UNIVERSIDAD CENTRAL DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

TESIS DOCTORAL

Fiebre de Malta

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Braulio Manuel García Sánchez de la Plaza

Madrid
Ed. electrónica 2019

© Braulio Manuel García Sánchez de la Plaza, 1915

1935
García Sánchez de la Plaza, Agustín
836

Tesis Doctoral.

A 85

* 5 3 0 9 7 9 1 2 1 7 *
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

AAD25 0503
3473.26

"Fiebre de Malta".

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE - M.N.C.D. - ARCHIVO

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
BIBLIOTECA
i 1573779x
b 18613354

Excmo. Señor:

Unida á la sabiduría se halla el mayor número de veces la bondad, los hombres más sabios, son los más benignos. Transigencia y bondad del Tribunal supremo de la ciencia y cumplimiento de un precepto reglamentario me animan á molestar la atención de los maestros cuya distancia desde átomo científico, es de tal magnitud, que seguramente, nada nuevo, nada interesante ha de poder ofreceros, cuando la mayor gloria, la mayor defensa social y la más honrosa ostentación que puede presentar han de ser vuestras lecciones.

Me propongo hacer el estudio de la Fiebre Melitense y de una epidemia recientemente habida en Avila; enfermedad todavia no bien conocida y que á la vez de producir algunas victimas, llega en la mayoría de los casos á poner á prueba la paciencia del médico, del enfermo y de sus allegados.

Interesa mucho conocer esta especie nosológica siquiera sea para evitar las contrariedades del profesor que trata meses y meses á un enfermo sin poner en claro el diagnóstico y pronóstico, llegando á desconfiarse de

su aptitud, muy al contrario de lo que sucede si se advierte desde su comienzo el curso de larga duración y anomalias de esta enfermedad, teniendo en cuenta ademas que es endémica y constante en España como puede demostrarse en este pais.

No pienso molestar vuestra atención con grandes datos numéricos ni estadísticos, ni copias más ó menos profundas de otros autores, antes quiero dár más, cuantas notas clínicas modestas pero de valor práctico indudable.

La Fiebre de Malta, Fiebre Melitense (1) es una enfermedad infectiva especializada en 1859 por Marston, caracterizada bacteriológicamente por Bruce

(1) Ha recibido nombres que no hago mas que indicar por su exagerado número y por estar muchos de ellos en relación, más que con el concepto moderno de la Melitococia con el equivoco antigüo de confusión con otras especies infecciosas. Tales son: Fiebre sudoral, tifoidea intermitente, tifoidea recurrente, fiebre tifomalárica, etc. Mediterranean Feber, Malta Feber, Gibraltar Feber, Typhomalarial Feber; Kock Feber, Neapolitan, Cretan, Cyprus, Levant etc. Feber, Fiebre urbana, Gastricremitant Feber, Intermitent tipphoid Feber, Facco malarid Feber, Sauvage Feber, Mephitic Feber, Crespool Feber, Undulant Feber; Fiebre tuphoidea sudoral Italiane, Febre gastro-biliosa, Fiebre tiphoidea atipica, P. Lendotifo, Fiebre infectiva atipica, Febris sudoralis, etc.

en 1887 y cuyos caracteres clínicos principales,son;su larga duración, la marcha marcadamente ondulante de la fiebre,con largos periodos febriles,de pequeña remisión diaria y raras y variadas localizaciones intercurrentes.

Permaneció comprendida hasta su diferenciación como especie nosológica por Marston,unas veces como una variedad de la fiebre tifoidea,otras como englobada en el Paludismo y otras (en España especialmente) como una fiebre gastrica ó tifoidea llamada fiebre sudoral,fiebre gastrica biliar ó tifoidea biliar etc.

El descubrimiento del bacilo por Bruce dió márgen para que la Comisión Inglesa trasladada á Malta perfeccionase su estudio.Desde entonces ha variado el concepto de su distribución Geográfica,se la creia exclusiva de las costas del Mediterráneo con raras propagaciones á los demas paises especialmente con predilección por los subtropicales y tropicales.

Hoy está aclarada esta cuestión,los trabajos de los médicos extrangeros y Españoles especialmente de la comisión Inglesa han demostrado su existencia fuera de las costas mediterráneas en casi todos los paises.

Góngora demostró su existencia en Occeanía (Filipinas) en China, en la India, Bombay, Norte-América, Cuba, Puerto Rico, Venezuela, (Fiebre de Caracas) en el Brasil, en las Azores, en Canarias, en el Sur de Africa, en las riberas del Danubio y en la costa del mar Rojo.

En España hay que prevenir sus efectos morbosos en todas sus regiones por existir en forma endémica, dando lugar en algunas ocasiones y en diferentes localidades á focos epidémicos como ha ocurrido en la provincia que es objeto de esta memoria. Para comprobarlo basta hojear el concienzudo trabajo del Dr. Duran y Cottes publicado en la revista "España Médica" en su número de 1º de Julio de 1913, su reciente obra, donde establece una curiosísima estadistica ya que ha tenido ocasión de practicar análisis de sangre procedente de enfermos con residencia en Madrid, Avila, Segovia, Soria, Toledo, Ciudad-Real, Salamanca, Valladolid, Leon, Burgos, Logroño, Zaragoza, Huesca, Barcelona, Sevilla, Cadiz, Granada, Málaga, Almería, Murcia, Alicante, Cáceres, Badajoz, etc. etc. que nos dán noticia exacta de su distribución en España entera.

Esto autoriza á sentar como principio que la Fiebre Melitense siquiera

haya sido importada del Mediterráneo,hoy es propia de todos los paises en su forma endémica y epidémica,tanto en los paises frios como en los cálidos.

Más adelante se comprobará este aserto-al hablar de las fuentes de infección de esta enfermedad quedando sin ningun valor la opinión de Hughes-que señala á la enfermedad un límite de Latitud Norte en los 46º que corresponde á la isoterna 55º,salvo casos importados.Lo mismo sucede con la comunicación de Sahw dirigida al Royal Instituto of Public Ilealte en el Congreso de Londres de 1905 donde sostiene que la fiebre solo se observa en Malta,no presentándose en otros paises más que en los que tienen comunicación directa con dicha Isla.

Bien se deja comprender que en esta como en otras infecciones,la gran facilidad en los transportes,los progresos modernos en las comunicaciones han de ayudar á su difución y contagio á todos los Estados.

Etiología: Los estudios de la Comisión Inglesa despues del descubrimiento del Bº por Bruce,corroborados en España por el Dr.D.Pedro Cajal,[illegible] y Duran y Cottes han facilitado grandemente esta cuestión.Los resul-

tados obtenidos por esta Comisión dirigida por Eira en los años de 1904 á 1906 fueron muy satisfactorios.Los primeros meses de resultados negativos, no por esto de menos importancia pues iban eliminando los medios sospechosos de contagio,el aire,el agua potable y marina y varias clases de polvo y tierras tomadas en puntos próximos á depósitos de escreta,observando solo en algun caso en el polvo del laboratório que el m.m. conservaba su vitalidad.

Demostrose que ni el inmediato contacto con la piel,ni el sudor,ni la respiración ni el intermedio de ectoparásitos eran vehiculos de contagio,no ya así las relaciones sexuales de cuya evidencia no cabe duda,averiguado ya por el exámen de prostitutas,ya por observaciones en las cabras y en los monos.

Tambien el mosquito á semejanza de lo que ocurre con el paludismo,la tripanosomaisis y fiebre amarilla,puede aquí ser el vector que transmita esta especie nosológica de hombre á hombre,aunque no con tanta frecuencia pero parece comprobado por la observación del caso que cita Eira en el que

se observó el insecto desde la picadura en que adquirió sangre infecta en un septicémico sano, quien seguramente hizo aquella más eficaz aplastando insito al díptero que dejó sobre la diminuta herida la substancia infectiva almacenada en su abdomen.

La infección alimenticia quedó demostrada por Zamit (miembro de dicha comisión oficial) haciendo ingerir á animales sanos y escogidos, entre ellos la cabra, cultivos puros en agar de m.m. y sin que se observaran efectos generales, al cabo de un mes se hallaron en la sangre de los animales infectados por via alimenticia las aglutininas específicas, creciendo invariablemente á medida que el tiempo pasaba. Repitiendo el experimento con idéntico resultado y aun se vió que persistía la reación aglutinante durante meses y meses, lo cual estimuló á nuevas investigaciones que dieron por fruto demostrar la existencia del m.m. en la leche y en la orina. Iba á procederse a experimentar en una nueva serie de cabras sanas y escogidas, más examinaron sé previamente en su estado natural hallándose en casi todas ellas las aglutininas específicas y el m. de Bruce. Examinando despues la sangre y el bazo

de las cabras sacrificadas en el Matadero público de Malta se descubrió la reación de aglutinación en casi todas,haciendo comprender que gran número de las cabras de aquel pais eran ó habian sido infectadas del m.m.

Otra conclusión experimental hallaron procediendo á la sedimentación de la leche observando que no existia el m.m.en las leches que no habian dado la reación de seroaglutinación.

Quedaba pues demostrado el padecimiento en la cabra y la transmisión de cabra á cabra que despues se demostró podía efectuarse por inoculación cutánea,subcutánea,intraperitoneal ó intravenosa así como por la alimentación.

Tambien es posible que las moscas pululantes en la leche y en los pezones puedan actuar como transmisoras,tanto para la cabra como para la especie humana por un mecanismo parecido al admitido nuevamente para la fiebre tifoidea.

Con las investigaciones practicadas se ha comprobado que el micrococmelitense no atraviesa la placenta y como consecuencia hay que eliminar el

contagio de la madre al feto.

Una epidemia habida en un buque donde enfermaron todos los marinos que tomaron la leche sin hervir,de varias cabras que transportaban á Europa,quedando indemes el resto de la tripulación acabó de confirmar el contagio por la leche.

Pero la comisión dirigida por Eire no se conformó con los resultados hasta aquí indicados y prosiguió sus investigaciones hallándo la sangre con aglutininas y el m.m.en las cabras de diferentes paises entre ellos la India y el Africa del Sur donde no se conoce la importación de cabras malteses siquiera procedan de la misma especie.

Se advirtió despues que la enfermedad en las cabras producía un cuadro sintomatológico característico.El Dr.Duran en su artículo proporciona curiosos detalles respecto de verdaderas epidemias en algunas ganaderias españolas en las que como síntomas más salientes presentaban el aborto,la delgadez,la escasa producción de leche,cojeras y algunas orquitis en los machos.

Esta comprobación se puede realizar en esta provincia donde es del do-

minio vulgar el conocimiento de la especial orquitis del macho cabrio por su frecuencia en casi todas las ganaderías.

Pero á medida que se progresa en estos estudios se van obteniendo datos respecto á nuevos animales receptibles y hoy como han demostrado muchos autores extrangeros y españoles entre ellos el Sr.Garcia Izcara y el Dr.Pitaluga la padecen el carnero,los solípedos entre estos el caballo,asno,mulo,los grandes y pequeños rumiantes,presentando como síntomas más visibles las cojeras,orquitis y otros síntomas.Excepcionalmente tambien pueden padecerla, las aves(gallinas ó ánades).Todos estos animales lapadecen experimentalmente,con especialidad la cabra,el carnero y el asno.

Bacteriología: La causa determinante de esta enfermedad se atribuye á un coco descubierto por Bruce en 1887 aislándole del bazo de un autopsiado de fiebre de Malta y despues por Hughes en 14 casos de muerte.Aislose despues en el hombre enfermo y en la sangre periférica por la comisión Inglesa presidida por Brucce,figurándo en primera línea Zammit,Gilmcur,Sahw,Davíes etc.

Ha recibido posteriormente su confirmación por todos los autores con la

comprobación de las condiciones que hoy se consideran necesarias para que todo microorganismo patógeno sea admitido como tal gérmen productor de una especie morbosa.1º aislamiento en cada caso.2º cultivo y reproducción del microorganismo con todos sus caracteres propios y peculiares.3º inoculación á los animales con reproducción de la enfermedad con los síntómas y lesiones características,por último la formación de anticuerpos específicos.

Los caracteres del m.m. pueden darse hoy como definitivos tanto en su morfología como en su biologia.En gota pendiente se presenta como un coco esférico extraordinariamente pequeño (de 3 á 4 mieras) y de figura elíptica, aislado ó asociado por pares y más excepcionalmente formando cadenas de 3 ó 4 elementos,en caldo dá lugar á formación de cadenas hasta de 10 á 14 individuos difíciles de observar en preparaciones teñidas por su gran fragilidad.

Las formas bacilares que consignan algunos autores y que algunas veces se observan,no son segun la opinión de Eyre,otra cosa que formas de involución que se presentan en cultivos viejos (de gelatina y caldo especialmen-

te) constituidas por dos cocos unidos por sus extremos, que coloreados con la misma fuchina de Ziel al 1 por 10 ó siguiendo el procedimiento de Eyre, embadurnando el cubre con una emulsión de m.m. que deja secar lentamente (durante un cuarto de hora) y colorea por una solución de metileno ó cristal violeta que dá á el gérmen una coloración bipolar, que denota la separación de la forma bacilar indicada en dos cocos ó individuos diferentes.

No se han observado esporos, ni cápsulas siendo su reproducción por división. Su movilidad es puramente browmiana y si bien algunos autores han descrito flagelos han sido negados por la mayoría.

Es acrobio facultativo, pero la disminución de oxigeno dificulta extraordinariamente su desarrollo. Se desarrolla entre 6º y 45º pero la temperatura óptima es de 36º 8 á 37º

Su desarrollo en los medios de cultivo es siempre tardio con relación á los demas gérmenes no apreciándose macroscopicamente su desarrollo hasta los 3 ó 6 dias de la siembra, máxime si esta es de sangre. Se cultiva favorablemente en el agar ordinario ligeramente alcalino, caldo ordinario, gelati-

na,suero,medios glucosados,nutrosados y glicerinados,siendoles más favorables estos últimos que los primeros.

Las colonias desarrolladas en medios transparentes,aparecen como pequeñas gotas de rocio que á la larga disminuyen de transparencia,adquiriendo ligera opacidad amarillenta y por reflexión,son de aspecto blanquecino y amarillentos.despues.Su forma es ligeramente ovóidea y de contornos regulares.

Toma bien todos los colores basicos de anilina y es gram negativo.

Sobre gelatina y patata los cultivos son imperceptibles no coagula la leche,ni modifica el rojo neutro.En caldo produce un enturbiamiento sin velo en la superficie.

La resistencia á las causas de destrucción es grande.En la tierra seca vive de 2 á 3 meses y en el agua esteril un mes.Resiste poco el calor,los ácidos y la acción solar.El permanganato potásico al 1 por 5.000 el ácido salicílico.el fenol y el sublimado á pequeñísimas cantidades le destruyen rápidamente.La pasteurización á 68º durante diez minutos de la leche de ca-

bra infectada basta para destruirle.En los quesos fabricados con leche infectada Sahw encontró numerosos micrococos aun despues de 48 horas.

Es piogeno indudablemente pues se le encuentra en los accesos en estado de pureza sin asociación alguna.

La inoculación á los animales demuestra su poder patógeno en la cabra, oveja y asno,solípedos y rumiantes,más escaso en los pequeños animales de laboratorio,conejillos de India y ratón y rata.En los Macacus simios los cultivos puros introducidos bajo la piel dán lugar á un proceso febril de tipo ondulante muy parecido al humano encontrándose el micrococo específico en el corazón y periferíca como en la pulpa esplénica.Es curioso observar las cabras infectadas sin que presenten síntomas clínicos,pudiendo ir el gérmen en la leche mucho tiempo.

En el hombre las inoculaciones accidentales ó voluntarias han determinado la evolución de la fiebre de Malta tipo,Cárbone y Mac Jadyen han sucumbido á la fiebre de Malta contraida en el laboratorio.

Lo mismo el hombre que los animales inoculados adquieren como resulta-

do de la entrada del m.m.en el organísmo,elementos especiales en su sangre tales son las aglutininas y los inmumcorps, demostrados primeramente por Wright y por Sich,Gonget,Sefont y Brunt entre otros por medio del método de fijación del complemento de Bordet-Gengou así como igualmente se ha demostrado la presencia de opsoninasespecíficas.

Todavia no se han podido obtener de los cultivos,ni por otros procedimientos las toxialbuminas ó fermentos solubles capaces de producir la inumización pasiva,en cantidad apreciable para poder recurrir á esta como sucede con los meros antitósicos de la difteria y tétanos,más bien parece que hasta ahora lo que se ha conseguido es la aplicación de las toxoproteinas ó cuerpos bacterianos para conseguir la inmunización activa.

Se puede afirmar por lo tanto,como consecuencia de todo lo dicho, lo que anuncié al principio de este trabajo:Es enfermedad propia de todos los paises y no es exclusiva de la cabra de Malta.Sostienen este aserto principalmenteestas conclusiones: 1º Los trabajos realizados con resultado positivo obteniendo el m.m. y la reación de seroáglutinación en las cabras de

la India y del Africa del Sur donde no se conoce la importación de la cabra procedente del Mediterráneo. 2º La existencia en todos los tiempos de esta especie morbosa en Europa y en España con los antiguos nombres de fiebre sudoral,tifoidea intermitente,etc.etc.3º La comprobación cual se ha hecho en España del m.m. en todas las variedades del ganado caprino.

Y resumiendo: Siendo el ganado caprino la principal fuente de infección y produciendose el contagio al hombre por ingestión en el mayor número de los casos comprendesé que el principal vehiculo de contagio ha de ser la leche.Sin embargo en esta consulta y en la visita diaria se han presentado casos de individuos enfermos que no hacian uso de la leche aunque en menor proporción como despues se verá.?Como se ha hecho este contagio? Indudablemente por los derivados de la leche (quesos,manteca,pastelería) por las carnes,por el transporte de las moscas á la leche ó por el transporte por contacto directo á otro alimento ingerido inmediatamente despues ó por el coito (he tenido ocasión de observar dos matrimonios enfermos á la vez) ó por el polvo de la inspiración.Estos y no otros deben ser los procedimientos me-

diante los cuales el hombre padece la melitococia.

Influencia estacional. Presentase la enfermedad durante todas las estaciones,no obstante marchan las curbas de morbosidad y temperatura en oposición á la curba de humedad observándose mayor número de casos de Mayo á Octubre.

Edad y sexo. Predomina la enfermedad entre los 11 y los 40 años aunque en ningun momento existe la inmunidad.Respecto al sexo,durante la epidemia en esta provincia ha atacado á mayor número de hombres al contrario de las estadísticas de Eire.

Estado social y Profesiones. No parece existir diferencia entre la clase acomodada y la clase pobre,pues aquí,más bien parece haber sufrido más aquella,hecho que se explicaría acaso por el elevado precio que aquí alcanza la leche de cabra en algunas ocasiones y como consecuencia el mayor uso por la gente de mejor posición.Respecto á Profesiones no parece existir otra diferencia que la de ser algo más frecuente en los individuos que intervienen más directamente em el uso de la leche.Sin embargo con frecuencia no

hay distinción.En esta localidad la han padecido dos médicos en pocos años, seguidos de curación despues de una larga y penosísima dolencia.

En 40 casos observados fueron.

Campesinos....10	Militares..... 3	Farmaceúticos.....1
Industriales.. 3	Forjadores..... 2	Médicos.....2
Camareros..... 3	Abogados..... 2	Mugeres.....7
Confiteros.... 2	Veterinarios... 2	Diferentes oficios.....3

Sintomatología. No voy á describir el cuadro sintomático de los tres tipos agudo,sub-agudo y crónico que algunos autores admiten,ni á repetir la sabia descripción de Huge,ni las notas de diagnóstico clínico publicadas por el culto profesor de Zaragoza Dr.Royo Villanova; voy siguiendo lo que me propongo,á tratar de las historias clínicas de los casos que me han parecido más interesantes y que dán idea precisamente de las dificultades de diagnóstico y del curso y variaciones sintomáticas de esta rara enfermedad,

tal y como aquí se ha observado,pues soy de los que estiman que cada individuo debe discurrir con su mehollo ya que siquiera en algunos casos como este la acepción más apropiada sea esta,en sustitución de cerebro.

El caso tipo al que se asemejan el mayor número de veces los enfermos es el que comienza con los síntomas premonitorios de dos ó tres dias de malestar,cefalalgias,pérdida de apetito,dolores lumbares,estado saburroso de la lengua,no muy pronunciado y estreñimiento los que ván acompañados de algunos escalofrios,fiebre de 39 y 1/2 á 40º y hasta 41,infarto de bazo taquicardia muy pronunciada y sudores profusísimos y muy molestos que al enfermo aquejan constantemente.

Desaparecen los dolores en los 2 ó 3 dias siguientes,desciende la fiebre al comienzo de la segunda semana en los casos más favorables (durando en este ó parecido estado hasta 10,15 ó más meses generalmente) oscilando la fiebre entre los 38 á 39º ó 39 y 1/2, vuelve á recuperarse el apetito,mejorando en algunos casos hasta creerse en plena convalecencia,que enseguida y atribuido el mayor número de veces á una transgresión del régimen se acen-

tuan nuevamente los síntoms (sin llegar á la agudización primera)para durar en este nuevo estado unos dias ó semanas é ir seguido de una nueva remisión y desde este momento seguir su curso sub-agudo conservándose la fiebre de 37º y 1/2 á 38 y 1/2 que es constante con pequeñísimos descensos por la mañana,la taquicardia que nunca falta y el infarto de bazo desapareciendo ó conservándose el pegajoso sudor;sin más episodio durante meses y aun años ó por el contrario con agudizaciones ó localizaciones intercurrentes alarmantes que generalmente se corrigen favorablemente sin otra cosa que el tratamiento sintomático de cada una de ellas.

La fiebre dentro de su irregularidad y ascilaciones puede sugetarse á un tipo.Al comienzo alta sin remisión ó con pequeña remisión por la mañana, desciende despues de un tiempo variable que puede durar una ó varias semanas y hasta meses remitiendo cuando los demas síntomas agudos,para despues estacionarse meses enteros á una temperatura moderada de 37 y 1/2,38 á 38º y 1/2 con pequeña remisión por la mañana,durante meses constituyendo el periodo de estado de enfermedad que para algunos constituye un tipo aparte

llamado deambulatorio y que no es otra cosa en la mayoría de los casos (especialmente en aquellos que han pasado sin diagnósticar en el periodo agudo) que el periodo sub-agudo ó de cronicidad de estos enfermos, en este estado puede terminar la enfermedad ó por el contrario sufrir nuevas exacerbaciones en las que la temperatura vuelve á tener los caracteres de altura y tipo contínuo del comienzo con pequeñas remisiones.

El enfermo en los largos periodos intermedios de meses suele aumentar de peso y conservar buen aspecto y buen estado general, no acusando más que los tres síntomas ya indicados, fiebre, taquicardia ó infarto de bazo.

La taquicardia es tán exagerada que desde su comienzo llega á 140 y 150 pulsaciones y se conserva en 120 ó 130 y hasta en 150 y en algunos casos durante casi todo el tiempo que persiste la dolencia apesar de no pasar la temperatura de 38º (carácter esencial distintivo con la fiebre tifoidea por su gran divergencia.)

Y hecha esta ligera descripción del caso que con más frecuencia se observa en la práctica profesional voy á dár á conocer unos cuantos casos que

puedan dár idea de las formas que adopta esta enfermedad.

El primer enfermo de esta clase que tuve ocasión de observar se trataba de un hombre de 28 años forjador, robusto, bien constituido, no tenía en su historia ningun antecedente anterior ni de familia, de importancia.

En el mes de Agosto de 1907 fuí llamado en consulta con un digno compañero encontrándonos en presencia del cuadro clínico siguiente: Dos ó tres dias de molestias señaladas por cefalalgia, anorexia, lengua saburrosa, estreñimiento pertinaz, dolores lumbares, todo ello poco manifiesto y seguido de escalofrios repetidos y fiebre de 40º; practicada la palpación abdominal no se observa gorgoteo ni timpanismo de ninguna clase y hay infarto de bazo muy marcado, falta tambien el estupor y el pulso lento, por el contrario la cara no indica la gravedad que al parecer existe y el pulso acusa 150 pulsaciones; acentuaronsé más los síntomas al dia siguiente, el enfermo se quejaba de un sudor profusísimo molesto y dolor en la garganta, que presenta síntomas de congestión faringea y algunos pequeños infartos ganglionares sudmaxilares.

Como en aquella época, en realidad, no teniamos conocimiento de la existencia de la fiebre Melitense en España, pensamos en una forma rara de tifoidea, en un paratifus á ób y se hizo uso de lo poco útil que nos ofrece la terapeútica en estos casos, (usando incluso la hidroterapia) duró este estado del enfermo una semana próximamente, con su fiebre que llegaba hasta 40 y 1/2 por la noche creyendo nosotros en un periodo de estado de la enfermedad. En la segunda semana, de pronto, y parece que coincidiendo con algunas evacuaciones diarreicas producidas por una dósis purgante de Calomelanos, descendió la fiebre á 38º Esperanzados y esperando una pronta convalecencia, asi se lo anunciamos á la familia, pero cual no sería nuestra sorpresa, viendo transcurrir semanas y meses en igual ó parecido estado al paciente, habiendo desaparecido las alteraciones gástricas (la lengua volvió á su normalidad) y únicamente una fiebre irregular que oscilaba entre 38 y 1/2 y 39º, taquicardia é infarto de bazo quedaron dominando la escena durante más de un año, época en que el enfermo trasladó su residencia á un pueblo de la provincia, donde se curó, sin saber á que fué debida su vuelta á la normalidad y sin quedarle ningun género de secuela.

Este caso primeramente descripto es el que más se asemeja como puede verse al enfermo que sirve de tipo anteriormente.

Pero precisamente el principal carácter de la enfermedad es su variedad en sintomatología como consecuencia de la diferente localización de las lesiones, si bien teniendo en cuenta para el diagnóstico como datos importántísimos que no varian:

1º Que la fiebre es constante (ó sea en el lenguage médico usual) que el enfermo no se limpia un solo dia en todo el tiempo que dure su enfermedad, siquiera quede reducida su elevación de temperatura á unas cuantas décimas, no pudiéndosele dár por curado hasta que no desparece la fiebre por completo y estando mientras tanto expuesto siempre á nuevas exacerbaciones.

2º Que tambien la taquicardia y el infarto de bazo son constantes hasta la desaparición de la dolencia. (1)

Por aquella fecha 1908 ya comenzaron á ser del dominio del médico de

(1) Hago aqui esta importante digresión para que se tenga en cuenta que estos tres sintomas son siempre constantes acompañando á los demas que den las variadas localizaciones.

provincias en España, algunas noticias respecto al descubrimiento del Bacilo de Bruce llevado á cabo en 1905 y de los trabajos de la Comisión Inglesa respecto á la antigua fiebre sudoral y á su distribución geográfica, lo que nos hizo sospechar en la existencia de esta enfermedad en estos primeros casos observados aunque sin atrevernos á afirmarlo categóricamente .

Para dár idea de las diferentes localizaciones voy á describir las historias de algunos enfermos que más se han señalado en las localizaciones variadas, de pulmón, riñón, órganos sexuales, gastro-intestinales, nerviosas, del corazón étc., en el caso que presento, se trataba de un adulto de 38 años sin antecedentes de historia patológica dignos de notar (1) para el que fuí avisado despues de varios dias de enfermedad, cuando la familia se disponía á que comenzara sus oficios el cura del distrito, en vista del pronóstico establecido por varios dignos compañeros en una consulta en la cual habian diagnósticado una tuberculósis miliar aguda, cosa que no tenia nada de particular dado el parecido de la sintomatología, la delgadez del individuo

(1) Unicamente que era muy enteco, muy delgado ya en el estado de salud.

(siquiera en él fuera habitual dentro de la normalidad)y el desconocimiento de la existencia de la enfermedad en este pais.

Sin embargo presentaba síntomas distintivos.El individuo en cuestión acusaba los síntomas prodromicos ya repetidos de todos los casos; era presa de un estado febril de tipo contínuo de 40º acompañado de congestión faringea,lengua saburrosa y como síntomas más salientes una acentuada disnea con estertores diseminados en ambos pulmones y sin distinción de lóbulos aunque algo más marcados en los vértices,unido esto á sudores profusísimos, estreñimiento y taquicardia que llegaba á 140 pulsaciones.

Como se puede observar por este cuadro sintomatológico la equivocación del diagnóstico estaba justificada,pero habia un síntoma decisivo al que indudablemente no se le habia dado toda su importancia.El enfermo era afecto de una orquitis y periuretritis que terminó por resolución.Síntoma que acompaña á la forma tipo (segun nos dicen los autores) en el Mediterráneo y que aquí se ha presentado en un 40 por 100 de los casos.Sin embargo hubieron de transcurrir unos dias sin que emitiera la idea de seguridad de que

se trataba de una fiebre Melitense y para eliminar tuberculósis practiqué la oftalmoreación que resultó negativa,si bien hay que tener en cuenta que en la tuberculósis aguda no suele ser positiva y por lo tanto es de menos valor diagnóstico.

Quedaba un diagnóstico dudoso que establecer con la grippe pero las diferencias clínicas son notables.

En la grippe el principio es brusco,los síntomas respiratorios comienzan con coriza y catarro naso-faringeo, es de corta duración, el infarto de bazo suele faltar,la lengua está caracterizada en la grippe por la faja central y los bordes rojos,fiebre remitente al 3º ó 4º dia con brusca reaparición al dia siguiente y crisis franca despues,la orquitis más rara y la taquicardia menos pronunciada y de corta duración,por el contrario en la melitococia comienzo más lento,los síntomas respiratorios desde su comienzo caracterizados por bronquitis y bronconeumonia,sin el antecedente de coriza de larga duración,el infarto de bazo es constante,la lengua se presenta normal ó ligeramente saburrosa,la fiebre no remite en los primeros dias y des-

pues es larga y tenaz de semanas y meses aun cuando no se observen accidentes ni episodios patológicos,la orquitis es frecuente y la taquicardia más exagerada y constante,los exudados producidos por la espectoración abundantes y espesos característicos en la grippe,en esta son escasos y más aireados,finalmente el diagnóstico bacteriológico acusa en los exudados gripales el bacilo de Peiffer y en los de la fiebre Melitense el m. de Bruce con ausencia del otro en cada caso.

Teniendo en cuenta esta sintomatología nuestro enfermo padecía una melitococia que despues confirmó la persistencia de la fiebre,taquicardia y esplenomegalia.

En efecto,descendió gradualmente la fiebre quedando estacionada durante algunos meses en 38º con pequeñísimas remisiones diarias,recuperando la normalidad por mecanismo desconocido y sin haber respondido de una manera clara á ningun tratamiento.

En este caso la etiología del contagio por la leche de cabras parecía posible y casi segura por ser cafetero y consumirse en su establecimiento

la leche de esta clase.

El tercer caso que tuve ocasión de ver, se trataba de un ilustrado compañero de esta localidad, habian transcurrido varios meses desde los casos anteriores, cuando tuve noticias de la enfermedad de mi querido colega, joven de 27 años, sin antecedentes patológicos y con la única disminución de resistencia orgánica, en su organismo fuerte, que ocasiona siempre la índole de nuestro trabajo intelectual en el que lo practica constantemente. como ocurria en el caso de que se trata.

Tuve el disgusto de verle en el sexto ó séptimo dia de enfermedad y tambien acompañando á los síntomas generales de comienzo (alteraciones gástricas, poco marcadas, neuralgias, fiebre, etc.) se presentó la orquitis precoz sin llegar á ser purulenta, acaso por que en la mayoría de los casos no lo es.(1)

(1) Aquí la etiologia no podia estar mas clara, pues nos dice el enfermo que dias pasados se habia trasladado á su pueblo inmediato, para asistir algunos enfermos de fiebre de Malta en su mayoria, donde por las tardes salia al campo y habia tomado leche de cabra recien ordeñada, á la cual acusa de su enfermedad, que segun él, ha tenido tres ó cuatro dias de incubación.

El diagnóstico fué instituido desde su comienzo,así como el pronóstico favorable á la larga una vez conocida la enfermedad.

Pasaron dias,desaparecieron los síntomas agudos de fiebre alta,alteraciones gástricas y escasa eliminación de orina con gran cantidad de uratos y pequeñas proporciones de albumina que desaparecieron enseguida y quedó la enfermedad con su carácter de cronicidad de todos los casos y con los ya repetidos y característicos síntomas,fiebre constante de 38º á 38 y 1/2 taquicardia y esplenomegalia.

Por entonces ya se comenzaba siguiendo estos estudios,á practicar el exámen de la sangre como procedimiento diagnóstico siendo remitidas muestras al laboratorio del Sr.Duran y Cottes que analizó no encontrando el m.m. como ocurre en gran número de casos,pero resultando positiva la reación de sero aglutinación aunque en pequeño grado 1 por 80.

Pasaron varios meses durante los cuales y en vista de que tenia ápetito el enfermo se nutria bien,con alimentación facilmente digestible á base de leche y hasta hacia su vida ordinaria,aumentándo de peso y recobrando su

buen aspecto,aunque preocupado de seguir con su fiebre de 38ºtaquicardia y esplenomegalia.Se le sometió á varias inyecciones intravenósas de fermentos metálicos (electroargol y argosol) con lo que parecia disminuir la fiebre durante unos dias,para despues volver y seguir el mismo curso que si no se hubiera intervenido.Se le hicieron en Madrid las aplicaciones de awtovacuna y suero antitósico del Dr.Durán segun este las preconizaba sin obtener resultado alguno satisfactorio.Habia pasado un año desde el comienzo de su enfermedad durante el cual el paciente llegó hasta renegar de las aplicaciones del termómetro,cuando sufrió una nueva exacerbación que le duró tres ó cuatro meses,otra vez con fiebre alta,faringitis y una estomatitis aptosa y ulcerosa que dió lugar despues á una periostitis seguida de la extracción de un secuestro del maxilar por el Dr.Landette de Madrid. Desaparecieron nuevamente estos síntomas y volvió á estacionarse la enfermedad en su curso subagudo ó crónico y así estuvo un año más hasta un dia que empezó á aquejarle un dolor muy pronunciado en la región sacra y parte posterior del muslo y pierna derecha con todos los caracteres de una neuritis ciática de dó-

lor tan agudísimo que hizo necesario recurrir á la morfina y seguir este tratamiento durante dias sucesivos aun á peligro del hábito, pues el lastimoso estado de dolor así lo exigía.

En estas condiciones un dia desaparecieron la neuralgia y la fiebre restituyendose á la normalidad que sigue hoy despues de haber pasado un largo interregno de tiempo sin complicación de ningun otro órden.

No menos curioso es este caso que viene á constituir la variedad de las localizaciones preferentes en aparato digestivo.

Es objeto de nuestra historia un Sr. Notario de esta Ciudad, que un dia enferma con los síntomas agudos de comienzo, fiebre alta, lengua saburrosa con una neuralgia muy pronunciada de un hombro, deyecciones diarreicas frecuentes, ligeramente amarillentas de consistencia y aspecto de puré de guisantes y verdosas seguidas de abultamiento de vientre, timpanismo, esplenomegalia, taquicardia, sudores profusísimos y el higado engrosado; todo ello constituyendo un estado aparentemente tífico gravísimo.

En este estado dudamos en el diagnóstico con la fiebre tifoidea si-

quiera falten la lentitud de pulso, remisión matutina más pronunciada de la fiebre, epistaxis, tos y otros síntomas por tener este un cuadro sintomatológico parecido. Pasados algunos dias descenso brusco de la fiebre seguido de la mejoría de los síntomas abdominales quedando la sintomatología reducida á la fiebre moderada, estreñimiento sustituyendo á la diarrea, taquicardia y esplenomegalia ayudan á comprobar el diagnóstico que ya es asegurado por el análisis de sangre practicado en Madrid con sero aglutinación á gran dilución del suero (al uno por mil.)

Así sigue este enfermo varios meses hasta que recupera la salud á beneficio al parecer de un cambio de aires que no sé por que mecanismo puede obrar favorablemente toda vez que en Avila tenía ya la atmósfera y alimentos más nutritivos que en ningun otro sitio.

Como variedad de localizaciones pulmonares voy á referir algunos casos de evidente utilidad para el diagnóstico.

En Agosto de 1911 fuí avisado para la asistencia de una niña de 9 años de familia distinguida de Madrid que veraneaban en una quinta próxima á es-

esta Ciudad.Es afecta de los síntomas premonitorios de escalofrios,cefalalgia y dolor en el costado izquierdo y fiebre que llega á 40º con síntomas gástricos tan poco manifiestos,que están reducidos al estado de saburra de la lengua poco pronunciado,anorexia y tendencia al estreñimiento.El pulso es frecuentísimo y la eliminación de orina escasa,pero dominan la escena una disnea muy pronunciada,tós y sudmacidez y estertores en la base del pulmón izquierdo.

Trátase á la enfermita con envolturas calientes y espectoránte y en el séptimo dia y en vista del mal estado del pulso hubo que recurrir á pequeñas dósis de digital.

Con gran sorpresa al dia siguiente y despues de haber aumentado bastante la eliminación de orina comenzaron á desaparecer los síntomas subjetivos y objetivos respiratorios y descendió la fiebre,quedando reducida á 38º para seguir con los consabidos síntomas de infarto de bazo y taquicardia seguir meses y meses consumiendo la paciencia de todos sus allegados.Se hizo análisis de sangre con seroaglutinación positiva, y cuando habia trans-

currido un año próximamente,un dia descendió la fiebre nuevamente á 39ºy 1/2 acompañada de dolor de costado en el lado afecto en el comienzo de su enfermedad,volvimos á las consabidas envolturas calientes desapareciendo los síntomas de agudización en unos cuantos dias y su familia trasladó á la enfermita á Madrid,donde se curó sin saber como,al poco tiempo.

Dos casos muy curiosos vistos en mi consulta el año pasado eran, un matrimonio de 40 años,campesinos,bien constituidos,sin datos nosológicos anteriores importantes,los dos enfermos,hacia algunos meses,acusando un comienzo agudo,seguido al poco tiempo de una fiebre moderada contínua y tendencia á la constipación.Al mismo tiempo al exámen objetivo,los dos tenian sudmacicez en los vértices que unido á la tos y sudores daban el aspecto de tuberculósos incipientes.Hablaban en contra de esta morbosidad su buena constitución y buen estado general (pues habian ganado en peso desde hacia algun tiempo) así como la cuti y oftalmoreación que fueron negativas.

Estos casos dieron lugar á una ligera controversia sobre el diagnóstico á varios compañeros que despues se aclaró, ayudando á los nuevos procedi-

mientos de diagnóstico antedichos con la reación de seroaglutinación positiva en los dos casos y á bastante dilución.

Como caso curioso de variedad de localización en el riñón, seguido de muerte (complicación relativamente rara pero de gravedad suma) citaré el de un agricultor tratado por uno de los médicos más acreditados de este pasi.

Segun las noticias que he podico adquirir por su intermedio acompañando á los síntomas agudos ya indicados en todos los enfermos, se presentaron los de nefritis agudísima con falta de eliminación de orina y uremia precaz muriendo de edema agudo de pulmón, y habiendo sido comprobado por el Dr. Hillera de Madrid seroaglutinación al uno por mil visible positiva y muy intensa al uno por quinientos. Es muy de lamentar que no pudiera ir seguido de atopsia, pero en los pueblos de esta provincia el profesor lucha con inconvenientes invencibles de religión y escrúpulos de las familias que no es posible dominar.

Por último y para no molestar más, vuestra atención voy á terminar las historias procurando dár idea de un caso que tengo en la actualidad, muy cu-

rioso,por su sintomatología y por haber ido acompañado de ovaritis,localización ~~prueba~~ que algunas veces se presenta en la mujer y que parece semejante á la orquitis del hombre.

La enferma es una señorita de 20 años que acusa en su historia,únicamente una ligera diatésis úrica hereditaria,sin que hasta ahora en ella haya dado lugar á manifestaciones morbósas agudas,ni crónicas.En su familia ha existido ya otro caso de fiebre de Malta,en la niña de 9 años historiada en páginas anteriores.Las dos parece haberla adquirido habitando en la referida finca de campo de su pertenencia,que es de gran extensión,y uno de sus principales aprovechamientos se hace con ganado caprino.Aquí el contagio es probable por haber tomado alguna leche recien ordeñada sin hervir y por el contacto de los ingesta por alguno de los criados ó pastores dedicados á guardarlas.

Comencé la asistencia de esta enferma en Enero de 1913 hallándola con los primeros síntomas ya tan repetidos,de escalofrios,cefalalgia,raquialgia, anorexia,lengua saburrosa,estreñimiento,sudores abundantes,esplenomegalia y

taquicardia muy exagerada.Desaparecieron en pocos dias estos síntomas pronunciados de agudeza (á beneficio de un tratamiento eliminatorio ó por que tenian que desaparecer si bien es verdad que este es el único hasta ahora que parece dár resultado) y siguieron la consabida fiebre de 38º (que todavia conserva) el infarto de bazo y una marcada taquicardia,que á mi juicio á fuerza de prolongarse tanto,fué la causa de poner en peligro la vida á los pocos meses por verdadero cansancio del corazón ya que lesión orgánica de este no se ha observado.

Como habia mejorado,el apetito y el estado general,pues estos enfermos digieran á pesar de su fiebre los alimentos sólidos,la enferma se dedicaba á las ocupaciones propias de su sexo,cuando un dia y en ocasión de haber hecho un corto viage,fuí requerido nuevamente por la familia por haber observado la hinchazón de piernas y manos;el edema era considerable,casi anasárquico y el pulso señalaba 150 pulsaciones por minuto,sin arritmias apreciables,tampoco como es de suponer se apreciaban soplos de ninguna clase, ni otros síntomas objetivos cardiacos.

Se analiza orina y no contenía albumina. A beneficio del reposo y digitalina desapareció aquella complicación que fué seguida del estado anterior fiebre de 38º etc. Han pasado tres meses y en el mes de Julio, sufre otra agudización rarísima, fiebre un poco más pronunciada con dolores agudísimos que la imposibilitan el sueño y el reposo algunos dias y que comenzando en lado derecho del vientre (en el hipogastrio) descienden á la región inguinal del mismo lado, localizándose en este sitio. Esto hizo pensar en su herencia artritica (cólico nefrítico) pero la coesistencia del dolor con una pequeña tumoración inflamatoria del ovario fácilmente apreciable por palpación acompañada de una metrorragia de 19 dias de duración, así como la falta de transtornos urinarios inclinó el diagnóstico por el lado de ovaritis. (La metrorragia duró 19 dias viendonos diferentes compañeros en la imposibilidad de combatirla por que los hemostáticos aumentaban el dolor y los procedimientos para mejorar el doloré inflamacióndel ovario aumentaban la hemorragia. (1)

(1) Teniendo en cuenta los tratamientos de que puede hacerse uso en una joven de 20 años

Por último pasaron dias desaparecieron las metrorragias y la inflamación del ovario y nuestra enferma sigue hoy con el tripode sintomático fiebre, taquicardia é infarto de bazo en espera de curación ó de algun nuevo episodio de agudización. Hace algunos meses se practicó el análisis de la sangre con seroaglutinación positiva p.el m.m. Ha sido tambien sometida á inyecciones intravenosas de diferentes clases y al tratamiento auto-seroterápico con resultados infructuosos. Lo mismo ha sucedido con las inyecciones de compuestos arsenicales, así como con otros tratamientos á que estuvo sometida al principio de su enfermedad, no teniendo hoy ningun otro más que el higienico.

Muchos más casos podría citar, algunos de ellos que observo en la actualidad, pero de intento he procurado hacerlo solo de los más interesantes, y de las variedades de localización más salientes, para no molestar más la atención de los maestros ya que se está menos autorizado que á los demas, siquiera sea porque mejor lo emplean y más lo necesitamos para obtener los frutos de su utilidad.

Y ahora teniendo el cuenta que el mayor interés de estas páginas ha si-

do el poder llegar á instituir síntomas clínicos bastante diferenciados para llevar á cabo el diagnóstico diferencial con la mayor certidumbre posible en el mayor número de casos,ya que todavia hoy en la mayor parte de los sitios,el Profesor no puede tener á mano el laboratorio unido á la clínica como se hace necesario,vamos á establecer estas diferencias con las demas especies nosológicas que más se puede confundir.

Para llevar á cabo el diagnóstico diferencial,hay primero que tener en cuenta lo que de característico ofrece la sintomatología de cada enfermedad. Es en la que nos ocupa de una gran dificultad en gran número de casos por la variación de los síntomas y localizaciones tan diversas y capaces de simular el cuadro clínico de casi todas las especies morbósas.

Puede asegurarse que unicamente de característico presenta por este órden como síntomas constantes la triada sintomática (taquicardia,fiebre y esplenomegalia que cada uno de por sí nada significan,pero tienen una gran importancia diagnóstica por que los tres á la vez durante todo su curso no los presenta ninguna otra de las que más se pueden confundir.Es síntoma que

tampoco suele faltar en todos los casos la neuralgia (generalmente única) ya sea ciática, raquialgia, de la articulación del hombro ó de otras articulaciones (monoarticular casi siempre.)

Por último la orquitis en el 30 ó 40 por 100 de los casos, y con menos frecuencia la ovaritis.

Se confunde en su comienzo con la fiebre tifoidea, reumatísmo articular agudo, paludismo, grippe, tuberculósis, paratífus y otras enfermedades segun la preferencia que adopte para la localización de las lesiones y con arreglo á esto segun las manifestaciones sintomáticas de cada órgano, aparato ó sistema.

Con la fiebre tifoidea se distingue porque faltan, el estupor, las manifestaciones intestinales marcadas, el gorgoteo, el exantema y principalmente la lentitud del pulso ó pulso paradógico, pudieramos decir que en esto hay dos enfermedades de comienzo agudo y extrema divergencia, la fiebre tifoidea con el menor número de pulsaciones en relación con la temperatura y la fiebre melitocócica con su taquicardia exagerada aun con pequeña elevación

de la temperatura que muchas veces no excede de 37º y 1/2.

Con el reumatísmo articular agudo puede confundirse especialmente en los casos acompañados de artralgias (con frecuencia hidrortrosis en la fiebre melitense de las articulaciones del hombro, rodilla, tobillo, costo esternales y cos-condrales) en las que se ha observado el m.m. pero el diagnóstico clínico se establece con facilidad en sus comienzos teniendo en cuenta la manera más brusca de empezar el reumatismo, al contrario de la insidiosa, acompañada de la astenia y sensación de barra de esta enfermedad y por último de la esplenomegalia é hipertrofia de higado y la mala tolerancia del salicilato de sosa que en estos produce vómitos á cambio del buen resultado obtenido en el reumatísmo, siendo de notar que la fiebre de Malta no deja al parecer lesiones cardiacas orgánicas como secuela, como ocurre en el reumatismo cuando se cumple la ley de Boillot.

Con el paludismo cabe la confusión pues tiene como él fiebre, sudores, esplenomegalia y algunas veces hasta el engrosamiento del higado y la ictericia en las formas de localización hepática preferente. sin embargo la

irregularidad y constancia de la fiebre la distingue del paludismo subintrante ó de su forma de doble terciana y si esto no fuera bastante la administración de la quinina á la cual no responda la fiebre Melitense.

Con la grippe el comienzo brusco de esta con catarro nasofaringeo, la lengua característica, la falta de esplenomegalia, comunmente la presencia del bacilo de Peiffer en los exudados catarrales y su corta duración vienen á establecer el diagnóstico.

Es muy frecuente la pseudotuberculósis y está tambien simulada en los melitocócicos que en muchos casos hay que hacer uso de la cuti y oftalmorreación (preferibles á la tuberculina hasta el dia) para poder precisar el diagnóstico.

En los casos que simula tuberculósis de curso agudo no están en relación los síntomas estetoscópicos con la fiebre alta, taquicardia y los demas síntomas agudos que presenta el enfermo. Al contrario ocurre en los casos que simulan la tuberculósis incimiente que hablan en contra de esta el buen estado general, (en muchos casos los enfermos acusan aumento de peso adqui-

quirido durante el periodo subagudo ó de estado) la escasa espectoración y disnea y en discordancia con estos síntomas las groseras manifestaciones estetoscópicas que en vez de corresponder á un primer periodo,de inspiración entrecortada,espiración prolongada,pequeño aumento del fremitus bucal, pequeños estertores,propagación del latido cardiaco,corresponden más bien á señalada hepatización,gruesos estertores,matidez muy pronunciada y otros facilmente visibles.

Con el llamado Paratifus ó fiebre paratífica,descubierto su bacilo en 1896 por Achard y Bensaude (bastoncillo de cuatro ó cinco mieras de longitud,sumamente movible,flagelado que toma con avidez la fuchina y es Gran negativo y que se presenta en los cultivos,bajo la forma de nuves sedosas y onduladas y hace fermentar la glucosa) el diagnóstico es dificil sobre todo al comienzo,sin embargo se inclinan á favor de la fiebre melitense,la taquicardia exagerada,irregularidad y altura de la fiebre,los abundantes sudores,las localizaciones más raras en diferentes órganos y su mayor duración.

En muchos casos habrá que recurrir á la seroaglutinación de Jicker en vez de la de Vright y á la oftalmo ó intradermorreación de la fiebre de Malta.

Cuando la dolencia pasa ya al periodo de estado ó subagudo aparte de lo especial de cada localización quedan dominando la escena en todos los casos los tres síntomas ya referidos, taquicardia, esplenomegalia y fiebre que no suele pasar de 38º á 38 y 1/2 y que remite por la mañana á 37 y 1/2 apróximadamente; en muchos casos la fiebre no pasa de 37º y 1/2 á 38º y remite por la mañana á 37º

Es por último fácil instituir el diagnóstico de las diferentes localizaciones en órganos especiales una vez instituido el de un melitocócico.

Y respecto á esto conviene hacer una aclaración, son muchos los casos de fiebre de Malta que simulan otras especies nosológicas como se ha podido observar por las historias clínicas referidas anteriormente, pero hay que tener especial cuidado en no tomar por Maltosos, muchos casos de otro órden de dificil diagnóstico. He visto un prostático que en cuanto se le quitaba

la sonda uretral reaparecía la fiebre moderada propia de estos casos (de reabsorción) y un compañero empeñado en diagnósticar y tratar fiebre melitense, otro caso con pequeña tumoración renal apreciable por palpación, comprobándose despues la existencia de pus en la orina, sin ir acompañado ademas de los tres síntomas característicos del periodo subagudo de la melitococia diagnósticado igualmente de padecer esta enfermedad.

Otros errores podría citar, entre ellos, un comienzo de mal de Pot cervical con pequeña fiebre neuralgia cervical y una irregularidad de la vertebra descubierta por el tacto faringeo etc, pero en ninguno de estos casos he podido comprobar la triada sintomática con cuya comprobación unida á la historia completa del enfermo y de la enfermedad, por lo tanto se puede establecer el diagnóstico diferencial clinicamente en la mayoría de los casos de curso lento ó subagudo de esta especie nosológica.

Pero todavia cuando existen dificultades para precisar el diagnóstico clínico nos quedan la oftalmorreación é intradermorreación, el exámen basteriológico (á pesar del dificil aislamiento y cultivo del m.m.) y la reación de seroaglutinación

Entonces pueden ponerse en practica las reaciones anafilacticas como medio diagnóstico complementario.

Los fenómenos reaccionales tanto locales como generales que la tuberculina despierta como manifestaciones anafilacticas en la cutirreación, oftalmorreaciónó intradermorreación aplicados al diagnóstico de la tuberculósis se despiertan tambien aplicados á los enfermos de fiebre de Malta.

Con la aplicación de vacunas ó inyección de m.m. muertos y emulsionados en agua salina se producen en los enfermos de fiebre de Malta fenómenos de reación local (enrrojecimiento, tumefacción de la región que algunas veces se estiende tomando aspecto erisipelatoso) y generalmente caracterizada por aumento de temperatura y agudización de los síntomas, que no dejan de presentarse en ninguno de los casos cuyo diagnóstico estaba establecido bacteriológicamente, así como en otros que no estaba claramente establecido se ha confirmado con la hipodermorreación, resultando en una tercera categoría de resultado negativo comprobándose despues que no se trataba de fiebre de Malta.

La oftalmorreación en algunos casos es intensa produciendo gran hiperemiaconjuntival,lagrimeo,molestias oculares y edema palpebral pero en la mayoría lo es menos y más tardia que la hipodermorreación.

La reación de seroaglutinación completará por último la certeza del diagnóstico ya sea practicada por el procedimiento primitivo de Vright que usa una mezcla en tubo á partes iguales de suero á un título determinado en agua salina y una emulsión de gérmenes procedentes de un cultivo en agar, tambien en agua salina,que observa unas cuantas horas considerando la reación positiva si el líquido queda claro y con un sedimento en el fondo; ó bien el procedimiento de Craig observando al microscopio en porta-objetos con cultivo procedente de caldo que tiene el inconveniente del dificil desarrollo del coco en este medio, ó por último el de centrifugación de Nicolle y de Gardon,ó el que emplea el Dr.Duran y Cottes.

Este realiza primero lo que llama suero-diagnóstico de impresión y despues el suero-diagnóstico de fijación de título ó sea de confirmación y titulación de poder aglutinante.

En el de impresión diluye en porta-objetos todo lo homogéneamente posible una parte de sueron del enfermo en solución salina (teniendo cuidado que el suero esté exento de glóbulos rojos) con una pequeña porción tomada con la ose ó hilo de platino de un cultivo de gelosa de tres á cinco dias de fecha. Observa entonces con una lupa y luz natural, ó á simple vista notándose en los casos de reación positiva como desaparece la homogeneidad del líquido formándose grumos que aumentando de tamaño dan el aspecto de un precipitado, que segun expresión del autor semeja al champagne cuando se vierte en pequeña cantidad sobre el cristal. Otras veces hace la dilución en tubos de una gota de suero con 9,19,29 ó más de emulsión salina del gérmen transportándolo despues con pipeta en pequeñas porciones á los portas y observándolo de igual manera que en el metodo anterior. Segun este autor el resultado positivo del fénomeno es de tal evidencia que no deja lugar á duda.

El serodiagnóstico de fijación de título lo practica preparando una emulsión de m.m. de cultivo en agar de 3 á 5 dias en agua salina, dejándola

sedimentar unas horas y del líquido homogéneo que queda se vierte en varios tubos una cantidad fija, añadiendo á estos despues 1,2,3,4 gotas de suero del enfermo (en serie progresiva) agitándolo y llevándolo á la estufa á 37º A las tres ó cuatro horas se toman con pipeta unas gotas de cada tubo y se observan macroscopica y microscópicamente, dejándo el resto de cada tubo para observar la aglutinación macroscopica á las 10 ó 12 horas.

Para la averiguación de título específico del suero del enfermo debe tenerse en cuenta la técnica empleada, así cuando el resultado sea positivo al 1 por 10 por el sero-diagnóstico de impresión puede considerarse especifico; no pudiendo considerarse así si se observa este título unicamente por aglutinación microscópica ó por el método de fijación pues para este caso es necesario el título del 1 por 30.

Segun las observaciones de algunos autores parece comprobarse la existencia de aglutininas afines en procesos cócicos (septicimias puerperales, supuraciones etc.) á títulos inferiores, de una manera parecida á las aglutinaciones de grupo de la serie Ebert, coli etc.

Respecto al momento de aparición de las aglutininas en casi todos los casos aquí observados se han hecho tardiamente las seroaglutinaciones, no pudiendose precisar así como su duración por lo dificil que resulta en la practica particular sugetar los enfermos á estas experiencias tardias.

Respecto á la desviación del complemento por el procedimiento de Bordet y Gengou parece que en la mayoria de los casos guarda relación con la reación de seroaglutinación.

En lo que se refiere al curso seguido por esta enfermedad como sucede en las demas especies morbósas existen casos de tal benignidad que pueden pasar desapercibidos, otros que desde su comienzo siguen un curso subagudo de larga duración, otros de bastante agudización en lo que se refiere á la sintomatología pero de corta duración, pero la inmensa mayoría comienza con una fase aguda para despues ir seguida de un estado subagudo.

Su duración oscila entre unos meses y 3 ó 4 años, siendo muy variable.

El pronóstico que segun las estadísticas de Eyre y de la comisión Inglesa en Malta no pasaba de un dos por ciento de mortalidad, no resulta cierto

aquí que ha ascendido segun los datos remitidos á esta Inspección de Sanidad de un 8 por 100 aproximadamente y teniendo en cuenta que hay muchos enfermos que no los presta asistencia un solo médico hasta su completa curación, resulta todavia mayor esta proporción.

Los individuos afectos de lesiones anteriores de corazón, riñón é higado son los que suelen pagar mayor tributo á esta enfermedad.

Tratamiento. Conocido el microorganismo productor de la fiebre de Malta y su acción patógena, el tratamiento profiláctico ha de basarse en el conocimiento de los focos donde este exista y en la manera de propagarse al hombre.

Si como sabemos el hombre enfermo lleva consigo el m.m. este puede servir de vehiculo de contagio por los escreta pero no es este ni el único foco, ni el más importante.

Las infecciones expontáneas de los animales que conviven con el hombre son sin duda alguna los focos principales.

La cabra como queda demostrado es el animal que con más frecuencia la

padece.La comisión Inglesa encontró casi todas las cabras infestadas en Malta aun sin presentar síntomas clínicos de la dolencia,en esta provincia donde abunda mucho este ganado,se observan los abortos,la orquitis de los machos y las cojeras en casi todas las ganaderías con gran frecuencia.La leche y los escreta han de ser los que con más frecuencia dán lugar al contagio.

La leche puede llevar consigo ya el m.m. ó infectarse en las maniobras del ordeño por la suciedad ynpoca precaución de los cabreros,que se infectan con los escreta.

Casi todos los animales domésticos que conviven con el hombre pueden servir de vehiculo de contagio como queda demostrado al hablar de la etiología.

Las carnes tambien pueden transmitir la enfermedad al hombre,el polvo, coito etc. ya dichos.

Y teniendo esto en cuenta las puertas de entrada quedan como es natural sujetas al vehiculo y han de ser la entanca,por inoculación accidental en

los laboratorios y el mosquito, la genital comprobada esperimentalmente en los animales, la respiratoria por el polvo contaminado, la digestiva en la cual entra el consumo de leche y sus derivados y que indiscutiblemente es la más importante.

Con arreglo á esto es necesario aplicar las medidas profilacticas colectivas ó individuales.

Entre las colectivas ocupan lugar preferente todos los medios encaminados á evitar el desarrollo de la epizootia en los animales cuya leche y otros productos son utilizados para el consumo (cabras, ovejas, vacas) cuyos medios serán:

1º Medidas para evitar la importación extrangera de animales contaminados.

2º Medidas para evitar la contaminación de los rebaños sanos.

3º Medidas para detener la epizootia existente en un rebaño.

Varias naciones han puesto en práctica la prohibición de importar animales del extrangero. 1º El Gobernador de Argél como consecuencia de los es-

tudios de Gergent dictó la siguiente ley: Artículo 1º Se prohibe la importación y transito en Argel de rumiantes de toda especie procedentes de Malta como tambien de carnes frescas y sus despojos. 2º Los Prefectos de los Departamentos,los Generales Comandantes de las divisiones y el servicio de Aduanas son los encargados de la ejecución de esta disposición.

Igual disposición fué adoptada por el Bey de Túnez el 22 de Septiembre de 1909.

Para evitar la contaminación de un rebaño las medidas deben ser;no introducir animales nuevos sin someterlos antes á un análisis bacteriológico y en su defecto evitar que procedan de otro donde se registren abortos y someterlos á una cuarentena antes de reunirlos.Evitar el pastoreo en unión de otros rebaños.Someter á exámen bacteriológico á los sementales,con frecuencia dada la facilidad con que se contaminan evitándose á la par un elemento importante de difusión.

Se hará necesario el aislamiento y mejor el sacrificio de los animales infestados una vez comprobado por el sero-diagnóstico ó lactorreación.

Individualmente debe recomendarse la supresión de la leche de cabras, ovejas etc. y sus derivados (quesos,mantecas) siempre que no se conozca la procedencia de animales que no estén infectados, y lo que es más factible someter la leche á la ebullición ó por lo menos pastenización.

La evitación de los contactos por aislamiento del enfermo,desinfección de orina y deesecreta etc,etc. completan los medios profilácticos individuales.

Con este objeto en Malta se han dictado las siguientes disposiciones oficiales: 1º Todo dueño de expenduría de leche de cabras ú ovejas debe dar conocimiento de su industria á las autoridades dentro de las 48 horas facilitando cuantos datos se le pidan que anotará en un registro.

2º Toda cabra ú oveja llevará una marca ó collar ú otro signo distintivo que permita identificarla.

3º Todo animal que suministre leche deberá ser examinado por un agente sanitario á lo menos dos veces al año.

4º Todo agente sanitario podrá visitar cuando lo crea conveniente todo

animal lechero ó no,con objeto de investigar si está infectado.

5º Todo agente podrá tomar de los animales una ó varias muestras de sangre ó leche.

6º Todo establo tendrá las ventanas suficientes para una buena ventilación y superficie total correspondiente á una buena higiene.

7º El suelo deberá estár hecho de materiales impermeables (asfalto ó cemento portland con hormigón ó piedra gruesa y tendrá canales de evacuación bastantes,aprobados por el Ingeniero sanitario.

8º Queda prohibida la venta de los productos de los animales que no hayan sido inscriptos como determina la disposición 1º y que no lleven una de las marcas prescriptas en la 2º

9º Nadie podrá sin permiso del Subintendente,tener un hotel,café,restaurant ó establecimiento donde se expenda la leche sin que haya sido previamente hervida.

10º Todo agente tendrá derecho á entrar en los establos ó establecimientos en cualquier momento para realizar el exámen de las cabras ú ovejas leche-

ras y el de la leche.

El tratamiento curativo ha de responder á la indicación cansal y sintomática.

La indicación cansal obliga á dirigir la terapeutica en el sentido de disminuir la entrada de gérmenes por la mucosa intestinal, activar los fénómenos defensivos orgánicos que conducen á la inmunización para el m.m. y facilitar la eliminación de dicho gérmen.

La disminución de entrada de gérmenes por la via intestinal la conseguiremos evitando la ingestión de nuevos alimentos que puedan ser vehiculo de ellos y eliminando los que puedan existir, ya por sustración por medio de purgantes é irrigaciones profusas ó por su destrucción muy limitada é ineficaz por cierto, sirviendonos de los antisépticos.

A propósito del efecto favorable de eliminación no he de pasar sin hacer notar un caso curioso asistido en esta localidad.

Tratabasé de un adulto afecto de fiebre de Malta en el periodo subagudo que llevaba cuatro meses sufriendo esta dolencia, para el que fuí avisado

una noche encontrándome en presencia de una fascies cadavérica,con vómitos, deposiciones diarreicas,pulso frecuentísimo,calambres,sed,dolores cólicos y enfriamiento de las extremidades,todo un cuadro coleriforme que ponia en peligro la vida como consecuencia de haber ingerido una enorme cantidad de uvas;recurrimos á los opaceos,cafeina,etc. y conseguimos que pasara la gravedad pero cual no sería nuestra sorpresa al ver desaparecer la fiebre de Malta desde aquellos dias,que el individuo recuperó la normalidad,no volviendo su fiebre ni sus molestias,indudablemente debido al efecto eliminatorio.

Para activar los fenómenos defensivos orgánicos que conducen á la inmunización ha de ser necesario suministrar al enfermo los anti-cuerpos específicos procedentes de un organismo estraño que los ha elaborado (suroterapia) ó determinar fenómenos reaccionales que consigan una hiperproducción de los mismos anticuerpos que el organismo elabora contra el gérmen y sus toxinas utilizando como antígeno el propio germen productor de la infección (vacunoterapia.)

Hasta ahora no se ha conseguido obtener sueros antitóxicos, ni de los cultivos mediante la obtención de las toxialbuminas ó fermentos solubles capaces de inocubación á los animales pata obtener los sueros curativos á la manera del diftérico y tetánico, ni por otro procedimiento.

Lo que algunos autores guiados por Vright como el Dr. Durán y Cottes, han obtenido y practicado sino es una inmunización mixta se asemeja mucho acercándose más á la inmunización activa que á la pasiva.

En efecto el suero inmunizante obtenido de la cabra á la par que un alto poder aglutinante tiene un alto poder opsónico, pero no posee lo que Erlich con arreglo á su teoría de las cadenas laterales llama antitóximas en gran cantidad que como sabemos se aproximan más á obrar con arreglo á proporciones definidas ejerciendo el efecto de antidoto ó neutralizante del veneno merded á su polo apto para anticuerpo destinado á combinarse con el toxoforo de la toxina.

Y teniendo en cuenta que el poder aglutinante está considerado por casi todos los autores como de escasa acción inmunizadora resulta que los sueros

obtenidos de la cabra, y en otras ocasiones de la oveja y el asno,no llevan consigo otro efecto curativo que el obtenido por las opronínas que son anticuerpos que favorecen la acción fagocitaria y que se desarrollan paralelamente á esta preparando á la vez el gérmen para que sea más facilmente fagocitado.

Debido acaso á la escasa cantidad de antitóximas que llevan consigo estos sueros opsónicos,de una manera parecida á lo que ocurre con otros sueros que se elaboran para otros procesos (fiebre tifoidea estreptococcia) se llega á obtener alguna mejoría y á regularizar la marcha del proceso en sentido favorable,pero no se llega á conseguir la curación completa del paciente.

Sin embargo su administración es inocuas es un recurso terapeutico de gran utilidad,como la vacunoterapia,únicos de órden racional cuya practica demuestra de todos modos una acción más eficaz que los multiples tratamientos usados.

Debe usarse en inyección sudeutánea en las fases de onda principalmente

ó para modificar los estados de toxemia, como el insomnio, tembler, ciáticas, etc. La dósis suele ser de 10 centímetros cúbicos cada dos ó cuatro dias, de suero de diversea procedencia animal para evitar los fenómenos anafilácticos que pudieran presentarse por el uso continuado del suero, usándolo hasta conseguir el descenso de la onda térmica.

La aplicación en la práctica de este suero y de las vacunas ha tenido serios inconvenientes hasta ahora por las dificultades de la técnica, teniendo que ir unida al laboratorio y haciendo precisa una práctica profesional que no tiene generalmente el clínico. La optención del índice opsónico mediante el recuento del número de gérmenes atrapados por los fagocitos, el momento preciso de la inyección con arreglo al aumento ó disminución del índice de opsímas, el temor á fenómenos anafilácticos y sobre todo la difícil técnica para precisar estos datos hacian difícil el uso de este suero en la practica diaria.

Pero he aquí que el Dr. Durán y Cottes que indudablemente lleva practicados notabilísimos trabajos sobre este asunto, en su última publicación pa-

rece que nos dá resuelto este importante problema de un modo practico y sencillo.

Sabido es que las vacunas están fundadas en el uso del propio gérmen como antígeno ya sea atenuado ó muerto para el desarrollo de anticuerpos inmunizantes.

Fundamentada sobre bases ciertas por Vright para su aplicación necesitaba ir acompañada de la averiguación del índice opsónico al microscopio para no practicar las inyecciones á destiempo modificando perjudicialmente la curva opsónica disminuyendo su índice en lugar de aumentar sucesivamente el poder opsónico.

Vright y otros autores demostraron que á toda inyección sigue una disminución del índice opsónico que dura un tiempo variable segun diversas circunstancias.Esta primera fase es lo que se ha llamado fase negativa de opsoninas.Sigue á esta fase una hiperproducción que dá lugar á un aumento con relación á las existentes cuando se aplicó la vacuna (fase positiva de opsoninas) Pues bien,averiguando el índice opsónico cuantas veces sea necesa-

rio se llegará á establecer la curva opsónica y una vez establecida habrá que tener la precaución de no practicar las inyecciones vacienales en la fase negativa,pues entonces se produce un aumento negativo peligroso,que disminuye el poder opsónico y que despues tarda en llegar al índice anterior y no le sobrepasa favorablemente esto se atribuye en parte á los malos resultados obtenidos con varias tuberculinas y los infructuosos de otras vacunas.El momento más oportuno para practicar la inyección será pues en la fase positiva,antes de su terminación.

El Dr.Durán y Cottes como ya he anunciado,en su última producción parece nos dá la pauta para que no sea indispensable el exámen del índice opsonico hecho con el microscopio.

En la clinica dice,la temperatura y la sintomatología vienen á reflejar fielmente la marcha del poder opsónico pudiendose representar una gráfica del tratamiento vacunoterápico constante en su desenvolvimiento y con arreglo á esta practicar la vacunación.

Observando estas prácticas se vé que el tipo de irregularidad que esta

fiebre tiene adopta una marcha sujeta á un patrón representado por las variaciones que las vacunas le imprimen como expresión de las fases negativas y positivas de opsoninas.

Estudiando las gráficas se puede apreciar que á la aplicación de la vacuna sigue una elevación térmica reacional. Esta se mantiene en el momento cotidiano de remisión á mayor altura el dia siguiente que en los anteriores y marcando una escala descendente en sus máximas y mínimas llega por lo general á los cuatro ó seis dias á encontrarse á menor altura que cuando se aplicó la inyección. Marcase despues nueva tendencia á volver á ella. Aplicada nueva vacuna en este momento que pudieramos llamar de estado, reproducese la gráfica anterior, de este modo podrá observarse que vá llevándose la térmica por impulsos sucesivos de vacunas á 37º y ultimamente á temperaturas inferiores que haciendose estables por nuevas inyecciones expresan la inmunización del enfermo y la curación que es su consecuencia.

Este tratamiento por último indica el Dr. Durán requiere un uso prolongado en ocasiones pues no se puede confiar en que con la aplicación de dos

ó tres vacunas se consiga y afirme una curación que puede ser aparente é ir seguida de una nueva reaparición del proceso.

Adopta ademas varias conclusiones importantes el Sr.Durán que han de tenerse en cuenta para el tratamiento.

1º Se utilizan con iguales resultados las vacunas de gérmen muerto lo mismo que sea por el calor,el éter ó el cloroformo.

2º No deben usarse las vacunas en las formas agudas hiperpiréticas si no cambia su modalidad en ondulante ó febricular.

3º En las formas ondulantes no debe comenzarse el tratamiento durante el asné de onda febril,ni en fase manifiestamente ascendente de onda.

4º En las formas ondulantes puede comenzarse en fase descendente de onda ó en periodo intercalar.

5º El tratamiento una vez instituido sujeta la térmica á la acción de las vacunas y su administración ulterior está supeditada á su marcha,procurando que las inyecciones se distancien de 7 á 9 dias.

6º El aumento progresivo de gérmenes se determina por la forma reaccio-

nal de la anterior.

7º En las formas ambulatorias ó febriculares el comienzo puede ser en cualquier momento, siempre y cuando no haya contraindicaciones especiales

8º La presentación de una onda de altura durante el tratamiento podrá obligar á suspendelo para reanudarlo en fase descendente, debe tenerse presente en este caso el comenzarlo nuevamente con pequeñas dósis.

Son contraindicaciones de este tratamiento las hipertermias, el predominio de manifestaciones del sistema nervioso central, las lesiones orgánicas del corazón y las formas ó fases hemorrágicas intensas.

Con la aplicación del tratamiento vacunoterápico se observa que el proceso se regulariza modificándose notablemente su irregularidad térmica como los síntomas en general, evitándose la reproducción de ondas prolongadas y de altura y dando garantias de curación tan dificil de determinar en los periodos intercolares de onda de los no sometidos á tratamiento..

Todavia mejor parece el tratamiento mixto de suero y vacuna, usando el suero en las fases de onda, hasta que está el enfermo en condiciones de va-

cunoterapia ó empleando el suero en las fases descendentes de la térmica reaccional de la vacuna á la vez que esta.

Tratamiento sintomático. Es en la inmensa mayoría de los casos ineficaz los antitérmicos quinina, piramidón, antipirina, creogenina etc. no dán ningun resultado beneficioso, en muchas ocasiones son hasta nocivos, igualmente sucede con la hidroterapia que no es mucho más eficaz, siquiera en algunos casos produzca alguna mejoría como sedante.

Para los dolores casi siempre hay que recurrir á la morfina, pues los analgesicos de aplicación interna y externa fracasan en el mayor número de casos.

El estreñimiento reclama la administración de purgantes y laxantes de preferencia los que tengan acción colagoga, por ser la acolia la causa principal.

Ademas considerando que en el mayor número de casos la infección se hace por ingestión pasando el agente morboso desde el aparato digestivo á la sangre, el tratamiento eliminatorio por los evacuantes intestinales, entre

los cuales ván incluidos las irrigaciones intestinales constituyen una de las indicaciones más precisas y útiles del tratamiento sintomático, pues siempre se observa alguna mejoría de los síntomas.

Las artritis, orquitis, sinovitis y otros procesos inflamatorios deben tratarse por los procedimientos menos enérgicos, teniendo en cuenta que se resuelven expontáneamente en la generalidad de los casos y la terapeutica es, sino siempre inútil casi ineficaz.

Las hemorragias, epistaxis, enterorragias, gastrorragias y hematurias etc. reclaman á veces una medicación especial, como el cloruro de calcio y la ergotina aparte de los medios directos.

Otros medios terapeuticos se han aconsejado como tratamiento, tales son las inyecciones de eletroargol, suero antidiftérico, salvarsan etc. y aquí hemos usado repetidas veces, con el salvarsan y electroargol se ha obtenido algun resultado en algunas ocasiones traducido por un descenso de la onda térmica, muchas veces duradero, acompañado de mejoría de los síntomas, pero nunca hemos llegado á conseguir la curación completa.

Respecto al régimen dietético durante la fase aguda de comienzo de los primeros dias, será régimen de líquidos á base de leche, pero despues durante todo lo que dure el periodo subagudo de la enfermedad en el que generalmente los enfermos digieren bien, tienen la lengua limpia y el aparato digestivo sin alteración manifiesta ha de darse á los enfermos alimentación sólida (aunque tambien tomen gran cantidad de leche) y sana, pues de otro modo se ayudaría á la anemia y á la astenia en sus perjudiciales progresos, hasta el extremo que una de las medicaciones coadyuvantes de las que parece obtenernerse algun resultado beneficioso, la constituyen las arsenicales, muy usados y no despreciables en estos enfermos.

Conclusiones. 1º La fiebre de Malta debe llamarse de otro modo por no ser como se creia exclusiva de Malta.

2º Es propia de todos los paises en su forma endémica y epidémica, y debe haberse padecido en todos los tiempos bajo la forma de la antigua fiebre sudoral, viniendo á corroborar esta afirmación el haber desaparecido del cuadro nosológico actual esta especie morbosa antigua, cosa muy rara, y el

conocimiento perfecto de su contagio por la cabra de todos los paises, especialmente de aquellos que no se ha conocido la esportación de la cabra Maltesa.

3º Es bastante contagioso y lo demuestra lo expuesto del manejo del material donde existe el m. de Bruce en las maniobras de laboratorio.

4º Como ha sucedido en Miruena (pueblo de esta provincia de un modo tan claro que de 200 vecinos enfermaron cerca de 100 individuos) se observa con frecuencia bajo la forma de focos epidémicos que son más frecuentes y extensos donde abunda mucho el ganado caprino como en la referida localidadque constituye esta la principal fuente de riqueza.

5º La cabra y otros animales (oveja, etc.) no solo padecen esta enfermedad, sino que á semejanza de lo que ocurre en otras morbosidades infecciosas puede considerarse como animal portador de gérmenes, en estado sano como se ha demostrado por la lacto y serorreación y el hallazgo del m.m.

6º Siguen en el órden de vehiculos de contagio las moscas, coito, mosquito, polvo, pero ya de muchísima menos importancia dentro de la etiología de esta

enfermedad.

7º La influencia estacional es muy escasa,casi como la edad,estado social y profesiones,si bien como en todas las dolencias están más expuestos los individuos que más se relacionan con los vehiculos de contagio,pastores camareros,confiteros,médicos,veterinarios, etc.

8º La sintomatología de comienzo es tan variada que hace muy dificil el diagnóstico en muchos casos,habiendo necesidad de hacerlo por esclusión,sin embargo habrá que tener presente en cada caso la rareza del comienzo y la separación de algunos síntomas importantes del cuadro clínico correspondiente á cada enfermedad;ejemplo,en la fiebre tifoidea,la taquicardia,la falta de estupar,el comienzo más rápido etc. en el reumatísmo,el infarto de bazo, la neuralgia ó artralgia monoarticular,,el infarto de bazo etc. que se separarán de cada una.

9º En los casos subagudos ó en el periodo de estado,el diagnóstico es más fácil,teniendo en cuenta la constancia de la triada sintomática que casi se puede considerar como patognomónica (fiebre irregular y constante,

infarto de bazo y taquicardia) que si bien cada uno de estos síntomas por si solo no tiene ninguna importancia los tres reunidos son de significación diagnóstica indudable, ejemplos, el paludismo lleva infarto de bazo, pero la fiebre está regularizada con sus periodos apiréticos, en los que ademas falta la taquicardia, aun en la forma de doble terciana, la tuberculósis pulmonar puede llevar taquicardia y fiebre pero falta el infarto de bazo.

10. La fiebre puede sugetarse á un tipo dentro de su irregularidad, cuya norma sigue siempre. Es constante, durando tanto como dure la dolencia, en la fase aguda es alta de 39º y 1/2, 40º y 40º y décimas, sin remisión ó pequeña remisión por la mañana y en el periodo subagudo tambien constante de 38º y 38 y 1/2 con unas décimas de remisión matinal y en la mayoría de los casos llega á estár meses enteros tan moderada que los enfermos no pasan de 37 y 1/2 por la tarde para quedarse en 37º -2 ó 37º-3 por la mañana.

11. Son síntomas frecuentísimos que faltan en muy pocos casos, los sudores profusisímos y molestos, sobre todo, al comienzo, y la orquitis y neuralgias. En algunos casos la ovaritis.

12. En el diagnóstico de los casos subagudos con otros procesos especialmente crónicos hay que tener siempre muy en cuenta el buen estado general de estos enfermos.

13. La seroaglutinación decidirá el diagnóstico, con bastante seguridad en todos los casos en que sea positiva á más del 1 por 100 de dilución, más dudosa al 1 por 30 y por 50 como indican algunos autores.

14. La oftalmorreación é hipodermorreación necesitan aun de más esperiencia, pero si sus resultados se comprueban pueden ser un excelente medio diagnóstico tanto por su valor como por la facilidad de su manejo para todo médico.

15. La mortalidad por esta especie morbosa es mayor de lo que hasta ahora se creia y decian las estadísticas Inglesas, siendo en el mayor número de veces debida á las complicaciones por localización preferente en órganos y tejidos nobles y como causa coadyuvante ó favorecedora del desarrollo de otras enfermedades intercurrentes.

16. El tratamiento profiláctico necesita del establecimiento de reglas

especiales como las indicadas anteriormente adoptadas en otros paises para combatir su propagación.

17. Debe figurar esta enfermedad en todas las hojas y estadísticas sanitarias comunicadas por los Inspectores municipales de sanidad á los Subdelegados é Inspectores provinciales y tomarse medidas de precaución con los animales de ganaderías infectadas que consistirán en la separación ó aislamiento, sacrificio ó aviso al público por lo menos, encargándose de estos trabajos los Veterinarios ó personal técnico apto y dependiente de los laboratorios provinciales ó de donde mejor convenga.

18. El mejor procedimiento para evitar su propagación es con toda certeza es el hervido ó pasteurización de leche.

19. En el tratamiento por la sueroterapia y vacunoterapia pasa como en otras enfermedades infecciosas que no son tan rápidos y seguros sus resultados como en aquellos donde se pueden obtener sueros de gran poder antitóxico (como sucede en la difteria y tetanos) por su efecto neutralizante inmediato, sin embargo dada la escasa medicación eficaz con que contamos hasta

el dia es el tratamiento más racional y el único al que pueden atribuirse en mayor número resultados favorables.

Bibliografía: Góngora-Patología Interna, Ebstein-Rist-Patología Tropical.
Sir Batrig Manson- Maladies des pays chauds.
Les Maladies infecticienses-C.H.Roges.
J.Brault-Fiebre de Malte.
Fiebre de Malte á Marseille-Bulletin de la Societé de Patologie exotique Juillet 1909.
O,Neil-Un caso de fiebre de Malta (Gacete Medicale de Nantes 1912.
Sur une nouvelle forme de fiebre rencontré sur les bords de la Mediterrane (anales de Institutut Pasteur.Abril 1893,Bruce)
Etude sur la fiebre de Malte en France 1911.
The Le de Montpellier.Serorreacción daus la Fiebre Mediterraneo.
Ramón y Cajal (D.Pedro) La fiebre del Mediterráneo en Aragón.
Las fiebres ondulantes febriculares etc.Números de la revista clínica Moderna años 1904,1905,1906,1907,1910,1911 y 1912.

García Izcara y Pitaluga. Enfermedades Infecciosas de los animales domésticos.

Durán de Cottes-La fiebre de Malta en España-España Médica nº 2 y Clínica Moderna años 1908 y 1909 y 1911 y última publicación-Fiebre de Malta-Estudio clínico y bacteriológico 1914, Royo Villanova Zaragoza.

Avila 19 de Enero de 1915.

Braulio Manuel García Sánchez de la Plaza

Admisible
Pitaluga

Verificó en este día el ejercicio del grado de Doctor en Medicina y fué sobresaliente

Madrid 5 Sbre 1915

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]