

### Tratamiento del bloqueo aurículo-ventricular con Prednisona

TREATMENT OF ATRIOVENTRICULAR BLOCK WITH PREDNISONE. Caramelli, Z. y R. Ruiz Tellini. *Am. J. Cardiol.* 5: 263, 1960.

Estudian este tratamiento en 31 casos de bloqueo aurículo-ventricular completo. La prednisona reduce el intervalo P-R en 7 de 10 casos de bloqueo de primer grado. Dos enfermos de bloqueo incompleto fueron tratados con éxito. Cinco de siete casos de bloqueo completo pero intermitente también fueron tratados con resultado. En veinte de bloqueo completo y permanente sólo se consiguió una ligera mejoría de la frecuencia ventricular.

Los resultados positivos aparecen a poco de instaurar el tratamiento, y por eso es superfluo prolongar la terapéutica si la mejoría no aparece en los primeros cuatro o cinco días, y es conveniente una supresión gradual de la droga. En cuanto al posible mecanismo de acción suponen que actúa sobre áreas de edema que rodean el nódulo aurículo-ventricular.

### Tratamiento del síndrome de Stokes-Adams

THERAPY OF STOKES-ADAMS SYNDROME. REPORT OF FOUR UNUSUAL CASES, WITH A REVIEW OF THE LITERATURE. Goldberg, T. H. y R. S. Palman. *Am. J. Cardiol.* 5: 540, 1960.

Las recientes adquisiciones en la terapéutica del síndrome de Stokes-Adams plantean al médico la necesidad de revisar los conocimientos sobre la naturaleza del síndrome y las diferentes modalidades de terapéutica utilizable en la actualidad. Exponen cuatro casos de

mostrativos estudiando algunos de los más difíciles problemas. Es importante precisar la etiología del bloqueo aurículo-ventricular en cada caso, y el mecanismo del síncope, es decir, si es asistolia ventricular o aceleración porque es necesario para un tratamiento adecuado. Los agentes farmacológicos más utilizables son isoprotrenol y epinefrina, y se emplean por vía intravenosa para tratamiento de los episodios de asistolia. Isoprotrenol parece de menos tendencia a provocar fibrilación ventricular en el hombre. En enfermos con acidosis e hipercalcemia que no responden a aminas simpaticomiméticas está indicado el lactato sódico molar. En algunos casos de bloqueo cardíaco como complicación de infarto miocárdico agudo, los esteroides adrenocorticales pueden tener alguna utilidad debido a su acción antiinflamatoria. El déficit de potasio puede favorecer la conducción aurículo-ventricular, y según este fundamento pueden ser útiles en el bloqueo cardíaco crónico los esteroides corticales y la clorotiácida. Están contraindicados en el bloqueo cardíaco completo el potasio, la quinidina y la procainamida. La excitación eléctrica rítmica es muy favorable en el tratamiento de episodios de síncope por asistolia ventricular, pero no tiene efecto en episodios de aceleración ventricular. En estos últimos en cambio es eficaz la desfibrilación eléctrica. La colecistectomía puede ser favorable en aquellos casos, en reducida proporción, en los cuales se confirma el diagnóstico de litiasis biliar.

La reanimación en situaciones agudas exige una acción rápida en una serie de fases mientras se mantiene la respiración al mismo tiempo. Si se sospecha asistolia es útil el percutir el tórax y la punción cardíaca seguida de excitación externa o apertura por toracotomía.

Todas estas maniobras se deben realizar en cuatro minutos. Cuando la fibrilación ventricular es la causa del síncope sólo se puede hacer desfibrilación externa o toracotomía con masaje cardíaco,

a no ser que el síncope sea tan breve que se recupere espontáneamente.

### Efectos patógenos de la falta de ejercicio

CARDIAC ADRENERGIC PREPONDERANCE DUE TO LACK OF PHYSICAL EXERCISE AND ITS PATHOGENIC IMPLICATIONS. Raab, W., P. De Paula e Silva, H. Marchet, E. Kimura y Y. K. Starcheska. *Am. J. Cardiol.* 5: 358, 1960.

Los autores destacan la escasez de estudios acerca de los fundamentos fisiopatológicos de las consecuencias de la falta de ejercicio físico, a pesar de la importancia que tienen en las condiciones de vida en lo que va de siglo veinte. Entre los efectos sobre enfermedades físicas y mentales, se han estudiado mejor las afecciones cardiovasculares.

Realizan estas investigaciones sobre la influencia de la falta de ejercicio, y la influencia del ejercicio intenso habitual sobre la situación neurovegetativa cardíaca en reposo en 360 individuos sanos comprendiendo atletas, soldados alpinos, y personas completamente sedentarias.

Analizan la frecuencia cardíaca y la dinámica del ciclo cardíaco en reposo considerando especialmente el período isométrico del ventrículo izquierdo, tomando estos datos como criterio de valoración de influencias colinérgicas (predominio del tono vagal), y de influencias inhibitoras del tono simpático o adrenérgico.

Los resultados, especialmente los datos básicos en reposo demuestran lo siguiente: la falta de ejercicio físico aumenta el tono simpático cardíaco y disminuye la eficacia de la contrarregulación neurovegetativa correspondiente al tono vagal. El entrenamiento físico produce efectos contrarios.

Las consecuencias clínicas de estos re-

sultados pueden ser aspectos de interés en la práctica. El predominio del tono del simpático mantenido de forma crónica por exceso de formación o acúmulo de catecolaminas o condicionado por la insuficiente acción antagonista vagal suponen que puede desempeñar un papel importante y a menudo decisivo en el origen de ciertas situaciones patológicas, como angor, determinadas arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva, necrotización bioquímica del miocardio, y muerte cardíaca «fisiológica». Y discuten la posible facilitación de la aterogénesis por el predominio adrenérgico.

El tabaco parece ser que ejerce escasa influencia sobre la situación neurovegetativa cardíaca de base a pesar de los efectos adrenérgicos inmediatos del tabaco. Finalmente señalan el interés de estudiar medidas profilácticas para evitar las consecuencias de la vida sedentaria.

### El efecto del alcohol en el Electroencefalograma

THE EFFECT OF ALCOHOL ON THE ELECTROENCEPHALOGRAM. H. W. Newman. *Stanford. Med. Bull.* 17: 55, 1959.

El autor estudia el efecto del alcohol en siete personas que se prestan voluntariamente a la experiencia y en dos alcohólicos crónicos. El alcohol fue administrado por vía oral en forma de whiskey o alcohol diluido al 20 por ciento, a la dosis de 0,1 cc. de alcohol por libra de peso corporal, a intervalos de 20 minutos en los individuos normales. El alcohol se administró hasta que los individuos perdían el equilibrio en menos de 15 segundos al sostenerse sobre un pie. Se efectuaron registros cinco minutos antes de cada dosis de alcohol, en cuyo momento se determinó la concentración de alcohol, en sangre extraída de la vena cubital, y también durante los períodos