

pecho, dolores de origen arterial, dolores de origen venoso, radiodermatitis, dolores viscerales y dolores por cáncer inoperable o recidivante.

Finalmente, ROWBOTHAM plantea el problema quirúrgico de la migraña, señalando resultados bastante deficientes por la ligadura y sección de los siguientes grupos vasculares: aurículo-temporal, supraorbitario y supra-trocLEAR, occipital en la región occipital, carótida externa por encima de la bifurcación y arteria meníngea media por vía intracraneal.

En las migrañas graves de localización anterior, se seccionan los vasos supraorbitario y aurículo-temporal en el epicráneo y los vasos meníngeos medios por vía intracraneal. En los casos de localización lateral puede asociarse la sección de los nervios petrosos a la de los vasos meníngeos medios. En la migraña occipital podría ensayarse la simpatectomía y sección de la arteria vertebral. En caso de fracaso puede realizarse además la sección de las tres primeras raíces del plexo cervical. La ligadura de ambas vertebrales es peligrosa. También ha de tenerse en cuenta la posibilidad en algunos casos de estar indicada la intervención sobre trigémino.

Además de las citadas ponencias se presentaron más de 500 comunicaciones y se proyectaron interesantes films sobre fisiología del tálamo, cirugía de las afecciones extrapiramidales, etc. Además de los grandes anfiteatros de la Facultad de Medicina y de la Escuela Práctica, se utilizaron mañana y tarde ocho salas de conferencias, con lo cual fué posible presentar todas las comunicaciones. Como nota pintoresca cabe señalar la presencia norteamericana en mangas de camisa en todas las sesiones.

Los congresistas fuimos objeto de toda clase de atenciones, organizándose excursiones y visitas a diversos centros del mayor interés científico. Entre otras hay que señalar la visita a la Salpetrière, cuna de la neurología francesa, en donde se colocó una placa conmemorativa con la efigie de DEFERINE.

En resumen: un éxito de organización y notables aportaciones de la ciencia neurológica mundial.

3-12-1949

## LA ARRITMIA COMPLETA PAROXÍSTICA

Dr. A. Balcells Gorina

**E**N estos últimos años se ha interesado por este síndrome circulatorio, del que ya se ocupó en una comunicación al II Congreso de Cardiología en Barcelona.

La arritmia completa empeora indudablemente la función cardíaca y vale la pena evitarla, por tanto, siempre que se pueda. De ahí la importancia del reconocimiento y tratamiento precoz de los paroxismos de fibrilación auricular.

Se refiere a la clínica, que puede ser variable en cada enfermo: palpitations precordiales, en cuello o epigastrio, acompañadas en ocasiones de precordialgia u ogresión precordial ("una losa sobre el corazón"). A esto se

suma a menudo sensación de astenia o calambres en las piernas o incluso lipotimia; estas molestias generales ocurren a veces como única manifestación de la arritmia, que puede pasar desapercibida, al no sospecharla, si no se explora el pulso o se ausculta el corazón.

Algunos enfermos aquejan disnea de esfuerzo durante el paroxismo arritmico. Hay formas taquicardias — y entonces pueden acompañarse de cianosis, disnea y otros tipos de insuficiencia cardíaca — y otras de frecuencia normal.

En el E C G, la arritmia se reconoce por la "irregularidad irregular" de los intervalos, la ausencia de ondas P, la posible presencia de ondas f, la existencia de complejos ventriculares de tipo supraventricular y altura variable, y las ondas T de bajo voltaje y variables en configuración y altura, así como el segmento ST por la superposición de ondas f.

En cuanto a la patogenia de los ataques, llama la atención la aparición nocturna, en la madrugada, de la crisis en muchos casos. Cita la teoría hipertiroidea (MARAÑÓN y VEGA DÍAZ), según la cual se trataría de formas cardioevéticas, monosintomáticas de la hiperfunción tiroidea con cardiotirototoxicosis por predominio de la función cardioestimulante sobre la hipermetabolisante. Dejando aparte esta hipótesis no comprobada, las luchas clínicas parecen señalar la coincidencia de una *predisposición* más o menos remota con motivos *desencadenados*; entre estos juega probablemente un papel el hipertono vagal reflejo o psicógeno. La predisposición estaría constituida por los que llama "estados prefibrilares" de la aurícula, representado electrocardiográficamente por variaciones en la morfología vegetativa, con tendencia a los vaptus taquicárdicos o a la extrasistolia funcional, coexiste en algunas de las observaciones que presenta y puede representar un factor predisponente también.

Repasa los factores etiológicos de los paroxismos en los casos estudiados y registra los siguientes hechos: shock o tensión psíquica, excesos de tabaco o café, natación submarina, intervenciones sin anestesia, excitación sexual, dispepsia gastro-intestinal aguda.

En cuanto al tratamiento, una cura digitálica basta en ocasiones para yugular la crisis en uno o dos días. Si no es suficiente habrá que recurrir a la terapéutica quinidínica. Cita también otros tratamientos propuestos: yoduro sódico (CAW), atebriina, medicación antitiroidea, de indicaciones más limitadas a su entender.

10-II-1949

## H I R S U T I S M O

Dr. J. M. Cañadell

(Será publicado *in extenso*)