

INFARTO POSTERIOR DE MIOCARDIO.—E. JUNCADILLA 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 diférica.

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 reumatóides. 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-