

# A R S M E D I C A

ENERO 1926

AÑO II - NÚM. 7

## TRATAMIENTO DE LA ARRITMIA COMPLETA

por los Profesores

**H. VAQUEZ**

Catedrático de la Facultad  
de Medicina de París

y

**E. DONZELOT**

Médico de los Hospitales  
de París

La arritmia completa comporta fisiológicamente dos elementos esenciales: el uno auricular—la fibrilación—que constituye el trastorno fundamental; el otro ventricular—la taquiarritmia—que no por su carácter hasta cierto punto secundario deja de constituir un trastorno clínico de una real importancia por sus posibles consecuencias.

Apresurémonos a consignar que con la digital poseemos un maravilloso medicamento de la taquiarritmia ventricular, pero el tratamiento racional de la arritmia completa debe lógicamente dirigirse sobre su propio trastorno fundamental, es decir, sobre la fibrilación auricular. Los trabajos publicados de unos años a esta parte con este fin, acusan un sensible progreso que merece señalarse.

### TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Antes de describir cuanto hace referencia al tratamiento de la fibrilación, dos preguntas de orden apriorístico pueden ser formuladas; a saber ¿es posible prevenir la aparición del trastorno auricular?

¿Una vez estabilizado el trastorno debe ser sistemática y forzosamente tratado?

Es un hecho cierto que en los individuos afectados de cardiopatía mitral, en los ateromatosos, en los hipertensos y en los Brighticos, en los miocárdicos esclerosos y en los Basedowianos, en una palabra en todos aquellos enfermos que nosotros sabemos están amenazados de fibrilación auricular; es posible, hasta cierto punto, alejar el plazo de su aparición, instituyendo una terapéutica etiológica en cuanto sea posible y de un modo especial mediante un régimen higio-dietético estrechamente vigilado. Sin embargo, la misión confiada a estos tratamientos preventivos es todavía por desgracia muy limitada.

Ello plantea con un mayor interés la segunda pregunta: ¿es forzoso tratar toda fibrilación ya estatuida?

La aurícula no es sino un simple reservorio sanguíneo cuya contracción rítmica no constituye para la función ventricular un factor de *necesidad* y sí tan solo de *seguridad*. Es por lo tanto perfectamente lógico discutir la oportunidad de una intervención terapéutica que se plantea en semejantes condiciones; es más, casi nos atreveríamos a decir que se impone a priori la recusación de esta terapéutica, por lo menos en aquellos casos

en los que el trastorno auricular se hace compatible con una salud en apariencia perfecta y un rendimiento cardíaco suficiente.

La experiencia demuestra, sin embargo, que aun en estas condiciones de benignidad, la fibrilación auricular puede llegar a constituir tarde o temprano una amenaza para la aptitud funcional de los ventrículos y por muy lejana que parezca la insuficiencia cardíaca no debe desecharse la conveniencia de tratar en cuanto sea posible todo estado de fibrilación auricular.

En el caso de una cardiopatía asociada y grave este tratamiento estaría teóricamente más indicado, si cabe, por cuanto la arritmia no hace sino frecuentemente precipitar la insuficiencia cardíaca; pero como ya tendremos ocasión de comentarlo en otro lugar de este trabajo la única medicación eficaz que actualmente poseemos contra el estado de fibrilación auricular no es difícilmente utilizable en estas condiciones.

Experimentalmente dos medicamentos se muestran capaces de disminuir y hasta suprimir el estado de fibrilación auricular, a saber, la atropina y la quinidina.

Clínicamente la acción de la atropina es muy mediocre y tiene además el inconveniente de acelerar fuertemente los latidos ventriculares; por estas razones es preciso contentarse con la quinidina que constituye hoy por hoy el medicamento por excelencia de la fibrilación auricular.

Fué en 1918 que FREY afirmó por vez primera que era posible suprimir mediante la administración de quinidina la fibrilación de las aurículas y restablecer en consecuencia el ritmo normal ventricular. SANTESSON, FREDERIC y TERROIN por otra parte habían también utilizado la quinidina en experiencias anteriores, si bien la consideraban activamente inferior a la quinina. La acción de ésta sobre el ritmo cardíaco era perfectamente conocida de los clínicos sobre todo después de los trabajos de CLERC y PEZZI basados en el estudio electrocardiográfico de los efectos de la quinina sobre el corazón normal y patológico en estado fibrilación.

Estos autores a la par que SANTESSON, WENCKEBACH, HECHT y WINTERLORG habían asimismo señalado la posibilidad de una acción de paro, mediante la quinina, sobre la fibrilación de las aurículas.

Cabe a FREY el mérito de haber estudiado comparativamente los diferentes alcaloides de la quina y de haber singularizado entre estos a la quinidina como la poseedora en más alto grado de una acción regulatriz sobre el ritmo cardíaco. Al igual que su isómero la quinina ejerce la quinidina una influencia moderadora y depresiva sobre las diferentes propiedades de la fibra cardíaca pero de un modo especial sobre la excitabilidad.

En el terreno experimental son necesarios dos o tres centigramos de quinina por kilo de animal para obtener una disminución sensible de la excitabilidad auricular.

lar a la corriente ferádica, al paso que basta un centígramo de quinidina para producir el mismo efecto.

Si admitimos con LEWIS que la fibrilación auricular es verosimilmente ocasionada por la aparición de un movimiento circular provocado y mantenido por un acortamiento de la fase refractaria del miocardio, el mecanismo de la acción quinidínica se explica fácilmente. Aumentando la duración de la fase de recuperación de la fibra auricular, la quinidina suprime el factor esencial del movimiento circular, y por poco suficiente que sea dicho aumento no tarda en desaparecer el estado de fibración, ya sea d'emblee ya sea tras una fase de taquisistolia auricular.

Precisa no olvidar, sin embargo, que la acción de la quinidina no queda limitada a modificar la fase de recuperación; al mismo tiempo que alarga esta fase disminuye también la velocidad de conducción muscular y deprime la función de contractibilidad. Si la primera de dichas acciones es particularmente favorable no lo son tanto las dos restantes. El retardo de la conducción se opone al resultado buscado por cuanto contrarresta hasta cierto punto los beneficios obtenidos del alargamiento del período refractario.

Solo merced a este antagonismo pueden explicarse ciertos fracasos de la terapéutica quinidínica. Pero, es por encima de todo, la acción deprimente sobre la contractibilidad, la circunstancia más desfavorable y que, en la mayor grado limita las indicaciones clínicas de la quinidina.

Las aportaciones estadísticas sobre los éxitos y fracasos de la quinidina en el tratamiento de la arritmia completa han sido numerosas desde unos años a esta parte, sobresaliendo en este sentido la documentada Tesis de P. N. DESCHAMPS publicada en 1922.

En dicha Tesis se da a conocer la cifra global de los resultados favorables obtenidos hasta aquella fecha por diferentes autores elevándose a 160 sobre 324 casos tratados. Sin embargo, esta estadística adolece del grave defecto de no estar basada en una cuidadosa selección de los casos tratados, haciéndose caso omiso de las distintas variedades de arritmia completa. Precisamente el problema debe plantearse en una exacta discriminación entre los casos en que la medicación es susceptible o no de rendir un resultado favorable.

La acción de la quinidina nos parece con un máximo de eficacia en aquellos casos en que la fibrilación de las aurículas o bien se acompaña de una disminución moderada de la aptitud funcional cardíaca, o bien se trata de un trastorno "joven", esto es, de reciente producción.

La primera condición es una consecuencia obligada de lo que llevamos dicho sobre la acción depresiva de la quinidina sobre el miocardio, por cuyo motivo precisa disponer siempre de un cierto margen de capacidad funcional cardíaca. Este "margen" tiene no obstante unos límites bastante elásticos, ya que es posible agrandar o mediante un tratamiento tónico cardíaco precediendo a la administración de la quinidina.

La segunda condición caracterizada por la juventud del trastorno se explica también fácilmente, pues es un hecho de observación clínica corriente que la antigüedad de un trastorno se halle en razón inversa de

sus probabilidades terapéuticas. La fibrilación auricular no escapa tampoco a esta ley general.

Como consecuencia de lo que llevamos dicho, la quinidina, será capaz de rendir resultados francamente favorables en los casos de arritmia completa paroxística evolucionando sobre un corazón indemne de toda alteración o bien afectado pero todavía suficiente, y también en aquellos casos de arritmia completa permanente cuya antigüedad es solo de algunos meses sin estar agravada por signos de insuficiencia cardíaca avanzada.

Inversamente proporcionará resultados nulos o francamente desfavorables cuando se trate de una arritmia completa de antigua fecha y a mayor abundamiento si se halla complicada de desfallecimiento cardíaco.

La experiencia clínica ha demostrado hoy plenamente todos estos extremos.

\*\*\*

Consideremos en primer lugar el caso favorable, esto es, el de una fibrilación reciente con rendimiento cardíaco en apariencia normal.

El tratamiento cuenta en esta ocasión con grandes probabilidades de éxito y debe inspirarse en tres principios esenciales: el primero estriba en administrar un producto puro, ya que frecuentemente la quinidina se halla asociada a otros alcaloides de la serie quinínica (cinconidina y cinconinina) extremadamente tóxicos y a los cuales cabe imputar cierto número de accidentes señalados en el tratamiento por la quinidina.

En segundo lugar es conveniente tantear la susceptibilidad individual con dosis pequeñas, por ejemplo dos comprimidos de 20 centigramos (quinidina Nativelle) durante dos días. Si se produjera diarrea, náuseas o vértigos será preciso interrumpir la medicación en espera de emprender una nueva tentativa unos días más tarde.

En el caso de que la medicación sea bien tolerada, un último principio que se impone para obtener el efecto buscado, es el de dar la dosis útil. Esta dosis es habitualmente de 3 o 4 gramos repartidos en tomas cotidianas de un gramo o un gramo 20 centigramos, es decir de 5 a 6 comprimidos.

Prescindiendo de la fase de tanteo, la regularización del ritmo se produce en general hacia el cuarto o quinto día. No hay inconveniente, mientras subsista la tolerancia, en proseguir el tratamiento de un modo discontinuo por un largo tiempo y con las mismas dosis, teóricamente suficientes de cuatro gramos (1).

Cuando la regularización ha sido obtenida puede haberlo sido de un modo inmediato o bien precedida de una corta fase de taquisistolia auricular. El retorno al ritmo normal puede acompañarse de una sensación de bienestar con respiración más libre y mejor descanso nocturno, ello no es sin embargo constante.

(1) Se ha podido sin inconveniente prolongar por largo tiempo un tratamiento de quinidina. CLARK KENNEDY obtuvo en un caso el cese de la fibrilación al cabo de trece días de medicación con una dosis total de 13 gramos de quinidina. En el segundo caso se obtuvo la deseada mejoría tras 26 días de medicación con una dosis total de 45 gramos.

Claro está que estos hechos son absolutamente excepcionales y responden a un criterio de gran acometividad terapéutica que nosotros no compartimos, pero si demuestran por lo menos la inocuidad del medicamento en ciertos enfermos.

¿Es preciso suprimir completamente la medicación cuando ha sido seguida de éxito?

No es este nuestro criterio. La recidivas son frecuentes dentro de un plazo más o menos largo y para prevenirlas precisa continuar la administración de la quinidina discontinuamente. Se dará por ejemplo 40 centigramos diarios de quinidina durante una semana alternando con un período de descanso de 15 días; o bien 1 gramo 20 centigramos (6 comprimidos) los dos primeros días de cada semana.

Puede objetarse que los éxitos obtenidos en estas condiciones son fáciles y poco meritorios por cuanto se refieren frecuentemente a casos de arritmia completa paroxística; es decir, de formas que como deja entrever su definición son susceptibles de cesar espontáneamente.

Ello es exacto y es sensible que no se haya tenido en cuenta en gran número de estadísticas publicadas, sin embargo, tampoco nos parece justificado el afirmar que la acción de la quinidina sea poco menos que insignificante en la génesis de estos éxitos. La práctica clínica demuestra por lo menos la existencia de un doble beneficio cual es el de abreviar la crisis y el de alejar su retorno a condición de proseguir el tratamiento tal como hemos indicado. Se trata pues de un beneficio no despreciable.

Si nos encontramos ante una fibrilación auricular de antigua fecha (a algunos meses o más)—con o sin cardiopatía—pero sin ningún signo de insuficiencia cardíaca, puede a priori instituirse un tratamiento calcado al precedente. Precisaré sin embargo una más estrecha vigilancia sin insistir excesivamente en una tentativa ineficaz e interrumpiéndola incluso, si aparece el menor signo de desfallecimiento cardíaco.

Se han obtenido en estas formas resultados todavía bastante satisfactorios si bien menos frecuentes que en las formas precedentes.

Cuando se trate ya de casos de arritmia completa inveterada con evidente amenaza de desfallecimiento cardíaco y con mayor razón todavía si existe ya una franca insuficiencia miocárdica, constituiría a nuestro modo de ver un lamentable error el intentar inmediatamente una cura de reducción de la fibrilación mediante la administración intensiva de quinidina. Es absolutamente necesario en tales condiciones asegurarse del margen de capacidad cardíaca de que hemos hablado más arriba, so pena de correr el riesgo de agravar el proceso de insuficiencia.

Es bajo todos conceptos recomendable instituir previamente un tratamiento digitalico o uabáinico o ambos conjuntamente. La oportunidad de la quinidina se deducirá de los resultados obtenidos mediante esta cura previa.

Por regla general el tratamiento quinidínico presenta en estas formas de arritmia completa complicada con insuficiencia cardíaca más inconvenientes que ventajas.

En resumen: francamente útil e indicada en la arritmia completa paroxística, la quinidina puede todavía emplearse con algunas probabilidades de éxito en la arritmia completa permanente sin desfallecimiento cardíaco; por el contrario, está contraindicada desde el

momento en que se presenta la insuficiencia miocárdica.

Fáltanos todavía discutir el problema de los posibles peligros de la quinidina en sí e independientemente de la forma clínica, de la arritmia completa a tratar. La quinidina ocasiona como ya hemos insinuado en otro lugar algunos trastornos tales como náuseas, diarrea, cefaleas y estado vertiginoso. Estos síntomas pueden manifestarse desde las primera dosis en cuyo caso la simple suspensión de la medicación es suficiente para que todo esto entre en orden.

Más raramente se producen trastornos bulbares, con síncope, enfriamiento de las extremidades y tendencia al colapso cardíaco. Se han descrito asimismo casos seguidos de muerte. En otros esta terminación fatal ha sido determinada por una embolia que la necropsia ha localizado en el bazo, en el riñón o en el cerebro.

Con toda probabilidad, según lo ha demostrado MACKENZIE, estas embolias son debidas a la proyección de coágulos formados en la aurícula y movilizados en el momento en que bajo la influencia del medicamento las contracciones auriculares recobran su eficacia. Estos mismos accidentes son susceptibles de reproducirse, por razones análogas, consecutivamente al empleo de otros medicamentos activos tales como la digital y la uabaina.

Sin despreciar en absoluto la posibilidad de estos accidentes, somos de la opinión de que nunca un temor excesivo debe impedir la institución de un tratamiento por la quinidina, cuando este tratamiento prudentemente conducido parece, bajo las normas arriba indicadas, con grandes probabilidades de éxito.

De todo lo dicho claramente se desprende que la quinidina es un medicamento interesante con indicaciones muy precisas y cuyos méritos no deben exagerarse ni tampoco despreciar.

#### TRATAMIENTO DE LA TAQUIARRITMIA VENTRICULAR

Si la quinidina modera el estado de fibrilación de las aurículas aumentando la duración de su período refractario, tiene por el contrario una tendencia a acelerar el ritmo ventricular—como la atropina aunque menos intensamente—constituyendo ello un hecho de observación frecuente en las primeras fases de tratamiento por la quinidina.

La digital en cambio exagera el estado de fibrilación acortando la duración del período refractario, auricular, al paso que refuerza energicamente los latidos ventriculares disminuyendo además su frecuencia.

Ambas medicaciones producen, pues, efectos diametralmente opuestos. Existe sin embargo una cierta analogía entre sus correspondientes modos de acción: uno y otro se comportan de un modo totalmente diferente por lo que toca a las aurículas de una parte y a los ventrículos de otra. Este hecho merece no olvidarse por cuanto demuestra cuan desemejantes son ambos órdenes de cavidades y cuan necesario es evitar toda generalización dentro de la terapéutica cardíaca. Aquello que parece una realidad terapéutica en lo que concierne a la aurícula deja de serlo para el ventrículo y viceversa.

Siempre pues que se pretenda actuar exclusivamente

sobre una fibrilación auricular, cualquiera que sea su origen—cardiopatía vulvular, miocarditis crónica, etc.—es preciso abstenerse de utilizar la digital. Cada vez, por el contrario, que se renuncie a modificar la fibrilación en sí misma y se quiera obtener una acción directa sobre los ventrículos deberá acudir a ella.

La digital aparece por lo general contraindicada en las formas de arritmia completa paroxística, estará en cambio logicamente indicada en las formas permanentes inveteradas y encontrará su mayor indicación si cabe en las formas complicadas de insuficiencia cardíaca. Es a esta última acción que la digital debe su reputación tan justificada de maravilloso medicamento cardíaco.

*Taquiarritmia paroxística.*—La digital en este caso más bien agrava la fibrilación y contribuye verosimilmente a prolongar la crisis. No rinde un beneficio útil sino en el caso en que por la misma prolongación decisiva de la crisis aparecen algunos signos de desfallecimiento cardíaco, pero esta eventualidad es rara y prácticamente puede decirse que la digital debe ceder su puesto no solo a la quinidina sino también a los medicamentos calmantes, bromuros, valeriana, etc.

*Taquiarritmia permanente sin insuficiencia cardíaca.*—En este caso la digital cumple una acción mucho más interesante como moderadora del automatismo ventricular que como intensificadora del sístole. Un criterio clínico debe predominar y es el tratar la frecuencia de la arritmia. Prácticamente se admite que toda taquiarritmia cuya intensidad sea superior a cien pulsaciones por minuto debe ser tratada por la digital.

No nos entretendremos largamente en discutir que tipo de preparación digitalica debe ser la preferida—el polvo de digital (a condición de que sea reciente), la tintura, la digitalina, o cualquiera otra preparación—todas son susceptibles de conducir hacia un resultado favorable.

Mucho más importante es la forma de administración del medicamento y las dosis que deben ser empleadas. La vía habitual de introducción debe ser la vía gástrica y la dosis útil debe ser administrada en el término de tres o cuatro días. Si nos servimos por ejemplo de la digitalina en solución al milésimo se prescribirán veinte gotas durante dos días por la mañana y diez gotas los dos días siguientes. Esta dosis es generalmente suficiente para obtener en esta formas de arritmia completa la frenación ventricular buscada.

Creemos innecesario decir que durante este tiempo de cura digitalica el enfermo deberá guardar reposo en cama sin tomar otro alimento que leche.

¿Dentro de que plazo el tratamiento digitalico debe ser renovado?

Dos eventualidades son posibles sobre este particular.

En gran número de ocasiones se tiene la agradable sorpresa de que tras la administración de la digital a dosis útil la arritmia adquiere proporciones moderadas (por debajo de 90 por minuto) y permanece largo tiempo en estas condiciones bajo la sola influencia de una reducción de la actividad general y de una higiene bien entendida—alimentación poco copiosa, ejercicio ligero y metódico, ausencia de veladas prolongadas, de emociones, etc.

En estas condiciones, si se trata de una arritmia completa sobreañadida a una cardiopatía reumática po-

demus abstenernos de toda medicación ulterior. Si por el contrario se trata de una arritmia completa que complica una miocarditis crónica se prescribirá una medicación diurética. En uno y otro caso se vigilará de vez en cuando la frecuencia de la arritmia prestos a reemprender el tratamiento digitalico desde el momento en que empiece a manifestarse una aceleración persistente.

Una segunda eventualidad mucho más frecuente la constituye el hecho de que la arritmia tienda a acelerarse de nuevo una vez la digital se halla enteramente eliminada, esto es a los quince días aproximadamente después de la suspensión del primer tratamiento. Esta contingencia obliga sin reparo a renovar la cura digitalica, dándose el caso frecuente de muchos enfermos que sometidos cada tres semanas a la cura digitalica soportan admirablemente la arritmia durante muchos años.

*Taquiarritmia con insuficiencia cardíaca.*—Constituye como ya lo hemos dicho la indicación máxima de la digital. En esta ocasión actúa según un doble título, esto es, moderando por un lado el automatismo y reforzando por otra parte la contracción ventricular. Si la digital se administra precozmente, desde la aparición de los primeros síntomas de éxtasis visceral y periférico pueden obtenerse resultados muy completos con las dosis precedentemente indicadas.

Si la insuficiencia cardíaca constituye ya un hecho consumado es muchas veces necesario instituir un tratamiento prolongado por cuyo motivo no debe dudarse en llegar, si es preciso, hasta los primeros fenómenos de intolerancia.

Una vez obtenida la reducción de la insuficiencia cardíaca y una moderación de los fenómenos arrítmicos debe suspenderse el tratamiento digitalico para reemprenderlo bajo las mismas condiciones hacia la tercera semana. No es raro que en algunos enfermos pueda reducirse la dosis de digital en los tratamientos ulteriores.

Existen, sin embargo, ciertos casos en los que se ve aparecer rápidamente un bigeminismo del pulso que obliga a una interrupción rápida del tratamiento digitalico, o bien otros en que se llega hasta la intolerancia sin que la acción bienhechora sobre la taquiarritmia se haya producido, y hasta otros, en fin, en que se consigue una moderación de la arritmia pero el síndrome de insuficiencia cardíaca continúa agravándose paralelamente (acción disociada de la digital).

Frente a todas estas desagradables eventualidades es preciso recurrir a un tratamiento distinto. No creemos pueda reportar utilidad alguna el cambio de vía de administración del medicamento ordenando la digital por vía intramuscular o endovenosa.

En los casos de bigeminismo no haríamos sino exagerar el fenómeno; en los casos de insuficiencia cardíaca persistente, los resultados no serían tampoco superiores a los obtenidos por la vía gástrica.

La mejor determinación será proceder a la supresión temporal de la digital y ordenar un tratamiento uabáinico por vía endovenosa (un cuarto de miligramo durante 4 o 5 días o más según los casos). Es bastante frecuente el ver mejorar con este proceder terapéutico

no sólo el síndrome de insuficiencia cardíaca sino incluso la taquiarritmia.

El tratamiento por la uabaína ofrece además de estas circunstancias otra ventaja y es el de reactivar en cierto grado la acción de la digital permitiendo una recuperación total o parcial de su actividad sobre los trastornos arrítmicos y sobre el corazón en general.

Hemos tenido ocasión de asistir diferentes casos cuya situación era positivamente grave por el hecho de la ineficacia del tratamiento digital en los que gracias al *complejo terapéutico*—uabaína y digital—hemos obtenido brillantes y duraderos resultados.

#### CONTROL ELECTROCARDIOGRÁFICO DEL TRATAMIENTO DE LA ARRITMIA COMPLETA

En lo que atañe a la fibrilación auricular el control electrocardiográfico puede ser particularmente útil antes y durante el tratamiento quinidínico.

Con anterioridad al tratamiento permite poner en evidencia la variedad de fibrilación contra la que tenemos que luchar. Las fibrilaciones que se muestran en el electrocardiograma con trazos finos y rápidos implican, en general, un trastorno profundo con gran frecuencia rebelde al tratamiento.

Las grandes fibrilaciones irregularmente interrumpidas por contracciones auriculares eficaces de aspecto casi normal, conocidas impropriadamente con la denominación de *flutter impuro*, traducen por el contrario un trastorno auricular mucho menos intenso y habitualmente más dócil a la acción de la quinidina.

Existe pues con el trazado electrocardiográfico un procedimiento orientador suficientemente explícito para que junto con los datos clínicos sepamos en cada caso dentro de ciertos límites la conducta terapéutica a seguir.

Durante el tratamiento, las curvas electrocardiográficas obtenidas de un modo regular permiten dar perfecta cuenta de los progresos conseguidos y confirman el cese del estado de fibrilación cuando la taquiarritmia desaparece. Esta confirmación no es ni de mucho superflua, como a primera vista pudiera parecer, pues sucede algunas veces que el ritmo adquiere caracteres de absoluta regularidad al paso que persiste el estado de fibrilación auricular.

En lo que se refiere a la arritmia ventricular y las modificaciones de que es susceptible bajo la influencia del tratamiento digital, la electrocardiografía es asimismo capaz de proporcionar las más útiles indicaciones.

No se trata aquí de discutir sobre el alargamiento del espacio P-R del electrocardiograma que produce frecuentemente la digital, ya que por el mero hecho de la existencia de la fibrilación queda suprimido este espacio. Pero es que la digital es susceptible de producir otra modificación de las curvas eléctricas consistente en una inversión de la onda T.

Esta inversión de la T implicaría según los autores americanos, que han especialmente estudiado este accidente electrocardiográfico, una acción directa de la digital sobre el miocardio. Su presencia permitiría pues apreciar hasta cierto punto la acción del fármaco a través del tratamiento.

Sin embargo aun admitiendo que la inversión de la T tenga este significado clínico, es forzoso reconocer que no es siempre fácil poner en evidencia los caracteres de la onda T sobre el trazado eléctrico de una aurícula en fibrilación.

### UNAS OBSERVACIONES AL ARTÍCULO «IDEAS MODERNAS SOBRE LOS TEMPERAMENTOS», DEL Dr. MIRA

Por el Doctor

**G. MARAÑÓN**

Médico del Hospital General de Madrid

El Dr. MIRA dedica en su artículo "Ideas modernas sobre los temperamentos" aparecido en esta misma Revista, algunos párrafos a la interpretación endocrina de este debatido punto, haciendo cariñosas referencias a mis puntos de vista sobre la cuestión y contradiciéndolos con impecable cortesía. Quiero ante todo hacer resaltar esta cualidad de mi crítico. En nuestro país el espíritu de controversia científica se forma en las oposiciones—el cáncer de nuestra ciencia—en el inmoral y estúpido ejercicio de las "trincas"; y este aprendizaje consiste, no en objetar serenamente la labor de otro, para completar, aclarar o inutilizar, si es preciso, sus afirmaciones, en bien de la verdad y sin detrimento del respeto debido al adversario; sino en ver el modo de sorprender a este en un error o errata para tomar pie en él y "cargárselo" como se dice en el argot oposicionista. Así pues, son raros los autores como el Dr. MIRA que leen un trabajo, lo meditan y lo critican con ecuanimidad; con razones y no con insidias o con palabras gruesas.

De mí se decir que lo aceptable que pueda haber en mi obra, se lo debo principalmente a las críticas adversas, que nunca me han faltado, afortunadamente, y a las que siempre he oído con respeto. Un buen crítico es a la propia obra como el espejo a la propia cara. Sin él, no podemos formar un juicio exacto de nosotros mismos. Y nada hay más necio que despreciar las observaciones del contrario o soliviantarse al escucharlas.

La crítica del Dr. MIRA me hace ver un error de mi libro "La Edad Crítica" al que se refiere en su artículo. Pero un error exclusivamente formal. Dice el Dr. MIRA discutiendo mis observaciones sobre los temperamentos y las secreciones internas: "hemos de preguntarnos hasta donde puede admitirse como válida la primera afirmación (de MARAÑÓN) base de todas las demás, a saber: que la constitución y el temperamento, la parte corporal y la psíquica dependen de una causa única: del vigor funcional de las distintas glándulas de secreción interna, de la peculiar "fórmula" endocrina" de cada individuo. Esto equivale a decir que "el conjunto de caracteres somáticos, nerviosos y biológicos que se transmiten por herencia" (definición dada por MARAÑÓN de la constitución) y que "el modo peculiar de reaccionar el sistema neurohumoral del organismo" (definición del temperamento según el propio autor) dependen *únicamente* (causa única) del "vigor funcional de las distintas glándulas endocrinas."