

en las esquizofrenias de comienzo según la experiencia de los autores.

El test de Rorscharch, practicado después del cuadro agudo, es semejante al que se recoge en los síndromes orgánicos generales.

La prednisona y el ACTH hicieron remitir totalmente el cuadro psicótico agudo.

## BIBLIOGRAFIA

BRODY, S.—Psychiatr. Quater., 30, 44, 1956.  
CLARK, E. C. y BAILEY.—Ref. Year Book Neurol., Psychiat. and Neurosurg., 1956-57.

- GARCIN, R.—Rev. Neurol., 9, 511, 1955.  
GLASSER, G. H.—Ref. Year Book Neurol., Psychiat. and Neurosurg., 1956-57.  
GUEFT, B. y LAUFER, A.—Ref. en Rev. Clin. Esp., 58, 1955.  
HEPTINSTALL, R. H. y SOWRY, G. S. C.—Brit. Med. J., 4, 757, 525, 1952.  
JERI, R.—Rev. Neuropsiquiat., 16, 193, 1953.  
MALAMUD, N. y SAVER, G.—Arch. Neurol. Psychiat., 71, 723, 1954.  
MCCLARY, A. R., MEYER, E. y WEITSMAN, E. L.—Psychosomatic Med., 17, 311, 1955.  
PIPER, PH. G.—Journ. Am. Med. Ass., 153, 215, 1953.  
ROF CARBALLO, J.—Disproteinemias. Paz Montalvo, Madrid. 1953.  
ROGER, J., RANCE, A. M. y POISON, R.—Rev. Neurol., 92, 591, 1955.  
SIEKERT, R. G. y CLARK, E. C.—Neurology, 5, 84, 1955.  
TALBOTT, J. H. y MOLERES, R.—Enfermedades del colágeno. Científico-Médica. Madrid-Barcelona, 1957.

## UN CASO DE REPARACION PLASTICO-FACIAL EN HERIDA POR ARMA DE FUEGO

M. MARTÍNEZ CONDE.

Santander.

X. X., de veintisiete años, con propósitos suicidas, se dispara un tiro de escopeta de caza del calibre 16, introduciéndose el cañón en la boca. Para realizarlo eligió una solitaria cabaña distanciada de sus familiares, de donde fué recogido a los dos días en estado moribundo.

Trasladado a Santander, se procede urgentemente a su reanimación y primera cura. Mientras se le transfunden 500 c. c. de sangre total, se aprovecha la insensibilidad del shock para la limpieza mecánica de la zona traumática, retirando los cuerpos extraños de estiércol, hierba, coágulos y esquirlas óseas, después de lo cual se pudieron apreciar las siguientes lesiones de las que las fotografías números 1 y 1 bis sólo proporcionan una visión panorámica externa: fractura del maxilar inferior con pérdida del ángulo mentoniano y cuerpo, en el lado derecho, hasta nivel del primer molar, del que quedan al descubierto sus raíces, y en el izquierdo, hasta el tercer molar, inclusive. En el maxilar superior han desaparecido

los incisivos centrales, canino y todos los molares del lado izquierdo; el incisivo y el canino del lado derecho, que aparecen visibles en la fotografía, estaban desarticulados y se desprendieron a los pocos días. En la bóveda palatina se aprecia una perforación sensiblemente ovalada que deja penetrar con holgura el dedo índice enguantado, y otra yuxtapuesta del calibre de un lapicero. En las partes blandas, la fotografía muestra el extenso destrozo desde la altura de los huesos propios de la nariz hasta la región supraioidea con pérdida de la comisura labial y parte de los labios superior e inferior del lado izquierdo. En la parte superior de la herida, intensamente infectada y de olor fétido, se observa un ligero en fisema y desprendimiento de burbujas gaseosas. Ha debido perder gran cantidad de sangre, pero ni en la primera cura ni en las sucesivas se necesitó ninguna práctica hemostática en la herida, todo ello de aspecto sucio y esfaceloso.

Se espolvorea abundantemente la superficie traumática con terramicina en polvo y se deja totalmente abierta la herida. Colocación de una sonda esofágica por nariz, y con todo preparado para traqueotomía de urgencia, se traslada al herido a la cama, donde se instaura un gote a gote venoso de 500 c. c. de suero salino al que se incorpora el contenido de dos ampollas de terramicina endovenosa de 250 mg. cada una. A media tarde, y a las once de la noche, se le cura en la cama.



Fig. 1.



Fig. 1 bis.

ranversándole el colgajo y repitiendo la aplicación "in loco" del polvo de terramicina. Bastante recuperado del shock, se le inyecta suero antitetánico y antigangrenoso y pasa la noche sin necesidad de calmantes y con buena respiración.

Al día siguiente se le practican cuatro curas obligadas por el derramamiento de saliva y al objeto de continuar el espolvoreamiento "larga manu" con terramicina. Han desaparecido la fetidez y el desprendimiento de gases, ofreciendo la herida un aspecto que nos asombra por el cambio sufrido en tan pocas horas. Se repiten el suero antitetánico y antigangrenoso y se le introducen líquidos nutritivos y agua por la sonda esofágica, satisfaciendo su insaciable sed. Lo tolera perfectamente. Pulso a 110. Temperatura, 39,4. Tensión arterial: Máxima, 11,5, y mínima, 7. Duerme con alguna dificultad por caída de la lengua, pero descansa lo suficiente para mostrarnos, por señas, su arrepentimiento.



Fig. 2.

Se continúa la misma conducta terapéutica hasta el cuarto día, en que por estar apirético el lesionado se levanta de la cama; se suprime los inyectables de terramicina y se le hacen dos curas diarias con polvo de la misma y se le afrontan con tiras de esparadrapo los bordes de la herida. En una de estas curas se obtuvo la fotografía número 1 de las que ilustran esta modesta referencia.

Al sexto día de ingreso en el sanatorio del herido, en estado moribundo, es tal el grado de limpieza obtenido con la terramicina local, que se han desprendido numerosos esfacelos de músculo, mucosa y hueso que no nos atrevimos a resecar el primer día por temor a hemorragias, y ante la magnífica y precoz granulación, decidimos para el día siguiente proceder a la restauración quirúrgica.

Anestesia por intubación nasolaringea con taponamiento faringeo. Resección en toda su extensión y profundidad de los bordes de la herida con una hoja de afeitar Guillet. Saltan los cabos de la facial, que se ligan, al igual que otros pequeños vasos, y se hace una sutura en un plano con hilo de Nilon número 12. La pérdida de parte de los labios no se tiene en cuenta y se suturan estirándolos lo más posible, a sabiendas de que le queda una microstomía fácilmente corregible posteriormente. Los hilos no se anudan hasta pasados todos, y sólo des-

pués de inundar la parte cruenta con polvo de terramicina. Se invierten los labios y se colocan algunos puntos de catgut intrabucales que afrontan la mucosa. Con un pequeño drenaje tubular de goma submentoniano se termina la intervención, que ha durado apenas media hora. No se ha intervenido sobre la pérdida ósea del maxilar.



Fig. 3.



Fig. 4.

inferior ni sobre las perforaciones del paladar, cuestiones que se dejan para más favorable ocasión, si fuera necesario el injerto óseo submucoso y posible la uranostafilorrafia. A las veinticuatro horas se retira el drenaje y dos días más tarde la sonda nasoesofágica, deglutiendo sólidos y líquidos bien. Se levanta, y a los diez días se le retiran todos los puntos de sutura externos, después de impresionar la fotografía número 2, en la

que aparecen todavía colocados. Se le da de alta sanitaria y marcha a su casa para volver a ser visto a los seis meses. Come de todo utilizando las muelas del lado derecho. Los líquidos se le escapan a veces por las perforaciones palatinas y tiene el habla característica de este trastorno. Ultimamente se le ha corregido la microstomía con técnica de Dieffenbach, obteniendo el resultado que muestran las fotografías números 3 y 4, obtenidas al mes y medio de practicada esta última intervención correctora. Se le aconseja una prótesis con paladar que le tape las perforaciones al no ser posible lograrlo por urano-estafilografía y ser el único trastorno de que se lamenta.

#### COMENTARIO.

El trabajo del cirujano en este caso carece de todo mérito y resultó incluso sencillo. Fué la terramicina, principalmente en polvo, la que obró maravillosamente yugulando en tan poco tiem-

po una infección tan intensa y grave, por lo que es de justicia atribuir a ella la curación, pues reconociendo que la boca y cara, por su abundante riego sanguíneo, se prestan para obtener reparaciones quirúrgicas que, como las de nuestro caso, asombran por sus resultados estéticos, también sus infecciones adquieren suma gravedad por la continuidad de la circulación venosa con el seno cavernoso, que aquí ofrecían las mayores probabilidades de originar una trombosis.

En las úlceras por decúbito y en los ántrax —hemos tratado recientemente uno de 15 centímetros de diámetro—el polvo de terramicina, aplicado después de la extirpación de la zona necrótica, proporciona curaciones espectaculares que hasta ahora requerían un largo período de molestas curas con la secuela de cicatrices deformes.

## REVISIONES TERAPEUTICAS

### ANALISIS DE LA ACCION DE LOS MEDICAMENTOS ANTIBIOTICOS Y QUIMIOTERAPIOS ANTITUBERCULOSOS

J. ALIX Y ALIX.

Centro de Colapsoterapia. Madrid.

La Comisión de Antibióticos de la Unión Internacional contra la Tuberculosis nos encargó de realizar una encuesta sobre ciertos aspectos de los antibióticos que constituyen los epígrafes de este artículo, según los datos de la literatura en lengua española durante el período 1954-1956. Creemos interesante publicar el resultado de esta revisión, sobre todo porque es útil para el que no pueda manejar la bibliografía especializada.

Una revisión completa de los estudios realizados en lengua castellana durante los años 1954 a 1956 sería impracticable, a causa del insuperable número de los trabajos aparecidos en el plazo de tiempo mencionado, por lo que este estudio se va a limitar a comentar solamente algunos de los trabajos, sin que ello prejuzgue nada en contra de los que no se mencionen. No es posible pretender encontrar trabajos de una absoluta originalidad en el sentido de aportar hechos nuevos no conocidos hasta la fecha de su publicación, ya que en el mundo actual es difícil encontrar originalidad en casi ningún tema. Sin embargo, los trabajos comentados pueden, en todo caso, tener un interés.

#### A. TIPOS DE MEDICAMENTOS.

1) *Isoniazida sola*.—Desde el punto de vista experimental queda demostrado<sup>1</sup> que en el animal de laboratorio la Isoniazida es capaz de determinar la regresión rápida de las lesiones al cabo de dos meses

de tratamiento; pero se puede comprobar la reproducción de las alteraciones pulmonares al cabo de los sesenta días de haber abandonado el tratamiento. Si el tratamiento de los animales inoculados se hace de una manera discontinua, el efecto de la droga puede invertirse, y esto tiene importancia fundamental al aparecer diseminaciones con localizaciones especiales en el bazo. En ninguno de los animales se logró esterilización absoluta de las alteraciones específicas tuberculosas.

Esta acción de la Isoniazida sola, estudiada desde el punto de vista bacteriológico, ha conducido<sup>2</sup> a demostrar una atenuación notable de la virulencia de las cepas bacterianas resistentes. Se ha pretendido averiguar si los gérmenes atenuados, aislados de las cepas isoniazido-resistentes son diferenciables del bacilo de Koch. La inoculación de diluciones muy diluidas de bacilos resistentes puede producir en el animal de experimentación efectos muy similares a los observados cuando se inocula BCG. Pero si se procede a la inoculación de suspensiones concentradas de estos bacilos resistentes, se obtiene, además del absceso en el punto de la inoculación, la hipertrrofia y la caseificación de los ganglios satélites, mientras que la inoculación de bacilos BCG en las mismas condiciones no determina nunca la caseificación ganglionar.

En las experiencias que mencionamos no se encontraron ninguna lesiones bacilares generalizadas cuando se emplearon bacilos isoniazido-resistentes; pero de estos hechos no se ha podido llegar a ninguna conclusión categórica, ya que los animales no fueron seguidos en su observación hasta los plazos de seis a nueve meses de su inoculación.

De todos modos, se obtuvo una conclusión relativamente importante, y es la de la disminución notable de virulencia de las razas resistentes a la Isoniazida, hecho que ha sido demostrado en otras latitudes.