

**Reumatismo.**—Las frecuentes localizaciones de la melitococia en articulaciones, nervios, músculos, etcétera, son causa de que se diagnostique reumatismo en casos de que todo depende de la dicha melitococia.

El reumatismo poliarticular agudo, con sus localizaciones articulares, sudores, fiebre irregular, anemia, puede hacer pensar en la melitococia. Mas el reumatismo suele empezar con anginas; son múltiples las localizaciones articulares, las cardíacas frecuentes, y en el tratamiento por el salicilato sódico, bien administrado, en cantidad suficiente sobre todo, son bastante para hacer el diagnóstico. La prueba del piramidón de Cantaloube (gran aumento de la sudoración administrando éste en la melitococia) no tiene valor.

Las localizaciones en nervios y músculos del reumatismo de larga duración y acompañados de fiebre deben hacernos pensar en fiebre mediterránea.

El reumatismo de origen dentario, que puede originar fiebres ligeras y periódicas, puede igualmente dar lugar a confusiones. Pensaremos en él cuando de otro modo no tengan explicación las cosas y hallemos en estos enfermos piorreos, abscesos, supuraciones abiertas en dientes coronados o aparentemente sanos. Reumatismos de tipo semejante se hallan en casos de supuraciones de senos óseos, anginas, faringitis, apendicitis, etcétera. En todos estos casos el laboratorio nos investigará la melitococia debidamente y nos quedamos con uno o con otro diagnóstico, según el resultado de sus investigaciones, siendo útil en los casos negativos y aun en los de dudas hacer examinar al enfermo por un dentista para que, bien solo o con el auxilio de los rayos X, nos diga si pueden ser debido los trastornos a lesiones de la dentadura.

El reumatismo blenorragico, tuberculoso, lo diagnosticaremos por los antecedentes, la marcha clínica y tardíamente, porque aquellos dejan siempre lesiones articulares y los debidos a la melitococia no suelen dejar ninguna alteración.

**Sífilis.**—Esta enfermedad, que puede dar fiebre en todos sus periodos, puede en algún caso prestarse a confusión, sobre todo durante su periodo secundario y aun durante el terciario. Durante el periodo primario se diagnostica fácilmente, mucho más cuanto que en estas formas febriles la lesión primaria suele recaer en sitios visibles (boca, etc.).

Como ejemplo muy demostrativo de la confusión posible durante el periodo secundario citaremos un caso visto por nosotros. Se trataba de un joven de diez y siete años, que cuando nosotros le vemos nos dice que hacía tres meses padecía una blenorragia, siendo esto lo único que de sus antecedentes nos refiere. Se queja de dolores articulares, especialmente localizados en el pie izquierdo, de tal modo que la marcha se le hace difícil, por el aumento de dolor que con ella sufre.

No tenía nada de corazón ni de ningún otro aparato. Pensamos en reumatismo gonocócico y lo tratamos con lavados la uretritis y con va-

cuna gonocócica; no cede ni con esto ni con inyecciones de salicilato en vena, que se le puso en vista del fracaso del anterior tratamiento.

Aparece fiebre vespertina con una máxima de 38,3. No cede ésta con el reposo. Descartamos la tuberculosis y la fiebre de Malta con detenida exploración clínica y con el laboratorio. Unas discretísimas alopecias, que se ponen más de manifiesto cortando el pelo al enfermo, nos hacen pensar en la sífilis. No tenía ningún antecedente primario. Sólo las alopecias y los dolores persistentes nos orientan y el laboratorio nos da un Wassermann fuertemente positivo y el tratamiento hace que todo desaparezca rápidamente. Véase por este caso como la confusión es posible.

**Apendicitis.**—El apéndice es un órgano linfóide que por estar en relación con el ciego, ovario y trompa derecha está muy expuesto a padecer inflamaciones, juntamente con estos órganos, siendo además muy sensible a las infecciones generales. Por estos motivos las apendicitis crónicas primitivas o secundarias a un ataque agudo no son raras. Con ellas es con las que hay que hacer el diagnóstico diferencial.

No es raro que en ellas aparezca o aumente la fiebre en los periodos premenstruales, dadas las relaciones vasculares de ambos órganos; por esto y por presentarse en la fiebre de Malta apendicitis no con excesiva rareza, es por lo que en ocasiones hay que hacer este diagnóstico diferencial.

Basset Smith cita cuatro casos que, diagnosticados de apendicitis, dieron aglutinación positiva con el melitensis, y de los cuatro, dos volvieron al hospital con una típica fiebre de Malta.

El dolor localizado en la fosa iliaca derecha, y no señalado puntos porque ya son muchos los mencionados (Mac Burney, Lanz, Clade, Monro, etc.), la defensa de la pared, la comprobación por radioscopia de la localización del dolor y su movilidad con el desplazamiento del apéndice, como aconsejan Guy Laroche, Brodin y Rouneaux, nos harán pensar en la localización apendicular. Mas como ésta puede ser de origen melitocócico, es el laboratorio el que nos dirá a ser posible la causa.

**Orquitis blenorragica.**—Según Cantaloube, las hay de origen melitocócico primitivas, mas deben ser raras. Los antecedentes, ya que suele ser secundaria, la falta de blenorragia a veces, el dolor más intenso en las de origen gonocócico y el laboratorio nos fijarán el diagnóstico.

**Formas prolongadas de endocarditis.**—A pesar de la semejanza de sus cuadros clínicos se diferencian porque las endocarditis de este tipo suelen evolucionar sobre lesiones endocárdicas antiguas y aparecer con ocasión de cualquier pequeña infección, continuando después con fiebre artralgiás, presentándose más tarde elementos de eritema, embolias, etc.

**Kala-azar infantil.**—Enfermedad propia del niño y que se creía peculiar de la costa mediterránea, ha sido hallada en Madrid, Toledo, Cáceres, etc., por Pittaluga. Bravo Frías, Sadi de Buen, Luengo, etc., puede hacer, con su fiebre irregular, anemia, etc., pensar en la melitococia,