

del embarazo. La proporción de lesiones palatinas siguiendo esta técnica fué considerable (17 casos entre 35 embriones estudiados). En otros casos el embarazo no prosperaba, pues había reabsorción de la camada.

Creemos que nuestra observación tiene un doble interés. Por una parte, porque nos relaciona una enfermedad de cierta frecuencia, como es el síndrome de Cushing, con la presentación de ciertos defectos congénitos. Por otra, tiene importancia, por cuanto la posibilidad de este peligro nos debe hacer meditar antes de hacer un tratamiento cortisónico en una embarazada, particularmente en las fases precoces, antes de que tenga lugar la soldadura de los septos palatinos, es decir, antes del final del segundo mes de la gestación, cuando el tamaño embrionario es de unos 45 milímetros.

Aunque siempre hay peligro en biología de relacionar hechos adquiridos en la experiencia animal con aquellos que tienen lugar en la especie humana, es sin embargo importante hacer notar que la dehiscencia palatina en ciertos mamíferos como el conejo no había sido observada como de presentación espontánea, lo cual hace valorar aún más el efecto antirrífico o inhibidor de la cortisona, y permite extender este posible mecanismo de producción a otros mamíferos, inclusive la especie humana, y asimismo a otros muy diversos procesos de origen disráfico.

RESUMEN.

Se presenta un caso de síndrome de Cushing femenino con un hijo afecto de fisura velo-palatina. A la vista de las experiencias realizadas con cortisona en mamíferos se relacionan ambos hechos y se hace entrever su interrelación con otros procesos disráficos.

BIBLIOGRAFIA

- FRASER, F. C. y FAINSTAT, T.—*Pediatrics*, 8, 527, 1951.
FAINSTAT, T.—*Endocrinology*, 55, 502, 1954.

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LA ESCARLATINA POR LA PENICILINA G-BENZATINA

J. M. MARTÍN LÁZARO.

La Adrada (Avila).

La escarlatina es una de las enfermedades infecciosas agudas que más se ha beneficiado del tratamiento penicilínico, debido a la gran efectividad que tiene este antibiótico sobre el estreptococo hemolítico causante de aquélla.

Ahora bien, la importancia de la escarlatina en Patología infantil viene dada por lo frecuente, grave y variado de sus complicaciones de lo que se ha llamado, en virtud de todo esto,

segunda enfermedad: miocarditis, otitis, adenitis cervicales y, sobre todo, la glomerulonefritis aguda.

Aunque suele señalarse la frecuencia de esta última complicación en los tratados de la especialidad como de un 1 a un 6 por 100 de los atacados, nosotros publicamos en esta misma Revista, en el número correspondiente al 31 de julio de 1951, un trabajo sobre "Nefritis epidémica y escarlatina", donde relacionábamos una numerosa serie de casos observados de glomerulonefritis aparentemente primitivas, aparecidas de forma epidémica en esta localidad, con la eclosión de una escarlatina atípica, y entonces encontrábamos un 70 por 100 de complicaciones inflamatorias renales.

Es de notar que últimamente vienen apareciendo las epidemias de escarlatina con caracteres de levedad manifiesta en su cuadro clínico inicial e incluso en su curso clínico general, pero, sin embargo, han aumentado el número de sus complicaciones y concretamente el de la glomerulonefritis aguda. Es posible que esto último sea debido a la menor rigurosidad en el tratamiento ocasionado por la falta de gravedad de aquél acortando el período de estancia en cama y no administrando antibióticos. Esto ha sido señalado en *Archivos de Pediatría* por J. MEDIR, entre nosotros, y en Portugal por FONSECA, CASTRO y LOPES DOS SANTOS.

No obstante este carácter de levedad, también sobre todo en países de no alto nivel higiénico, todavía aparecen epidemias de escarlatina graves.

Conocidos son los excelentes resultados alcanzados en el tratamiento y profilaxis de las complicaciones de la escarlatina por la penicilinoterapia, señalando J. STRÖN en *Acta Paediatrica* el favorable resultado observado después de este tratamiento en 6.500 casos.

Pero el tener que emplearla durante muchos días, ocho o diez como mínimo, restringe mucho su utilidad por lo incómodo y engorroso de su aplicación, aparte del sobrecargo de trabajo al personal auxiliar. Algunos autores, para evitar la posible disminución del poder inmunitario, asocian al tratamiento penicilínico la gamma-globulina, que aun cuando da buen resultado, su coste excesivamente oneroso impide su administración masiva.

Por ello, al disponer de la penicilina G-Benzatina y poseer alguna experiencia de su empleo en la profilaxis de los brotes de la fiebre reumática, pensamos en lo útil, cómodo y eficiente que sería su aplicación en la escarlatina, permitiéndonos con sólo dos inyecciones mantener durante 15 ó 20 días una penicilemia eficaz.

Como de todos es sabido, la penicilina G-Benzatina es casi insoluble en medio acuoso y se reabsorbe con extraordinaria lentitud, manteniendo niveles hemáticos de penicilina durante 4 a 30 días, según la dosis inyectada.

Recientemente hemos tenido oportunidad, al asistir a una pequeña epidemia de escarlatina—aparecida este verano en esta villa—, de comprobar la eficacia de la di-bencil-penicilina en la profilaxis de las complicaciones de aquélla.

Hemos observado un total de 22 casos, de los cuales no hicimos dos grupos similares, uno tratado con aquella penicilina y otro sin ella, porque dados los porcentajes de glomerulonefritis de la epidemia anterior no quisimos exponer a la población infantil atacada a los riesgos de tal eventualidad. Así, de los 22 casos tratamos a 20 con la penicilina G-Benzatina, unido a reposo en cama, durante 20 días, y no tuvimos ninguna complicación. Dos casos no fueron tratados: uno, por la extraordinaria levedad de sus manifestaciones, y otro, por no habernos avisado la familia en los primeros días: estos dos casos sufrieron una glomerulonefritis aguda.

A todos los tratados se les administraba el día que se hacía el diagnóstico un frasco de Neocepacilina conteniendo 100.000 unidades de penicilina sódica, 300.000 unidades de penicilina procaína y 200.000 unidades de penicilina G-Benzatina, buscando con este asociación inicial una rápida eliminación del estreptococo, y a los cuatro días se les aplicaban 600.000 unidades de penicilina G-Benzatina (Cepacilina).

A continuación reseñamos las historias clínicas abreviadas de seis de estos casos:

Caso 1.º A. G., hembra, de siete años de edad. Antecedentes familiares sin interés. Personales: Sarampión, varicela y astenia a temporadas. El día 2 de junio de 1955 presenta fiebre acompañada de vómitos, descubriéndose a la exploración enrojecimiento amigdalino. Al día siguiente, exantema puntiforme rojo escarlata. Signos de Pastia y Rumpel-Leede, positivos. Escarlatina. Este mismo día, inyección de Neocepacilina. El día 7 de junio de 1955, 600.000 unidades de penicilina G-Benzatina. Reposo en cama durante 20 días. Sin complicaciones.

Caso 2.º N. O., varón, de cuatro años de edad. Antecedentes familiares sin interés. Personales: Sarampión. El día 22 de junio de 1955 presenta fiebre, malestar general y dolor a la deglución. La exploración objetiva, una amigdalitis, y al siguiente día presenta un típico exantema escarlatinoso con triángulo peribucal, etcétera. El día 23-VI-55, aplicación de Neocepacilina; a los cuatro días, 600.000 unidades de penicilina G-Benzatina. Reposo en cama durante 20 días. Se restablece rápidamente sin sufrir ninguna complicación.

Caso 3.º E. C., hembra, de seis años de edad. Antecedentes personales: Sarampión; resto, sin interés. El día 1-VI-55, encontrándose previamente bien, tuvo escalofríos, vómitos y fiebre. Amigdalitis. Al siguiente día, exantema rojo escarlata. Escarlatina. La misma profilaxis que en los casos anteriores y la misma favorable evolución.

Caso 4.º F. V., varón, de tres años de edad. Antecedentes familiares sin interés. Personales: Sarampión y colitis espástica. El 30-VI-55, fiebre, vómitos y dolor a la deglución. Cefalalgia. Amigdalitis. Exantema escarlatinoso poco intenso, pero típico. La misma profilaxis con penicilina G-Benzatina y el mismo curso sin complicaciones.

Caso 5.º P. D., varón, de seis años de edad. Antecedentes familiares y personales sin interés. El 1-VII-55 presenta escalofríos, fiebre y vómitos. Amigdalitis. Al

siguiente día, exantema puntiforme rojo escarlata. Escarlatina. El 3-VII-55, aplicación de Neocepacilina, y el 7-VII-55, Cepacilina y reposo en cama durante 20 días. Curso sin complicaciones.

Caso 6.º M. R., hembra, de seis años de edad. Madre, cardiopatía reumática; padre, sano. Antecedentes personales: Amigdalitis de repetición. El 3-VII-55, el mismo cuadro clínico que los anteriores. Se practica profilaxis con penicilina G-Benzatina. Curso sin complicaciones.

Como contraste describimos las historias clínicas de los dos casos que no fueron tratados con penicilina G-Benzatina:

Caso 1.º N. S., hembra, de cuatro años de edad. Antecedentes familiares: Padre, luético; resto, sin interés. El 27-VII-55, fiebre, vómitos y anginas. El 28-VII-55, exantema escarlatinoso poco intenso y fugaz. Por diversas circunstancias no se instaura tratamiento penicilínico. Reposo en cama, piramidón y vitamina C. Después de una franca mejoría, el 17-VIII-55 somos avisados urgentemente por la familia por que la niña no orina hace 24 horas y se ha "hinchado". Nos encontramos con una enfermita edematosa, sobre todo en cara, y a la cual extraemos una pequeña cantidad de orina por sondaje para análisis. Albuminuria, 0,70 por 1.000; hematuria, 40 hematíes por campo; leucocitos y cilindros. Glomerulonefritis aguda post:scarlatínica. Se comienza a aplicarla penicilina sódica, 100.000 unidades cada cuatro horas; posteriormente, 400.000 unidades de penicilina-procaína cada doce horas. Antistina "per os". Papaverina. Dieta de hambre y sed: 500 c. c. de agua con Glucodulco (3 cucharaditas) en las primeras 24 horas. Posteriormente, zumos de fruta y papillas sin sal. Mejora notablemente, con abundante diuresis, y en la actualidad sigue en tratamiento por presentar todavía ligera albuminuria.

Caso 2.º A. F., varón, de seis años de edad. Sin antecedentes dignos de mención. El 2-IX-55 somos llamados con cierta urgencia para asistir a este niño que, según la madre, no orina y está "hinchado". Efectivamente, el niño presenta una gran oliguria y tiene edemas, sobre todo en cara y extremidades inferiores. Su orina contiene albúmina (1 gr. por 1.000) y en el sedimento se ven numerosos hematíes y abundantes leucocitos. Se le hace un tratamiento intenso con penicilina sódica y después se prosigue con penicilina-procaína. Se le administra un antihistamínico por vía oral. Papaverina. Dieta de hambre y sed; progresivamente, zumos de frutas y papillas. El enfermo mejora notablemente. Interrogada la madre nos refiere que hace 20 días el niño tuvo unos vómitos al levantarse y le salieron unos "granitos", y que ella, creyendo estaba "intoxicado", le purgó, reponiéndose el niño y no dando más importancia a la indisposición. Como se ve, se trataba de una escarlatina leve que no fué tratada y no se diagnosticó hasta ver la complicación renal.

RESUMEN.

Se describe una pequeña epidemia de escarlatina—en localidad que hace cuatro años sufrió una invasión epidémica de nefritis por probable escarlatina atípica—tratada con penicilina G-Benzatina en prevención de complicaciones, en especial de la glomerulonefritis aguda. Se señala que en todos los casos así tratados no se presentó ninguna complicación. En dos casos no se hizo esta profilaxis, aquejando una típica glomerulonefritis aguda. Se considera útil en la profilaxis de complicaciones de la escarlatina a la penicilina G-Benzatina por su efectividad y sencillez de aplicación.