiales, salvo en aquellos casos en que, por su enorme dimensión, ocasionaran una compresión tal, que tuvieran repercusión sobre la circulación de la sangre por entre las cavidades del corazón ; con mayor razón no deben presentarse los fenómenos embólicos propios de los tumores intra-cavitarios.

Sin embargo, no es posible concebir las formas pericárdicas puras por cuando el miocardio suele estar afectado en mayor ó menor grado, apareciendo en tal caso las perturbaciones consiguientes al músculo cardiaco, según expondremos en seguida.

2°—*Tumores intra-parietales con sintomatología miocárdica*—Cuando se presenta el cuadro completo, suele asumir el tipo de las miocarditis agudas con todos los signos de la insuficiencia cardiaca : pulso blando, pequeño, cada vez más débil, muy depresible y frecuente ; á intervalos se notan intermitencias falsas debidas á la debilidad de las contracciones cardiacas. También puede ser arítmico seguido en su faz última de embriocardia con dilatación del corazón y las perturbaciones generales consiguientes ; el enfermo se pone cianótico, las extremidades se enfrían, las orinas se hacen muy escasas, le aparece un vehemente estado disnéico, mientras que la tempera-

tura desciende y la muerte sobreviene en el colapsus ó el coma.

Nuestra observación, que presentaremos en detalle más adelante, ha reproducido el cuadro fiel de las miocarditis agudas más arriba expuesto, cuya asistolia precoz persistió hasta la muerte ; pero lo que más llamó la atención entre sus fenómenos miocárdicos es la constante variabilidad en los caracteres del pulso, en que una inmensa taquicardia era seguida de un estado bradicárdico poco común.

3°—*Tumores intra-cavitarios con sintomatología endocárdica*—Esta es la forma más interesante y la más frecuente ; la gran mayoría de las observaciones clínicas de neoplasmas cardiacos responden á fenómenos endocárdicas, pudiendo presentarse éstos con tantas modalidades como localizaciones, tamaños, etc., pueden presentar los tumores intra-cardiacos.

Procediendo metódicamente haremos constar que todas las lesiones orificiales pueden suministrar dichos procesos neoplásicos, á saber :

1°—Insuficiencia mitral.
2°—Estrechez mitral pura (Enf. Durossiez).
3°—Enfermedad mitral.
4°—La insuficiencia aórtica.

5°—La estrechez aórtica.

6°—Lesiones tricuspideas.

7°—Lesiones de la arteria pulmonar.

A cada una de las lesiones orificiales indicadas se le adapta la descripción clásica correspondiente, pero ofreciendo algunas características que nos indicarían la naturaleza del proceso endocárdico.

a) *La gran mutabilidad de los síntomas físicos del corazón* ; en efecto, es un hecho bien averiguado que en presencia de una lesión neoplásica del endocardio, si ésta se hace en la vecindad de una válvula, puede provocar su esténosis ó su insuficiencia, pero que los soplos y los tonos sufren diariamente evidentes modificaciones, que no sólo obedecen á la evolución de la enfermedad misma, sino también á los simples cambios de posición del sujeto ; además, los caracteres de los ruidos sobreagregados presentan una tonalidad y una intensidad especial que no corresponden á las endocarditis crónicas vulgares.

b) El segundo signo propio de los tumores intracavitarios son *los fenómenos embólicos,* que únicamente tienen su razón de ser en esta variedad ; en efecto, al desarrollarse, el tumor hace las veces de un cuerpo extraño que origina coagulaciones san-

guíneas que luego son desplazadas por el torrente circulatorio en forma de pequeños émbolos.

Otras veces, son partículas del neoplasma que por su friabilidad se disgregan y son arrastradas por la sangre hacia los pequeños vasos, donde se detienen con las consecuencias consiguientes para las zonas embolizadas.

Las que se producen en las cavidades izquierdas, van á la gran circulación dando el cuadro de las embolias cerebrales, renales, etc., mientras que las que dependen del corazón derecho producen las embolias pulmonares.

c) Otro elemento importante de diagnóstico nos lo dan las *lesiones orificiales del corazón derecho*; como es natural, si el examen del órgano central de la circulación no deja oir un soplo sistólico ó diastólico en el foco tricuspídeo ó pulmonar y, habiendo razones fundadas para creer que no se trate de un vicio congénito cardiaco (estrechez pulmonar, enfermedad de Roger, persistencia del agujero de Botal), es posible pensar en un neoplasma intracavitario; por eso los fenómenos dependientes del corazón derecho son de un valor diagnóstico mayor que los originados en el corazón izquierdo.

Haré notar, sin embargo, que la sintomatología de los tumores internos cardiacos es de orden me-

cánico, pudiendo reproducir un cuadro semejante cualquier producción mórbida desarrollada en el endocardio ; de ahí, que conviene que insistamos en el diagnóstico diferencial con ciertas formas de *endocarditis infecciosas úlcero-vegetantes,* que desarrolladas sobre una válvula ya esclerosada dan lugar á tumores flegmásicos de tipo vegetante que pueden adquirir un volumen excesivo.

Estos procesos infecciosos de la serosa interna del corazón presentan un cuadro clínico que tiene sus puntos de contacto con el que hemos pretendido atribuir á las neoformaciones intra-cavitarias del corazón.

En efecto, en ambas afecciones es una característica importante la extrema variabilidad de los síntomas físicos del órgano, además los dos procesos son sumamente embolizantes ; en cuanto á la tonalidad é intensidad especial de los ruidos de soplos es también semejante, en contraposición con los que producen las endocarditis crónicas reumáticas.

Pero la diferenciación es relativamente fácil si se tiene en cuenta que los procesos infecciosos del endocardio suelen manifestarse en la fisonomía del enfermo, traduciendo la extrema gravedad de su padecimiento, al que suele añadirse un estado febril, que en ocasiones adopta el tipo piohémico, con violentos chuchos, fiebre alta y sudores que

representan las embolias sépticas viscerales. En fin, es el cuadro de una grave enfermedad infeccio-sa concomitante, la mayor parte de las veces, con las serias perturbaciones circulatorias de orden mecáni-co ; y, como un elemento diferencial más, tenemos la nefritis séptica con gran cantidad de albúmina en sus orinas y el interrogatorio del enfermo, quien segu-ramente nos dará el antecedente de un reumatismo poli-articular agudo de 10 á 12 años antes, puesto que la endocarditis úlcero-vegetante exige para su producción un endocardio enfermo y esclerosado.

———

Del estudio de conjunto de las distintas observa-ciones de tumores del corazón, se deduce :

1°—Que una buena porción de ellas, constituyen simples anotaciones de autopsias, sin dato al-guno que se refiera á sus manifestaciones clínicas.

2°—Que otra buena parte de esas observaciones terminan con la muerte súbita, habiéndose manifes-tado ó no clínicamente.

3º—Las demás observaciones presentaron síntomas varios de lesión cardiaca.

Conviene que estudiemos en pocas palabras la *muerte súbita* en los individuos que llevan un tumor del corazón ; es un hecho bien constatado, por las observaciones anteriores, la terminación brusca é inesperada de esos enfermos sin que el cuadro mórbido haya dejado preveer semejante desenlace.

En muchos de los casos se ignoró el padecimiento cardiaco hasta la necropsia ; otros, han dado una sintomatología mezquina si se relaciona á la gravedad del proceso y finalmente un tercer grupo muere por síncope en plena enfermedad cardiaca.

Difícil sería explicar la causa de su determinación ; lo más probable es, que el tumor por su presencia provoque la irritación del plexo cardiaco, produciendo el reflejo inhibitorio mortal. Si pretendiéramos decir que es la resultante de una localización especial del neoplasma al nivel del corazón no corroboraría las siguientes anotaciones extraídas de 10 casos de muerte súbita mejor estudiados, á saber :

Ollivier : Ventrículo derecho.
Segalas : Ventrículo derecho é izquierdo.
Locher : Aurícula izquierda.
Ely : Ventrículo izquierdo.

Jürgens: Aurícula derecha.
Luschka: Aurícula izquierda.
Curtis: Tabique inter-ventricular.
Boström: Aurícula izquierda.
Hlava: Ventrículo izquierdo.
Kollisko: Ventrículo derecho.

esultando lo siguiente:

Ventrículo derecho: 3 veces.
Ventrículo izquierdo: 3 veces.
Aurícula izquierda: 3 veces.
Aurícula derecha: 1 vez.
Tabique inter-ventricular: 1 vez.

Esto nos prueba la variabilidad de la localización neoplásica, en los casos que han terminado con la muerte súbita.

——

De las consideraciones clínicas precedentes se desprenden las siguientes conclusiones generales:

1º—*Es posible formular el diagnóstico clínico de los tumores del corazón, en ciertos y determinados casos.*

2°—*El cuadro sintomatológico obedece á la localización anatómica del neoplasma.*

3°—*Los tumores cardiacos extra-cavitarios se manifiestan clínicamente como las pericarditis con derrame.*

4°—*Los tumores intra-parietales reproducen el cuadro sintomatológico de las miocarditis agudas.*

5°—*La variedad intra-cardiaca es la más rica en síntomas, adaptándose á todos los procesos endocárdicos conocidos.*

6°—*En un mismo caso, es común comprobar la asociación mórbida de las tres formas descriptas.*

7°—*En una buena proporción, los tumores cardiacos suelen permanecer silenciosos clínicamente, constituyendo un hallazgo de autopsia.*

8°—*Los signos de mayor valor diagnóstico son, el derrame hemorrágico del pericardio, la mutabilidad de los síntomas físicos, las embolias múltiples.*

9°—*La muerte súbita es la terminación frecuente de los neoplasmas cardiacos.*

10°—*El diagnóstico preciso es sumamente difícil; sólo puede emitirse presunciones en su favor cuando se ha procedido metódicamente y por exclusión.*

EVOLUCIÓN.—PRONÓSTICO

Trazados los principales caracteres clínicos que pudieran hacernos llegar al diagnóstico, es necesario decir algunas palabras sobre la evolución mórbida de los tumores que tienen por asiento el corazón.

Así como es de variable la sintomatología, tendrán que ser múltiples las formas evolutivas de la enfermedad, mediando para cada caso todas aquellas circunstancias que dependen de su localización, del tamaño, el número, la naturaleza, etc., caracteres todos, que pueden dar lugar á diagnósticos distintos.

Fácil nos será comprender, que un tumor benigno, de reducido volumen, extra-cardiaco, tiene que ser mejor tolerado y presentar una sintomatología menos ruidosa, que las localizaciones intra-cavitarias, en las proximidades de un orificio, en que la lesión no sólo producirá fenómenos locales, sino que también puede exteriorizarse con manifestaciones gene-

rales, debidas á perturbaciones circulatorias mecánicas, embolias, hemiplegias, etc.; pues bien, en el primer caso, el ciclo evolutivo puede ser muy largo y compatible con la vida del sujeto; citaría, nuestra cuarta observación (ver más adelante), de un quiste simple del ventrículo izquierdo, el que sin dar manifestación clínica alguna del lado de su corazón, muere súbitamente por otras lesiones que fueron reveladas en la autopsia; mientras que, en las formas de localización interna, tienen que seguir una evolución más accidentada, rica en síntomas, siendo la muerte su terminación habitual.

Ahora bien, sería embarcarnos dentro de un grave error, si creyéramos que los tumores del corazón reproducen matemáticamente la evolución indicada; muy al contrario, diríamos, que está lleno de excepciones y que neoplasmas internos de gran volumen han pasado completamente desapercibidos ante los ojos del clínico, demostrándonos con eso, las grandes dificultades que existen para formular el diagnóstico.

De cualquier manera, sea el cuadro de una simple pericarditis, de un proceso miocardio con asistolia aguda ó de una lesión endocárdica cualquiera, el sujeto portador de un tumor cardiaco seguirá la evolución de dichas afecciones con sus pequeañs variantes ya estudiadas en la parte del diagnóstico

clínico ; sin embargo, una característica es que, la muerte súbita puede llegar de un momento para otro, sea cualquiera su localización, sea muy diversa la naturaleza del tumor ; así se explicaría el fallecimiento inesperado del sujeto que consigno en mi primera observación de quiste hidático, mientras transitaba tranquilamente por las calles de la ciudad.

Los que presentan el cuadro de las miocarditis, siguen una evolución muy especial ; esos enfermos, sin ofrecer el menor antecedente, caen en pléna asistolia aguda de la que no es posible extraerlo con los mejores tónicos cardiacos que dispone nuestro arsenal terapéutico ; en estos casos, la enfermedad se inicia y termina con el cuadro de las asistolias miocárdicas agudas.

Otro hecho que merece tratarse, es que los portadores de un neoplasma maligno del corazón, pueden dar un conjunto sintomatológico físico y funcional, que puede el clínico observador disociar ; me refiero que al lado de las perturbaciones mecánicas de la circulación inherente al tumor mismo, ya sea por la miocarditis neoplásica, la insuficiencia ó á la estrechez de algunos de sus orificios, es posible descubrir los fenómenos caquécticos, que explicaría la difusión de los productos tóxicos desprendidos del blastoma maligno ; el caso que nos-

otros presentamos, ofrecía el cuadro doble de un cardiaco en asistolia y el de una caquexia general propia de dichas neoformaciones.

En cuanto al *pronóstico*, muy poco es lo que debemos decir, partiendo de la base de que todo tumor del corazón, primitivo ó secundario, sea cualquiera su naturaleza, trae, la mayor parte de las veces, graves consecuencias para el buen funcionamiento del órgano central de la circulación ; de ahí, que frente á un caso de éstos deba el médico formular un pronóstico muy sombrío, tanto más si fuera de crecimiento rápido y de localización intracardiaca ; y aún en los casos que es compatible con un buen estado general, debe el médico tener presente lo expuesto que dichos enfermos están á la muerte súbita.

TRATAMIENTO

No es posible hablar de un tratamiento especial para estos casos ; sólo el clínico debe llenar las indicaciones sintomáticas que se desprenden del cuadro general de la enfermedad.

En ese sentido, debemos aplicar la medicación que todos conocemos para las miocarditis, las pericarditis, los procesos endocárdicos con los fenómenos hiposistólicos y asistólicos consecutivos.

Pero es necesario tener presente, que én aquéllos casos que requieren una medicación activa y urgente, por lo general no obedecen á ella, siguiendo el curso natural y progresivo de la afección, hasta provocar la muerte con mayor ó menor rapidez.

TUMORES VERDADEROS DEL CORAZÓN

OBSERVACIONES CLINICAS

1ª—Presentación de nuestro caso :

Linfosarcoma primitivo de la aurícula derecha y del estómago

2ª—Observación del doctor Enrique E. del Arca :

Sarcoma á pequeñas células polimorfas

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Hospital Nacional de Clínicas.—Servicio de Clínica Médica.—Profesor : doctor Abel Ayerza.—Jefe de Clínica : doctor J. B. Troncoso.—Sala IV ; cama número 21.

E. M., de 37 años de edad, español, casado, jornalero.

Fecha de ingreso al servicio : 24 de julio de 1910.

Fecha de muerte : 20 de setiembre de 1910.

Diagnóstico clínico — Miocarditis aguda post-diftérica.

Diagnóstico anátomo-patológico — Tumor poliposo de la aurícula derecha (linfosarcoma).

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — A los 3 años de edad, manifiesta el enfermo haber tenido una afección de vientre que tardó dos meses en curarse; á los 10 años, contrajo sarampión; á los 18, tuvo una pulmonía, curando bien al cabo de 20 días; á los 30 años dice haber tenido fiebre tifoidea, sanando después de un mes y medio de enfermedad; tres años después sufre de dolores reumatoides al nivel de la cadera derecha y en el tórax.

No ha tenido ninguna clase de enfermedades venéreas.

Es bebedor; toma más ó menos un litro de vino diario y algunas veces bebidas con esencias.

Enfermedad actual — Comenzó bruscamente el 1º de julio del corriente año; hasta entonces sano y bueno; después de una copiosa comida es preso de un malestar general, con estado nauseoso seguido de arcadas sin llegar á producirse el vómito; por la noche tiene fiebre, algunos chuchos, y fuerte do-

lor en la garganta que le impedía deglutir su propia saliva.

Al siguiente día, sin haber hecho tratamiento alguno se siente más aliviado, y sin dar mayor importancia á lo sucedido vuelve á reanudar su trabajo que pudo continuar en regulares condiciones cinco días más, notando al cabo de ellos que se fatigaba al menor esfuerzo, debiendo en más de una ocasión suspenderlo y reposar un instante para continuar en seguida desempeñando sus tareas ; pero 24 horas después apercibe una distensión pronunciada del vientre y una tumefacción al nivel de ambas piernas que alcanzada de los pies á las rodillas, á tal extremo que según relata el enfermo no podía calzar sus botines ni abrocharse el pantalón al nivel de la cintura.

En esas condiciones, sin consultar facultativo alguno toma varios purgantes sin conseguir mover el vientre, notando muy al contrario que su enfermedad avanzaba, que la disnea se acentuaba cada vez más, lo mismo que la hinchazón del vientre y de las piernas ; le aparece al mismo tiempo un poco de tos seguida de escasa expectoración mucosa y muco-purulenta ; en ese estado es transportado á esta capital é ingresado inmediatamente en este servicio.

Desde el comienzo de la enfermedad que el pa-

ciente no puede conciliar el sueño debido á la gran fatiga que le obliga incorporarse y permanecer semi-sentado en el lecho ; dice además que cuando consigue tomar el sueño es despertado bruscamente sobresaltado, cuando no presó de violentos calambres al nivel de las pantorrillas.

Dice haber sido siempre constipado. Las orinas desde la iniciación de su enfermedad actual se han puesto muy cargadas, coloreadas y escasas en cantidad.

Estado actual — Sujeto bien constituído, buen desarrollo muscular ; al nivel de su miembro inferior izquierdo existe una incurvación anormal del muslo.

Decúbito sentado ; infiltración edematosa al nivel del tejido celular de todo el cuerpo especialmente en las regiones declives, donde la presión digital deja su huella por un instante. Las extremidades violáceas y cianóticas. Gran postración general.

Cara : Ansiosa y cianótica ; las mucosas con buen tinte violáceo. Pupilas iguales, reaccionan bien á la luz y á la acomodación.

Cuello : Grueso y corto ; venas ingurgitadas, haciendo relieve la yugular externa especialmente.

Tórax : Amplio y simétrico. Diámetros ántero-

posteriores y transversales ligeramente aumentados.

Tipo respiratorio costo-abdominal. Excursión respiratoria torácica, disminuida.

Abdómen : Abultado ; ligeramente tenso, poco depresible, doloroso al nivel del hipocondrio derecho, insensible en el resto ; la percusión demuestra un derrame ascítico libre, en regular cantidad.

Aparato respiratorio : Disnea objetiva, 28 respiraciones por minuto.

Por la palpación, percusión y auscultación se descubren los fenómenos de congestión pulmonar bibásica acentuada, ocupando la extremidad inferior de ambos pulmones.

Aparato circulatorio : Corazón : área cardiaca aumentada, no se ve ni se palpa el choque de la punta.

A la auscultación, se perciben los dos tonos sumamente debilitados con ritmo embriocárdico. No se oyen ruidos sobre-añadidos.

Pulso : Casi imperceptible, 140 pulsaciones por minuto con muy escasa tensión.

Hígado : Se palpa su borde inferior liso y romo á dos traveses de dedo por debajo del reborde costal ; la percusión comprueba la palpación ; es muy sensible á la menor presión.

Bazo : No se palpa, ni se percute.

Sistema nervioso : Reflejos normales ; sensibilidad normal.

Tratamiento y observaciones : Se practica á las pocas horas de su ingreso una sangría, extrayéndosele de la vena mediana cefálica, 300 gramos de sangre ; en seguida se le somete á la acción de la digitalina Mialhe, XXV gotas.

Evolución de la enfermedad — Al siguiente día de estar en el servicio comprobamos que su postración persiste, así como su anasarca general ; la congestión pulmonar y hepática se ha modificado muy poco ; el pulso continúa débil y pequeño, con falsas intermitencias y frecuente ; la auscultación cardiaca deja oir el ritmo fetal.

En vista de la poca mejoría, empleamos otro tónico cardiaco, la estrofantina, en inyecciones subcutáneas de 0.0002 milígramos cada tres horas ; á los dos días de iniciado este tratamiento conseguimos aliviar nuestro enfermo, disminuyendo sus edemas, los fenómenos congestivos viscerales y el pulso que de 150 baja á 60 pulsaciones por minuto ; el ritmo fetal desaparece.

Su estado sufre algunas alternativas, llamando especialmente la atención la variabilidad en los caracteres del pulso, en que una bradicardia de 40 á 60 pulsaciones es modificada á las pocas horas por una taquicardia de 120 á 150, para volver á

caer al poco tiempo en su estado bradicárdico ; se perciben largas intermitencias. La misma mutabilidad se observa en el ritmo cardiaco, en que la embriocardia hace su aparición y desaparece con toda irregularidad.

En esas condiciones la gravedad de su estado se pronuncia cada vez más, hasta que el ritmo fetal se establece definitivamente ; entonces observamos que los fenómenos asistólicos aumentan, al mismo tiempo que su aspecto exterior decae visiblemente, la postración es intensa, la disnea es asfixiante y el enfermo fallece el 20 de septiembre en plena anasarca.

——

Los cuadros térmicos nos señalan una curva cuyas oscilaciones se mantienen por debajo de lo normal, á excepción del día 19 á la tarde, en que asciende hasta 38°.

——

Peso : Ingresó al servicio con 84 kilos 200 gramos, disminuyendo á los 12 días de estar en el servicio á 73 kilos 800 gramos, sosteniéndose alre-

dedor de 70 kilos por espacio de 20 días, hasta aproximarse á los 80 en los días que preceden á la muerte.

——

Las orinas han sufrido constantes modificaciones en su cantidad ; desde los 800 gramos que eliminaba en las 24 horas en el día de su entrada á la sala, fué subiendo hasta llegar á 2200 gramos al mes de tratamiento, para declinar luego á 400 y 500 gramos en la última semana ; en los últimos días se establece una gran diuresis, orinando más de tres litros en las 24 horas.

Se practica un primer análisis al día siguiente de estar en el servicio con el resultado siguiente :

Cantidad remitida 100 grs.	Reacción — Acida.
Color..... Amarillo	Densidad..... 1023.
Olor..... Sui generis	Residuo total.... 53.59 °/₀₀
Aspecto..... Turbio	Urea..... 30.74 „
Espuma..... Blanca	Cloruro sodio.... 2.20 „
Sedimento.... Regular	Acido fosforico. 4.25 „

Elementos patológicos

Albúmina : Vestigios (no se encuentran los demás productos anormales).

Diazo-reacción de Ehrlich : negativa.

Examen del sedimento

Escasas células y leucocitos. Mucho urato amorfo de sodio.

———

El 15 de agosto se analiza por segunda vez las orinas, con este resultado :

Cantidad remitida 100 grs.	Reacción — Acida
Color..... Amarillo	Densidad..... 1021.
Olor..... Sui generis	Residuo total.... 48.93 °/₀₀
Aspecto..... Turbio	Urea..... 30.74 „
Espuma..... Blanca	Cloruro sodio.... 4.40 „
Sedimento..... Abundante	Acido fosfórico. 2.45 „

Elementos patológicos

Albúmina : vestigios ; Urobilina : vestigios ; Indican : vestigios.

Diazo-reacción de Ehrlich : negativa.

Examen del sedimento

Escasas células planas. Escasos leucocitos. Gran cantidad de urato amorfo de sodio.

——

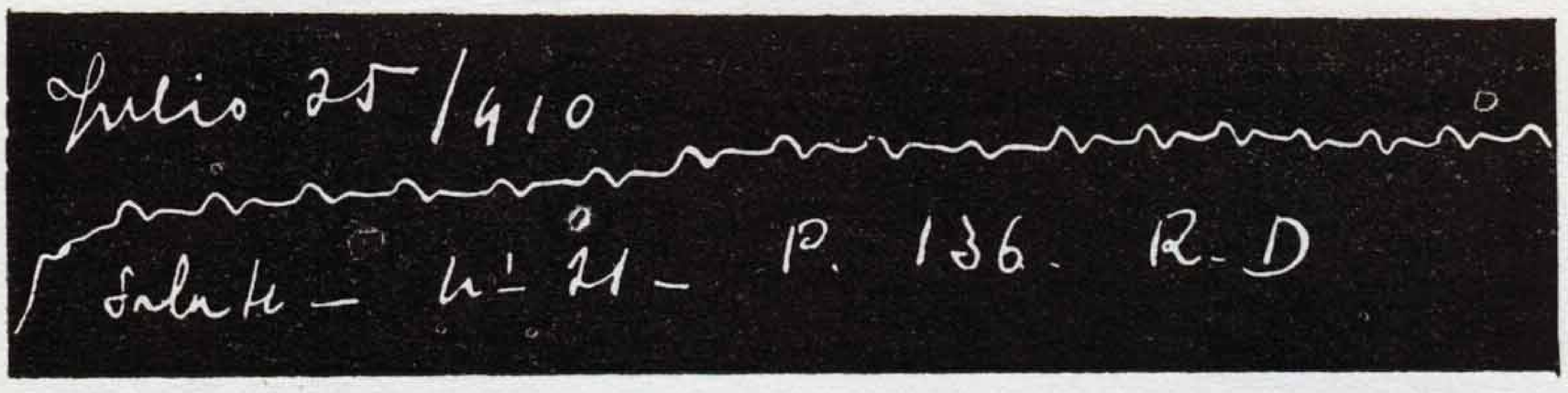
El día 24 de julio se practicó una punción en la extrema base derecha, extrayéndose unos 10 centímetros cúbicos de líquido pleural ; el día 15, se analizó con el resultado que sigue :

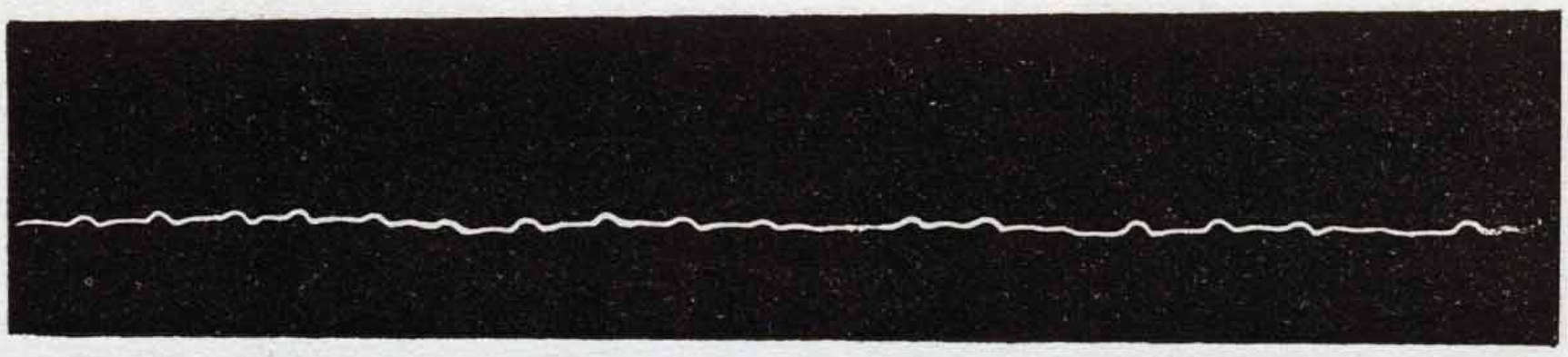
Investigación citológica : Centrifugado el líquido y examinado su sedimento, se encuentran numerosos linfocitos, 15 á 20 por campo y muy raros polinucleares, cuyo porcentaje es :

Linfocitos	98 %
Polinucleares	2 %

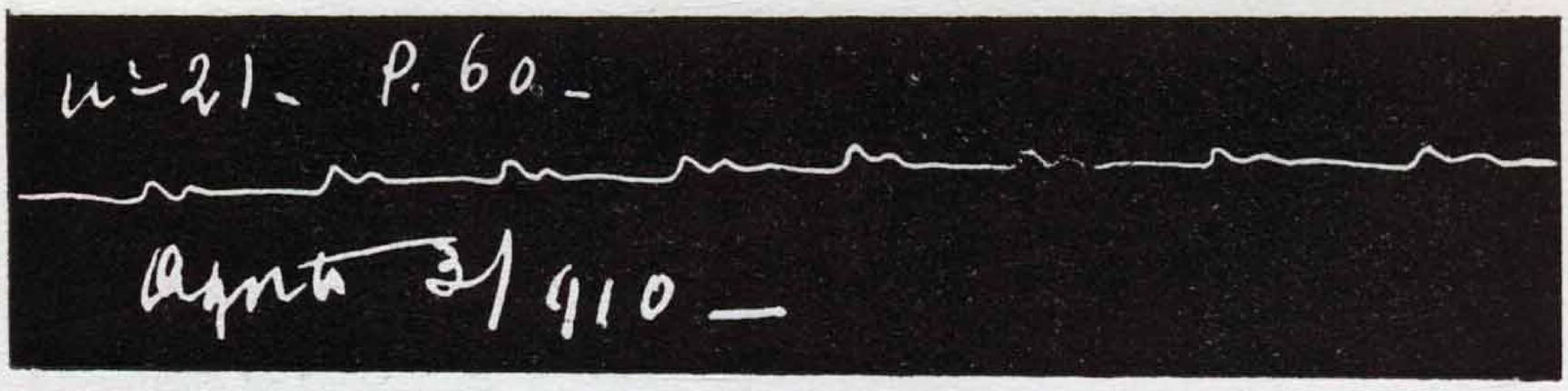
Los trazados gráficos del pulso se han tomado en dos ocasiones.

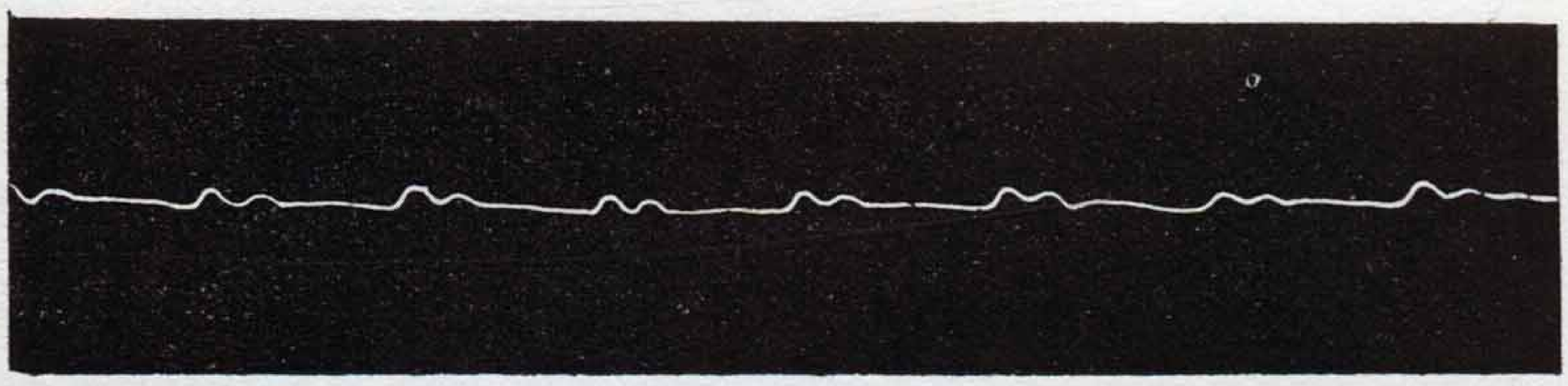
1º Al día siguiente de su ingreso, el 25 de julio. Frecuencia : 136 por minuto.





2º El 3 de agosto. Frecuencia : 60 por minuto.





PROTOCOLO DE AUTOPSIA

Buenos Aires, 22 de setiembre de 1910.—Instituto de Anatomía Patológica, Prof. doctor Susini.—Autopsia practicada por el doctor Llambías.

E. M., sexo masculino, edad 37 años, casado, blanco, español, jornalero.

Fallecido el 21 de setiembre á las 9.30 p. m., en la sala IV del Hospital Nacional de Clínicas.

Diagnóstico clínico: Miocarditis aguda post-diftérica. Asistolia aguda.

Diagnóstico anatómico: Miocarditis circunscrita. Endocarditis tricuspídea. Tumor poliposo de la aurícula derecha. Congestión pulmonar. Nefritis parenquimatosa. Degeneración pigmentaria del hígado. Nódulos múltiples en la mucosa gástrica.

Cadáver de 1.69 de talla, con rigidez general, piel con escaso panículo adiposo, fémur izquierdo deformado en arco cóncavo anterior; abdómen sumamente dilatado y con fluctuación.

Meníngeas lisas ; cerebro de aspecto normal ; peso 1200 gramos.

La cavidad abdominal contiene unos cinco ó seis litros de serosidad citrina subida ; altura del diafragma, 5ª costilla en ambos lados.

Pleuras lisas. Pulmones grandes, rojos, consistentes, poco crepitantes ; al corte superficie roja, lisa, que da sangre y poco aire á la presión. Los dos pulmones juntos pesan 1700 gramos.

Pericardio con escaso líquido ; mancha lechosa en la cara anterior del ventrículo derecho.

Corazón de tamaño algo aumentado. La cara anterior de la aurícula derecha presenta inmediatamente por encima del surco aurículo-ventricular una zona pálida, lardácea, dura, y se nota una masa sólida al tacto. Ventrículo izquierdo pequeño, válvula mitral de bordes ligeramente espesados, de tendones flácidos, pasan bien dos dedos. Aorta normal. Ventrículo derecho ligeramente dilatado y de paredes algo aumentadas de espesor. La válvula tricuspídea presenta del lado auricular una serie de mameloncitos rosados, no friables, blandos, de tamaño variable entre un grano de cebada y una alverja ; los bordes de la válvula están perfectamente sanos y los tendones también.

Dentro la cavidad auricular hay un tumor implantado en el tabique interauricular inmediatamente por

detrás de la orejuela, que está perfectamente sana y libre, tiene un corto y ancho pedículo ; la superficie es lisa, de color rojo cereza con zonas amarillentas, se compone de tres lóbulos apenas separados y su tamaño en conjunto es de una nuez ; su consistencia es elástica, no se disgrega fácilmente.

Ese tumor es de aspecto y consistencia idéntico á los mamelones del tamaño de una arveja que señalamos antes. Correspondiente á la zona lardácea anotada en la cara anterior de la aurícula derecha, la pared muscular está engrosada y de aspecto lardáceo, envolviendo allí á la arteria coronaria anterior perfectamente sana y permeable.

Un corte obtenido por congelación muestra un tejido fibroso laxo, muy jugoso y con infiltración leucocitaria y de células en proliferación con abundantes vasos.

Bazo : de tamaño y aspecto normal, pulpa roja, consistente, pero 140 gramos.

Riñones : grandes, de cápsula ligeramente espesada, pero que se desprende bien, de diámetro transversal aumentado ; al corte superficie rojiza, la sustancia cortical espesada, las columnas de Bertin penetran en gruesas columnas entre las pirámides. Peso, el derecho 250 gramos, el izquierdo 200 gramos.

Cápsulas supra-renales de tamaño y aspecto normal.

Hígado : de tamaño más bien pequeño, de cápsula lisa, consistencia normal ; al corte coloración morena uniforme, con sangre, acinos no visibles. Peso 1250 gramos (no tiene aspecto moscado).

Estómago : de capacidad normal, contenido líquido escaso. La cara interna (mucosa) presenta una serie de mamelones del tamaño de arvejas, hemisféricos, sesiles, de color rosado.

(Se informará sobre la naturaleza del tumor poliposo. Por delante del saco pericárdico, existe un tejido de aspecto glandular y en el espesor de la hoja parietal hacia la base hay un tejido de aspecto muscular, se informará sobre ellos).

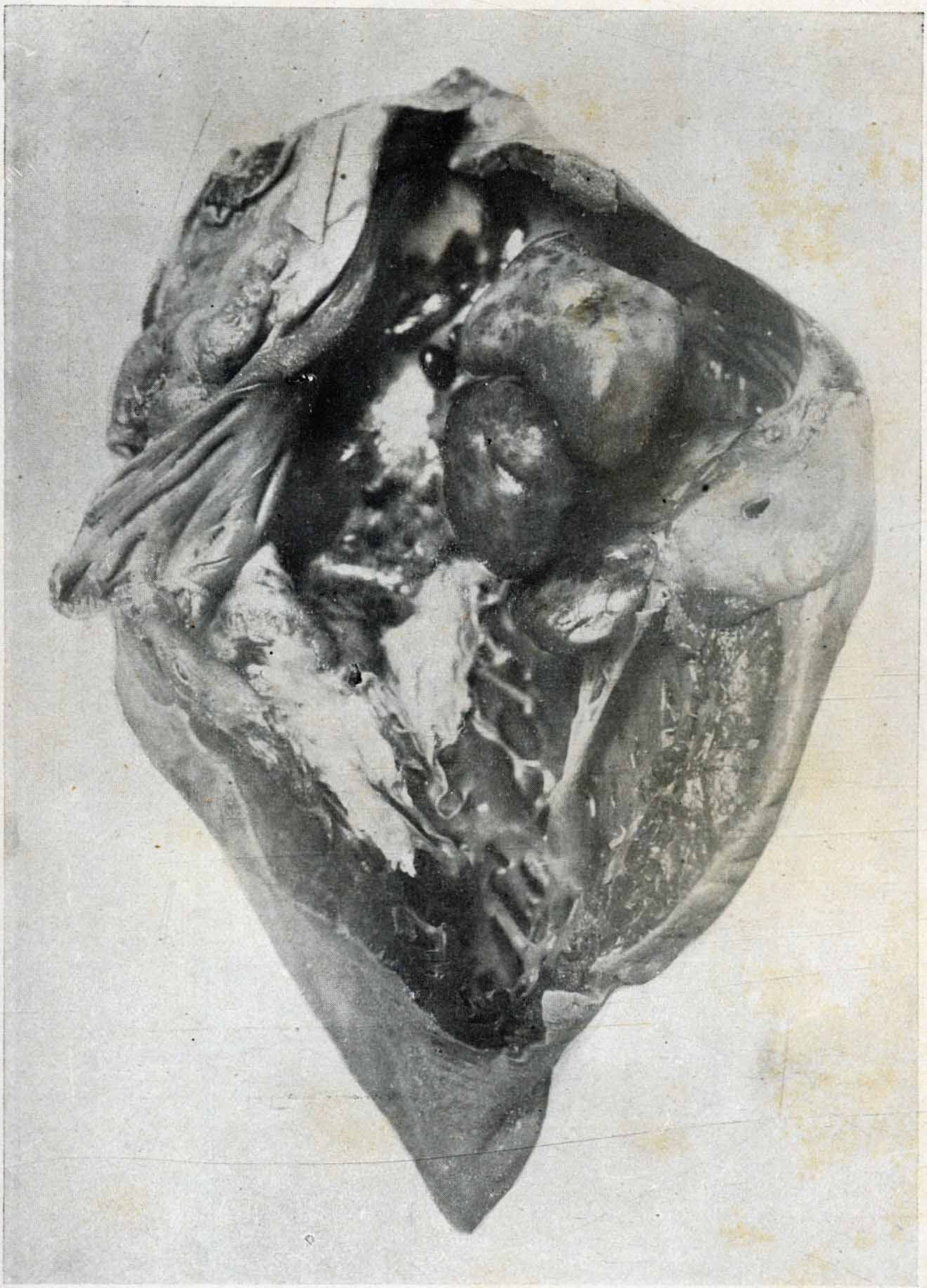
Examen de las piezas

Dos órganos merecen particularmente ser estudiados, el corazón y el estómago.

Corazón : Como se desprende de los resultados de la autopsia, nos encontramos con un *tumor poliposo de la aurícula derecha* ; si hacemos su descripción detallada con la pieza por delante y endurecida

LÁMINA I.

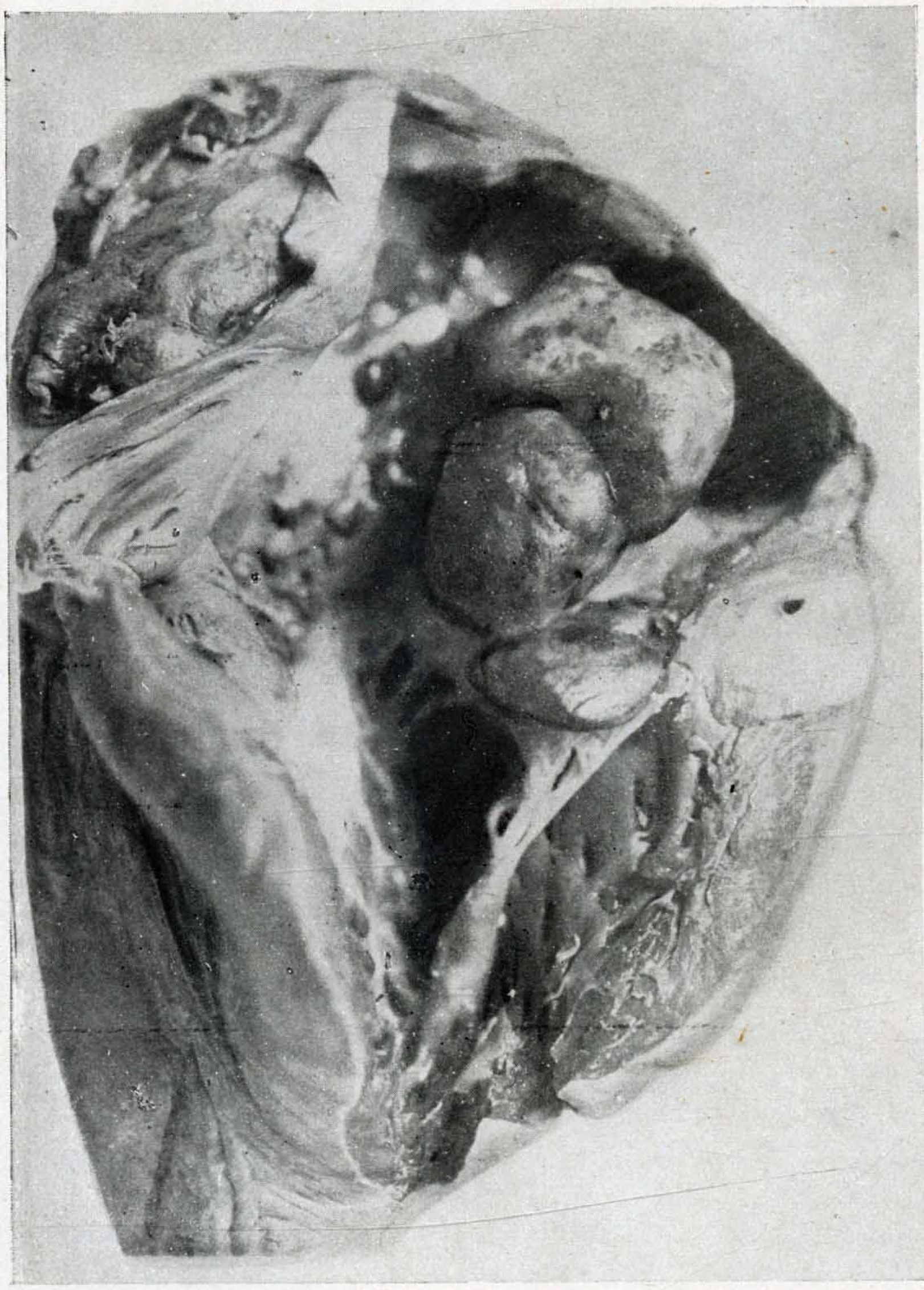
Hospital Nacional de Clínicas. — Sala IV. — Servicio de Clínica Médica del Profesor Dr. A. Ayerza



Linfo - sarcoma de la aurícula derecha

LÁMINA II.

Hospital Nacional de Clínicas. — Sala IV. — Servicio de Clínica Médica del Profesor Dr. A. Ayerza



Linfo - sarcoma de la aurícula derecha

LÁMINA I.

FIGURA 1.—Corte en pleno tejido neoplásico, proveniente de uno de los gruesos nódulos implantados en la aurícula derecha. Se observa los elementos linfocitarios separados entre si, por un fino retículo fibrilar.

FIGURA 2.—Corte practicado en una región intermedia entre el tumor y el miocardio.

A—Células musculares cardiacas
B—Células neoplásicas.
C—Zona de invasión de los elementos linfocitarios en los intersticios de las fibras cardiacas.

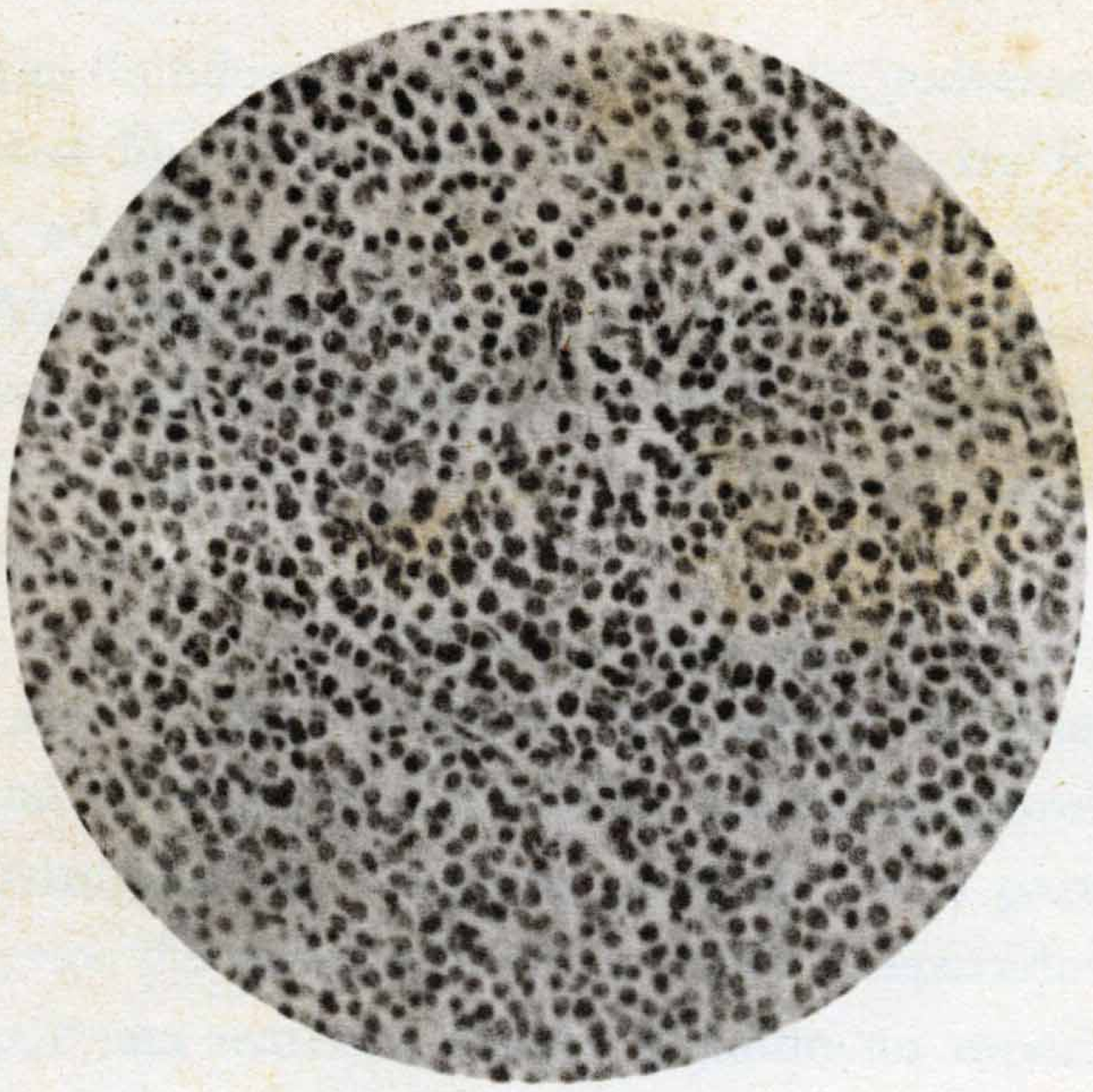


FIG. 1

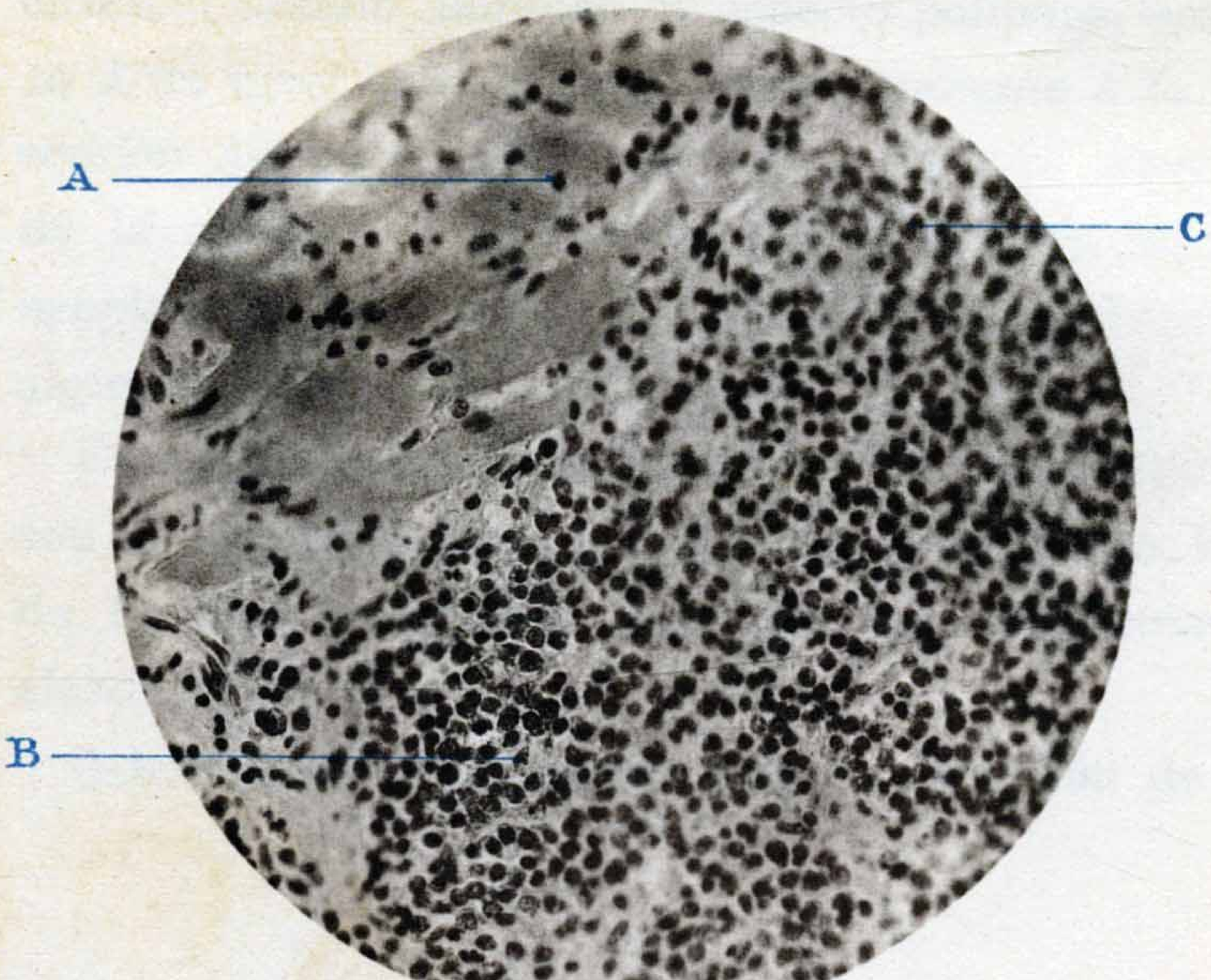


FIG. 2

INSTITUTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

PROF. DR. SUSINI

con el líquido conservador de colores, podremos comprobar lo que nos muestra el dibujo y las fotografías adjuntas.

Abierto el órgano, por su borde derecho, de tal manera que descubra la cavidad ventricular y auricular, aparece el tumor cardiaco con una evidente claridad.

Llama la atención, en primer lugar, la presencia de tres gruesos nódulos que llenan fácilmente la mitad de la cavidad auricular ; los dos mayores están implantados por un corto pedículo en la parte más anterior del tabique inter-auricular y separados entre sí por una estrecha fisura, dejando un espacio virtual por hallarse bien adosados entre sí, parece que fuera un solo tumor de aspecto bilobado, con ancho pedículo de implantación (tumor sesil) ; el tercer nódulo, también de aspecto poliposo, inserto á un nivel más inferior, correspondiente á la inserción aurículo-ventricular de la válvula anterior de la tricuspíde, hallándose independiente de los neoplasmas anteriores, por separarle un espacio de algunos milímetros.

Esas tres formaciones poliposas intra-auriculares, son de superficie lisa, de color rojo amarillento, nada friables, ofreciendo más bien una consistencia elástica.

Además, se observan en toda la extensión de la

pared interna de la aurícula derecha, pequeños nodulitos, del tamaño de una arveja, del mismo tipo que los nódulos ya descriptos ; algunos presentan un color rojo subido, otros rojo amarillento, y por fin, los hay de aspecto blanco amarillento ; todos de consistencia elástica, nada friables ; por su cantidad y por su distribución confieren un aspecto irregular en la superficie endocárdica de la aurícula.

Las válvulas tricuspídeas, las cuerdas tendinosas, los músculos papilares y el miocardio del ventrículo derecho completamente normales, salvo al nivel del surco aurículo-ventricular por donde pasa la arteria coronaria anterior, donde se nota un aumento del espesor del músculo, de color blanco amarillento ; infiltración dispuesta alrededor de dicho vaso, que como puede observarse en las fotografías y dibujos que acompaña esta descripción, ocupa el centro, alrededor del cual se constata dicho proceso infiltrativo.

Las cavidades izquierdas no presentan nada de anormal, así como, á su examen exterior, no es posible apreciar alteración alguna en toda la víscera.

Estudio microscópico

Los exámenes histológicos efectuados conjuntamente con el doctor Llambías, en el Instituto

de Anatomía Patológica de la Facultad, nos ilustran respecto de la naturaleza del neoplasma.

Como puede comprobarse en las microfotografías adjuntas, extraídas de algunos cortes histológicos estudiados, se trata de un tumor conjuntival.

Su examen histológico denota un tumor constituído por células pequeñas de aspecto linfocitario de gran núcleo y con escaso protoplasma.

La sustancia fundamental que las separa es pobre en vasos, presentando en ciertos puntos una fina red adenoidea, semejante al retículo de los ganglios linfáticos.

La microfotografía que acompaña este trabajo, ha sido tomada de un corte intermediario entre tumor y el miocardio, constatándose de una manera evidente la transición gradual entre la fibra muscular cardiaca sana y la infiltración neoplásica ; se observa también como los elementos linfocitarios invaden por entre los intersticios de las células musculares, las regiones todavía normales del corazón ; no es posible encontrar un límite neto entre ambos tejidos, explicando el gran poder de infiltración y progresión de la neoplasia, y por lo tanto, su carácter eminentemente maligno.

Estómago : El examen exterior del órgano no muestra alteración alguna ; si se practica una in-

cisión de modo que se pueda observar la superficie mucosa, constatamos una capacidad estomacal normal, conteniendo escaso líquido mucilaginoso de color blanco amarillento.

Estudiando detenidamente la cara interna en toda su superficie, conforme muestra la fotografía adjunta, nos llamará la atención en su porción vecina al cardias, que entre los repliegues normales de la mucosa existen pequeños nódulos, consistentes, del tamaño de una arveja á un pequeño garbanzo, que parece apoyarse sobre la capa muscular y serosa, levantando la sub-mucosa y la mucosa, haciendo un pequeño relieve hemisférico, con amplia base de implantación.

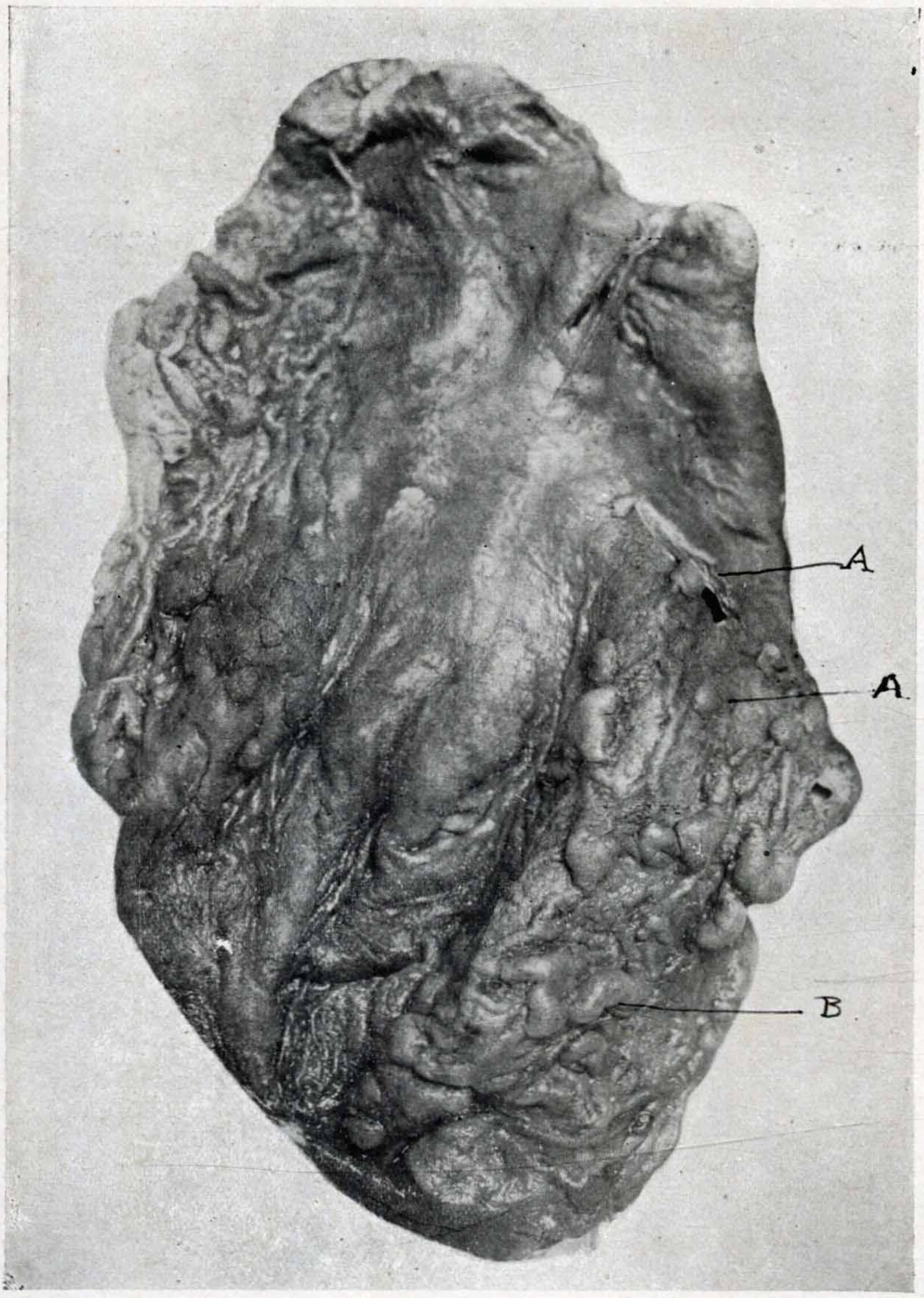
Esas neoformaciones múltiples de la mucosa gástrica aparecen en número de 10 á 12, todas con los mismos caracteres macroscópicos y distribuidas, conforme ya dijimos, en la porción del estómago próxima al cardias.

Estudio microscópico

Estudiando las formaciones nodulares del tumor en conjunto, según muestra la lámina correspondiente, que representa una sección vertical de la

LÁMINA III.

Hospital Nacional de Clínicas. — Sala IV. — Servicio de Clínica Médica del Profesor A. Ayerza



Estómago. — A. A. B. pequeños nódulos linfo - sarcomatosos

LÁMINA II.

FIGURA 3.—Corte de la mucosa gástrica al nivel de uno de los nódulos neoplásicos.

A—Tejido linfocitario infiltrando los espacios interglandulares.

B—Sección de una glándula estomacal, comprimida por los elementos neoformados.

FIGURA 4.—Corte perpendicular de uno de los pequeños relieves hemisferoidales del tumor, al nivel de la mucosa gástrica; vista á un pequeño aumento. Se observa la infiltración del tumor en plena mucosa y las dilataciones quísticas de las glándulas gástricas.

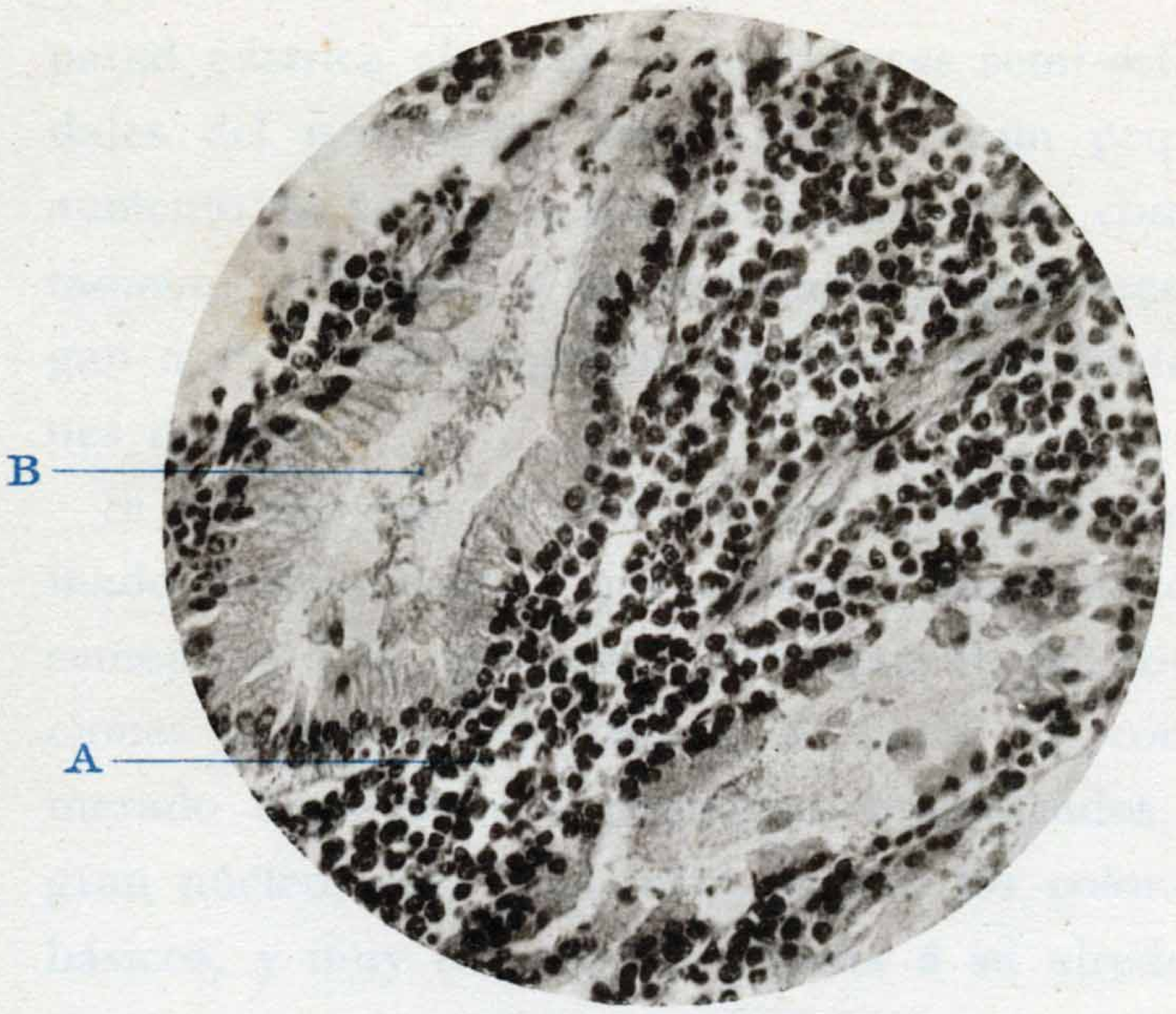


FIG. 3

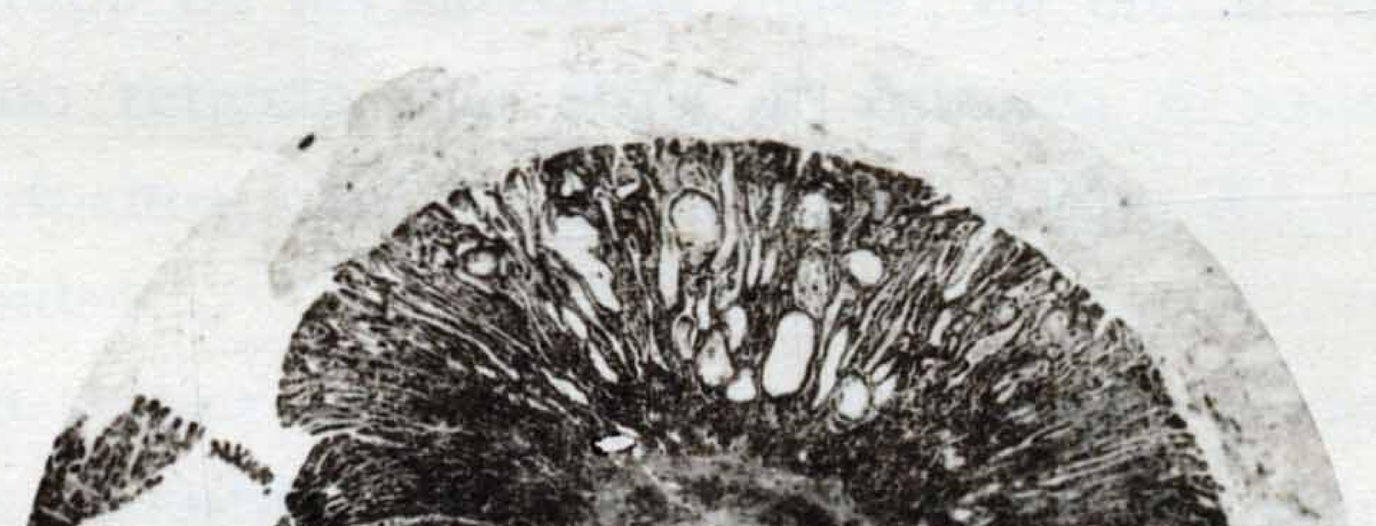


FIG. 4

INSTITUTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

PROF. DR. SUSINI

pared gástrica al nivel de los relieves semi-esferoi-dales del neoplasma, observadas con un pequeño aumento, se ve que la mucosa gástrica está completamente infiltrada, y sus elementos glandulares llegan á constituir pequeños adenomas con dilataciones quísticas.

Si examinamos detenidamente el tejido neoformado, constataremos que presenta una extructura semejante á la que hemos descripto en las formaciones poliposas del corazón, es decir, un conglomerado de elementos pequeños, redondeados, con gran núcleo, que toma intensamente los colorantes básicos, y muy escaso protoplasma á su alrededor, que no toma los colorantes ácidos ; entre estas formaciones celulares existe un tejido intersticial que ha sufrido una diferenciación especial que los separa del grupo de los sarcomas puros ; en efecto, existe un fino retículo que sirve de estroma ó sostén á los linfocitos, confiriendo al tumor el tipo del tejido adenoideo.

Con mayor aumento se puede apreciar perfectamente la infiltración neoplásica entre las glándulas del estómago, las cuales son desplazadas y comprimidas por la exuberante producción de células tumorales.

Con los caracteres especificados anteriormente no es posible negar, en nuestro caso, la misma natura-

leza de los tumores del corazón y del estómago; es un tipo de neoplasma que si bien responde á los blastomas derivados de la hoja media, presenta evidentes analogías con las formaciones adenoideas; de ahí, que debemos clasificarlos entre los linfo-sarcomas.

——

La dificultad empieza cuando se trata de determinar cual de los dos órganos, corazón ó estómago, es el primitivamente afectado.

Si consideramos la pequeñez de las infiltraciones de la mucosa gástrica con relación á la lesión del corazón, nos veríamos llevados á aceptar el tumor de éste como primitivo. Pero la localización de las metástasis en el estómago, aparte de ser muy rara, tendría que haber atravesado el campo de la pequeña circulación para de ahí llegar á este órgano por la circulación general.

Ahora bien, sería muy difícil que, si hubiera seguido el trayecto indicado, es decir, á través del pulmón, nada se hubiera fijado allí, reproduciéndose las formaciones nodulares secundarias antes en dicho órgano que en el resto de la economía, mien-

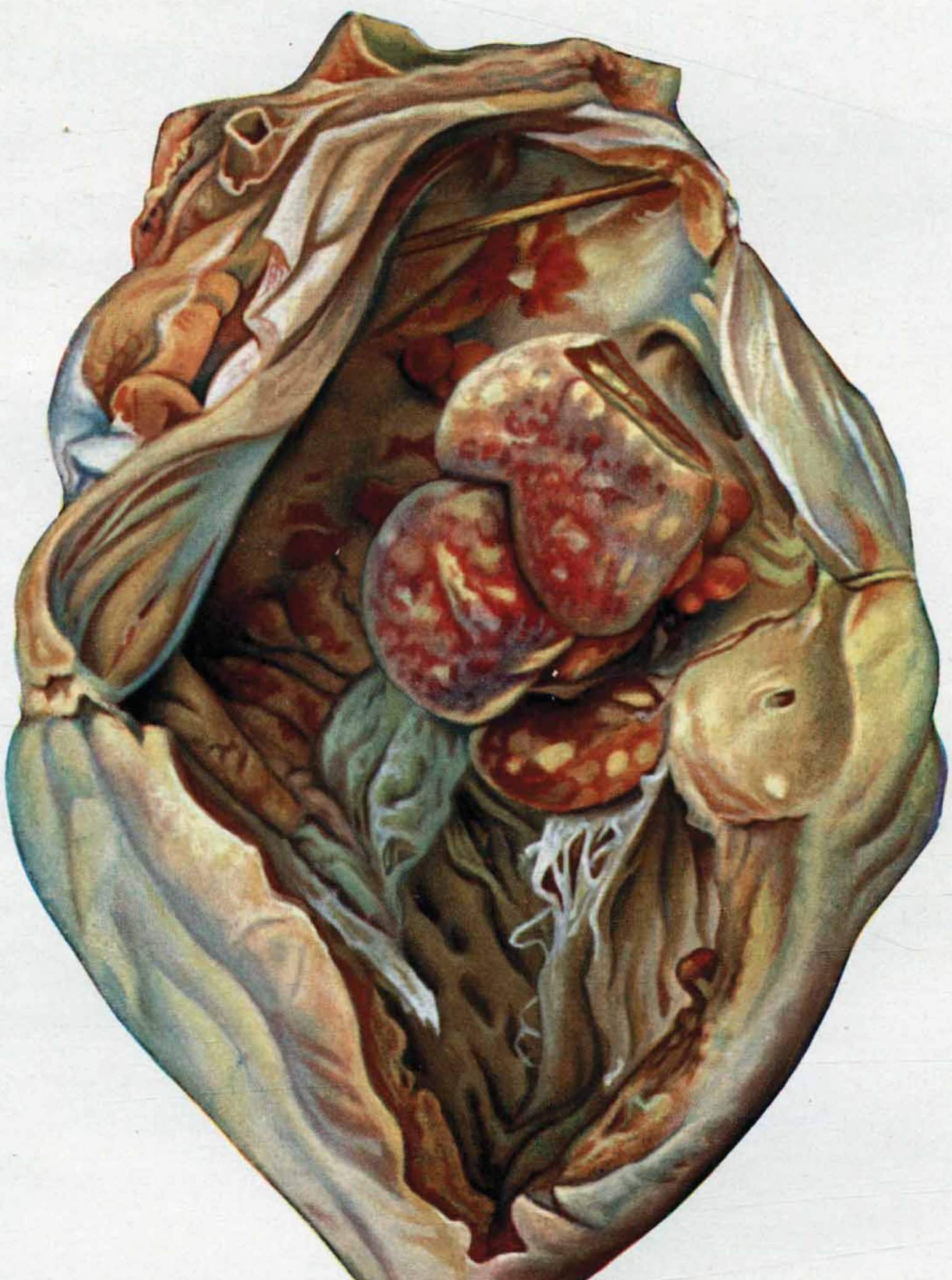
tras que en nuestro caso, los pulmones estaban exentos de metástasis linfo-sarcomatosas.

La segunda interpretación, la de aceptar la neoplasia múltiple del estómago como primitiva, teniendo en cuenta que los linfo-sarcomas suelen ser de nódulos múltiples que se difunden especialmente por el camino de los linfáticos, ofrece en contra, la escasa participación de los ganglios en la evolución ; en efecto, fuera de algunos escasos y pequeños ganglios del mediastino anterior, no hay eslabón entre las dos manifestaciones capitales de la neoplasia.

Hay una tercera interpretación, que vendría abonada por la alta autoridad de los profesores Kundrat y Paltauf, quienes hacen del linfosarcoma, neoplasia distinta del sarcoma y aún de los tumores en general, por cuanto afectan un tipo reaccionario de un solo y mismo tejido, el tejido linfoideo y sus análogos, que no presenta metástasis en el sentido estricto de la palabra, es decir, de fijación y reproducción del tejido injertado por el transporte, sino una alteración de partes diversas del mismo tejido bajo la acción de una causa desconocida. Asi tenemos los linfosarcomas nodulares del aparato linfoideo del tubo intestinal ; se trataría no de una difusión de la neoplasia por metástasis más ó menos generalizadas, sino de una enfermedad especial de todo un sistema.

Según esa interpretación, no habría aquí órgano primitivamente afectado sino reacción más ó menos simultánea de un mismo tejido, ya que en las serosas, en las paredes de los vasos y en múltiples puntos del organismo existe un tejido linfático más ó menos perfecto, cuya reacción da lugar á la formación de verdaderos linfomas benignos á veces y á la producción de neoplasmas malignos, como el linfosarcoma, bajo la acción de causas desconocidas.

LÁMINA IV.



Linfo-sarcoma del corazón

OBSERVACIÓN DEL DOCTOR E. DEL ARCA

COMUNICACIÓN Á LA ACADEMIA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES—1910.

Hospital Rivadavia.—Servicio de Clínica Médica del doctor Enrique E. del Arca.—Jefe de clínica: doctor Rodolfo Lemos.—Sala I.—Cama núm. 8.

M., de 36 años, española, casada, costurera.—Fecha de ingreso: 30 de setiembre de 1908.—Fecha de muerte: 1º de noviembre de 1908.

Diagnóstico clínico — Insuficiencia aórtica y pericarditis exudativa.

Diagnóstico anátomo-patológico — Sarcoma á pequeñas células polimorfas.

Antecedentes hereditarios — La madre murió de una enfermedad intestinal que no puede precisar su

naturaleza. El padre vive y es sano. No hay otro antecedente que merezca consignarse.

Antecedentes personales — En la infancia sarampión, viruela y fiebre tifoidea ; sus reglas le aparecieron á los 13 años, permaneciendo después normales ; se casó á la edad de 22 años, teniendo cinco hijos, de los cuales uno murió de meningitis á la edad de dos años y meses ; los otros están vivos y gozan de buena salud ; ha tenido sólo un aborto. No hay antecedentes de alcoholismo ni de paludismo.

Enfermedad actual — Según manifiesta la enferma, hace 4 meses más ó menos que apercibió una tumefacción del tamaño de un huevo de gallina al nivel del hueco supra-clavicular derecho ; en esa misma época se manifiesta un dolor intenso en todo el miembro superior derecho, que se repite bruscamente, haciendo imposible la ejecución de todo movimiento.

En el miembro inferior del mismo lado, es atacado de dolores tan intensos como los del miembro superior ; ellos se deben, al decir de la enferma, á una gruesa tumefacción en la región ilíaca derecha, que dificulta los movimientos y que determina vivos sufrimientos cuando intenta moverlo.

La enferma tiene trastornos gástricos que consisten en vómitos alimenticios que le sobrevienen después de las comidas.

Estado actual — Mujer bien constituida, con buen panículo adiposo ; tiene tos frecuente, con disnea y afonia ; se queja de intensos dolores en el cuello y en el hueco supraclavicular derecho ; á ese nivel se constata un tumor voluminoso, móvil, indolente á la presión, multilobulado, duro, del tamaño de un huevo de gallina ; la piel que recubre el tumor es normal.

Reflejos y sensibilidad normales ; sólo hay dolores expontáneos de gran intensidad.

Aparato respiratorio : Por la palpación se constata una disminución de las vibraciones vocales en ambas bases pulmonares ; la percusión da una disminución de la sonoridad pulmonar y la auscultación descubre pequeños rales de congestión en las dos bases.

Aparato circulatorio : Pulso regular, igual, amplio, del tipo Corrigan ; 90 pulsaciones por minuto.

A la inspección se nota un latido difuso en toda la región cardiaca. La palpación revela un frote meso-sistólico perceptible en la punta ; en la base, al nivel del 2º espacio, se percibe un ligero frémito catario diastólico.

La punta late en el 5° espacio en la línea mamaria ; la impulsión es fuerte, levantando la pared torácica.

La percusión verifica la situación de la punta y determina la línea hépato-pulmonar en el 4° espacio intercostal derecho ; el borde derecho del corazón se encuentra á un centímetro del esternón ; la aorta es de 5 centímetros de ancho y el borde izquierdo de la matitez está aumentado.

La auscultación comprueba al nivel de la punta un soplo presistólico y algunas veces un roulement ; sobre la región meso-cárdica se oyen frotes ásperos que ocupan el pequeño y algunas veces el gran silencio ; en el foco de la pulmonar se percibe, algunas veces, un desdoblamiento del 2° tono ; en el foco aórtico, se constata un soplo sistólico rudo, con propagación hacia afuera y del lado de los vasos del cuello, se oye también un soplo diastólico, rasposo, de tonalidad elevada, que se prolonga hacia la punta, confundiéndose con el soplo presistólico.

Los signos físicos observados en el corazón son variables de un día para otro, dando lugar á constantes confusiones.

Aparato urinario : Orinas escasas ; lo demás normal.

Aparato digestivo : Lengua descamante, dentición

destruída en gran parte por la carie ; estómago normal.

Hígado y bazo : Nada de particular.

Abdómen : En la fosa ilíaca derecha, se toca un grueso tumor, del tamaño de un huevo de avestruz que parece estar adherido á la cresta ilíaca ; es inmóvil é indolente á la presión, duro de consistencia.

El análisis de la sangre dió el resultado siguiente : 4.170.000 glóbulos rojos ; 15.500 glóbulos blancos. Proporción 1 por 269.

Temperatura nada de anormal.

Evolución de la enfermedad — Al sexto día de estar en el servicio, se nota un aumento del área cardiaca ; se palpa el roulement en la punta ; se percibe el soplo con el primer tono ; en el foco tricuspídeo se constata un soplo sistólico y en la región mesocardiaca un desdoblamiento del primer tono. Llama la atención la mutabilidad de los síntomas físicos del corazón.

Al nivel del aparato respiratorio se nota una acentuación de los fenómenos congestivos.

El estado general declina ; los sufrimientos se exageran y sólo se calman con narcóticos ; visto la imposibilidad de una intervención, se concreta al tratamiento sintomático.

El pronóstico es fatal, muriendo el 1º de noviembre del mismo año.

Protocolo de autopsia

Diagnóstico anátomo-patológico — Congestión y edema pulmonar. Sínfisis pleuro-pericárdica completa. Sínfisis cardiaca. Hipertrofia del ventrículo izquierdo (llama la atención el tejido que lo constituye que por su consistencia y su aspecto hacen pensar en un sarcoma ó un cáncer, que se precisará con el examen microscópico).

Pulmones : Crepitan bien ; al corte y á la presión sale una gran cantidad de sangre con aire, sobre todo en las bases.

Hígado : Volumen normal ; su cápsula presenta algunas adherencias que se rompen fácilmente á la más ligera tracción ; al corte sale buena cantidad de sangre.

Bazo : Nada de particular.

Riñones : El derecho rechazado por la masa neoplásica de la fosa ilíaca derecha ; el izquierdo ocupa su situación habitual ; la cápsula no es adherente. Al corte se ven algunas pirámides degeneradas y la

sustancia cortical aumentada de espesor ; en pleno parénquima, sobre todo en el riñón derecho, existen diseminados algunos pequeños núcleos, redondeados, del volumen y de la forma de un poroto, de color blanco amarillento.

Corazón : Grande ; sínfisis completa entre las dos hojas del pericardio y de éste, con la pleura.

Cuando se practican los cortes, aparece en el ventrículo izquierdo una masa de un color blanco amarillento que ocupa todo el espesor de la pared y que se prolonga al interior de la cavidad ; el espesor de la pared de dicho ventrículo alcanza á 7 centímetros.

La pared del ventrículo derecho también está aumentada en su espesor, midiendo más de 2 centímetros.

En la fosa ilíaca derecha se encuentra una masa neoplásica del volumen y de la forma del riñón, dura, blanco amarillenta, y que se asemeja á los núcleos descriptos en el corazón ; esta neoplasia ocupa el espesor de la pared del abdómen, uniéndose íntimamente á la cresta ilíaca y á la fosa correspondiente, pero sin incorporarse al hueco.

En la fosa supra-clavicular derecha aparece una masa un poco más grande que un huevo de gallina ; se puede aislar bien de los tejidos vecinos y sus

caracteres son idénticos á los del tumor de la fosa ilíaca.

La aorta está aumentada de volumen á la salida del corazón.

Examen histo-patológico del corazón y de la masa neoplásica de la fosa ilíaca y supra-clavicular derecha.—Doctor Jakob (Hospicio de las Mercedes). —Los cortes practicados en pleno tumor muestran una proliferación celular enorme que infiltra el músculo cardiaco disociando primero los manojos de fibras, después contorneándolas una por una; esa infiltración comprime el tejido muscular que lo conduce á su atrofia y á la degeneración completa.

El tejido del neoplasma no es muy rico en vasos; se compone de pequeñas células de forma regular, de núcleos redondeados, con poca sustancia intercelular; el protoplasma celular es basófilo y sus elementos adultos dan la reacción de las células plasmáticas.

En ciertas regiones (pared posterior), el tejido muscular ha sido reemplazado por el neoplásico, que muestra en algunos puntos fenómenos regresivos, degeneración grasa, necrosis, etc.; en algunos puntos llega á la superficie del órgano, infiltra la grasa sub-pericárdica, dando lugar á sinequias de la serosa.

En cuanto al tejido proveniente de la pared abdominal, muestra el mismo tipo estructural, á saber : pequeñas células polimorfas en proliferación rápida con escasos vasos sanguíneos.

Se trata en resumen, de un sarcoma á pequeñas células polimorfas que han destruído por su infiltración cerca de los dos tercios del miocardio ; el punto de invasión reside probablemente en la pared posterior del ventrículo, ahí donde los fenómenos regresivos están más acentuados.

Al terminar el doctor Jakob, su examen histológico dice : «no es posible saber si este sarcoma del corazón es primitivo ; sin embargo, es probable que asi sea, debido á que la invasión cardiaca se muestra de una manera muy extensa y de una gran intensidad si se le compara sobre todo con el pequeño tumor de la pared abdominal. Sería necesario poseer más datos y muy precisos para ser más afirmativos sobre este punto ».

TUMORES FALSOS DEL CORAZÓN

OBSERVACIONES CLÍNICAS

1ª—*Quistes hidáticos múltiples del corazón* (observado por Tulio Martini, Laboratorio Bacteriológico, Asistencia Pública, director doctor J. Badía, 1907).

2ª—*Quiste hidático del corazón* (Servicio de Cirugía infantil del doctor Herrera Vegas, Hospital de Clínicas, 1908).

3ª—*Quiste hidático del corazón* (Observación del doctor Alejandro Castro, Hosp. de Clínicas, 1890).

4ª—*Quiste simple del corazón* (Observado por Tulio Martini, Laboratorio Bacteriológico, Asistencia Pública, director doctor J. Badía, 1907).

Al proponerme estudiar en la presente tesis los tumores del corazón, bajo el punto de vista de la anatomía patológica y de la clínica, creo de gran oportunidad consignar brevemente, al lado de los verdaderos blastomas, las observaciones de hidatidosis cardiaca con que hasta nuestros días cuenta la literatura médica argentina. A pesar de que dichas producciones quísticas de origen parasitario tan frecuentes en nuestro país, no entran en el capítulo de los tumores en el sentido estricto de la palabra, son clínicamente considerados como tales, por sus posibles manifestaciones sintomatológicas. Añadiré un caso de tumor quístico de naturaleza desconocida.

OBSERVACION I

Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública.—Director : doctor José Badía ; año 1907.

J. V., masculino, 37 años, soltero, blanco, italiano.

Fecha de la muerte : noviembre 6 de 1907.

Diagnóstico clínico — Síncope cardiaco.

Diagnóstico anatómico — Quistes hidáticos múltiples del corazón.

Historia clínica—Como antecedentes, sólo se sabe que mientras el sujeto transitaba por la Avenida Quintana y Libertad, fué atacado de un síncope cardiaco, falleciendo á los pocos minutos (muerte repentina).

Resultado de la autopsia — Prosector : doctor Ri-

cardo A. Nölting.—Autopsia practicada en la S. A. A. P. por Tulio Martini (ayudante).

Diagnóstico anatómico — Congestión cerebral. Congestión y edema pulmonar. Tuberculosis cretácea del vértice derecho. Sínfisis parcial del pericardio y pericarditis fibrinosa. Adherencias pericardo-diafragmática. *Quistes hidáticos múltiples del corazón sub-pericárdicos*. Aortitis. Congestión esplénica. Nefritis intersticial. Degeneración grasa del hígado.

Descripción — Cadáver en buen estado de nutrición, musculatura bien desarrollada, rigidez cadavérica conservada. Manchas hipostáticas en el cuello, dorso y miembros.

Cerebro — Vasos meníngeos bien inyectados, plexo y tela coroide rojo violácea ; la sustancia blanca con fuerte piqueteo sanguíneo.

Pulmones — Grandes, lisos, rojo violáceos, crepitantes. Al corte, sale sangre y líquido rojizo en buena cantidad, mezclado con aire. Al nivel del vértice se nota un fruncimiento de la pleura y tejido pulmonar, que al tacto es duro como un núcleo del tamaño de una arveja ; vecinos á éstos se notan otros algo más pequeños. Al corte dichos nódulos

aparecen de doble coloración, gris en la parte externa y amarillento en el centro, la primera es dura fibrosa y la segunda blanda y cretácea.

Pericardio — Ambas hojas sumamente adheridas por un fino exudado (fibrinoso), elástico, blando; al desprenderse deja la hoja parietal y visceral opaca y despulida. Hacia la punta del corazón y en donde se observa un tumor del tamaño de una mandarina grande, se encuentra una fuerte adherencia de la hoja parietal, adherencia del grosor de un cabo de lapicera, fibrosa, que para separarla es necesario cuchillo ó tijera; en la cara anterior á cuatro centímetros hacia arriba, se observa otra adherencia igual, pero mucho más delgada. La hoja esclerosa presenta adherencias resistentes con la pleura diafragmática.

El tamaño del corazón aparece muy aumentado, tanto en longitud como en ancho, debido á la existencia de cuatro tumores de forma redondeada con fuertes abolladuras, del tamaño de una gran mandarina, el más grande situado en el vértice de la punta del corazón (ver lámina) y en dirección del eje longitudinal; otros dos más pequeños, dos tercios del tamaño del anterior, situado el uno en la cara posterior de la aurícula derecha próximo al límite con la izquierda y á la vena cava inferior; el otro

entre los grandes vasos, aorta y pulmonar, parte anterior y próxima á la intersección de ambas hojas pericárdicas, ambos tumores de forma y consistencia semejante al primero ; un cuarto tumor más pequeño, más irregular en su forma con tres fuertes abolladuras y del tamaño de una nuez, situado en el borde derecho del corazón á 5 centímetros de distancia de la punta.

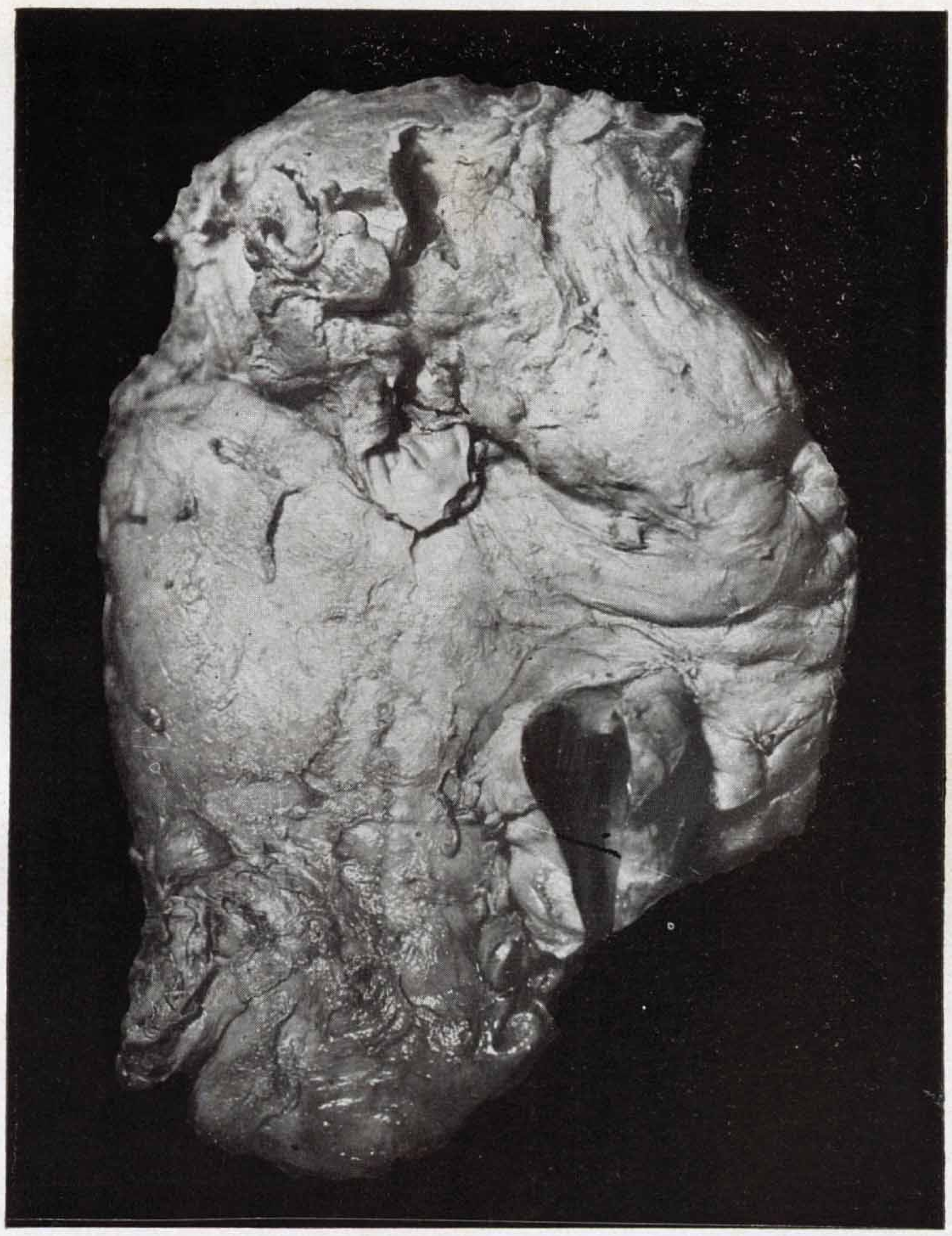
Estos tumores tienen una consistencia dura, elástica, y al corte dejan escapar agua cristal de roca y vesículas de variados tamaños, entre una arveja y una avellana, algo traslúcidas, de paredes delgadas, conteniendo líquido claro cristal de roca también.

Además se notan gruesas membranas blanco nacaradas, elásticas, gelatinosas. Ninguno de estos tumores penetra en las cavidades cardiacas, encontrándose situados debajo de la hoja visceral del pericardio, haciendo en algunos puntos presión sobre la pared ventricular, comprimiendo seguramente algunas fibras musculares.

Corazón — Flácido, contiene sangre líquida en sus cavidades. Las válvulas de la mitral ligeramente opacas. La aorta con numerosas depresiones y salienсias, de consistencia blanda y de forma irregular ; el músculo flácido presenta de tanto en tanto algunas fibras blanco nacaradas.

LÁMINA v.

Laboratorio Bacteriológico. — Asistencia Pública



Quistes hidáticos múltiples del corazón

Bazo — Grande, blando, friable, rojizo, liso. Al corte y al paso del filo del cuchillo sale sangre y pulpa en buena cantidad.

Riñones — Pequeños, duros, con abolladuras, rojos. Al corte, sale sangre en buena cantidad. La sustancia cortical disminuída de espesor, la cápsula adherente, arrastra parénquima renal.

Hígado — Grande, blando, rojo amarillento, friable, liso. Al corte sale sangre en regular cantidad. Los acinos turbios amarillentos.

Estómago — Contiene buena cantidad de alimentos en parte digeridos.

Por la fotografía de la pieza que adjuntamos y por la descripción detallada según consta en el protocolo de autopsias número 3845, archivado en el Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública, es posible darse una idea de la importancia de dicha observación simplemente anatómica ; pero si

además tenemos en cuenta que fué la «muerte súbita» el único antecedente de su pasado mórbido, veremos que entra dentro el cuadro habitual, de la manera de terminar los tumores cardiacos en general.

OBSERVACION II

Hospital Nacional de Clínicas.—Servicio de Cirugía infantil.—Doctor Herrera Vegas.—Sala VI.—Cama número 35.

T. C., femenino, 9 años, blanca, argentina.

Fecha de muerte: 18 de julio de 1908.

Diagnóstico clínico — Quistes hidáticos múltiples del hígado. Pleuresia supurada.

Diagnóstico anatómico — Pleuresia derecha supurada. Peritonitis supurada. Quistes hidáticos múltiples del hígado. *Quiste hidático del corazón.*

Historia clínica—Antecedentes hereditarios y personales sin importancia.

Enfermedad actual — Comenzó hace 9 meses con un dolor al nivel del epigastrio, que aparecía inter-

mitentemente y que le incomodaba poco, asemejándolo en algún momento á una especie de ardor que le aparecía por las mañanas al levantarse.

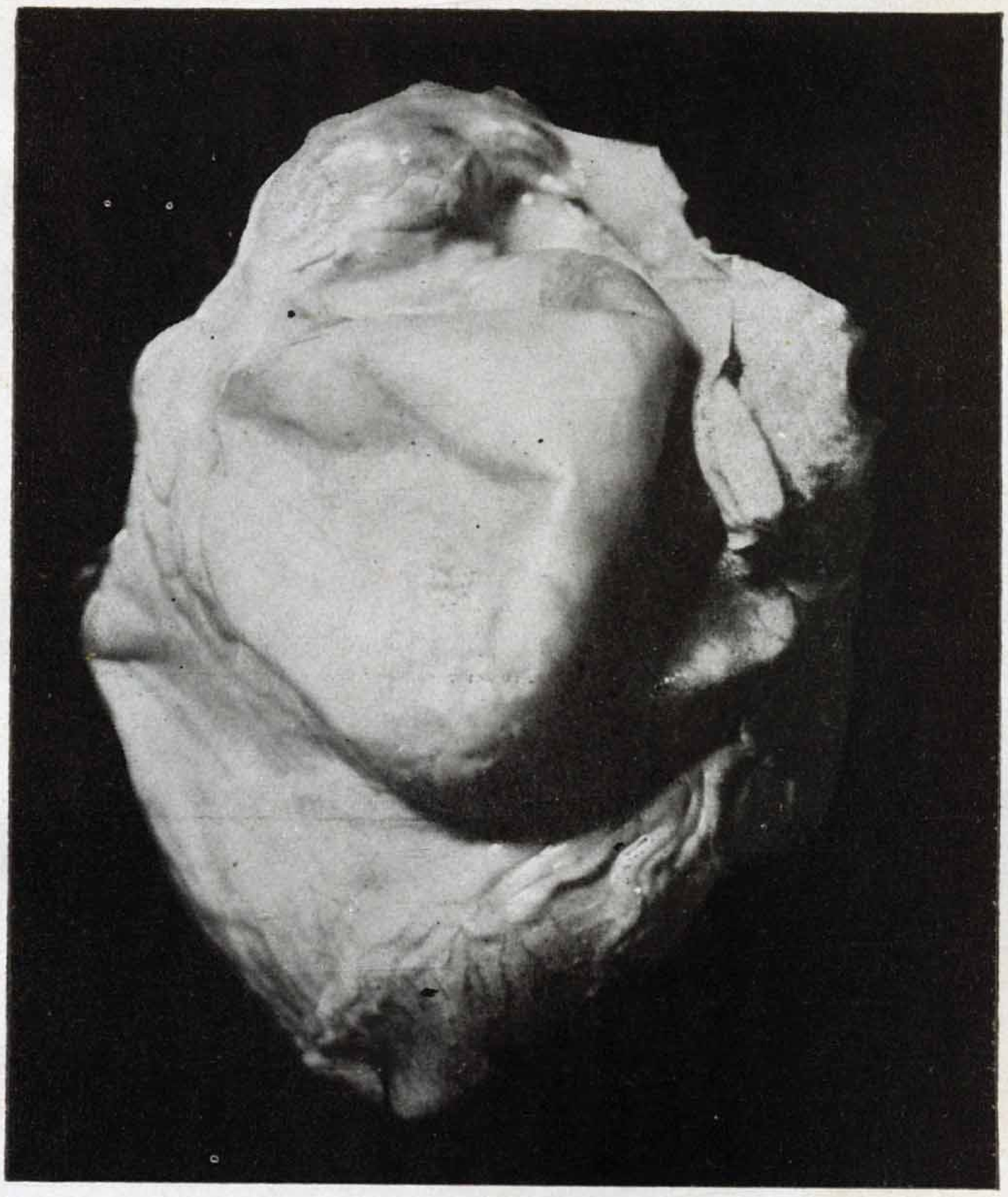
Un mes más tarde se notó en el sitio dolorido un pequeño tumor del volumen de un huevo de gallina, que poco á poco ha aumentado de volumen hasta adquirir las proporciones que hoy presenta. No ha tenido vómitos, ni diarrea, ni adversión para ningún alimento ; conserva su apetito ; nunca ha tenido fiebre.

Estado actual — La enferma se presenta al servicio con el vientre hinchado en su mitad superior y lado derecho ; se ven tres abovedamientos perfectamente movibles con la respiración, situados uno en el epigastrio y los otros en los hipocondrios y flanco derecho, respectivamente. A la palpación se muestran duros, renitentes, pudiendo limitarse bastante bien sus contornos, aunque se encuentran en un mismo block.

A la percusión sub-mate que se continúa con la glándula hepática que llega por arriba hasta el cuarto espacio y por debajo hasta dos dedos por encima de la cresta ilíaca ; en la parte inferior casi sobre el borde se observa otro tumor con los mismos caracteres que los anteriores, indoloro y que obedece también á los movimientos respiratorios.

LAMINA VI.

Hospital Nacional de Clínicas. — Sala VI. — Servicio del Dr. M. Herrera Vegas



Quiste hidático del corazón

El borde inferior del hígado pasa á un dedo por encima del ombligo para llegar en la línea mamaria izquierda casi al reborde costal ; se nota muy bien una red venosa sub-cutánea en todo el abdómen, tanto del lado derecho como del izquierdo.

Los espacios costales inferiores están algo ensanchados del lado derecho.

Examen de sangre — Hemoglobina : 72 por ciento ; glóbulos rojos : 4.520.000 ; glóbulos blancos : 21.400 ; relación globular : 1 por 211 ; valor globular : 0.80.

Porcentaje de los glóbulos blancos : polinucleares, 58.50 por ciento ; linfocitos, 19.50 por ciento ; mononucleares, 2 por ciento ; transición, 1.00 por ciento ; eosinófilos, 18.50 por ciento.

Operación el 30 de junio — Incisión mediana supra-umbilical por donde se alcanzan los tres quistes más cercanos á la línea media. Se abren todos, uno de ellos alcanza el volumen de una mandarina y los otros aproximadamente el de una naranja grande. Líquido límpido, se extraen las membranas y se enjuaga con gasas la cavidad ; se dejan abiertos y se hace la sutura en varios planos con catgut y la piel se reúne con ganchos de Michel.

El quiste ínfero-lateral externo se aborda me-

diante una incisión hecha á tres y medio traveses de dedo de la anterior ; como era muy externa se empujó por el flanco para hacerlo aparecer en la herida ; se incinde como los anteriores y después de extraída la membrana, se seca y se cierra con catgut ; sutura del peritoneo y planos aponeuróticos ; piel con ganchos de Michel.

El 6 de julio se retiran los puntos ; la temperatura se mantiene por debajo de 37° ; se abrió expontáneamente un quiste situado por debajo del apéndice xifoide que estaba lleno de bilis saliendo la membrana teñida por este líquido. La bilirragia es muy abundante, manchando la curación y las sábanas de la cama ; sigue así perdiendo bilis y con temperatura hasta el día de la muerte, que se produjo el 18 de junio á las 10.30 p. m.

Protocolo de autopsia — Autopsia practicada por el doctor Llambías.

Diagnóstico anatómico — Pleuresia derecha supurada. Peritonitis supurada. Quistes hidáticos múltiples del hígado. *Quiste hidático del corazón.*

Descripción — Cadáver de niña de 1.30 metros de altura ; rigidez cadavérica en el maxilar inferior y miembros inferiores. Manchas hipostáticas en

ios miembros inferiores y regiones declives. Abdómen enormemente distendido por gases. Se observa una cicatriz en la línea media y un orificio á dos traveses de dedo por debajo del apéndice xifoide por el cual pasa un tubo de drenaje. En la parte derecha (hipocondrio derecho) paralela á la cicatriz anterior existe otra incisión en vías de cicatrización de tres traveses de dedo de longitud.

Cráneo y encéfalo — La pía madre presenta los vasos ingurgitados de sangre.

Abdómen — A la apertura del abdómen sale una gran cantidad de líquido que contiene materias grumosas en suspensión ; las ansas intestinales están cubiertas de un exudado fibrinoso ; están alrededor las unas de las otras formando pequeñas cavidades ; estas cavidades están llenas de un pus cremoso y verdoso.

Tórax — A la apertura del tórax, nos encontramos en la pleura derecha con buena cantidad de pus verdoso y fétido ; la pleura izquierda lisa. El pulmón derecho pequeño, cubierto de membranas ; su consistencia aumentada ; crepita poco.

Pericardio — Liso, con escasa cantidad de líquido claro citrino.

Corazón — Tamaño aumentado ; en el surco auricúlo ventricular derecho se nota una eminencia del tamaño de un huevo de gallina de color blanco y que no tiene relación alguna con las cavidades ventriculares.

Bazo — Aumentado de volumen ; cápsula lisa, consistencia aumentada ; al corte pulpa dura, sale difícilmente al raspado.

Riñón — Tamaño normal (ambos).

Hígado — Tamaño aumentado ; superficie llena de eminencias ; en la cara inferior se notan unas eminencias ovoideas blanquecinas y que contienen en su interior bolsas redondeadas de aspecto de clara de huevo ; estas bolsas están llenas de un líquido citrino.

En el lóbulo derecho del hígado existe una enorme cavidad que contiene un líquido verdoso, fétido, en cantidad de un litro.

——

Se desprende de la observación precedente, qué el tumor quístico del corazón ha pasado completa-

mente desapercibido ante el ruidoso cuadro sintomatológico de la hidatidosis hepática y las complicaciones consecutivas á la intervención; solamente la autopsia muestra la rara localización cardiaca de dicha afección parasitaria.

OBSERVACION III

PUBLICADA EN LOS ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO POR EL Dr. A. CASTRO.—AÑO 1890.

Hospital Nacional de Clínicas.—Servicio de Clínica Quirúrgica.—Doctor A. Castro ; sustituto en ejercicio : doctor A. Ayerza.

A. G., 14 años, argentino, agricultor.

Fecha de ingreso al servicio : 15 de octubre de 1889.

Fecha de muerte : 13 de enero de 1890.

Historia clínica — Antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes personales — A la edad de 8 años tuvo una enfermedad que le obligó á guardar cama un cierto tiempo, sobre cuya naturaleza carecemos de datos.

Enfermedad actual — Comenzó hace cinco me-

ses con dolores de cabeza seguidos de vómitos y luego parálisis de la pierna y brazo del lado derecho, que le imposibilitaron para desempeñar todo trabajo, causa por la cual vino á reclamar asistencia á este hospital.

Su enfermedad se sucede por ataques, dejando después de cada uno de ellos una mayor torpeza en la marcha y en sus fenómenos paralíticos, hasta que en el mes de agosto, á los tres meses de su enfermedad empieza á arrastrar la pierna y á faltarle las fuerzas en la mano y en el brazo del mismo lado.

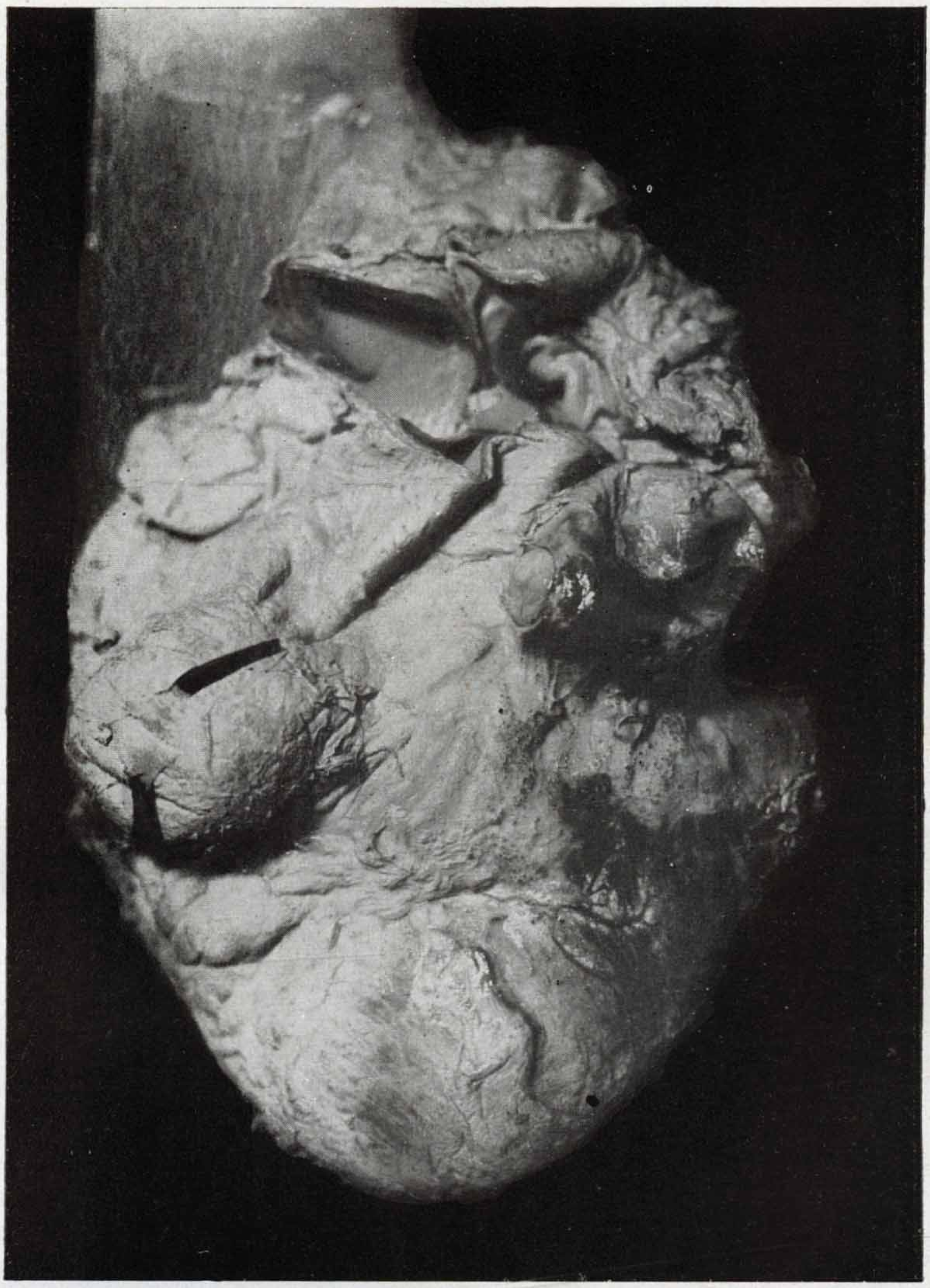
Un mes después, todo trabajo le era imposible y sus padres viendo que seguía empeorando lo trajeron al Hospital el 15 de octubre, autorizando á que se le hiciera cualquier tratamiento para librarlo de sus sufrimientos.

Estado actual — Atrofia del miembro inferior derecho con aparente acortamiento ; atrofia á los músculos de la eminencia tenar é hipotenar de la mano del mismo lado. Sensibilidad del lado enfermo algo disminuída.

Reflejos exagerados. Temperatura normal. Algo constipado.

LÁMINA VII.

Instituto de Anatomía Patológica — Prof. Dr. T. Susini



Quiste hidático del corazón

No hay deformación de cráneo, el enfermo localiza el dolor en el lado izquierdo.

Los demás órganos bien.

Tratamiento — Medicación yodurada durante un mes sin resultado.

Operación el 19 de diciembre de 1889—Operador el doctor Alejandro Castro.

Se hace la trepanación del cráneo en la parte superior de la línea de Rolando ; levantada la rodaja ósea, se vió por una pequeña herida de las meninges que hacia la hernia una sustancia negruzca y blanda ; se agrandó la brecha ósea hasta alcanzar 65 por 40 m.m. ; en el centro se encontraba una maza negruzca del volumen de una nuez cubierta por las meninges congestionadas, no adherentes ; se extrajo, se colocó un drenage y se suturó el resto de la herida.

Evolución de la enfermedad — En los primeros días el enfermo mejora, pero al 7° día se constata que la herida no drenaba y la región subyacente se abultaba paulatinamente hasta adquirir en los días siguientes el tamaño de un huevo de gallina ; cinco días después al hacer la curación, en el momento de sacarse el tubo de la herida hace hernia una mem-

brana lisa y sin vasos, saliendo un quiste del tamaño de una naranja.

A las 2 horas, la temperatura había subido hasta 40° y el pulso á 120; en esas condiciones su enfermedad fué avanzando hasta que el 13 de enero muere, en pleno cuadro meningítico.

Autopsia — Es en la autopsia que se encuentra un *quiste hidático del corazón* concomitante al quiste cerebral encontrado después de la intervención quirúrgica.

Adjuntamos la fotografía de un corazón con quiste hidático, que conserva el museo de Anatomía Patológica de la Facultad. Con toda probabilidad es el perteneciente al caso anotado más arriba, por cuanto no se conoce otra observación más entre nosotros.

Es de lamentar que la publicación del doctor A. Castro no haya sido completada con el diagnóstico anatómico detallado, obtenido mediante la autopsia. Sin embargo, podemos consignar una vez más la tolerancia del órgano central de la circulación para dichas producciones quísticas, que sin dar un solo síntoma en vida, hacen recién su aparición en la mesa de autopsia.

OBSERVACION IV

Laboratorio Bacteriológico. — Asistencia Pública. —Director : doctor José Badía ; año 1907.

A. S., masculino, viudo, blanco, italiano ; se ignora la edad ; domicilio S. Salvador 286.

Fecha de muerte : 19 de junio de 1907.

Diagnóstico clínico — Síncope cardiaco (muerte repentina).

Diagnóstico anatómico — Pericarditis fibrinosa.

Historia clínica — No hay otro dato del sujeto, más que habiéndose acostado por la noche sano y bueno, es encontrado cadáver al siguiente día.

Protocolo de autopsia — Prosector : doctor Ricardo A. Nölting.—Autopsia practicada en la S. A. A. P. por Tulio Martini (ayudante).

Diagnóstico anatómico — Congestión y edema cerebral. Adherencias pleurales dobles. Congestión pulmonar leve y bronquitis gruesa. Hidrotórax doble. Pericarditis fibrinosa. Hipertrofia del ventrículo izquierdo. Endocarditis mitral. *Quiste simple del miocardio*. Peri-esplenitis. Congestión crónica del bazo. Nefritis parenquimatosa. Congestión hepática.

———

Sin entrar á describir todo el protocolo, voy á detallar únicamente la lesión cardiaca, puesto que es ella la que nos interesa á pesar de que presenta un valor muy secundario, en relación con las demás perturbaciones según consta en el diagnóstico anatómico más arriba enunciado.

Corazón — Grando, dos veces el volumen del puño del sujeto ; las cavidades encierran buena cantidad de sangre líquida y coágulos cruóricos.

La pared del ventrículo izquierdo aumentada de espesor (2 cent.) ; la mitral presenta sus válvulas espesadas, opacas, con su borde libre ligeramente engrosado ; las cuerdas tendinosas retraídas, opacas y gruesas.

El músculo del ventrículo izquierdo presenta en su parte media una cavidad ovoidea, del tamaño de

una pequeña mandarina, de paredes lisas, fibrosas, resistentes ; abierta, deja ver en su interior una sustancia blanda, semi-fluída, blanco amarillenta ; no se observan vesículas ni membranas.

———

Este caso, lo menciono como simple curiosidad anátomo-patológica, sin ofrecer mayor importancia bajo el punto de vista clínico, desde que difícilmente dicha lesión quística puede ser diagnosticada.

Tulio Martini.

BIBLIOGRAFÍA

Berthenson — Archives de Médécine Experimentale, 1893.

Robin — Archives de Médécine Experimentale, 1893.

Jürgens — Berliner Klinische Wochenschrift, 1891.

Saintmont — These de Paris, 1903.

Seiffert — Zieglers Beiträge, 1900.

Ponfick — Citado en el Archivio per le Scienze Mediche, 1903 (Cagneto).

Cagneto — Archivio per le Scienze Mediche, 1903.

Guarineri — Archivio per le Scienze Mediche, 1903, Volumen X.

Karrenstein — Virchow's Archiw, Vol. 194.

Stahr — Virchow's Archiw, Vol. 199.

Leonhardt — Virchow's Archiw, Vol. 181.

Djewitzky — Virchow's Archiw, Vol. 185.

Crescenzi — Münchener Medicinische Wochensch-rift, 1906.

Thorel — Ergebnisse-Lubarsch Ostertag, 1907.

Menetrier — Semaine Medicale, 1911.

Legueu — Presse Medicale, 1907.

Askanazzy — Presse Medicale, 1909.

Thompson y Aitchisson — Presse Medicale, 1904.

Cesaris Demel — Archivio per le Scienze Mediche, 1895.

Cornil et Rauvier — Histologie Pathologique.

Brevis — Berliner Klinische Wochenschrift, 1905.

Björsten — Münchener Medicinische Wochenschrift, 1904.

Redtembacher — Wiener Klinische Wochenschrift, 1889.

Del Arca — Comunicación á la Academia de Medicina, 1910.

Traina — Clínica Médica Italiana, 1902.

Brenner — Centralblatt f. Allgemaine Pathologie, 1909.

Abrikosoff — Centralblatt f. Allgemaine Pathologie, 1909.

Schöppler — Münchener Medicinische Wochenschrift, 1906.

Banti — Anatomía Patológica.

Koechlin — Centralblatt If. Allgemeine Pathologie, 1909.

Buenos Aires, Junio 2 de 1911.

Nómbrase al señor Consejero Dr. Luis Güemes, al profesor titular Dr. Justiniano Ledesma y al profesor suplente Dr. Joaquín Llambías, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón.

J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Junio 15 de 1911.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2385 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. Cantón.

J. A. Gabastou.
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Gomas del miocardio ; su evolución y consecuencias clínicas.

L. Güemes.

II

Terapia en los tumores del corazón.

J. Ledesma.

III

Cuadro suscinto de la sintomatología de los neoplasmas del corazón.

J. Llambías.