

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 diseccionar 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.

No se dió nada por vía oral desde la medianoche anterior a la inyección matinal. Se vació por completo la vejiga de modo natural o por cateterismo inmediatamente antes de comenzar la inyección intravenosa. Se conservó toda la orina durante el siguiente período de cuatro horas, incluyendo el tiempo empleado en la inyección intravenosa. Al final del período de cuatro horas hizo el paciente una micción completa o se le vació la vejiga por cateterismo. Cada sujeto fué mantenido en la cama en decúbito supino, iniciándose y manteniéndose la inyección a una velocidad constante por medio de un dispositivo ordinario para la administración intravenosa con una pinza de tornillo; se mantuvo la vigilancia durante todo el período de administración con objeto de asegurar una velocidad constante. No se permitió la ingestión de alimento o líquidos durante el período de cuatro horas.

Encontraron los autores que la velocidad máxima de inyección de la glucosa sin producción de glucosuria es aproximadamente de 0,5 gramos por kg. y por hora. Esta cifra es muy inferior a la de 0,85 gramos por kg. y por hora que encontraron WOODYATT y sus colaboradores. En la aplicación clínica debería utilizarse este ritmo más lento de inyección cuando se administra glucosa por vía intravenosa, incluso a pacientes en buen estado de salud, con objeto de evitar la glucosuria y la diuresis asociada.

La secreción de orina se redujo considerablemente cuando había solución isotónica en la solución intravenosa. Las concentraciones más altas de glucosa tendían a producir más diuresis que las concentraciones más bajas, y la cuantía de la diuresis tendía a aumentar al hacerlo la velocidad de administración.

Se obtuvieron pruebas de que la adición de hidrolizados de proteínas (amigen) o aminoácidos puros a las soluciones de glucosa aumentaban la rapidez de utilización de la glucosa por los tejidos. Esto se demostró por una glucemia más baja y menos glucosuria cuando había aminoácidos que cuando se dieron soluciones de glucosa sola a la misma velocidad.

EFECTOS DE LOS SALICILATOS

Dr. WILLIAM S. HOFFMAN,

POMERANC, MARK; VOLINI, ITALO F.; y NOBE, CATHERINE; Chicago, Ill.

Durante el curso de la evaluación clínica de una nueva tableta de aspirina que contiene hidróxido de aluminio, HOFFMAN, POMERANC, VOLINI y NOBE estudiaron el efecto de la aspirina en dosis elevadas sobre el curso de la fiebre reumática aguda y algunas de las modificaciones bioquímicas que se producen durante su administración. Su informe se refiere especialmente a los hallazgos con respecto a la velocidad de sedimentación, concentración de protrombina y equilibrio ácidobásico. Ochenta pacientes adultos con fiebre reumática aguda fueron tratados con aspirina hasta la desaparición de los síntomas clínicos de la enfermedad.

De 65 pacientes en los que se inició el tratamiento con tabletas corrientes de aspirina, 8 se quejaron de molestias gástricas después de la ingestión. Estas molestias desaparecieron al emplearse tabletas que contenían aspirina e hidróxido de aluminio. En la mayor parte del período de tratamiento en todos los pacientes se administró aspirina con hidróxido de aluminio. En casi todos los pacientes se produjeron algunos síntomas de salicilismo cuando la concentración de salicilato del plasma era superior a 30 mg. por 100 c.c.