

La preocupación fundamental de los investigadores en el campo de la higiene mental es la elaboración de métodos para la liberación individual y colectiva de las posibilidades humanas para el bien común.

Este nuevo concepto de la modificabilidad de la naturaleza humana mediante la comprensión de barreras por lo demás inconscientes, sugiere caminos para eliminar los obstáculos que se oponen al desarrollo personal y social. Los factores primarios que conducen a una mejor salud mental son la adquisición por el individuo de conocimiento de sí mismo y la comprensión social colectiva. Los esfuerzos en favor del propio grupo pueden ser compatibles con los esfuerzos en favor de la humanidad en general.

TERAPÉUTICA

LA RECONSTRUCCIÓN DESPUÉS DE LAS LESIONES POR IRRADIACIÓN

Dr. P. W. GREELEY

University of Illinois y St. Luke's Hospital, Chicago, Ill

AREELEY le impresionó profundamente la observación de pacientes que buscan la reparación quirúrgica plástica después de haber estado sometidos a roentgenoterapia más de 45 años antes, habiéndose producido desintegración y degeneración carcinomatosa después de este largo intervalo. Aunque, en comparación con el gran número de tratamientos con rayos X y radio, el total de lesiones es relativamente pequeño, para el especialista de cirugía plástica que ve pacientes con tales lesiones, el número parece excesivamente grande. Algunas de estas lesiones obedecen a lesiones incidentales consecutivas al tratamiento de lesiones profundas, mientras que otras muchas surgen en manos de operadores mal preparados o inexpertos. Todos los tipos de tratamiento con rayos X, bajo otro nombre y a menudo en manos de profanos, constituyen una seria amenaza para el público.

Los síntomas típicos de la dermatitis crónica por los rayos X son dolor intenso, prurito y después ulceración. Frecuentemente, los síntomas son tan intensos, que producen habituación a la morfina, y no puede obtenerse alivio hasta que se ha extirpado el tejido lesionado. Después de la extirpación quirúrgica, el alivio es espectacular. Se puede prever la curación permanente tan pronto como haya cicatrizado el defecto creado por la extirpación quirúrgica.

De importancia sintomática secundaria son la atrofia, las telangiectasias y algunas pequeñas contracturas de la piel. Como en otras lesiones cutáneas asociadas con falta de vascularización, la ulceración crónica y la degeneración crónica no son infrecuentes.

Después de describir las alteraciones anatomopatológicas, el autor se ocupa del tratamiento, señalando que cuando se tiene en cuenta la avascularización producida por este tipo de lesiones, resulta evidente que poco puede hacer el tratamiento conservador. A pesar de los informes entusiastas presentados por los defensores de las aplicaciones locales de pasta de radón o de hojas de aloe vera, el autor, al parecer, sólo ha visto aquellos pacientes que no respondieron a este sencillo tratamiento. Como la reacción patológica es progresiva e irreversi-

ble, el autor considera que sólo puede esperarse una curación permanente cuando todo el tejido lesionado ha sido extirpado hasta una zona con buena irrigación sanguínea. Si esta extirpación no es lo bastante amplia, fracasarán las operaciones reconstructivas, pudiendo producirse después degeneración alrededor o por debajo de la zona de la primitiva extirpación. Debe subrayarse de nuevo que el intenso dolor y el prurito se alivian tan pronto como han sido extirpados los tejidos lesionados. El problema que queda es el de la reconstrucción del defecto cutáneo creado por la extirpación quirúrgica.

Algunos defectos pueden cerrarse mediante sutura primaria después de disecar adecuadamente por debajo los colgajos de tal modo que puedan ser movi-
lizados sin tensión. La mayoría de los defectos cutáneos, por su naturaleza y tamaño, habrán de ser cubiertos por un injerto o colgajo de piel.

EFFECTO DE LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE GLUCOSA Y AMINOÁCIDOS SOBRE LA GLUCOSURIA Y LA SECRECIÓN DE ORINA EN EL HOMBRE

Drs. C. E. LOCKHART y R. ELMAN
Columbia, Mo.

CREEN LOCKHART y ELMAN que tiene importancia clínica saber a qué velocidad deben inyectarse por vía intravenosa las soluciones de glucosa sin producir glucosuria y una diuresis no deseada. En 32 sujetos seleccionados administraron por vía intravenosa 104 inyecciones, cronometradas y controladas, de un litro de solución de glucosa. Los sujetos eran pacientes de las salas quirúrgicas generales de dos hospitales; fueron considerados como normales por el hecho de que todos ellos estaban en espera de intervenciones plásticas u otras operaciones electivas, y consintieron en aplazar el día de la operación con objeto de tomar parte en este estudio, o habían sufrido la operación por lo menos ocho o diez días antes y estaban ya levantados y a punto de ser dados de alta del hospital.

Todos los sujetos tenían análisis de orina normal, glucemia normal y concentración normal de nitrógeno no proteínico. Se pesó a cada sujeto la tarde antes del experimento, y el ritmo de administración de la glucosa se calculó sobre esta base. Las soluciones de glucosa empleadas fueron las utilizadas habitualmente en las salas de hospital, y se administraron por vía intravenosa en la cantidad usual (1 litro) a diversas velocidades, oscilando entre 0,35 y 3,1 gramos por kg. y por hora.

En cada caso se midió la presencia y grado de la glucosuria resultante de cada inyección y el grado de la diuresis asociada. Se utilizaron las siguientes soluciones: glucosa en agua al 5 por 100; glucosa al 5 por 100 en solución salina isotónica; glucosa al 10 por 100 en agua; glucosa al 10 por 100 en solución salina isotónica; amigen al 5 por 100 en solución de glucosa al 5 por 100; amigen al 5 por 100 en solución de glucosa al 10 por 100; aminoácidos puros al 5 por 100 en solución de glucosa al 5 por 100; glucosa al 15 por 100 en agua; glucosa al 15 por 100 en solución de amigen al 5 por 100; glucosa al 15 por 100 en solución de aminoácidos puros al 5 por 100; solución salina isotónica.