

INFARTO POSTERIOR DE MIOCARDIO.—E. JUNCADELLA FERRER y P. NOGUÉS.—(9-12-44).—Presenta un caso de infarto posterior de miocardio en el que pudo seguirse la evolución del proceso desde las 4 horas de producirse el accidente hasta varios meses después. El interés del mismo estriba en la precocidad con que pudo ser estudiado y en la evolución electrocardiográfica, especialmente en lo que se refiere a las derivaciones precordiales.

El 4-7-44 ingresa el enfermo en la Clínica. Hacía 4 horas que había comenzado súbitamente el intenso dolor precordial, que aun persistía. En el ECG, se apreciaba un S-T elevado en II y en III, convexo hacia arriba, con T positiva en II y negativa tipo coronario en III, S-T cóncavo hacia arriba I. Al día siguiente el S-T ya no estaba elevado en II y en III. La T era ya negativa en II y profunda y negativa en III. En sangre 6.000 leucocitos y velocidad de sedimentación elevada.

Dos días después el S-T en II era convexo con T negativa tipo coronario. En III T profunda picuda. Leucocitos 10.000 con 8 eosinófilos. A los 7 días se obtuvieron los primeros trazados en derivaciones precordiales, los cuales mostraban una onda T muy alta en CR, IVR y IVF. En CR aparecía un S-T algo elevado terminado con una T difásica.

Posteriormente fueron aumentando en profundidad las T en II y III así como en CR, desapareciendo la elevación del S-T en ésta, así como el diafrismo de T.

El comportamiento pues de la II y III no fué paralelo con el de la CR.

Al cabo de un mes del accidente comienza a disminuir de profundidad la T en II y III. Continuando el clásico tipo coronario, y 15 días después toma en II un aspecto más aplanado. Así mismo disminuye la altura de esta onda en las precordiales. En CR continúa negativa de tipo coronario.

A los dos meses del accidente se observa un marcado aplanamiento de T en CR, continuando sin embargo negativa, y 15 días después es por completo aplanada.

Se van obteniendo sucesivos ECG hasta la salida del enfermo de la Clínica. A los 4 meses y medio presenta una T negativa en III, aplanada en II y positiva aplanada en CR.

EL DIFENILHIDANTOINATO SODICO EN EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA.—G. SASTRE LAFARGA.—(16-12-44).—Conclusiones: 1.° La difenilhidantoína ha demostrado tener una acción anticonvulsiva muy superior a la del luminal en un 72,2 por 100 de nuestros casos. En un 19,4 por 100 de los enfermos, si bien los ataques han persistido, éstos han sido menos frecuentes e intensos. Ha fracasado esta mediación en 5,5 por 100 de los epilépticos, y en un 2,6 por 100 de los casos ha producido un mayor número de ataques.

2.° La difenilhidantoína no empeora la sintomatología psíquica del epiléptico, como ocurre con el luminal. Los enfermos se tratan con más regularidad al ver que la desaparición o disminución de los ataques no es a expensas de la somnolencia, pesadez y atontamiento que les produce el uso de los barbitúricos.

3.° La dosis óptima ha sido la de 0,30 a 0,40 gramos diarios. Los enfermos que con estas dosis no han mejorado, tampoco han disminuido los ataques aumentando la medicación hasta los 0,50 y 0,60 gramos diarios.

4.° En 17 enfermos en que hemos substituído bruscamente el luminal por la difenilhidantoína, no se ha presentado ningún aumento de las crisis convulsivas.

5.° Con la administración de la dosis óptima, no se ha presentado ninguna intolerancia ni complicación. En uno de los casos en que llegamos a la dosis diaria de 0,60 gramos se presentaron fenómenos de intolerancia gástrica (dolor, pesadez, anorexia y estado nauseoso).

6.° La asociación medicamentosa que más beneficio ha prestado, ha sido la de la difenilhidantoína, cal y vitamina D, a dosis masiva, acompañada de una mínima ingestión de líquidos.

7.° Sólo hemos utilizado la asociación luminal difenilhidantoína en los enfermos que no disminuían los ataques con la dosis óptima en este último medicamento, con el fin de evitar definitivamente la perniciosa acción que ejerce el luminal sobre la sintomatología psíquica del epiléptico.

ESTUDIO CLINICO Y CITOLOGICO DE UN CASO DE MIELOMA MULTIPLE.
—A. BALCELLS GORINA y J. VIVES MAÑÉ.—(13-1-45).—Los comunicantes presentan un caso de mieloma múltiple observado en la policlínica en un hombre de unos cincuenta años, que acudió por molestias torácicas y reumatoideas. Se comprobó la existencia de un derrame pleural enquistado, de pequeño tamaño; por el síndrome de «periartitis escapulo-humeral» se consultó al reumatólogo (Dr. CARRERAS), que llamó la atención sobre el abultamiento clavicular. La radiografía torácica demos-

tró nódulos costales y la craneal dió la imagen típica del mieloma. El estudio por punción esternal confirmó el diagnóstico del plasmocitoma. Los comunicantes se extienden en consideraciones sobre la significación de los trastornos funcionales que en este caso eran típicos y acentuados; VSG superior a 100 en la primera hora, proteínas plasmáticas 120 con predominio de globulinas (seudoglobulinas) y calcemia de 16. Se plantea la cuestión del origen fisiológico de las proteínas del plasma, que estas observaciones patológicas inclinan a confirmar la hipótesis de la procedencia medular, probablemente a partir de los plasmocitos. En cuanto a la naturaleza del mieloma concluyen que es unitaria y efectivamente todos los casos publicados desde la introducción de la punción esternal se diagnostican de «plasmocitomas». Es notable que haya plasmocitomas con trastornos, lo cual complica nuevamente el problema del origen de dichas albúminas.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL EMPLEO DE LAS DERIVACIONES TORÁICAS DEL ELECTROCARDIOGRAMA.—C. PÍJOAN DE BERISTANY.—(20-1-45).—La valorización de los datos suministrados por las derivaciones torácicas del ECG, presupone un conocimiento exacto de su configuración normal y de las variaciones producidas al colocar en puntos diversos el electrodo precordial. En los sujetos sanos, la modificación de las curvas es paulatina e imperceptible y el trazado con onda S profunda y R casi ausente, que se obtiene en la región paraesternal derecha (CL) se transforma progresivamente hasta llegar a uno con R alta y S apenas esbozada en la línea axilar media izquierda (C6). El cambio brusco en la dirección de las ondas producido al desplazar el electrodo entre dos puntos cercanos en el tórax, debe ser considerado como patológico. Las modificaciones debidas a la colocación del electrodo «indiferente» en uno de los brazos o en la pierna izquierda, son de menor importancia y por ello, la experiencia obtenida con el Dr. J. CODINA ALTÉS, nos ha enseñado de que pueden usarse indistintamente las derivaciones IVF o IVR, si bien la primera parece tener alguna ventaja, como lo demuestran algunos trazados proyectados. En general, se considera necesaria la obtención, por lo menos, de dos derivaciones torácicas, la paraesternal izquierda, a nivel del IV espacio (CF2) y la de punta (IVF), a las que pueden añadirse otras.

Como es sabido, la máxima utilidad de las derivaciones precordiales es en los infartos del corazón, en especial en los de la cara anterior del ventrículo izquierdo. Es cierto que en la mayoría de los casos en los que las derivaciones torácicas son indicativas, también se hallarán anomalías en las standard, pero en muchas ocasiones estas últimas son poco demostrativas y en los casos clínicos dudosos no permiten un diagnóstico, mientras que las de las torácicas pueden ser absolutamente típicas. El discutir la preeminencia de unas sobre otras es pues un absurdo, ya que si bien es cierto que el ECG de extremidades, correctamente interpretado, permite sacar muchas conclusiones no lo es menos el que privarse, por principio, de un método de exploración de tan fácil práctica y del que pueden obtenerse resultados tan concluyentes como los que ilustran algunos trazados proyectados no tienen sentido. Es, pues, a todas luces necesario, al explorar a un enfermo sospechoso de padecer un infarto, el hacer un examen electrocardiográfico completo, en el que se incluyan, por lo menos, dos derivaciones torácicas. Recientemente se ha propuesto la derivación a nivel de la línea axilar posterior (C7), para evidenciar los infartos posteriores, pero el número de casos estudiados es demasiado corto para sacar conclusiones.

Las alteraciones del ECG precordial en el infarto de miocardio son sobradamente conocidas y la literatura sobre esta cuestión es ya extensísima. Por el contrario, existen pocas referencias a lo que sucede en los enfermos de esclerosis coronaria que aquejan el síndrome anginoso simple, sin que en sus antecedentes se encuentre ninguna crisis sospechosa, por su duración, manera de presentarse, etc., de corresponder a un episodio de oclusión aguda. Ello es tanto más notable por cuanto en bastantes de estos sujetos, a pesar de que el ECG en sus derivaciones standard era normal o con alteraciones poco significativas, se han encontrado derivaciones torácicas claramente patológicas. Estas raramente adoptan la forma típica de las del infarto, con desaparición de la onda inicial positiva, sino que generalmente se trata de desviaciones del intervalo S-T, superiores a dos milímetros y de negativización de la onda T. Esta última, en la derivación CF2, aunque muy sospechosa, no puede definirse claramente anormal, pero en IVF puede constituir el único dato objetivo en una enfermedad cuyo diagnóstico, por hacerse prácticamente solo por la anamnesis, puede plantear, en ocasiones, serias dificultades.

Finalmente, el ECG, precordial puede suministrar datos valiosos en los casos de sobrecarga ventricular. En la del ventrículo derecho se obtienen curvas con onda S profunda y R poco alta en todas las posiciones, a diferencia de lo que sucede en los normales, en los que, como se ha dicho, la onda S va disminuyendo