

BRITISH MEDICAL INFORMATION SERVICE.  
3, HANOVER STREET.—LONDON, W. 1.

Autores, Hamilton-Paterson, J. L. & Castlenden, L. I. M. Revista, Bristish Heart Journal. Abreviación, Brit. Heart J. Tomo 4. Páginas 103-114. Fecha, julio, 1942.

**TUMORES INTRACARDIACOS**

Los autores comunican tres casos de tumor intracardíaco y sugieren una clasificación de tumores del corazón. En cada uno de los casos, los signos y síntomas clínicos sugirieron la presencia de otra lesión y el tumor no fue descubierto hasta la autopsia.

El primer caso fue el de una mujer de 45 años de edad, con un sarcoma de células redondeadas y fusiformes en la aurícula derecha, que presentó en vida los signos y síntomas de la enfermedad de Ayerza.

El segundo caso fue el de un hombre de 46 años, con un pseudomixoma de la aurícula izquierda que se proyectaba a través de la válvula mitral. El diagnóstico en vida fue estenosis mitral.

El tercer caso, un hombre de 25 años, con un tumor solamente en el sentido de que había una inflamación intracardíaca, tenía un aneurisma micótico en el séptum interventricular que se proyectaba en el ventrículo derecho obstruyendo la válvula pulmonar. La válvula aórtica era la sede de una endocarditis bacteriana. En vida del enfermo se había hecho un diagnóstico de estenosis pulmonar y carditis reumática.

Los autores discuten el diagnóstico clínico del tumor intracardíaco. La presencia de un tumor en las paredes de las cavidades del corazón puede simular todo género de enfermedades cardíacas y los criterios diagnósticos que puedan formularse deben apoyarse en la suma multiplicidad de los signos. Estos pueden ser tales que sugieran dos lesiones separadas que no es probable que se presenten juntas y la presencia, aunque sólo sea de un signo muy anómalo, pudiera quizás conducir a la inclusión de "tumor" en el diagnóstico diferencial.

Los autores manifiestan que hasta el presente no se han aportado pruebas que demuestren que el pseudomixoma de corazón es un auténtico neoplasma. De sus propios casos y de otros descritos en la literatura, los autores sugieren que los aspectos histológicos variables hallados pueden verse cuan-

do un coágulo de sangre, durante el proceso de organización, es invadido por células jóvenes de tejido conjuntivo.

De un examen de los casos comunicados se sugiere la siguiente clasificación para los tumores de corazón:

- (1) Pseudo mixomas (trombos en organización), que constituyen el 50% de todos los tumores.
- (2) Verdaderos sarcomas, que forman el 25% de los casos.
- (3) Rabdomiomas congénitos, que constituyen el otro 25% de los casos.

Autores, Paterson, J. H. Revista, Proceedings of the Royal Society of Medicine. Abreviación, Proc. roy. Soc. Med. Tomo 35. Páginas 530-534. Fecha, junio, 1942.

### **UNA INVESTIGACION ACERCA DEL EFECTO DE INYECCIONES INTRAVENOSAS DE SACAROSA SOBRE LA PRESION DEL LIQUIDO CÉFALO-RAQUÍDEO, DETERMINADA POR PUNCION LUMBAR**

La inyección intravenosa de soluciones concentradas de sacarosa ha sido empleada en muchos equipos neuro-quirúrgicos durante los últimos años como un medio de reducir una elevada presión intracraniana. El presente autor ha creído oportuno investigar hasta qué punto este tratamiento era capaz de producir el efecto deseado.

En su investigación se consideró demasiado inseguro el método más simple de llevar a cabo punciones lumbares antes y después de la inyección de sacarosa, ya que el L. C. R. puede escaparse del orificio de la punción inicial en la theca.

La aguja de punción lumbar se insertó, por consiguiente, con el sujeto en posición lateral, y se conectó mediante tubo de goma lleno de solución fisiológica con un tubo de cristal vertical graduado, cuyo extremo superior estaba lleno de aire y en comunicación con un tambor que accionaba un marcador de tinta sobre un cilindro móvil.

De este modo pudieron registrarse gráficamente considerables cambios de presión sin desplazamiento de más de uno a dos centímetros cúbicos de líquido céfalo-raquídeo. Las pruebas preliminares del aparato en 10 sujetos con presión de líquido céfalo-raquídeo normal, y en 9 con presión elevada, dieron registros constantes durante períodos de hasta seis horas, y demostraron la sensibilidad del aparato a los cambios pasajeros de presión.

En 8 sujetos con presiones normales del líquido céfalo-raquídeo, la inyección intravenosa de 100 cm.<sup>3</sup> de solución de sacarosa al 50% (en 7 sujetos) y de 50 cm.<sup>3</sup> (en 1 sujeto), produjo una clara reducción en la presión en solamente 4 casos, siendo el máximo efecto un descenso máximo de 30 mm. en 15 minutos, y de una duración total de 60 minutos.

Ocho sujetos, con presiones elevadas, recibieron una inyección semejante de sacarosa, dándose a siete de ellos 100 cm.<sup>3</sup> y a uno 50 cm.<sup>3</sup>. En cinco casos se produjo una clara reducción de la presión, pero en tres casos con presiones de 200 a 300 mm. no se consiguió efecto alguno. La reducción máxima fue de 50 mm. en un sujeto con una presión inicial de 430 mm. Esto ocurrió en 15 minutos. Cincuenta minutos después la presión se había vuelto a elevar a 480 mm.

En ninguno de los sujetos hubo una alteración significativa de la pre-

sión sanguínea, velocidad del pulso, o estado clínico, como consecuencia de la inyección. La mayor parte de los sujetos tenían tumores cerebrales.

El autor concluye que en las dosis empleadas, la solución de sacarosa al 50% sólo produjo reducciones pequeñas y pasajeras en la presión del L. C. R. que tuvieron escaso valor terapéutico.

---

Autores, Kerley, P. Revista, British Journal of Radiology. Abreviación, Brit. J. Radiol. Tomo 15. Páginas 97-99. Fecha, abril, 1942.

### HERIDAS DEL DIAFRAGMA

Las heridas del tórax y abdomen por arma de fuego son causa frecuente de hernia diafragmática. En la guerra de 1914-18 esta afección pasó con frecuencia desapercibida, debido probablemente a que las heridas de la superficie no sugerían la probabilidad de complicación diafragmática. Sin embargo, y mediante cuidadoso examen por Rayos X sería posible hacer un diagnóstico inmediato, y se comunica un caso en que ésto ha sido conseguido. El paciente, al ingresar, sufría de grave disnea y algo de cianosis. El examen con Rayos X demostró fractura del borde superior de la sexta costilla posteriormente, y un gran cuerpo extraño en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo parcialmente colapsado. En la cavidad pleural había una pequeña cantidad de sangre que no presentó nivel líquido, incluso con el paciente en un ángulo de alrededor de 45 grados. El lado izquierdo del diafragma se hallaba invisible. Aunque el fragmento de bomba estaba claramente en el pulmón y el orificio de entrada a la altura del quinto espacio intercostal posteriormente, se sospechó lesión al diafragma por ausencia de un nivel líquido y de una sombra diafragmática clara. El examen en la pantalla con un aparato portable no demostró movimiento del pulmón colapsado, y la bóveda izquierda del diafragma no podía verse. Se tomó una placa con larga exposición, que tampoco descubrió indicios de la sombra diafragmática izquierda. La inspección casual de la placa sugirió distensión gaseosa del estómago y ángulo esplénico del colon; pero al ser detenidamente examinado se vio que la sombra gaseosa no correspondía en forma a ninguno de estos órganos, y era efectivamente un pequeño neumo-peritoneo, con la mayor parte del gas recogido en el lado izquierdo. Al operar, se vio que la superficie superior del diafragma había sido desgarrada, y pudo verse la superficie no lesionada del bazo.

Los hallazgos con Rayos X que indican lesión del diafragma son:

"(1) Invisibilidad de la bóveda dañada, causada probablemente por contracción muscular excéntrica. Coagulación sanguínea puede contribuir así mismo a ocultar la bóveda.

(2) Contracciones intermitentes vistas en la pantalla.

(3) La presencia de un neumo-peritoneo si el orificio de entrada es torácico. Si el orificio de entrada es abdominal se producirá un neumo-tórax.

(4) Una herida extensa de pulmón con atelectasis hemorrágica y escasa sangre en la cavidad pleural. Como estos pacientes se encuentran muy confortables en postura reclinada, mucha de la sangre pasará a la cavidad abdominal. A esto se debe también la ausencia de un nivel fluido".

(Resumen adaptado del Bulletin of War Medicine, 3, 79, octubre, 1942).

---

## QUIMICTERAPIA LOCAL EN LESIONES EXPERIMENTALES DE LOS OJOS PRODUCIDAS POR ESTAFILOCOCO AUREO

(Local Chemotherapy in Experimental Lesions of the Eye produced by *Staphylococcus Aureus*).

Por J. M. Robson & G. I. Scott, Lancet, 1, 100-103, 23-1-43.

La labor experimental sobre el tratamiento de infecciones estafilococicas por medio de agentes quimioterapéuticos, se ha visto dificultada por el hecho de que la producción de lesiones estafilococicas standard, adecuadas para ensayar el efecto de diversas medidas terapéuticas, ha presentado gran dificultad. En el presente trabajo, procedente del Departamento de Farmacología de la **University of Edinburgh**, los autores describen un método que depende de la producción de lesiones de estafilococo áureo en la córnea en el conejo.

Se inyecta en la córnea un cultivo del organismo de 24 horas, produciendo de este modo una pequeña vejiga debajo del epitelio corneal. A consecuencia de ello se produce ulceración de la córnea, de ordinario con hypopyon. Pueden producirse lesiones iguales en ambos ojos del animal. De este modo se dispone de una técnica para determinar el valor de los medicamentos quimioterapéuticos en el tratamiento de lesiones localizadas. Cuando la droga se aplica localmente en un ojo en cada animal, el ojo sin tratar puede servir de testigo, eliminando así en gran parte las dificultades debidas a variaciones individuales.

Se consiguieron efectos claramente beneficiosos sobre el desarrollo de lesiones estafilococicas producidas artificialmente mediante la aplicación local repartida de (a) un preparado en bruto de penicilina (\*) en solución (b) soluciones al 30 y al 10% de sodio sulfacetamida (albucid soluble). Una solución al 15% de sulfatiazol solubilizado (sulfatiazol sodium formaldehido sulfoxilato) fue menos eficaz; tirotricina y sodio sulfacetamida al 2-5% tuvieron un valor escaso o nulo. En todos estos experimentos el tratamiento se comenzó una hora después de la inoculación. Cuando se comenzó el tratamiento 24 horas después de la inoculación se produjo poco o ningún beneficio con la aplicación tanto de penicilina como de sodio sulfacetamida al 10%. La aplicación de penicilina eliminó al *Staphylococcus aureus* de la flora del saco conjuntival, pero esto no se consiguió cuando se empleó sodio sulfacetamida al 10%. Al comentar las deducciones clínicas de su labor, los autores señalan que los hallazgos experimentales indican que el valor esencial del sodio sulfacetamida es probable que sea profiláctico más que curativo. Estos experimentos ponen asimismo de relieve la importancia de un tratamiento precoz y adecuado (especialmente durante las primeras 48 horas) en el empleo clínico de dichos medicamentos. Una de sus aplicaciones más importantes es probable que sea el tratamiento de primera urgencia de lesiones industriales de la córnea, en que las abrasiones, a falta de una profilaxis efectiva, tienen propensión a convertirse en lesiones infectadas y destructoras.

(Un informe clínico previo del empleo profiláctico de la solución de sodio sulfacetamida en la úlcera traumática de la córnea en los mineros del carbón acaba de aparecer recientemente (Dickson, 1942).

(\*) La sustancia bacteriostática del *Penicillium notatum* descubierta como resultado de las primeras investigaciones del Profesor A. Fleming en Londres y de la labor subsiguiente del Profesor H. W. Florey y colaboradores en Oxford).

**EPILEPSIA A CONSECUENCIA DE LA APLICACION DE SULFATIAZOL CERCA DEL CEREBRO****(Epilepsy following Application of Sulphathiazole near the Brain)****Por A. C. Watt & G. L. Alexander, Lancet, 1, 493-495, 25-4-42.**

Este trabajo procede del **Brain Injuries Unit** (Equipo de Lesiones Cerebrales) y del **Wilkie Surgical Research Laboratory** de Edinburgo. La aplicación local al cerebro de sulfonamidas en polvo ha sido extensamente adoptada en la práctica neuro-quirúrgica como profiláctico contra la infección. Entre las sulfonamidas empleadas con tal fin por los presentes autores, figuraba el sulfatiazol en polvo pero se vio que una gran proporción de los pacientes presentaron ataques epilépticos e incluso **status epilepticus** de 2 a 6 horas después de la operación. En todos los casos que presentaron epilepsia la dura había sido abierta aplicándose el sulfatiazol en la región frontal. La aplicación experimental de 0.14-0.23 g. de sulfatiazol en polvo a la zona fronto-temporal de los cerebros de gatos (de 1.6 a 2.5 kg. de peso) bajo anestesia intratraqueal por éter, determinó ataques epilépticos en tres de 4 animales. También se produjeron ataques epileptiformes mediante aplicación de sulfatiazol a la región occipitotemporal en dos gatos, y a la superficie inferior del lóbulo frontal en otros dos animales. En 2 perros, la droga se aplicó en la fosa media hasta la arteria carótida y la pituitaria, provocándose graves ataques epilépticos. Los experimentos de control con sulparidina, sulfadiazina y sulfacetamida no dieron lugar a ataques. No se consideró necesario llevar a cabo experimentos similares con sulfanilamida en vista de los hallazgos publicados por Russell & Falconer (1940) y Botterell, Carmichael & Cone (1941).

La aplicación de sulfatiazol en la región de la fosa posterior, produjo un "síndrome cerebelar" en 3 gatos ensayados, en tanto que experimentos comparables con sulfapiridina fueron negativos en dos casos. Los autores concluyen que no debería usarse el sulfatiazol localmente en las operaciones craneanas. Las propiedades epileptogénicas de este compuesto no parecen ser compartidas por la sulfanilamida, sulfapiridina, sulfadiazina o sulfacetamida.

(La confirmación de estas observaciones se ha obtenido ahora de los Estados Unidos, y en la actualidad es evidente que es peligroso aplicar sulfatiazol al cerebro o cerca de él).