

Finalmente, la descalcificación del agua destinada al lavado ahorra una gran cantidad de jabón, y evita la precipitación de materias pulverulentas sobre la ropa, que le hacen perder su flexibilidad y favorecen su destrucción: por la misma razón es también recomendable, desde el punto de vista higiénico, para el lavado de la piel.

Iberia 26 marzo.

## Diagnóstico Clínico de la Fiebre de Malta.

DEL LIBRO DE

FRANCISCO RODRÍGUEZ DE PARTEARROYO

Cuando es en regiones donde esta infección no se presenta más que de un modo esporádico, es difícil hacer el diagnóstico, mucho más si deseamos sea este precoz, cosa tan útil en muchas infecciones desde el punto de vista terapéutico y en todas desde el epidemiológico.

En España actualmente, dada la gran extensión que ha adquirido esta infección, en todas las regiones estamos en la obligación de pensar en ella para diagnosticarla cuando sea preciso. Si se utilizara el laboratorio con más frecuencia, no se harían los diagnósticos tardíos únicamente, se harían más precozmente, en muchas ocasiones haríamos este diagnóstico, en casos donde no lo sospechábamos, y en otros nos confirmaría el establecido por nosotros de un modo seguro, ya que es él quien únicamente puede darnos el de certeza cuando se trabaja concienzudamente y se interpretan debidamente sus hallazgos haciéndonos desear en no pocos casos, por último, los erróneamente hechos.

Siempre que estemos en presencia de un enfermo que padezca fiebre irregular durante algún tiempo con sudores, estreñimiento y, sobre todo, cuando ya se han presentado artralgias, orquitis, neuritis, etc., pensaremos en la fiebre de Malta y trataremos de confirmar este diagnóstico o de desecharlo con el auxilio del laboratorio.

Dado el polimorfismo de esta enfermedad, tendremos que hacer el diagnóstico clínico diferencial con varias dolencias; de todas indicaremos los síntomas clínicos más importantes que pueden ayudarnos a hacer este diagnóstico, cuando estos no sean suficientes, lo que ocurre frecuentemente en las infecciones, diremos lo que al laboratorio podemos pedir, y como en algunas enfermedades su auxilio es prácticamente nulo, trataremos de suplirle con los tratamientos de prueba donde éstos sean útiles, ya que hay casos en que son de indiscutible valor.

**Septicemias.**—Entendemos por septicemias todas las enfermedades infecciosas que presentan un cuadro clínico semejante, aunque los gérmenes productores sean distintos, cuya característica es la extraordinaria toxicidad del micro-

bio. Es muy difícil hacer el diagnóstico diferencial en tales casos.

Sólo puede orientarnos el conocer la puerta de entrada de la infección (antrax para las septicemias estafilocócicas, matriz, erisipela, para las estreptocócicas, etcétera), mas cuando esto falta, dada la semejanza del cuadro clínico, comienzo brusco, fiebre alta con escalofrío previo y sudor ulterior, vómitos, cefalea, estado tífico, pulso rápido, diarrea, etc., es de una gran dificultad establecer el diagnóstico, sobre todo precozmente, antes de que aparezcan las localizaciones secundarias.

Solo se suele pensar en la fiebre de Malta en regiones muy castigadas por ella, y sobre todo durante los brotes epidémicos. Siempre es al laboratorio al que debemos recurrir, pues él será el que nos dará el diagnóstico, ya que en estas intensas pirexias raramente deja de aislarse de la sangre el germen causante de la dolencia (estafilococos, estreptococos, melitensis, etc.).

**Fiebre tifoidea.**—La melitococia se presenta sobre todo, al principio, sin ningún síntoma que le sea peculiar y simula a veces la fiebre tifoidea de manera muy exacta.

Un caso visto por nosotros presentó este tipo de un modo marcadísimo.

Comienzo lento con elevación gradual de la temperatura, llegando al periodo de estado, con pulso lento, fiebre de 39° y hasta 41°, estado tífico, meteorismo, hipertrofia de bazo, diarrea, discretísima roseola, delirio a veces de acción. Presentó durante toda la enfermedad gran hiperesia cutánea, sobre todo acentuada en cuero cabelludo y raquialgia intensa. Llegó la apirexia en lisis hacia la cuarta semana. Visto por distinguidos clínicos, se mantuvo el diagnóstico de tifoidea, a pesar de la negativa del laboratorio (hemocultivo, aglutinaciones, examen de heces).

Volvió a los seis días la fiebre y fué entonces cuando se sospechó el diagnóstico de fiebre de Malta, que confirmaron el laboratorio y el tratamiento.

La aglutinación fué positiva con alguna raza al 1 por 1,500, con otras a títulos más bajos, pero siempre por encima del 1 por 500. El hemocultivo fué negativo.

Por este caso podemos ver lo difícil que es en ocasiones hacer un diagnóstico seguro sin el auxilio del laboratorio.

Puede ser aún más difícil si conocemos la existencia de una forma tifoidea denominada por JACCOUD y BORELLI forma sudoral, y de la que SAQUEPEE cita dos casos personales comprobados por el laboratorio (aislamiento del Eberh en sangre) y que debido a los grandes sudores que estos enfermos presentan, como ocurre en la melitococia, se hacen igualmente diagnósticos erróneos.

El diagnóstico lo haremos por la falta, podemos decir (dada su rareza), constante de roseola, de localización intestinal, por algias frecuentes, intensas y variadas de la fiebre de Malta, por los abundantes sudores, etc. Y más tarde por la aparición de nuevos accesos de fiebre y las típicas localizaciones en nervios, testículo, articulaciones, etc.