

observaciones discrepan bastante de esta suposición; son muchos los casos en que cifras de 12 y 13.000 dan extensiones con *rugosidad* muy aparente, en tanto que otras con 16 y 17.000 la dan más atenuada.

Es notable también el hecho de que al llegar a una cifra determinada, que por el momento no nos atrevemos a precisar, el "aspecto rugoso" desaparece de nuevo y obtenemos, casi siempre, extensiones lisas y homogéneas. Preparaciones lisas hemos obtenido con cifras de 24 y 25.000 leucocitos, en tanto que otra muy rugosa tenía 31.000. Tenemos una preparación con cifra de 64.100 leucocitos (no se trata de una leucemia) en que el aspecto de la preparación no es "rugoso", sino que se asemeja más bien al liso, difiriendo de éste, a poco que fijemos nuestra atención, en un fino *granulado*, aspecto que hemos comprobado en otra extensión de 26.000 leucocitos.

Tan constante llegamos a considerar el fenómeno de la *rugosidad*, por nosotros observado, que en más de una ocasión en que fuimos requeridos para practicar con urgencia un hemograma coincidiendo a la cabecera del enfermo con el médico encargado de su asistencia, que reclamaba con premura la cifra de leucocitos para adoptar una resolución determinada, nos aventuramos a anunciar que dicha cifra constituía una franca leucocitosis, por haber observado que la extensión allí, y en aquel momento preparada, presentaba un manifiesto "aspecto rugoso", y en ningún caso el recuento efectuado seguidamente llegó a contradecir nuestro anuncio.

Como no hay regla sin excepción, en nuestro fenómeno tenemos anotadas algunas. Tal vez los casos de hemoparasitismo sean una de ellas; tenemos registrado cuatro casos de paludismo con cifras de leucocitos inferiores a 10.000: en dos de ellos la *rugosidad* es muy manifiesta, en otro el aspecto es dudoso y en el cuarto es francamente liso. Pero es curioso que en los dos primeros el número de plasmodios era considerable, en tanto que en el último, con extensión lisa, fué tarea laboriosa el demostrar la presencia del parásito.

Otra posible excepción tal vez la constituyan las púerperas. En dos casos con cifras inferiores a

10.000 se dió la *rugosidad*, siendo, en el más perceptible de ellos, la tasa de hematíes de 1.900.000, lo que parece indicar que las cifras de glóbulos rojos no tengan influencia en la aparición del fenómeno.

Al revisar la modesta bibliografía a nuestro alcance y no encontrar ninguna alusión al hecho que nos ocupa, pusimos nuestras observaciones en conocimiento de prestigiosos compañeros, algunos de los cuales tras de comprobar, en principio, nuestras observaciones, nos instan a darlas a la publicidad en esta NOTA PREVIA, sin perjuicio de que en su día hagamos lo propio con el estudio más completo que sobre este tema tenemos iniciado, buscando explicación al fenómeno y estableciendo posibles relaciones con la eritrosedimentación, viscosidad, tensión superficial y en general con todos aquellos factores que determinan una alteración del equilibrio coloidal de la sangre.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor beobachtete, dass bei einigen Kranken die Blutausstriche Flecken und Verdickungen aufwiesen, die wie verschrumpft aussahen. Das kommt immer dann zustande, wenn die Leukozytenzahl grösser als 9.000 ist; wenn die Leukozyten die Zahl 24.000 überschreiten, so nehmen die Ausstriche wieder ein normales Aussehen an. In einigen Fällen mit starker Leukozytose konnte ein granulöses Aussehen beobachtet werden. Ausnahmen bestehen natürlich.

RÉSUMÉ

L'auteur a observé que chez quelques malades, les extensions de sang présentent des taches et des condensations qui donnent un aspect rugueux, ce qui semble se présenter très couramment dans les cas où le chiffre de leucocytes est supérieur à 9.000, si bien lorsque la leucocytose est supérieure à 24.000 les préparations présentent de nouveau un aspect lisse. Dans quelques cas de leucocytose intense, on a observé un aspect granuleux. On signale des exceptions.

NOTAS CLÍNICAS

FIEBRE QUINTANA PROLONGADA

(Con motivo de un caso de desusada curación)

C. JIMÉNEZ DÍAZ, E. ARJONA y J. M. ALÉS

Instituto de Investigaciones Médicas y Clínica Médica de la Facultad de Madrid. Director: PROF. C. JIMÉNEZ DÍAZ

Nuestra guerra civil ha dado oportunidad para la observación muy frecuente de fiebre quintana o fiebre de las trincheras o de Wolhynia. Ello nos

ha permitido hacer observaciones clínicas interesantes que demuestran que por lo menos entre nosotros fueron mucho más frecuentes de lo que parece deducirse de las observaciones de otros autores (V. JUNGSMANN¹, CASTELLANI y JACONO², SCHITTENHELM³, RUGE, MUHLENS y Z. VERTH⁴, etc.) las formas prolongadas. Así pudimos ver casos en los que el accidente febril se desvanece sólo a los seis u ocho accesos, pero otros muchos en los que se repiten 12, 20 y más. Un caso observado por uno

de nosotros (J.-D.) llevaba ya un año de enfermedad y salió de nuestra observación persistiendo sus crisis febriles sin que hayamos podido seguir ulteriormente su curso y por tanto saber hasta cuándo se prolongó, otro caso quedó sin fiebre alta, pero con su tibialgia que cada cinco días se exacerbaba de modo intensísimo apareciéndole unas décimas (no más de 38) hasta unos ocho meses. Como quiera que hasta el presente no existe ningún tratamiento eficaz, que no sea el sintomático, en esta enfermedad, en los casos duraderos la angustia terapéutica alcanza su mayor grado. Los arsenicales, los antimoniales, los sulfaderivados, la atebina, quinina, etc., todo ha sido totalmente ineficaz en nuestras manos; los casos más benignos se curan espontáneamente, y los más duraderos persisten hasta que desaparecen, pero siempre de modo espontáneo.

Uno de los casos más extraordinarios que hemos observado es el que es objeto de este trabajo, que referimos por ser excepcional y, sin embargo, poderse afirmar con pruebas incontrovertibles que era una auténtica fiebre quintana.

El enfermo (E. N. V.), de 32 años, abogado, tuvo molestias vagas abdominales en 1940, que se acompañaron de febrícula y fueron diagnosticadas de "colecistitis larvada". Después estuvo relativamente bien hasta diciembre de 1941, en que comenzó a tener unas fuertes cefaleas que se acentuaban algunos días y se acompañaban de náuseas y vómitos, alcanzando a veces una extrema intensidad; un mes después fué visto por nosotros, tan intensa era la cefalea y el malestar que se temía una neoformación intracraneal. La exploración fué negativa, salvo en el sentido de una discreta esplenomegalia, taquicardia y aspecto febril (el enfermo no se había dado cuenta de que tuviera fiebre). Diagnosticamos un proceso infeccioso, del cual fuera sintomática la cefalea y se confirmó la existencia de una fiebre que parecía muy irregular, alcanzando solamente algunos días altos niveles (sobre 39 y 40). Los hemocultivos fueron negativos, las aglutinaciones a Malta y

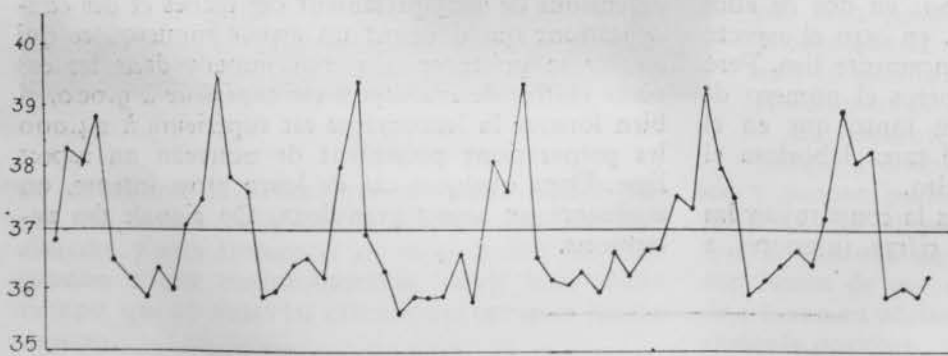


Fig. 1

abortus, así como al grupo T. A. B. fueron negativas, y asimismo los recuentos de leucocitos y fórmulas leucocitarias arrojaron valores normales. Se procedió entonces a una busca sistemática del hematozoario, a diferentes horas y en varios días consecutivos, resultando siempre negativa la investigación. Entonces se procedió a un estudio sistemático de la fiebre, y el enfermo anotó sus sensaciones. La fiebre comienza con escalofrío por lo general no muy intenso, la temperatura se eleva el primer día hasta por encima de 40°, el segundo día ya suele ser menor y en ese día desaparece, queda un intervalo libre de tres días, y el ciclo torna a repetirse. En la figura 1 reproducimos un trozo de su prolongada observación para que sea visible la marcha curiosa del proceso y la similitud estereotipada de los accesos.

Una fiebre de este aspecto no podía ser sino una fiebre quintana y como tal hicimos un pronóstico

de pronta desaparición. Pero la enfermedad ha continuado y actualmente en el tercer año de la misma el cuadro clínico continúa inalterado. Esto nos ha hecho dudar en algunos momentos de nuestro diagnóstico y nos ha llevado a repetir muchas veces los estudios hematológicos. Renunciamos a reproducir los recuentos de leucocitos y las fórmulas que han sido repetidamente realizados, pues todos ellos son absolutamente normales. Se han hecho asimismo hemocultivos tomando la sangre a diferentes horas en días de fiebre y sin ella; se han investigado espiroquetas en la orina y en la sangre a diferentes horas, y se han hecho tratamientos de prueba con atebina y plasmoquina así como de quinina en dosis altas para confirmar la no existencia de un paludismo, fiebre recurrente, sepsis de cualquier etiología, Malta, etc.

Hemos querido, sin embargo, tener una absoluta certeza de nuestro diagnóstico y para ello hemos procedido del siguiente modo:

1. Se tomó sangre heparinizada y se inocularon dos ratones por vía intraperitoneal investigándose diariamente la sangre durante un periodo de ocho días. Las investigaciones fueron totalmente negativas de espiroquetas, y los ratones han seguido viviendo normalmente.

2. La sangre heparinizada se inoculó a un conejo por vía intratesticular (método de OGATA). A los tres días se extirpa el testículo y se estudia no encontrándose rickettsias. Se tritura el testículo y se reinocula a otro conejo por vía intratesticular sin verse tampoco rickettsias. De este segundo se hace otro pase a un tercer conejo por el mismo método sin encontrarse nada.

3. El día 17-III-1944 se hace la inoculación en cuatro huevos de gallina incubados de ocho días, haciéndose en dos en el saco vitelino y en los otros dos en la alantoides. Se hacen pases de estos huevos a otros, tres veces consecutivas y ni en la alantoides ni en el saco vitelino se halla el menor rastro de rickettsias.

4. Se nos ocurrió entonces ver si podíamos nutrir piojos con la sangre del enfermo y demostrar eventualmente en ellos las rickettsias. A este fin se tuvieron piojos estériles comprobadamente y se colocaron quince de tales piojos en cajas semejantes a las de Sickora alimentándoles por aplicación sobre el antebrazo del enfermo durante quince minutos dos veces al día, durante ocho días. Doce piojos control fueron sacrificados y estudiados no hallándose en ellos ninguna rickettsia de la productora de la enfermedad espontánea de este animal (*rickettsia pediculi*).

Se procedió entonces a los ocho días de ser alimentados a sacrificar los doce supervivientes (tres habían muerto espontáneamente), estudiando al microscopio la existencia de rickettsias. En cinco de ellos el contenido era inmenso como puede verse

garse en la figura 2; estas rickettsias tienen el tipo característico de las productoras de la fiebre quintana.

El diagnóstico ha quedado, pues, establecido de una manera segura, y este método que creemos que en el futuro debe alcanzar más difusión semejantemente al exodiagnóstico de Brumpt en la enfermedad de Chagas, nos permite afirmar la existencia de casos de fiebre quintana que no es breve, o medianamente prolongada, sino que puede durar tres

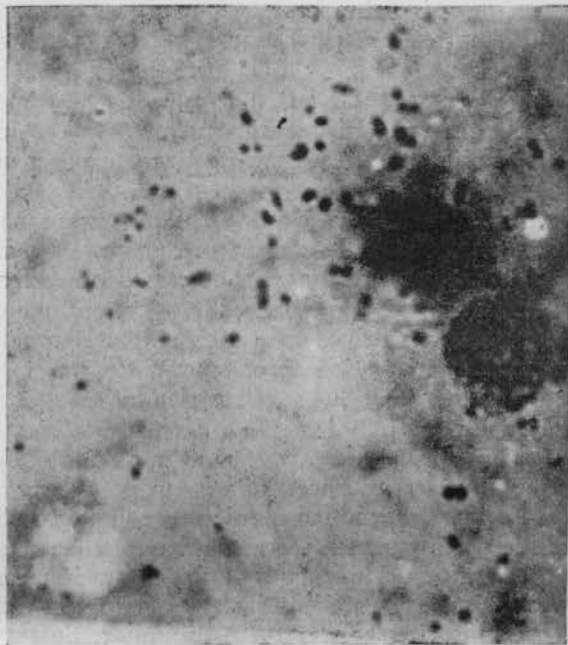


Fig. 2

años y no sabemos si aun más. La *rickettsia quintanae* es en general poco resistente a la defensa natural humana. Dos de nosotros (E. A. y J. M. A.) hemos procedido a inocularnos la sangre de un enfermo con fiebre quintana, tomada en el momento de comenzar la fiebre. Después de una incubación de varios días apareció en ambos una fiebre quintana típica que después de pocas crisis desapareció fácilmente. (Detalles de esta inoculación serán publicados aparte.) Estos casos en que la afección es más prolongada se explicarían o bien por tratarse de una raza especialmente resistente o bien por no existir unas defensas antiparasitarias bastantes en el sujeto.

El proceso continúa igual en estas fechas; todos los tratamientos han dado un resultado negativo.

RESUMEN

Se comunica un caso de fiebre de las trincheras que lleva con típicos accesos cerca de tres años; el diagnóstico se ha confirmado por la aplicación de piojos estériles durante ocho días sobre el antebrazo del enfermo demostrándose el *rickettsia quintanae* en el aparato digestivo del piojo. Se hace resaltar el interés práctico de este método diagnóstico en casos dudosos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 JUNGMAN. — Wolhynische Fieber. Ed. Springer. Berlín, 1919.
- 2 CASTELLANI y JACONO. — Manuale di clinica tropicale. Ed. Rosenberg-Seller. Torino, 1937.
- 3 SCHITTENHELM. — En el Hdb. de BERGMANN y STAHELIN. Editorial Springer, t. I, pág. 1.001. Berlín, 1934.
- 4 RUGE, MÜHLENS y Z. VERTH. — Krankh. u. Hyg. warm. Länder, 1925.

ABSCESO DE PULMÓN CONSECUTIVO A LA ASPIRACIÓN DE AGUA DEL MAR

A. URGOITI

Dispensario Antituberculoso Central de La Coruña.

Director: DR. ALVARO URGOITI

Recientemente hemos tenido ocasión de observar un absceso de pulmón consecutivo, con toda probabilidad, a la aspiración de abundante cantidad de agua durante una caída en el mar.

La semejanza de nuestro caso — en lo que se refiere a la etiología — con los publicados recientemente por SANY y BERARD y la llamada que sobre esta misma etiología ha hecho últimamente RIST, me mueven a comunicarlo, para aumentar así con un caso más la casuística de los abscesos de pulmón consecutivos a este accidente. He aquí nuestra observación.

A. E. E., natural y vecino de La Coruña, de 16 años, marinero. Sin antecedentes personales ni familiares dignos de mención. Lo vimos por primera vez en nuestra consulta el día 21 de junio de 1943, enviado por su médico para diagnóstico. Nos dice que, desde hace 15 días, pescando sardina en una "tarrafa", a unas 6 millas de la costa, cayó al mar, siendo extraído rápidamente (la inmersión duró, aproximadamente, 3 minutos). Como no sabía nadar, y, por otra parte, estaba enteramente vestido, en el poco tiempo que estuvo en el agua "ahogándose" deglutió y aspiró gran cantidad de la misma.

Tres días después comenzó un dolor en costado izquierdo, con tos seca que exacerbaba el dolor, y que no iba seguida de expectoración. Fiebre, sudores y sensación de encontrarse mal. Este síndrome persiste en la actualidad. Ha adelgazado unos 4 kilogramos, y se queja especialmente del dolor y de la tos.

La exploración clínica muestra macidez en base izquierda, en plano posterior, con ruidos respiratorios disminuidos y algún estertor de burbujas gruesas.

Radiográficamente se observa una sombra de regular densidad, homogénea, que ocupa el tercio inferior izquierdo, en la incidencia dorsoventral. En las proyecciones oblicuas se observa que la sombra corresponde al plano posterior; y es de forma triangular, con base diafragmática. En una palabra, corresponde al lóbulo inferior izquierdo.

La velocidad de sedimentación es de 55 mm. en la primera hora. Tiene 11.200 leucocitos con 72 por 100 de neutrófilos, de los que 2 juveniles y 11 en bastón. La reacción a la tuberculina es negativa (cuti e intradermo con 0.1 c. c. de la dilución al 1 por 1.000).

Se hace un diagnóstico de congestión aguda con atelectasia del lóbulo inferior izquierdo con participación pleural, aconsejando un tratamiento con sulfotiazol y onda corta, y bajo una estrecha vigilancia médica.

El 26 de julio, es decir, a los 50 días de ocurrido el accidente y a los 35 de la primera consulta, es examinado nuevamente. Ha hecho el tratamiento indicado. Ha cedido en gran parte la tos, y desde hace varios días tiene una pequeña expectoración.