

TUMOR SECUNDARIO DEL CORAZON

DIAGNOSTICO OPERATORIO *

por el doctor

LORENZO H. MARTIARENA

Hasta hace pocos años los tumores del corazón únicamente tenían interés para el anatómo-patólogo. Todos los estudios hechos sobre los mismos se basaban en hallazgos de autopsia y, por consiguiente, los detalles que se tenían eran sólo de orden macroscópico o microscópico. Algunos autores intentaron clasificar sus cuadros clínicos relacionando los datos obtenidos en la necropsia con los trastornos que habían notado los enfermos y de esa manera se formaron distintas formas clínicas que en ningún momento pretendían ser específicas de un tumor cardíaco, pero que podían conducir a la sospecha de su existencia.

Merced a esas repetidas comunicaciones científicas y posteriormente al empleo rutinario de los rayos X para el estudio del corazón, los clínicos comenzaron a preocuparse por el tema y los primeros diagnósticos hechos en vida del paciente y comprobados luego en la autopsia, se deben a Roesler¹² y a Bosco en 1924. El caso de Roesler era un sarcoma de la aurícula derecha y del tabique interventricular originado por un tumor primitivo de la mejilla, y el de Bosco un sarcoma del pulmón que se propagó al pericardio y aurícula derecha y que se diagnosticó porque se encontraron células neoplásicas en el líquido extraído por punción pericárdica.

Como se ve, ambos casos, eran tumores secundarios. En lo que se refiere a los primitivos, fué Popp en 1931 quien hizo la descripción clínica de un tumor del corazón. Zemansky⁸ en 1928 también había hecho el diagnóstico en vida, pero era un tumor del pericardio. El caso de Popp era el de un hombre de 33 años de edad que tenía dolores en el hemitórax derecho y en que la radiografía demostró la existencia de un aumento de tamaño de la aurícula derecha. En tres exámenes radiológicos hechos en el término de dos

* Instituto de Clínica Quirúrgica. Director: Prof. Oscar Ivanissevich. Hospital de Clínicas, Buenos Aires. Presentado al Congreso de Cirugía de Chile, celebrado en Concepción en diciembre de 1944.

meses, se observó un progresivo aumento de volumen del tumor, apareciendo simultáneamente edemas del cuello y cabeza del tipo cava superior. En la autopsia se encontró un sarcoma fibroblástico de la aurícula derecha que producía la compresión de la vena cava superior. Posteriormente, se han realizado otros diagnósticos en vida, que alcanzan, según Doane y Pressman, a 20 hasta 1942.

Los tumores del corazón pueden ser primitivos o secundarios. La proporción con que se hallan de acuerdo a las estadísticas que reúnen gran número de autopsias, como la comentada por Benjamín ¹⁶ en 1939 sobre 40.000 autopsias, es la siguiente: 0.03 % de tumores primitivos y 0.5 % de tumores secundarios.

De acuerdo a su estructura celular se dividen en malignos y benignos. Entre los primeros los más frecuentes son el sarcoma y el epiteloma y entre los benignos, el mixoma, el fibroma, el lipoma, el leiomioma, el hemangioma y el rabiomioma. Esos tumores pueden originarse en el endocardio, miocardio y pericardio. La estadística mundial de Llambías da una idea aproximada de la proporción con que se encuentran; sobre 105 casos recopilados en la literatura, luego de descartar todos aquellos en los que no se tenía la certeza histológica de que fueran verdaderos neoplasmas, halla:

Tumores malignos	27
Mixomas	39
Lipomas	12
Fibromas	11
Miomas	10
Angiomas	3
Condromas, etc.	3

Hamilton-Paterson y Castleden recientemente clasifican la frecuencia con que se hallan los tumores cardíacos, así: Pseudomixomas (trombos de organización) 50 % de las observaciones; 2º, sarcomas verdaderos, 25 %, y 3º, rabiomiomas congénitos, 25 %.

Sólo nos detendremos en la consideración de los tumores más frecuentes: el sarcoma y el mixoma. El primero fué descrito por Bordenheimer ^{17 y 20} en 1865, y Somolinos D'Ardois reunió en 1940 80 casos publicados hasta esa fecha. De ellos, 35 % estaban ubicados en la aurícula derecha, el 20 % en el pericardio y el 17.5 % en la aurícula izquierda.

El tumor benigno más frecuente es el mixoma. Ciechanowski ¹⁷ ha reunido 120 observaciones de mixomas auriculares. Ha sido y es un tumor muy discutido histológicamente y ya Thorel ^{16 y 17} en 1907 había puesto en duda la naturaleza neoplásica de los mixomas. Raynaud y Marill en un estudio muy completo sobre trombos y mixomas aparecido en 1939, dicen que las descripciones histológicas de los mixomas del corazón no siempre concuerdan con las que se conocen como tales, y afirman que muchas de ellas más se acercan a las de los trombos organizados. Por esa razón muchos autores han llamado a esos trombos "pseudo-mixomas"; "tumores mixoides". Hustein ¹⁷ en 1923 reunió 71 observaciones de tumores publicados como mixomas y de los cuales nueve solamente podían ser catalogados como tales.

Raynaud y Marill dicen que en la casi totalidad de los casos que se ha diagnosticado un mixoma, no es realmente así y se trataba de trombos organizados y pediculados originados en una lesión del endocardio y que luego han sufrido una degeneración mixoide. Así se explica la diversidad de cuadros histológicos. Esos mismos autores comunican dos casos de tumores del corazón, uno de los cuales era un pseudo-mixoma y el otro un trombo organizado de la pared de la aurícula derecha y hacen un detallado estudio histológico de los mismos.

Nosotros hemos operado en el curso de este año una enferma que por las características de sus dolencias y el hallazgo operatorio, nos parece oportuno relatar.

Se trataba de una mujer de 32 años de edad (J. D. - R. G. 104105), que había comenzado su enfermedad hacía cuatro años (1940), con tos seca intermitente, gran decaimiento y fiebre vespertina. Siguió un tratamiento sintomático durante un año sin que notara ninguna mejoría. Al cabo de ese tiempo (1941) le aparece un dolor intenso y fugaz en el hemitórax derecho, disnea y posteriormente se le descubre un derrame pleural de mediana intensidad. Persisten la postración general y la fiebre vespertina. Al tratamiento que venía haciendo, se le agregó un neumotórax, que fué repetido luego en tres ocasiones, provocándole una acentuación de la disnea. En esas condiciones se le hizo una punción pleural que dió salida a 250 cc. de líquido, en el que no se hallaron bacilos de Koch. Fué tratada durante un año (1941) con reposo, régimen alimenticio adecuado, inyecciones de calcio y extracto hepático y rayos ultravioleta. Rebajó 10 kilos de peso, mejorando algo al reabsorberse el derrame, aunque persistía la tos seca y la fiebre vespertina.

Hace dos años (fines de 1942) se instala rápidamente un cuadro de disnea intensa que aumenta progresivamente, con cefaleas, pesadez abdominal, vómitos y estado nauseoso. Le sacan una radiografía (fig. 1) y le diagnostican pericarditis, internándola en el Hospital Muñiz.

Permanece un mes en ese Hospital y luego es dada de alta mejorada y con un tratamiento a base de cardiotónicos e inyecciones de calcio y de hígado, persistiéndole, a pesar de eso, una discreta disnea. En abril de 1943 se le saca otra radiografía (fig. 2) en la que también visualiza un derrame pericárdico y en diciembre del mismo año, una nueva radiografía (fig 3) muestra una sombra menos típica y una retracción del hemitórax derecho.



FIG. 1. — Radiografía obtenida 1 año y 5 meses antes de la operación.

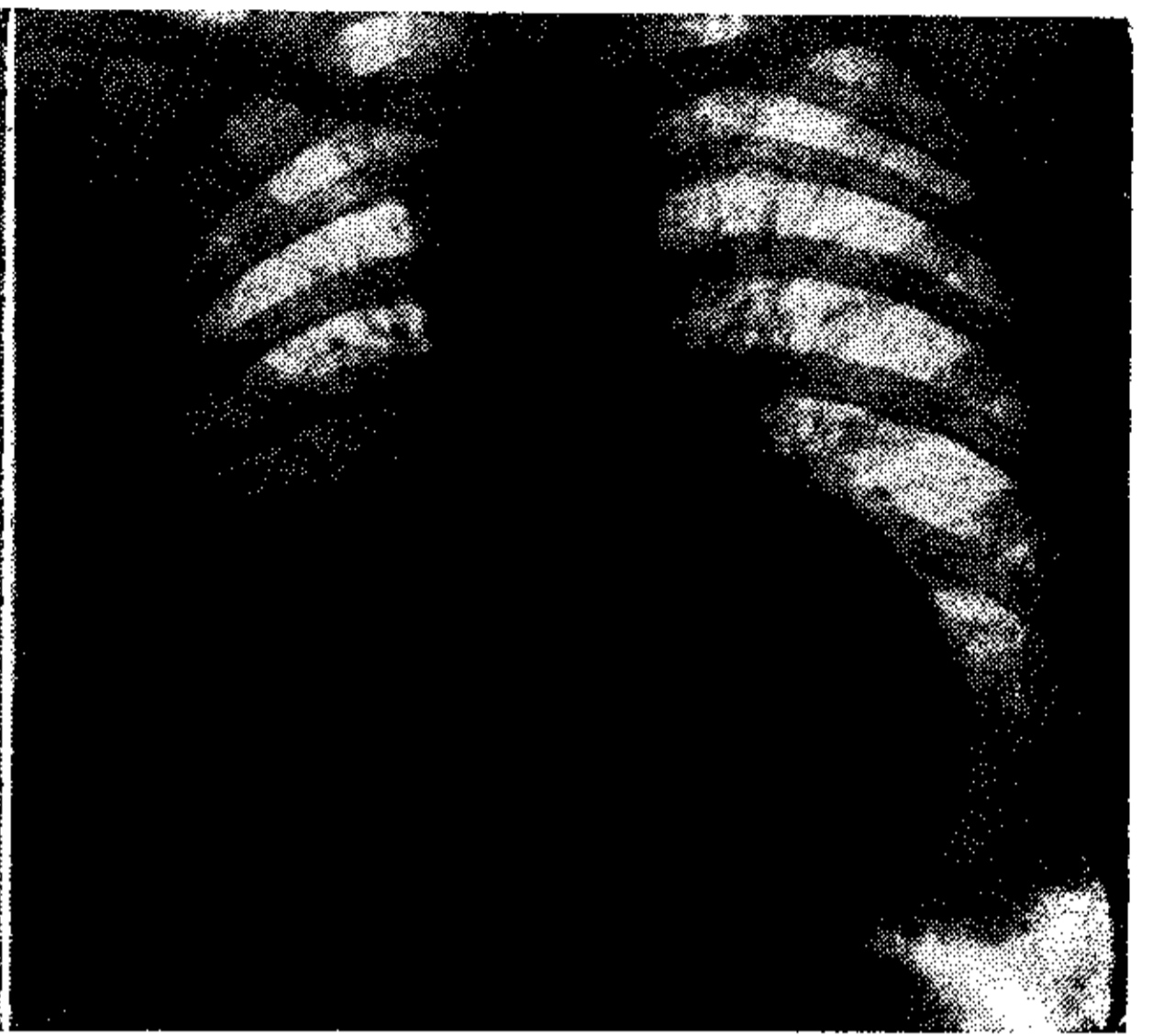


FIG. 2. — Radiografía sacada 1 año antes de la operación.

A principios de 1944 comenzó a notar edemas de los miembros inferiores sensación de distensión abdominal, disfagia, anorexia y vómitos. En esas condiciones es internada en el Instituto de Clínica Quirúrgica.

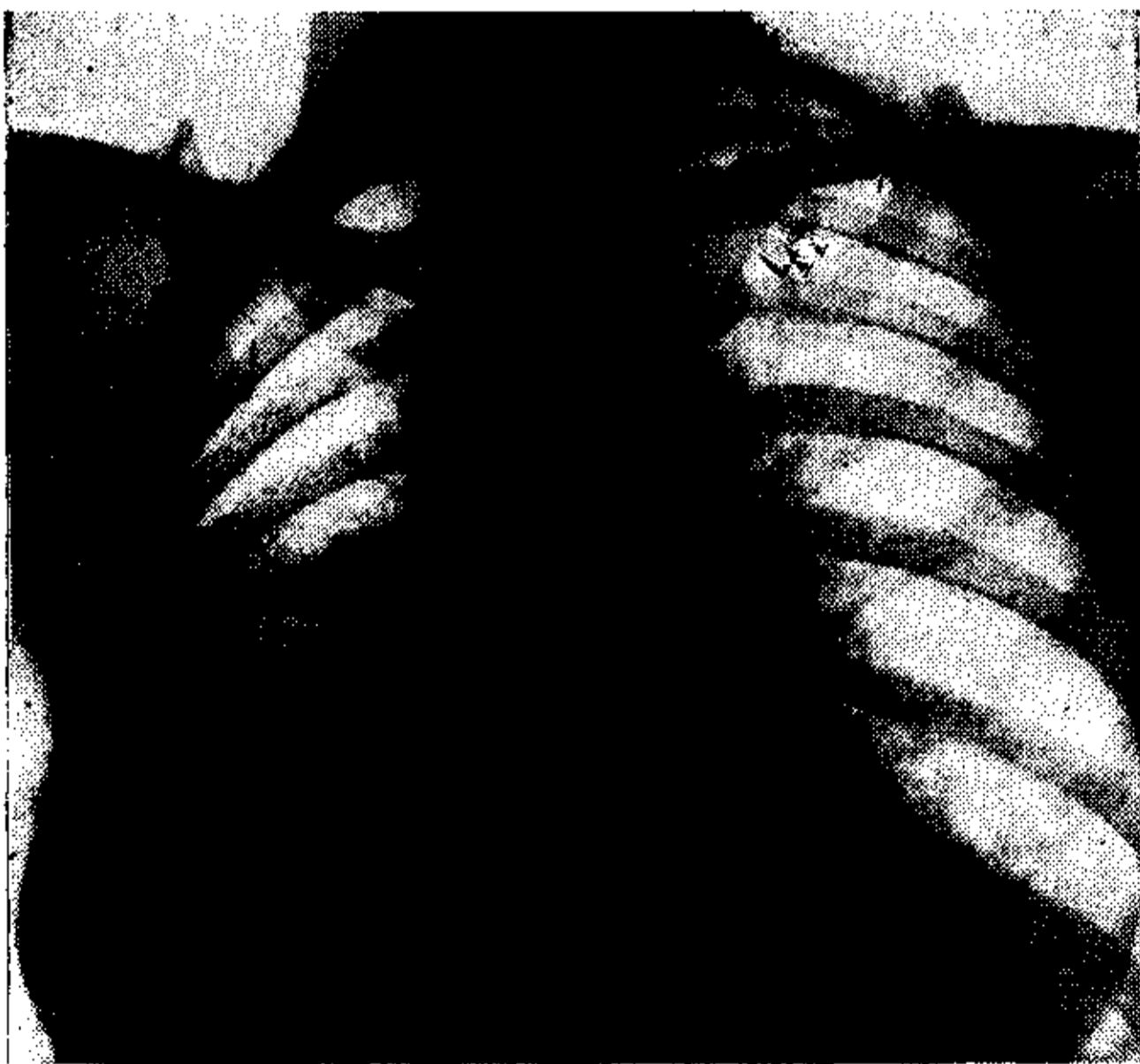


FIG. 3. — Radiografía tomada 5 meses antes de la operación.



FIG. 4. — Radiografía obtenida 8 días antes de la intervención.

Al ingreso a ese servicio, se nota una enferma en mal estado general, en posición semi-sentada obligada, disneica, consciente y con facies ansiosa y ligeramente cianótica. *Cabeza*: Ojos grandes y ligeramente prominentes. Franca ingurgitación venosa del cuello que no se modifica con los cambios de posición: es estable. No hay pulso venoso.

En el tórax se halla una escoliosis a convexidad izquierda. Tiraje y disminución de la excursión respiratoria del lado derecho. El murmullo vesicular disminuido en el hemitórax derecho y ausente en su base. En la mitad superior del hemitórax izquierdo está aumentado y con signos pseudopleuríticos en las proximidades de la base.

Aparato circulatorio. — *Corazón*: choque de la punta en el sexto espacio intercostal izquierdo, algo desplazado hacia afuera (escoliosis). No cambia de posición con los movimientos. Ruidos cardíacos normales en la punta, región mesocardiaca y tricuspídea. En la base se auscultan alejados. Taquicardia: 125 por minuto.

Pulso paradojal (aumenta un poco la amplitud durante la fase espiratoria). Presión arterial máxima 110. Mínima 94 (Baumanómetro).

Abdomen: Prominente, con signos clínicos de una ascitis mediana. Hígado agrandado; su borde inferior se palpa a cuatro traveses de dedo por debajo del reborde costal, romo, de consistencia algo aumentada, de superficie lisa e indoloro a la presión. Bazo: se palpa el polo inferior duro y doloroso.

Miembros inferiores: Franco edema bilateral por aumento de la presión venosa, que se extiende hasta la raíz del muslo e invade la región sacro-lumbar. Signo de la fovea.

Los análisis de sangre, de orina y esputos no demostraron nada anormal.

Durante su internación en el Instituto se le hizo una radioscopía de tórax en la que no se pudieron visualizar los latidos de los bordes cardíacos y una radiografía frontal (fig. 4), que mostró la retracción y disminución del hemitórax derecho, con una sombra difusa en la región mediastino-pleuro-cardíaca. Posteriormente se le hizo una radiografía penetrante (fig. 5) que no consiguió tampoco aclarar los caracteres de esa sombra.

La enferma fué sometida a un régimen pobre en líquidos y cloruros y abundante en proteínas, administrándole además, 2 cc. de Salirgán diarios mezclados en 20 cc. de suero glucosado hipertónico, con lo cual se mantuvo la diuresis entre 900 y 2500 cc. diarios. El pulso osciló, durante los nueve días de internación, entre 100 y 130 pulsaciones por minuto y la temperatura se mantuvo en los límites normales. Los edemas y ascitis no sufrieron modificación alguna.

Estando la enferma en esas condiciones y teniendo en cuenta los antecedentes dados por las radiografías anteriores, las que mostraban un derrame pericárdico hace dos años y los signos actuales de hipertensión venosa con hepatomegalia y un corazón con latidos no visibles en la radioscopía, se hizo el diagnóstico de mediastino-pleuro-pericarditis constrictiva, decidiendo operar la enferma para liberarle su corazón.

En mayo de 1944, el Prof. Ivanissevich hizo la intervención bajo anestesia general con ciclopropane-éter por intubación. Le practicó una toracotomía de Fontan derecha en virtud de observarse en las radiografías una mayor intensidad

de proceso de ese lado y de tener la experiencia de un caso anterior, en el que la liberación de la vena cava se hizo por esa vía. Al llegar al plano costal se observó que las costillas y sus cartílagos estaban franca y firmemente vinculados a la pleura y al pulmón y retraídos hacia la profundidad del tórax. Con especial cuidado se fueron separando de esos órganos, resecándose la 4ª, 5ª y 6ª costillas y cartílagos costales y la parte correspondiente del esternón. El pericardio estaba sembrado de granulaciones duras y vinculado firmemente con la pleura y el diafragma, siendo esa sínfisis de tal magnitud a nivel del borde derecho del corazón, que todos los órganos estaban unidos por un tejido calloso y leñoso, en el que



FIG. 5. — Radiografía penetrante sacada 8 días antes de la operación.

era imposible establecer un plano de clivaje anatómico. En esas condiciones se hizo la pericardiotomía a nivel del ventrículo derecho, saliendo escasa cantidad de líquido, pero no se consiguió un plano de clivaje, ni avanzar hacia ningún lado. Se resecó un pequeño trozo de la hoja parietal para biopsia y mientras se suturaba la piel, la enferma sufrió un síncope y falleció.

En la autopsia se halló el corazón fuertemente adherido al diafragma, pulmón derecho, mediastino y esófago, siendo necesario utilizar tijera para separarlo de esos órganos. Al examinarlo se notó que el pericardio estaba vinculado a los órganos vecinos pero no engrosado y que en la zona de los ventrículos, su hoja parietal se podía separar de la visceral, mientras que en las aurículas, estaban firmemente adheridas. Al corte del corazón, se notó un gran engrosamiento de la pared de ambas aurículas, de manera que su cavidad casi había desaparecido. Las embocaduras de las venas cava superior e inferior estaban estrechadas y rodeadas

por paredes auriculares aumentadas de espesor y duras. La pared de los ventrículos y sus cavidades, así como el origen de la aorta y de la arteria pulmonar eran normales.

En la base del pulmón derecho se encontró un tumor del tamaño de una mandarina. En el pulmón izquierdo, hígado y ambos riñones se hallaron pequeños tumores de apariencia secundaria.

Al examen histológico, el trozo de pericardio extirpado durante la operación resultó ser un epiteloma metastásico.

Al examen microscópico del tumor del pulmón demostró que era un epiteloma cilíndrico de origen brónquico y los del hígado y riñones, epitelomas metastásicos.

En vista de esas comprobaciones se hicieron cortes en la zona en que el ventrículo derecho estaba vinculado al pulmón, hallándose un epiteloma pulmonar y la pared del ventrículo sana. También se estudiaron las paredes de las aurículas resultando un epiteloma metastásico atípico de naturaleza secundaria.

COMENTARIOS

Como se ve por la descripción anterior, se ha tratado de un caso de síndrome de aprisionamiento cardíaco que ha sido originado no por una constricción del pericardio, como ocurre habitualmente, sino por la dificultad de relleno de la aurícula derecha por aumento de espesor de sus paredes que casi habían hecho desaparecer su cavidad, y estrechamiento consecuente de los orificios de las venas cavas superior e inferior. El éxtasis venoso periférico es en estos casos tan aparente como cuando hay dificultad en el movimiento de la diástole por pericarditis constrictiva. El hecho de no tener los antecedentes precisos de su enfermedad, por haber sido estudiada en otros servicios, y de los caracteres particulares del tumor pulmonar que en ninguna de las radiografías fué visible, acompañado de la larga evolución del proceso siendo de naturaleza maligna, hizo que no se pudiera sospechar el verdadero origen de este síndrome de hipertensión venosa.

Estos tumores secundarios del corazón pueden ser ocasionados: 1º, por propagación directa, o 2º, por invasión metastásica. La propagación directa puede seguir tres caminos: a) por invasión gradual, progresiva desde el tumor primitivo hacia el corazón. Tal ocurre en los tumores del pulmón, del esófago y del hígado y, a veces, en tumores secundarios de los ganglios; b) por propagación linfática, casos más raros y en los que la localización de la metástasis se hace habitualmente en la hoja visceral del pericardio y c) por el camino

de las grandes venas, por progresión sobre sus paredes. De esa manera suelen invadir el corazón los tumores del riñón, de la suprarrenal y del hígado. También a través de la vena cava superior pueden invadirlo los tumores del tiroides, del pulmón, del esófago, etc.

Los tumores cardíacos metastásicos siguen dos vías para anidar en el corazón. 1º, se implantan en el endocardio a través de émbolos que se fijan en las valvas o sobre lesiones previas del endocardio, y 2º, lo hacen por émbolos de células neoplásicas, que a través de las coronarias se fijan en el miocardio.

En los 68 casos de tumores metastásicos o secundarios del corazón analizados por King, las localizaciones primitivas asentaban en la mayoría de los casos, en la mama, pulmón, tiroides, suprarrenal, estómago, lengua, faringe, riñón, labio y colon. Ravid y Sachs dicen que el 48% de los tumores secundarios del corazón tienen origen en la mama y en el pulmón.

Los síntomas de los tumores del corazón son muy variables y nada característicos de la lesión en sí misma. Han sido descritos cuadros clínicos que se pueden superponer a cualquier otra enfermedad muscular u orificial cardíaca, y si bien es cierto, que algún caso aislado ha tenido manifestaciones atípicas y que por tal, ha hecho sospechar una neoformación, eso no es lo corriente en las observaciones registradas.

Las formas clínicas más frecuentes son: 1º, la congestiva de causa desconocida y de aparición temporaria e intermitente, simulando la hiposistolia o asistolia por falla del miocardio. Ella es provocada por la disminución de la capacidad auricular derecha debida al tumor. Nuestro caso pertenecía a esa variedad. Doanes y Pressman en su estadística de 20 casos de tumores cardíacos diagnosticados durante la vida, hallaron 9 con localización en la aurícula derecha y con signos congestivos. La segunda forma clínica está formada por los enfermos que presentan síntomas de estrechez mitral. Ravid y Sachs dicen que pertenecen a este tipo clínico el 50% de los enfermos con tumores de la aurícula o ventrículo izquierdos. La tercera forma clínica se manifiesta a través de una pericarditis hemorrágica recidivante. Las punciones evacuadoras pueden extraer células cancerosas que conducen al diagnóstico.

El diagnóstico diferencial es ante todo de orden radiológico y sobre la base de sucesivas observaciones radioscópias y radiográficas.

cas. Ese diagnóstico se debe hacer con la pericarditis pulsante localizada a nivel de la aurícula derecha o bien en el origen y hacia la derecha de la aorta, con el quiste hidático de la aurícula derecha, con los quistes dermoideos, con los teratomas y con los quistes bronquiales situados a nivel de la aurícula derecha o del origen de la aorta, con los aneurismas del corazón y con la pleuritis enquistada mediastinal derecha.

Para establecer tal diagnóstico se debe tener en cuenta, además de los síntomas descriptos, que un tumor parietal del corazón tiene por característica importante radiológica, la fijación de su borde y, a veces, el aumento de tamaño o la irregularidad de la silueta cardíaca. Tales comprobaciones se deben hacer durante exámenes radiológicos repetidos y permiten diferenciar esos tumores de los quistes dermoideos, teratomas y quistes bronquiales que permanecen del mismo tamaño, entretanto que las pericarditis quísticas disminuirán de volumen progresivamente. Los aneurismas del corazón se hallan frecuentemente en la punta y tienen expansión sistólica, cosa que es rara —sitio y expansión— en los tumores.

Ultimamente se ha dado un gran paso en el estudio de las lesiones cardíacas con la angiocardiógrafa. Se puede esperar que la aplicación de ese medio de diagnóstico para el estudio de los enfermos en quienes se sospecha un tumor endocárdico, sea de positivo valor.

Tratamiento. — Se puede suponer que la terapéutica de los tumores secundarios del corazón, es puramente sintomática: evacuación repetida del derrame pericárdico y empleo de diuréticos y cardiotónicos, en los casos que ocasionen pronunciada éxtasis venosa periférica. Sólo en aquellos enfermos cuyo diagnóstico sea dudoso entre una pericarditis constrictiva y un tumor del corazón (primitivo o secundario), se debe intentar el tratamiento quirúrgico. De acuerdo a lo que conocemos en la literatura referente al tema, este es el primer caso publicado que haya sido operado en virtud de una sintomatología de aprisionamiento cardíaco, que se supuso fuera debido a una mediastino pericarditis y luego se comprobó que era un tumor secundario del corazón.

En cuanto se refiere al tratamiento de los tumores primitivos del corazón o del pericardio, diagnosticados en vida como tales, él debe ser quirúrgico. La probabilidad de extirparlos es remota, pero

hasta que no se tenga el corazón en la mano, es imposible asegurar las posibilidades de exéresis. Se conocen dos casos de extirpación con larga sobrevida. Ambos fueron operados por Beck. El primero era un enfermo de 22 años que tenía dolores de pecho y pérdida de fuerzas con signos de compresión cardíaca y por el examen radiológico se halló un derrame pericárdico. La punción dió salida a 280 cc. de líquido sanguinolento, sin bacilos de Koch. Luego mejoró y posteriormente fué punzado de nuevo, extrayéndose 500 cc. de líquido achocolatado. Persistió con fiebre y decaimiento, notándose en la radiografía una sombra quística sobre el borde derecho del corazón. Lo operan, encontrando un quiste del pericardio que contorneaba la aurícula y ventrículo derecho, el que fué abierto y se le extrajeron 300 cc. de líquido. Los bordes de la bolsa quística fueron suturados al pectoral mayor y la herida fué cerrada. Pasó dos años bien y luego comenzó a tener síntomas de aprisionamiento cardíaco con aumento de la presión venosa e hinchazón de la herida operatoria, razón por la que se decide operarlo de nuevo, extirpándose un tumor quístico del pericardio que estaba íntimamente vinculada al ventrículo y aurícula derecha, vena cava y a la aorta y que resultó ser un teratoma quístico. El enfermo, a los cuatro años de la operación, está perfectamente bien.

El otro caso era el de un hombre de 39 años que tenía síntomas de constricción torácica y opresión al ejercicio, desde seis años antes y que se le hizo el diagnóstico de esclerosis coronaria. Al examen general no se halló nada importante, pero en la radioscopia de rutina que le hizo Feil, encontró un tumor calcificado con pulsaciones transmitidas, que asentaban en el ventrículo izquierdo. Beck lo operó en setiembre de 1940 y luego de la pericardiotomía se encontró con un tumor del ventrículo izquierdo recubierto por el pericardio. Al abrirlo se halló con 140 gr. de material amorfo y homogéneo. Hizo la extirpación del tumor. Histiológicamente la pared del quiste no era de tipo neoplásico; estaba formada por una simple cápsula de tejido conectivo, siendo su aspecto interior necrótico y calcificado. En definitiva no se ha podido clasificar el quiste, excepto poder decir que no es un verdadero neoplasma.

En esa misma comunicación, Beck describe dos mixomas de las aurículas observados en el término de cinco años en Cleveland y dice que eso muestra que tales tumores no son tan raros. Agrega que en

los tumores endocárdicos el cirujano está casi desarmado, pero que así y todo, cree que si es posible localizarlo, se podría utilizar para los tumores benignos y poco consistentes, la aspiración brusca tal como hacen los neurocirujanos para los gliomas blandos. Cree que no es imposible insertar un tubo de vidrio para la succión o aspiración dentro de la aurícula. La circulación sanguínea puede ser detenida durante un período de tres minutos sin ocasionar un perjuicio al sistema nervioso y por eso las grandes venas de la base del corazón sólo pueden ser ocluidas como máximo durante ese tiempo.

El mejor conocimiento de los cuadros clínicos de los tumores del corazón, el empleo sistemático de la radioscopia y sobre todo la sospecha que deben tener los médicos de la presencia de un tumor cuando la enfermedad no se presenta en términos muy definidos, conducirá a hacer el diagnóstico en algunos casos y a realizar la autopsia del corazón en todos aquellos que se tenga la duda sobre su existencia, mejorando de esa manera, nuestros conocimientos sobre un tema tan interesante. Y si con esa búsqueda atenta se consigue algún caso favorable, ya conocemos los éxitos de Beck en enfermos que le fueron enviados a operar por Harold Feil.

CONCLUSIONES

Se considera en este trabajo un caso de tumor secundario del corazón con signos clínicos de aprisionamiento cardíaco que fué diagnosticado como una pericarditis constrictiva.

El estudio radiográfico del pulmón no permitió comprobar alteraciones parenquimatosas vinculadas a enfermedad del mismo, a pesar que en la operación se halló un tumor de origen bronquial que estaba oculto por una sombra de tipo de derrame pleural derecho.

La enferma fué operada, no siendo posible liberar el corazón, debido a las firmes adherencias que había con el pulmón y diafragma.

En la autopsia se halló un tumor del pulmón derecho que había invadido secundariamente la aurícula derecha y parte de la izquierda, y que demostró ser un epiteloma de origen brónquico.

Dentro de lo que se ha publicado mundialmente con respecto a los tumores del corazón, existen dos casos, uno de tumor primitivo de pericardio y otro de corazón, que han sido extirpados con éxito por Beck.

BIBLIOGRAFIA

1. *Ahumada J. C.* — "La Semana Médica", 1927, 1, 1366.
2. *Arca Enrique E. del.* — "La Semana Médica", 1910, 17, 1945.
3. *Bard L.* — "La Semana Médica", 1910, 12, 133.
4. *Beck Cl. S.* — "Ann. of Surg.", 1942, 116, 161.
5. *Bosco G.* — "La Semana Médica", 1924, 2, 804.
6. *Cabred R. G. y Mosto D.* — "La Prensa Méd. Arg.", 1924-25, 11, 1194.
7. *Cossio P. y Berconsky I.* — ESTA REVISTA, 1938-1939, V, 172.
8. *Doane J. C. and Pressman R.* — "Am. J. Med. Sc.", 1942, 203, 520.
9. *Dormed B. A., Friedlander J. and Wiles F. J.* — "Brit. J. of Tubercul.", 1942, 36, 169.
10. *Hamilton-Paterson J. L. and Castleden L. I. M.* — "Brit. Heart J.", 1942, 4, 103.
11. *King E. S. J.* — "Surgery of the Heart", E. Arnold, London, 1941.
12. *Lisa J. R., Hirschhorn L. and Hart C. A.* — "Arch. Int. Méd.", 1941, 67, 91.
13. *Llambías J.* — "Rev. Asoc. Med. Argent.", 1911, 19, 145.
14. *Pawlowsky R.* — "Berl. Klin. Wochensch.", 1895, 393 y 413.
15. *Popp L.* — "Bull. Acad. Méd. de Roumanie", 1937, 3, 663.
16. *Ravid J. M. and Sachs J.* — "Am. Heart J.", 1943, 62, 385.
17. *Raynaud R. et Marill F. G.* — "L'Algerie Médicale", 1939, 43, 285.
18. *Ritchie G.* — "Am. J. of Pathol.", 1941, 17, 483.
19. *Shelburne S. A.* — "Ann. Int. Med.", 1935, 9, 340.
20. *Somolinos d'Ardois G.* — "Arch. Latino-Amer. de Card. y Hemat.", 1940, 10, 1.
21. *Strouse S.* — "Arch. Inter. Med.", 1938, 62, 401.
22. *Waldorp C. P. y Genijovich S.* — Enfermedades del pericardio. Aniceto López, Bs. As., 1934.
23. *Weinberger L. M., Gibbon M. and Gibbon J. H.* — "Arch. of Neur. and Psychiatry.", 1940, 43, 615.

R É S U M É

On considéré dans ce travail un cas de tumeur secondaire du coeur avec signes cliniques d'emprisonnement cardiaque qui fut diagnostiqué comme une péricardite constrictive.

L'étude radiographique du poumon ne montra pas d'altérations parénquima-teuses; cependant, dans l'opération on trouva une tumeur d'origine bronchiale qui était cachée par une ombre d'épanchement pleural droit.

La malade fut opérée n'étant pas possible d'obtenir la libération du coeur, a cause des solides adhérences qu'il y avait avec le poumon et le diaphragme.

Dans l'autopsie on trouva une tumeur du poumon droit qui avait envahit secondairement l'auricule droite et une partie de la gauche, et qui prouva être un épithéliome d'origine bronchiale.

SUMMARY

A case is reported of secondary heart tumour with clinical signs of cardiac involvement which was diagnosed as a constrictive pericarditis. Roentgen ray examination of the lungs did not show parenchymatous alterations; nevertheless in the operation a tumour of bronchial origin was found, which was hidden by a shadow of right pleural effusion. In the operation the strong adhesions found between lung and diaphragm prevented the liberation of the heart. Post-mortem examination showed a tumour of the right lung that had invaded secondarily the right and part of the left auricle, which was recognized as an epithelioma of bronchial origin.

ZUSAMMENFASSUNG

In dieser Abhandlung bezieht man sich auf einen sekundären Herztumor mit klinischen Zeichen von Herzeinklemmung, der als Concretio cordis diagnostiziert wurde.

Die roentgenologische Lungenuntersuchung erbrachte keine Parenchymveränderung, obwohl man im Verlauf der Operation einen Bronhialtumorfeststellte, der von einem rechten Pleuralergusschatten verdeckt war. Die Patientin wurde operiert; es war nicht möglich das Herz freizulegen, da starke Adhärenzen mit der Lunge und dem Zwerchfell bestanden. In der Sektion fand man einen rechten Lungentumor, der sekundär den rechten und einen Teil des linken Vorhofs angegriffen hatte. Es handelte sich um ein Epitheliom bronchialen Ursprungs.