

FIEBRE DE MALTA SIN FIEBRE

C. BRAVO MATEOS Y S. LÓPEZ CANEDA

Orense.

Sinonimia.

La infección melitocócica posee, como la gripe, una de las sinonimias más repletas que en la patología médica se registran.

Las múltiples denominaciones que ha recibido la fiebre maltesa se han fundamentado, principalmente, en dos cosas: El curso de la fiebre y las localidades donde con mayor abundancia se ha dado este proceso.

El nombre más comúnmente usado es, tal vez, el de "Fiebre de Malta" (OSWALD-WOOD y NETTER, 1876). Se le han aplicado, por otra parte, multitud de nombres: Fiebre sudoral gástrica biliosa, mediterranean gastric remittent fever (MARSTON, 1861), remitente biliosa, tifoidea recurrente, tifoidea de forma intermitente de Borrelli, tifoidea malaria de Martini y Schrön, tuberculosis mediterránea, fiebre napolitana, de Barcelona, de Chipre, de Gibraltar, fiebre de las peñas (ROKFEVER), septicemia de Bruce, fiebre loca (SCHOU), fiebre caprichosa (CH. NICOLLE).

La denominación de fiebre ondulante, dada por HUGHES y los médicos ingleses, es una de las más afortunadas. Nada prejuzga sobre su distribución geográfica—cada día más extensa—, y recuerda el punto culminante del cuadro morboso: la curva térmica.

Por si fuesen poco las denominaciones anteriores, en España se le ha dado el nombre de las localidades en que aparecía: fiebres catalanas, cartageneras, malagueñas, toledanas, etc.

La Academia de Medicina de París decidió primero adoptar el nombre de "fiebre mediterránea", dado por BURNETT, en 1810; en la sesión siguiente, a iniciativa de CHAUFFARD, lo sustituyen por el de melitosis. WIDAL, por su parte, introduce el término melitococia.

A través de esta farragosa sinonimia hay algo que resalta claramente: el constante empleo del término "fiebre". Es, clásicamente, una afección en la que la gráfica térmica siempre desempeña, en el diagnóstico, un papel fundamental.

Las definiciones que nos dan los libros de la agresión maltense giran, constantemente, en torno al hecho de tratarse de una "enfermedad infecciosa caracterizada, clínicamente, por presentar una curva térmica—"ondulante"—, con períodos alternantes febriles y apiréticos".

El asimilar la clínica melitocócica a un proceso indefectiblemente febril, puede llevarnos a cometer sensibles errores diagnósticos.

Pretendemos recordar, en esta publicación, la existencia de casos apiréticos que son, desconociendo el dato facilitante de la endemia en determinada zona, difíciles de aclarar.

La "Fiebre de Malta" en Galicia.

DURAN DE COTTES decía que los únicos sitios en España de donde no tenía noticias existiese

la "Fiebre de Malta", son: Coruña, Lugo, Orense, Pontevedra y Oviedo. Todos sabemos que, en el momento actual, esta afirmación es insostenible. Los médicos gallegos tenemos voto en clínica melitocócica.

En un trabajo que publicamos en "Medicina Clínica" (Septiembre, 1950, pág. 187), decíamos: "No era frecuente, antes de nuestra guerra civil de 1936, tropezarse con problemas brucelósicos en la región gallega. En la provincia de Orense, donde ejercemos la profesión, etiquetar un enfermo de "maltense" era, antes de nuestro Alzamiento, algo verdaderamente excepcional.

"Inmediatamente después de terminada la contienda se produjo un incremento considerable en las exportaciones ganaderas gallegas a las regiones expoliadas en la lucha. El gran suministro de ganado vacuno, de un modo principal, condujo a un conflicto exhaustivo en el abastecimiento de leche. Muchos campesinos, de un modo provisional y con vistas a las mayores ganancias, acordaron vender las vacas y sustituirlas por cabras. Trajeron, procedentes de Castilla y Andalucía, varios lotes de ganado caprino. Varios de estos animales, enfermos o portadores, extendieron la afección por el ganado y las personas que tenían alguna relación con éste. La falta de hábito en diagnosticar este proceso infectivo hizo que los profesionales nos encontrásemos perplejos, en los primeros momentos, ante pacientes con incógnitas patológicas para nosotros nuevas, que, por ello, resultaban de difícil esclarecimiento. Poco a poco se ha ido extendiendo el exacto conocimiento de la clínica melitocócica, y ya, en la actualidad, es un velo que descorremos con cierta frecuencia."

Casos clínicos.

Uno de nosotros, en un trabajo publicado en "Galicia Clínica" (Febrero, 1950, pág. 181), presentaba un caso de infección maltense con evolución apirética. Ahora presentamos cuatro casos; dos de cada uno de nosotros:

1.º J. Cerejido, natural de Biobra, casado, cuatro hijos sanos. Como antecedentes nos habla de propensión a reumatismo y catarros bronquiales. A la exploración se encuentra una pleuritis seca. El enfermo dice que se le presentó a consecuencia de una mojadura. Se aplica una terapéutica con salicilato sódico (dos cajas de "Neosalil B") y una caja de "Benerva" fortísima, no obteniendo mejoría alguna. Se sigue tratando, durante quince o veinte días, con calcio intravenoso y vitamina "C". El enfermo está cada vez peor. Aparece un derrame que aumenta con rapidez. Sigue manteniéndose apirético.

Entre otros análisis—que no merece la pena detallar—se ordena una aglutinación a Malta, encontrándonos con la sorpresa de que es positiva al 1/600. Se trata con oro y Neo, precedidos de un choque sulfamídico y terminando con vacuna intravenosa. La mejoría es rápida y es dado de alta con negativización de las aglutinaciones.

2.º N. B. R., labrador, de veintisiete años de edad, natural de Rozabales, Manzaneda.

A. F.: Padre, falleció "del pecho". Madre, vive sana (ha tenido, hace dos años, un aborto). Tres hermanos murieron de pequeños. Uno de ellos, "del pecho"; los

demás, ignora causa. Viven sanos, en la actualidad, dos hermanos.

A. P.: Sarampión. La blenorragia de los veinte años.

E. A.: Se presenta a la consulta "porque está cansado". El comienzo de su enfermedad cree coincide con un enfriamiento. Su malestar data de meses. Los diagnósticos y los tratamientos han sido variadísimos.

La historia de su padecer arroja estos datos: Decaimiento, anorexia, falta de humor, cefalea, estreñimiento. Dolores confusos y difusos. "Puntos." "Picadelas." Tiene, a temporadas, dolores articulares. Le falta el aliento. En cuatro o cinco ocasiones ha tenido algias lancinantes, que han cedido espontáneamente. Se encuentra "mal de la respiración". 76 pulsaciones. 36°8.

Temiendo estar "tocado del pecho", como su padre y su hermano, se pone el termómetro, como les veía hacer a ellos, a cada paso. Según manifiesta, nunca tuvo fiebre. La temperatura, durante meses, se la tomaba tres veces al día: Mañana, tarde y noche. Usar el termómetro era, para él, una verdadera obsesión.

Una meticulosa exploración, con colaboración especializada, no encuentra datos de gran interés. Sólo aparecen dos hechos clínicos: Una orquitis izquierda (que se ha considerado como fimica, y se trata con calcio y vitamina "C") y una midriasis del ojo izquierdo.

Las reacciones por sífilis son negativas.

Es sometido a nuevo y prolijo interrogatorio. El propio enfermo, como tantas otras veces, es el que nos señala la verdadera senda. Dice, entre otras cosas, lo siguiente: "Cuando en ocasiones, iba a ver al pastor que tenemos en el monte, bebía, sin hervir, la leche fresca de cabras que éste me ofrecía."

El laboratorio nos proporciona estos datos:

Hemáties: 4.000.000; Leucocitos: 9.800; Neutrófilos: 3; Linfocitos: 29; Monocitos: 12; Velocidad de sedimentación globular a la primera hora: 32.

La melitinorreacción de Burnet es fuertemente positiva. Las seroaglutinaciones para Malta y Bang son positivas al 1/180 y 1/80, respectivamente.

Es curado con vacunas y sulfamidas.

3.º A. Rodríguez Cerqueira, de treinta y un años, casado, sin hijos, natural de Bande.

Han sido siete hermanos. Tres han muerto (de meningitis, "del pecho" y de una supuración en la cadera). Padres, viven. La madre, sana. El padre, "catarraso", es un sempiterno tosedor.

Lo vemos, enviado por un compañero, a causa de una neuralgia intercostal resistente a toda terapéutica. Se le ha propuesto alcoholización o sección del nervio. El enfermo, por "dolerle el costado", cree tener algo de "pleura". Por si estaba enfermo del pulmón, siguiendo indicaciones de su médico, se ha puesto con frecuencia el termómetro. Se ha conservado apirético. Las aglutinaciones para Malta son fuertemente positivas. Se niega a dejarse practicar punción lumbar. Rápida curación con sulfamidas, oro y vacunas.

4.º A. Corcova, de El Real. Sin antecedentes de interés. Se presenta a la consulta aquejado un gran decaimiento. Un reconocimiento detallado sólo encuentra un dato de interés: Tiene una tensión arterial máxima de 9. Es moreno y asténico. Se le da corticina e hipertensores y se le manda a su casa. Sigue cada vez peor, acongojado y deprimido, pero siempre apirético. Aparece, súbitamente, un fuerte dolor en articulación sacroiliaca. Las aglutinaciones son positivas. La mejoría, con el tratamiento, es rápida.

La infección melitense cursa con un extraordinario polimorfismo sintomático. Este hecho ha sido expuesto muy acertadamente por TOMASELLI, al decir que "el principal carácter de esta afección es no tener ninguno". Esta clínica proteiforme hace que los cuadros melitocócicos puedan simular toda la patología. Aquí hemos pretendido recordar la existencia de síndromes de estirpe brucelar, que cursan apagada y fríamente, sin las clásicas llamadas "ondulantes".

RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

PRINCIPIOS Y TECNICA GENERAL DE LAS ARTRODESIS

M. MERCHÁN GONZÁLEZ

Profesor Adjunto

Clinica Quirúrgica Universitaria. Director: Prof. A. DE LA FUENTE

PRINCIPIOS Y TÉCNICA GENERAL DE LAS ARTRODESIS

Se entiende por artrodesis aquel tipo de intervención quirúrgica dirigida a fijar una articulación, es decir, a conseguir su anulación funcional, mediante la unión ósea de sus elementos. Aunque los primeros intentos quirúrgicos de fijación articular se remontan a finales del siglo pasado, la artrodesis es una intervención relativamente moderna. El cirujano ha ido dedicando cada vez más una progresiva atención a la fijación articular, al mismo tiempo que iba abandonando las resecciones articulares de los clásicos. Contrasta enormemente el espacio que ocupa hoy la artrodesis en toda la literatura médica, con el poco al que las resecciones han que-

dado relegadas. En este sentido podría decirse que nos encontramos en una situación mental totalmente opuesta a la que ocupaba a los prácticos de hace cincuenta años. Encuadrándose dentro de las corrientes médicas actuales, no se intenta hoy—como entonces—la supresión radical de la enfermedad mediante su resección, sino se trata de colocar a ésta en las mejores condiciones de curación, muchas veces evitando deliberadamente intervenir sobre el foco. Debe recordarse, sin embargo, que los principios sobre los que esta técnica se basa y las reglas generales de la técnica misma han permanecido invariables desde un principio, si se exceptúan algunas variantes. El estudio y la revisión de unos y otras parece ahora aconsejable debido al auge creciente que la artrodesis toma cada día en todas las clínicas quirúrgicas.

FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS DE LAS ARTRODESIS

Siendo el reposo una de las premisas indispensables para conseguir una curación completa en muchos procesos inflamatorios, es bien comprensible cómo la fijación articular ha de considerarse, en pri-