

RABIA

Cuadro de Remlinger, para apreciar la oportunidad del tratamiento antirrábico, por el examen del animal mordedor.

ANIMAL MORDEDOR:

	1.º Muerte antes de los 10 días siguientes a la mordedura	
	2.º Ha sido matado antes de los 10 días siguientes a la mordedura.	Tratamiento antirrábico.
	3.º Desaparecido antes de los 10 días siguientes a la mordedura.	
	4.º Desconocido.	
6.º Vive. Tenerlo en observación durante el período de 10 días.	a. El animal sufre la rabia	Tratamiento antirrábico.
	b. El animal muere sospechoso de rabia o sucumbe de otra afección distinta	
	c. El animal cae enfermo. No muere al 10.º día.	Prolongación de la observación. Tratamiento antirrábico si el animal muere.
	d. El animal está vivo y sano después de 10 días.	Nada de tratamiento antirrábico.

Diagnóstico Clínico de la Fiebre de Malta

DEL LIBRO DE

FRANCISCO RODRÍGUEZ DE PARTEARROYO

(Continuación)

Las formas crónicas de tuberculosis pueden también confundirse con las formas subagudas y crónicas de la fiebre de Malta. Nosotros hemos visto múltiples casos de este tipo con diagnósticos erróneos.

Las formas crónicas subagudas y algunas agudas de tuberculosis pueden presentar y de hecho presentan frecuentemente (Burnard) curvas febriles de forma ondulante, estando muchas de ellas perfectamente toleradas, como ocurre con la melitococia; existen, por otra parte, muy frecuentemente en los periodos premenstruales, en las formas crónicas de la tuberculosis, fiebres generalmente poco elevadas, pero que dan también una curva de tipo ondulante. Como todos conocemos casos de tuberculosis con focos centrales, sin que sea posible diagnosticarlos por los métodos ordinarios, como se les da excesivo valor a algunas espiraciones sonoras en los vértices (en el derecho bastante frecuentes) se hacen diagnósticos de melitococia en casos de tuber-

culosis y a la inversa de tuberculosis en casos de fiebre onduante, con grave perjuicio para el enfermo.

También hay que cuidar de no diagnosticar fiebres de Malta con signos pulmonares evidentes, asignándolas el nombre de forma pulmonar, pues estas formas son muy raras, y ante un foco pulmonar lo primero que se debe pensar para comprobar o excluir en último extremo es en la tuberculosis pulmonar.

Recurriremos para hacer el diagnóstico a una detenida exploración por inspección, palpación, percusión, auscultación, rayos X; al reposo en cama, que nosotros utilizamos como prueba diagnóstica, ya que el reposo hace desaparecer o disminuir la fiebre en la mayoría de los casos de tuberculosis no agudas, a la prueba de la marcha, etc.

Pensaremos en fiebre de Malta en casos con complicaciones articulares, algias diversas (ciática), orquitis, hipertrofia de bazo, etc.

El laboratorio nos investigará en los esputos bacilos de Koch, albúmina, fibras elásticas, etc. En sangre, aglutinación, hemocultivo (rara vez positivo en estos casos), fórmula leucocitaria.

La tuberculina ya hemos dicho que en los adultos da reacción positiva en el 96 por 100 de los casos, aun sin tener formas evolutivas de tuberculosis, y, por tanto, esta prueba la de desviación del complemento y todas las demás pruebas imaginadas para hacer el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en actividad están desprovistas de valor absoluto, según hemos podido comprobar en múltiples casos, para hacer el diagnóstico de esta enfermedad y mucho menos para hacer el diferencial con otra cualquiera dolencia.

Paludismo.—Es menos frecuente la confusión; pero también posible, dado el polimorfismo de ambas dolencias. La confusión es posible, sobre todo con las formas de melitococia que tienen fiebre de tipo intermitente y va acompañada de sudores abundantes y con algunas formas de paludismo crónico; sin embargo, los antecedentes el color de la piel, el mayor aumento del bazo en el paludismo, la eficacia de la quinina en éste (bien administrada) y el análisis de sangre hecho a su debido tiempo nos sacarán de dudas.

Gripe.—Hay unas cuantas enfermedades contra las cuales los médicos nos ensañamos: las echamos la culpa de todo; una de éstas es la gripe. Creemos que con esta enfermedad ocurre igual que con los paratífus y las colibacitosis: son demasiados los diagnósticos de gripe. Nos guiarán en el diagnóstico de ésta, el comienzo, generalmente brusco, el intenso quebrantamiento, la congestión de las conjuntivas y de las vías respiratorias altas con traqueítis, la astenia intensa y la aparición de bronquitis, neumonías y bronconeumonías nos darán la clave del diagnóstico.

El laboratorio solo nos servirá para investigar la melitococia por los métodos conocidos.