

PENICILINA EN OTORRINOLARINGOLOGIA

La mayor cantidad de penicilina disponible ha permitido su empleo en las afecciones correspondientes a esta especialidad de la Medicina. Entre ellas se ha prestado especial atención al tratamiento del coriza común, infecciones estreptocócicas de la faringe, angina de Vincent y sinusitis.

En cuanto al empleo de la penicilina en el coriza común, si se hace precozmente puede efectivamente prevenir la infección secundaria por gérmenes piógenos, y si se utiliza más tarde, consigue hacer desaparecer la secreción purulenta en la mayoría de los casos y reducirla considerablemente en los restantes.

En lo que se refiere a las infecciones estreptocócicas de la faringe, especialmente a la amigdalitis aguda, la penicilina no representa un gran avance, puesto que ya se cuenta con preparados muy eficaces, como son las sulfonamidas y el bismuto; pero la curación en estos casos puede acelerarse considerablemente por el empleo de penicilina local en forma de pastillas; el uso de pastillas de penicilina en la amigdalitis folicular intensa no previene el progreso hacia el absceso periamigdalino, puesto que la penicilina local no penetra en las criptas, y una

vez que el pus se ha formado, no hay más solución que la quirúrgica. Esta forma de administración de pastillas de penicilina tiene su mayor valor en el tratamiento de los enfermos después de la amigdalectomía, pues se consigue una gran reducción en la cantidad de exudado en el lecho amigdalino y se favorece la curación con producción de una cicatriz menor, y, por otro lado, los síntomas postoperatorios inmediatos son menos marcados.

En la angina de Vincent la penicilina es de una enorme eficacia. Los resultados se manifiestan inmediatamente por mejoría del dolor y desaparición del fetor, consigiéndose la curación sintomatológica y bacteriológica en un plazo máximo total de cuatro días y medio.

Respecto a las sinusitis, las experiencias no son tan alentadoras, empleándola tanto por vía sistemática como en perfusión local. Los beneficios de esta terapéutica se obtienen fundamentalmente en los casos de sinusitis aguda o subaguda, pero, en cambio, poco o nada se consigue en los casos de sinusitis crónica, donde únicamente puede ser eficaz como colaboradora de la Cirugía.

BIBLIOGRAFIA

Discusión sobre penicilina en rinología.—Proc. Roy. Soc. Med., 39, 279, 1946.

CONSULTAS

En esta sección se contestará a cuantas consultas nos dirijan los suscriptores sobre casos clínicos, interpretación de hechos clínicos o experimentales, métodos de diagnóstico, tratamientos y bibliografía.

A. P. C.—En una enferma asmática habían fracasado todos los procedimientos terapéuticos ensayados. El empleo de inhalaciones con un preparado a base de adrenalina consiguió su curación o mejoría duradera. ¿Cuál es la base científica del método y qué bibliografía existe sobre el asunto?

En el acceso asmático se han empleado distintas clases de inhalaciones, siendo las más conocidas las de helio y las de adrenalina, de las cuales son las citadas en segundo lugar a las que se refiere la consulta. Aunque se habían propuesto las inhalaciones de adrenalina hace ya muchos años por HUEBER y LAGEDER, la generalización del método se produjo en 1935, cuando GRAESER y ROWE (J. Allergy, 6, 415, 1935) emplearon inhalaciones de adrenalina al 1 por 100, lo mismo que realizó casi simultáneamente MATZGER (Calif. and West. Med., 43, 1, 1935). La base del método consistiría en ob-

tener una concentración elevada de adrenalina en el espesor de la mucosa bronquial, sin que se manifiesten los efectos generales que acompañan a la inyección de esta sustancia. Las inhalaciones se consiguen con un vaporizador de mano, que hace pasar a través de la solución el aire impulsado por una pera de goma. Ha de tenerse la precaución de realizar la vaporización en la fase inspiratoria, a fin de que el medicamento penetre hasta el interior del alvéolo.

Así como en los momentos iniciales del acceso asmático éste puede yugularse con la inhalación en la forma expuesta, una vez comenzado el acceso o en casos de estado asmático las excursiones respiratorias suelen ser demasiado pequeñas para hacer penetrar la solución de adrenalina hasta la profundidad del aparato respiratorio. En estos casos es preciso recurrir a las inhalaciones con oxígeno a presión, como las propuestas por RICHARDS, BARACH y CRONWELL (Am. J. Med.

Sci., 199, 225, 1940), o por SUZMAN (Guy's Hosp. Rep., 88, 66, 1938), en las cuales se inhala la corriente procedente de un tubo de oxígeno, de tal forma, que pasen 4 a 7 litros del gas por minuto, y se logra la vaporización de 1 c. c. de la solución medicamentosa en tres a diez minutos.

Las soluciones más corrientemente usadas para las inhalaciones en el asma son la adrenalina al 1 por 100, la adrenalina al 10 por 100 (LARSEN y NIELSEN, Acta med. scand., 91, 197, 1937), la aleudrina (derivado isopropílico de adrenalina sintética, empleado por ROESSLER, Wien. klin. Wschr., 53, 974, 1940), el vaponefrin (que contiene adrenalina al 1 por 100 y clorobutanol al 0,5 por 100), neosinefrina al 1-5 por 100, bencedrina (SWINEFORD, J. Allergy, 9, 572, 1938), etc. Los más activos de los preparados utilizados parecen ser los constituidos por adrenalina, especialmente a grandes concentraciones. La mayoría de los clínicos que tienen experiencia sobre el método sostienen su inocuidad. Unicamente, en opinión de GALIANI, PROESCHER, DOCK y TAINTER (J. Am. Med. Ass., 112, 1929, 1939), las soluciones de adrenalina de concentración superior a 1 por 100 determinarían una pérdida de los cilios en las células bronquiales y aun pequeñas ulceraciones en el epitelio bronquial por su acción irritante.—E. LÓPEZ GARCÍA.

E. G. O.—En un enfermo tuberculoso de cincuenta y tres años, con una forma fibrosa y con numerosas bronquiectasias, se presentan desde hace ocho años hemoptisis todos los veranos. Se habla ahora de que la histamina liberada en el medio pulmonar es una de las causas de las hemoptisis. ¿Cómo lograría una desensibilización a la histamina en este caso?

Su enfermo parece poseer motivos sobrados para la presentación de hemoptisis para tener que recurrir a una supuesta sobreformación de histamina en el foco pulmonar, hipótesis que solamente tiene en su favor la imposibilidad de demostrar que es falsa por determinación directa, pero que no se apoya en ningún dato. Como actualmente se concece bien la aparición de fenómenos reaccionales por la formación excesiva de histamina, es relativamente fácil llegar al diagnóstico de la misma, lo cual puede intentarse en su caso. En cuanto a la desensibilización con histamina, no es bien conocida en su esencia. No es debida a que se originen histaminasa ni otros cuerpos neutralizantes de la histamina. En la práctica se logra mediante la inyección de dosis muy pequeñas de un preparado de histamina, de los que existen varios en el mercado nacional (Alergenol, Ul-Cladene, etc.), de un modo graduado, incrementando progresivamente las dosis.—E. LÓPEZ GARCÍA.

INFORMACION

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

ORDEN de 23 de diciembre de 1946 por la que se suspende la admisión de nuevas inscripciones en el Registro de la Comisaría de Asistencia Médico-Farmacéutica.

Ilmo. Sr.: La asistencia médica colectiva libre, es decir, la asistencia médica en enfermedades proporcionada por Sociedades organizadas a tal fin, bien sean de tipo mercantil o mutuales, y sostenidas mediante el pago de una cuota periódica, han sido repetidas veces objeto de la atención del Poder Público; desde el año 1920, en que aparece el primer Decreto sobre dicho asunto, diversas disposiciones legales han tratado y, en parte, conseguido, regularizar las relaciones entre Sociedades y afiliados a fin de conseguir la mayor eficacia en los servicios sanitarios ofrecidos.

La puesta en práctica de los Seguros sociales de carácter sanitario, las normas de trabajo de personal facultativo y auxiliar que en dichas entidades presta sus atenciones, han modificado profundamente el funcionamiento de la asistencia colectiva libre, produciendo en algunos casos la ineeficacia de disposiciones existentes y ocasionando en otros interpretaciones diversas que pueden motivar cuestiones de competencia. Resulta, por tanto, en el momento presente, que sobre este asunto de asistencia colectiva existe una legislación en gran parte inadecuada, y es prudente, por consecuencia, revisarla y redactar de nuevo aquellas disposiciones que tiendan a hacer eficaz y reducida a los términos justos de su extensión social la tutela y vigilancia del Poder Público sobre este aspecto de las prestaciones sanitarias.

En consideración a estos motivos, este Ministerio ha tenido a bien disponer lo siguiente, de acuerdo con el Consejo Nacional de Sanidad:

1.º A partir de la promulgación de esta Orden mi-

nisterial quedará suspendida la admisión de nuevas inscripciones en el Registro de la Comisaría de Asistencia Médico-Farmacéutica, así como cualquier petición de ampliación de ámbito territorial de las actualmente existentes; suspensión de carácter temporal, que cesará automáticamente en el momento de la publicación de los nuevos Reglamentos.

2.º Quedará constituida, bajo la presidencia del ilustrísimo señor Director general de Sanidad, una Comisión encargada de estudiar la promulgación de aquellas disposiciones legislativas precisas que regulen las normas, reglamentación y atribuciones señaladas a la Comisaría de Asistencia Médico-Farmacéutica. De esta Comisión formarán parte: dos delegados de la Dirección General de Sanidad, un representante de la Dirección General de Trabajo, dos representantes del Consejo General de Colegios Médicos de España, un representante del Consejo General de Colegios Farmacéuticos, un representante del Consejo General de Auxiliares Sanitarios, un representante de las Sociedades de carácter mercantil, un representante de las mutuales y otro de la "Obra Sindical 18 de Julio".

3.º Dicha Comisión redactará, en un plazo que no exceda de cuatro meses, a partir de la fecha de su designación, el proyecto aludido en el artículo anterior, que lo elevará a conocimiento y aprobación, en su caso, de este Ministerio. El anteproyecto que ha de servir de base para confeccionar el que ha de elevarse a este Ministerio será confeccionado por el Consejo General de Colegios Médicos, en plazo improrrogable de sesenta días, a contar de la fecha de la publicación de la presente Orden.

Lo digo a V. I. para su cumplimiento y efectos siguientes.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 23 de diciembre de 1946.—Pérez González.

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

(B. O. del E. de 28-XII-1946.)