

BRUCELOSIS CRONICA (1)

POR EL

Prof. Dr. T. de Villafañe Lastra

La enfermedad aguda, que ya ha sido estudiada en este Curso, es una afección proteiforme, que puede simular o semejarse a gran número de enfermedades infecciosas, y por consiguiente es capaz de dar los más variados cuadros, necesitando por parte del médico como elemento indispensable para diagnosticarla, el pensar en ella, tener presente que la brucelosis es una enfermedad relativamente frecuente en nuestro ambiente y que ha dejado de ser patrimonio de la campaña, presentándose con frecuencia en la ciudad.

A este respecto no me cansaré de recordar el caso acontecido con uno de los practicantes de este Hospital el año pasado.

Fué a casa de un compañero, también estudiante, con el fin de colocar inyecciones a una paciente que estaba enferma de un padecimiento diagnosticado como de tifoidea. Al ir a la casa se encontró con que uno de los hermanos de esa familia había tenido gripe, enfermedad esta que después de la habitual semana de fiebre, hizo su apirexia. La otra enferma llevaba una tifoidea de apariencia clásica, con Widal positiva para ambos antígenos a la dilución de 1 : 150, cuadro hematológico con leucopenia.

Conversando con el médico que asistía a estos enfermos, el practicante le invita a investigar brucelosis, porque en el Hospi-

(1) Conferencia dictada en el 1er. Curso de Perfeccionamiento de Clínica Epidemiológica realizada en abril de 1943.

tal Rawson en circunstancias similares siempre se efectuaba esa investigación. Realizada ésta, ambos pacientes dieron reacción de aglutinación (Huddleson) francamente positiva como también hemocultivos positivos para *brucella melitensis*. La investigación epidemiológica comprobó que ninguno de los dos enfermos había abandonado la ciudad, ni estado en contacto con ganado, pero la familia había recibido de obsequio un queso de cabra procedente de Santiago del Estero, más o menos un mes antes. Para diagnosticar la brucelosis aguda es necesario crear la mente, pensar en la brucelosis. Estos dos enfermos pudieron diagnosticarse inmediatamente por ello. Pero si eso es necesario para la forma aguda, lo es aún mucho más para la brucelosis crónica. Es necesario pensar en su existencia, saber que esta enfermedad existe y que puede simular cualquier cuadro clínico, sobre todo porque el germen causal, la *brucella*, puede atacar los más variados parénquimas, sistemas o tejidos del organismo. Y saber, además, que el diagnóstico en esta situación será más difícil.

No se podrá contar, salvo casos de excepción, con hemocultivos positivos. Las aglutininas de la sangre tienden a disminuir mucho en la generalidad de los casos crónicos y aún a desaparecer. *Topley y Wilson*, en su interesante tratado de "Bacteriología e Inmunidad", dicen textualmente: "Se han publicado casos en los cuales se obtuvo un hemocultivo positivo en presencia de reacciones de aglutinación negativas (Véase *Gilbert y Dacey*, 1932 y *Heathman*, 1934). Generalmente la aglutinación se observa a título suficiente al final de la segunda semana, y en los casos francos de fiebre ondulante suele alcanzar títulos de 1/640 o más. Después del ataque tiende a disminuir bastante rápidamente, y puede alcanzar niveles bajos en el término de tres meses. Hay datos indicando que en los casos crónicos puede descender incluso en el período de infección activa, de manera que no se puede conceder demasiado valor a una reacción de aglutinación negativa en los pacientes cuya pirexia dure ya unos meses". Miss *Alice Evans* llega a conclusiones similares.

En Francia, en el Departamento Arriège, existe el caso citado por *Lisbonne y Jambon* en el capítulo Brucelosis por ellos

escrito, en E. M. Chirurgical, de que los sueros de brucelósicos no aglutinan o lo hacen a títulos muy débiles. Esto lo creen debido al posible origen de la infección de esa zona, que consideran pudo proceder de una cepa atenuada de brucela utilizada en la vacunación animal.

Por nuestra parte, hemos tenido oportunidad de ver reiteradamente, que enfermos brucelósicos afectos de enfermedad aguda, con brucella positiva en sangre y reacción de aglutinación positiva a títulos francos, vuelven sus reacciones de aglutinación negativas en tiempo variable; pero con toda frecuencia por debajo de los dos años, presentando aún múltiples manifestaciones de evolutividad de sus distintas localizaciones tisurales o parenquimatosas.

LA BRUCELOSIS CRÓNICA ES UNA ENTIDAD CLÍNICA REAL?

En realidad sería ésta, en la hora actual, una pregunta totalmente fuera de lugar. Sólo la justifica el hecho que me llega por intermedio de los médicos jóvenes del servicio la duda que existe en distintos núcleos médicos sobre esta modalidad de la enfermedad. A mí, personalmente, no me ha costado mayor esfuerzo reconocerla y quizá esto se lo deba agradecer al carácter del primer caso clínico que me tocó estudiar y que corresponde a la observación número 1 de este trabajo. Ese primer caso, que llegó a mis manos para su estudio, con una modalidad completamente crónica de la afección, me obligó a empaparme de la bibliografía existente, tan rica a este respecto, y también a meditar y pensar sobre el carácter de esta enfermedad.

En realidad, la enfermedad que *Marston* nos enseñó a conocer en 1863 con el nombre de Fiebre Mediterránea o fiebre gástrica remitente, y que *Hughes* describe tan brillantemente en 1896 y 1897 como fiebre ondulante, lleva por muchos de sus aspectos clínicos, a la idea de que ya, en un número apreciable de los casos por ellos descritos, la enfermedad se manifiesta con una marcada tendencia hacia la cronicidad. Hay en esas primeras

observaciones un sinnúmero de hechos que así lo demuestran y hasta los propios nombres que se adoptaban para la enfermedad parecen indicarlo.

En ese sentido además de los nombres dados por los autores ya mencionados, conviene recordar aquel dado a esta afección en los comunicados militares, por lo que él expresa y por la modificación oportuna que del mismo realizaron los enfermos, lo que también habla del carácter del padecimiento. Los médicos militares para sus informes adoptaron el nombre de "simple continued fever" y lo abreviaron por "S. C. Fever". Para algunos, los oficiales pertenecientes a la guarnición de Wáshington, para otros un soldado de nombre *Tobhy*, cambió el nombre al interpretar que la S, significaba "Slow", y así la designación de la enfermedad de Simple Continued Fever quedó transformada en "Slow continued fever", o sea, la fiebre continúa, lenta, pesada, que tarda en irse, que marcha despacio, que son las acepciones del vocablo inglés "slow".

Pero en realidad, los primeros casos de forma crónica descritos son aquel de *Eyre* en 1899, con tres años de duración, y posteriormente *Simpson*, un caso de ocho años de duración; *Simpson* es también quien describe los primeros casos subclínicos y ambulatorios a partir de los cuales, en mi sentir, tienen origen muchas formas crónicas, sobre todo aquellas del tipo reumatismal, espondilítico, tipo reumatismo vertebral crónico, formas neurológicas, etc.

Posteriormente y en los primeros años de este siglo, *Nattam* describe un caso de siete años de evolución; *Julien*, un caso de diez años.

En 1905 *Shaw*, trabajando en investigación epidemiológica en los obreros del puerto de Malta, descubre y describe la brucelosis ambulatoria con comprobación serológica y en un reducido número de casos con hemocultivo positivo. Este hecho tiene marcada importancia y permite comprender los casos de *Beathy*, americano citado por *Harris*, quien pudo estudiar numerosos enfermos afectados de brucelosis crónica comprobada, sin ninguna etapa aguda. En la hora actual, *Harris*, *Miss Evans*, *Beatty*, *Carpenter*,

Hardy, son autores que poseen entre otros, interesantes monografías sobre este tópico.

También en la tan interesan obra de *Roger y Poursines*, existen modalidades neurológicas crónicas como 'asimismo estados secuelas, y estos autores destacan con marcado interés las alteraciones del líquido céfalo-raquídeo en brucelósicos sin ningún padecimiento, hecho que nosotros hemos encontrado en un buen número de los pacientes en quienes hemos comprobado la brucelosis crónica.

Pero si la brucelosis crónica es bien conocida, es necesario llegar al interesante libro de *Harris*, "Brucelosis", 1939, para encontrar recién, en un artículo de conjunto, un planeamiento definitivo sobre la verdadera modalidad evolutiva de la enfermedad.

Harris, con un sentido práctico y didáctico a la vez, estudia dos modalidades de la enfermedad brucelósica. La modalidad aguda y la modalidad crónica.

Nosotros, después de haber estudiado algo más de un centenar de enfermos, creemos que es indispensable el conocimiento de cada una de estas modalidades de la enfermedad brucelósica, como única forma de conocer la verdadera trascendencia de la afección y de que el médico pueda diagnosticar un número muy importante de casos de los que hoy nos quedan sin diagnóstico etiológico exacto. En este aspecto de la cuestión, la brucelosis entra dentro del grupo de las enfermedades infecciosas que, como la tuberculosis, la sífilis, la estafilococcia, etc., pueden tener estas distintas modalidades, es decir, formas agudas, subagudas y crónicas.

Por otra parte, no es posible olvidar quien estudie la patología humana de esta enfermedad cuál es el carácter de la afección en la zoopatología, porque es lógico pensar que en la especie humana tendrá tendencia si no en la totalidad de los casos, en un número de ellos al menos, a repetir los cuadros de la patología animal. En los animales, después de un período poco prolongado de septicemia, en donde el germen es posible encontrarlo en la sangre, éste desaparece de la circulación y hace localizaciones viscerales o tisurales, dando una forma crónica, atenuada, pero

prolongada, que puede alcanzar toda la vida del animal, con procesos genitales (orquitis, inflamaciones uterinas y periuterinas), lesiones óseas y sobre todo de columna casi constante en los cerdos por ejemplo, además artritis, etc.; con participación ganglionar especialmente de los ganglios uterinos y sobre todo mamarrios y con eliminación intermitente, pero mantenida durante mucho tiempo, del germen por distintas secreciones, especialmente leche, orina, flujo vaginal, etc. Es esta en patología animal una sepsis eminentemente crónica. En patología humana cuando se ha vivido una casuística más o menos importante, se comprende perfectamente bien que existen las dos modalidades: es decir, la forma aguda y la forma crónica de la enfermedad.

ORIGEN DE LA FORMA CRÓNICA DE LA ENFERMEDAD

El brucelósico crónico tiene origen o en una modalidad de la enfermedad aguda o es inicialmente una forma clínica en la cual no se puede reconocer ninguna afección del tipo agudo de marcada significación clínica. En este último caso la enfermedad se ha originado en una forma subclínica, larvada o ambulatoria, y por consiguiente ninguna etapa aguda puede ser reconocida. La sintomatología va apareciendo en forma sucesiva, con carácter lento e insidioso, pero progresivo. En la primera circunstancia, una vez curado ese empuje agudo de la enfermedad, y transcurrido un tiempo variable que puede ser de dos, tres, seis meses, un año y aún más, van reapareciendo algunos síntomas que ya estuvieron presentes en el período agudo, como ser dolores lumbares, neuralgias de distinto carácter, mialgias y procesos articulares, o manifestaciones viscerales de las más variadas o aparecen nuevas manifestaciones patológicas, motivo por los que el paciente debe consultar nuevamente. En estas condiciones, dos circunstancias distintas acontecen frecuentemente al médico: a) la enfermedad aguda inicial fué reconocida y diagnosticada por el médico tratante como brucelosis, con hemocultivo positivo o títulos de aglutinación en sangre suficiente; b) la enfermedad

aguda no fué reconocida como brucelosis e investigada como tal, y el médico que trató ese proceso lo clasificó como gripe, reumatismo, tifoidea, etc.; es decir que, a pesar de haber padecido un proceso que puede presumirse de brucelosis aguda, no existe el antecedente y la confirmación de ésta, por no haberse pensado en ella y, por consiguiente, por no haberse realizado ninguna investigación.

Los dos casos siguientes son ejemplos bien claros de estas circunstancias:

CASO N^o. 1. — M. B. de A., argentina, de 51 años. Inicia su enfermedad en 1937, bruscamente, con dolores articulares y lumbares que imposibilitan todo movimiento. Temperatura alta y prolongada por tres meses, alrededor de 40 grados. Al principio, este cuadro es diagnosticado como tifoidea, pero como no cura, concurre a la Oficina Sanitaria del Nor-Oeste (Cruz del Eje) donde, previa hemocultura y reacción de Huddleson positivas, diagnostican brucelosis aguda.

En marzo es dada de alta, pero al levantarse y deambular constata dolores lumbares, con irradiación a caderas y piernas.

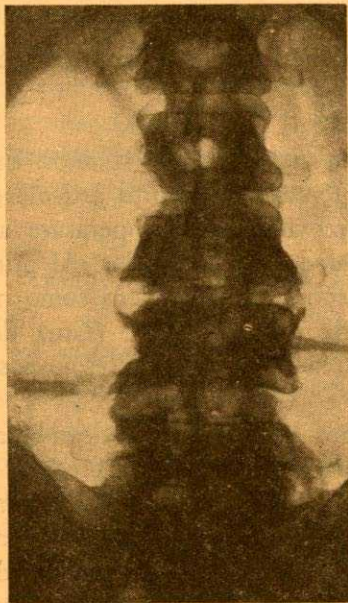
En setiembre de 1937, encontrándose con estas molestias, las que a veces mejoraban francamente para reagudizarse en otras circunstancias, nota que le aparece una tumoración del tamaño de un huevo de gallina en la región inguino-crural izquierda, que crece rápidamente alcanzando el tamaño de una cabeza de feto. En noviembre de 1937, igual tumoración en región inguino-crural derecha.

Se le efectúan distintos diagnósticos y se somete a variados tratamientos desde diciembre de 1937 hasta el 8 de diciembre de 1938, fecha en que ingresa a nuestro servicio por no conseguir curar estos tumores ni mejoría en sus dolores.

A su ingreso: enferma en regular estado de nutrición; se comprueba rigidez de región lumbo-sacra y ambas tumoraciones de región inguino-crural. Estas tumoraciones son puncionadas, extrayéndose de ellas pus de color amarillo, bien ligado, sin grumos.

El pus obtenido es sembrado en medios adecuados para piógenos, siembras que son negativas. Se siembra en medios adecuados para Koch y se inoculan tres cobayos, resultando estas investigaciones también negativas.

Las reacciones de Wasserman y Kahn, en sangre, son negativas. Huddleson, en sangre, positiva al 1/100. Huddleson, en el pus, positiva al 1/500. Intradermo-reacción a la melitina, intensamente positiva.



Obs. N.º. 1. Rad. N.º. 1. — Obsérvase la profunda alteración de la estructura de los cuerpos y bordes de la 3ª., 4ª. y 5ª. vértebra lumbar. Disminución de altura marcada del espacio intervertebral entre 3ª. y 4ª. vértebra lumbar. Tendencia a la formación de puentes óseos. Marcada peri-espondilitis.

Estudiada radiológicamente la columna lumbar, se comprobó lesión importante de tercera, cuarta y quinta vértebras lumbares tanto en la imagen de frente como en la de perfil, caracterizada por modificación de la estructura ósea de estos cuerpos vertebrales, observándose zonas de rarefacción (geodas) alternando con sitios de condensación. Alteración importante de volumen, conformación y contorno de los cuerpos vertebrales, disminución de los espacios intervertebrales correspondientes. Participación de las envolturas vertebrales, con proceso de condensación y tendencia a la formación de puentes óseos; todo lo que nos lleva al diagnóstico de espondilitis y peri-espondilitis con doble absceso inguino-crural del tipo pseudo-pótico.

Descartada las espondilitis luética, piógena y tuberculosa, y habiendo padecido la enferma brucelosis aguda, con iniciación brusca, bien probada, en marzo de 1937, presentando reaccio-

nes biológicas, Huddleson en sangre positiva al 1/100, en pus positiva intensa a su ingreso; se realizó en enero de 1939 el diagnóstico de brucelosis crónica con espondilitis y abscesos espondilíticos del tipo pseudo-pótico. Esta enferma fué dada de alta en setiembre de 1939 muy mejorada. Ni a su ingreso ni durante toda su permanencia en el servicio presentó reacción febril de significación.

En cambio, el siguiente caso es un ejemplo de la otra contingencia, es decir, el hecho de la enfermedad aguda no investigada desde el punto de vista de la brucelosis; apareciendo a continuación de esta enfermedad aguda una serie de manifestaciones en las cuales a medida que más tiempo transcurre, es más difícil realizar un diagnóstico etiológico de certeza.

CASO N.º 2. — G. D., alemán, de 61 años, agricultor, procede de Laboulaye, provincia de Córdoba. Viene al país en 1908, dedicándose a tareas agrícolas-ganaderas, en especial a la cría de cerdos, en el sud de Córdoba.

En 1935 inicia su afección aguda, caracterizada por fiebre, náuseas, vómitos, astenia generalizada, cefaleas, transpiración abundante que lo obligan a guardar cama quince días y cuyo transcurso total dura alrededor de un mes.

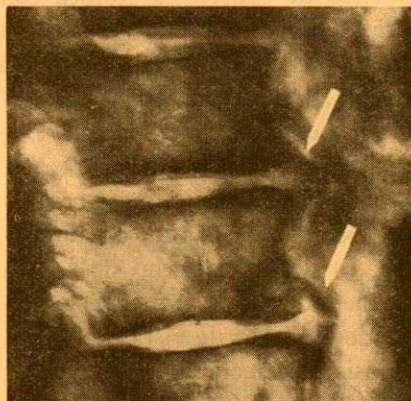
Desde entonces nunca más se siente bien. Sufre periódicamente dolores de tipo reumático en articulaciones y músculos, ha-



Obs. N.º 1. Rad. N.º 2. — Radiografía de perfil donde puede observarse el cuerpo de 3.ª y 4.ª vértebra lumbar. Obsérvese la marcada alteración de estos cuerpos existiendo en los mismos procesos de rarefacción y condensación. Marcada modificación de la forma e irregularidad de los bordes de los mismos. Peri-espondilitis con participación acentuada del ligamento anterior.

ciendo los más variados tratamientos. Hace dos o tres años, presenta un accidente de dolor más intenso, sobre todo de rodilla, cadera y tobillo derecho. Desde este ataque continúa con molestias lumbares manifiestas que imposibilitan los movimientos rápidos y violentos del tronco. Estas molestias se acentúan y desde hace dos años no puede utilizar el caballo para sus tareas rurales.

Desde noviembre de 1942 empieza a sentir poco a poco dificultad para caminar y sobre todo para incorporarse una vez puesto en cuclillas. La claudicación avanza y en enero de 1943 empieza a tropezar y caer con frecuencia sin



Obs. N^o. 2. Rad. N^o. 1. — Obsérvese el aplanamiento de las vértebras lumbar 1 y 2 que son las que aparecen en la parte superior del presente film. También en el sitio indicado por las flechas la osificación del ligamento anterior.



Obs. N^o. 2. Rad. N^o. 2. — Obsérvese el aplanamiento y forma de diábolo de 1^a. lumbar. La flecha marca "picos de loros" de 1^a. y 2^a. lumbar y osificación de ligamento lateral.

causa justificada. En esta fecha aparece también temblor, pérdida de fuerzas e inseguridad en los miembros superiores.

La marcha, cuando lo examinamos, es francamente espasmódica. Se efectúa reacción de Huddleson, que es negativa; Wassermann y Kahn, negativas. El líquido céfalo-raquídeo da los siguientes datos: tensión, 50 al Claude; albúmina 0,56 por mil; Nonne positiva + + + y Pandy positiva + + +.

Wassermann, negativa; examen de sangre: glóbulos rojos 4.900.000, blancos 4.800; hemoglobina 93; v. globular 0,94. Fórmula: eosinófilos 3, neutrófilos 64, linfocitos, 29, monocitos 4.

La intradermo-reacción a la melitina es positiva franca.

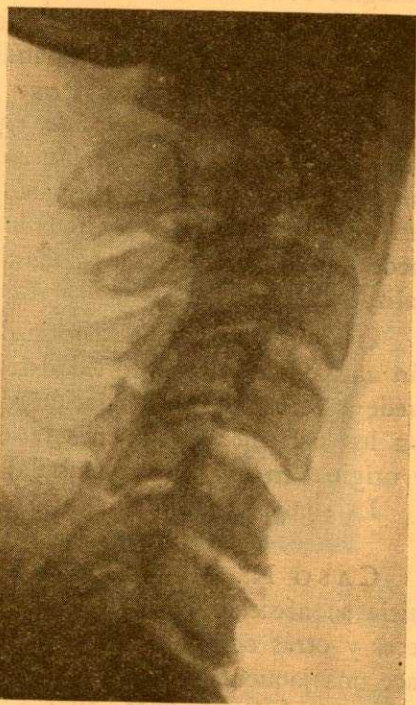
El neurólogo diagnostica un cuadro de meningo-mielitis.

La radiografía de columna muestra espondilitis extendida pero especialmente de la columna lumbar y cervical.

Los antecedentes profesionales del enfermo (criador de cerdos) y la enfermedad de 1935 no investigada, pero que por los datos del interrogatorio deja la impresión que pudo tratarse de una brucelosis aguda, nos ha inducido al diagnóstico de brucelosis crónica, secundaria a aquel ataque agudo; forma neurológica, tipo meningo-mielítico, más espondilitis intensa.

El examen de sangre con leucopenia y la prueba de melitina que es positiva intensa, afianzan este diagnóstico. Descartamos lúes por la Wassermann y Kahn en sangre y líquido céfalo-

raquídeo negativas. Afecciones a virus por los antecedentes y por la participación ósea importante, que no suelen dar los virus (espondilitis extendida). Claro está, a más de ocho años de comienzo de su afección, exigir hemocultivo positivo para brucella sería una utopía y también la Huddleson sólo por excepción se



Obs. N^o. 2. Rad. N^o. 3. — Radiografía de perfil de columna cervical. Obsérvese la deformación de las últimas vértebras cervicales y los "picos de losis" de sus extremos anteriores.

la puede encontrar positiva. En casos como éste, sólo el diagnóstico por exclusión, afianzado además en las características clínicas, la melitina y el índice opsonocitofágico, como asimismo la prueba de la respuesta a la terapia específica de vacuna, son los únicos hechos que nos pueden dar la orientación del diagnóstico etiológico de la afección. Pero, para que el médico investigue con amplitud esta posibilidad diagnóstica, en la que es necesario poner constancia y tenacidad, es indispensable que tenga conciencia que esta afección existe *y que se sepa que en nuestro medio ningún médico habrá cumplido con su deber, si condena a un paciente a padecer una afección crónica, de etiología no probada por él, si antes no se ha esforzado por investigar si ese paciente lleva o no una de estas sepsis crónicas debidas a brucellas*, y que puede dar los más variados cuadros cuyo esquema trataremos de realizar enseguida.

En otros casos, en la historia del paciente no se descubre ningún antecedente de enfermedad febril aguda a la que el médico puede referirse como iniciación del padecimiento del enfermo. Son los pacientes en quienes la enfermedad brucelósica crónica se origina en una forma ambulatoria, subclínica o larvada.

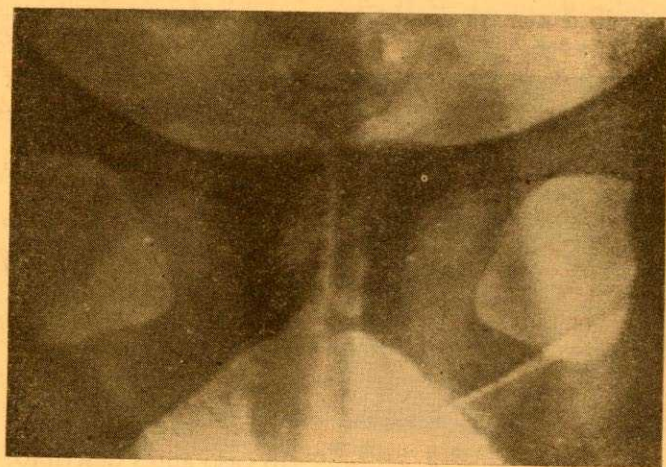
La siguiente historia clínica es un caso evidente:

CASO N.º 3. — E. E. de V., mujer argentina, de 40 años. Inicia su afección en 1936 con cefaleas intensas, frontales unas veces y otras occipitales, que la suelen postrar en cama como lo hace una jaqueca, por uno o dos días; astenia más o menos permanente a fines de 1935, 1936 y principio de 1937; no constata fiebre. Esta astenia suele alternarse con períodos de irritabilidad exagerada. En vista de estos padecimientos consulta con un psiquiatra y es puesta en tratamiento sin éxito. En 1938 aparecen dolores anxiales, flujo abundante en el que no se prueba etiología especial; dolores intensos en región lumbar, articulaciones sacro-ilíaca y coxofemorales, como asimismo muslos y piernas, sobre todo cara interna del muslo izquierdo. Examinada por el ginecólogo es tratada sin éxito, por lo que se decide intervención sobre ovarios y anexos, que no es aceptada.

Aparece dolor intenso sobre región isquio-pubiana que hace imposible soportar la más leve presión sobre esa región.

Efectuada radiografía se comprueba en ambas ramas del pubis pequeñas cavidades, la mayor del tamaño de una moneda de cinco centavos, con un halo de condensación ósea a ambos lados. En columna lumbar existe también lesión radiológica del tipo espondilítico.

La melitina en esta enferma ha dado reacción intensa, ne-



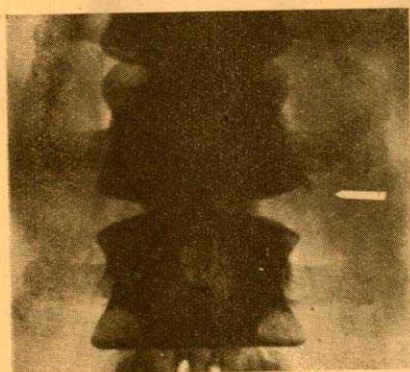
Obs. N°. 3. Rad. N°. 1. — Radiografía de ambas ramas del pubis. Obsérvese las destrucciones que existen, siendo la de mayor tamaño de rama derecha; existe proceso de condensación en torno de esas destrucciones.

crónica, sostenida durante quince días. No se efectuó reacción de Huddleson. La vacunoterapia con brucella abortus, primera serie vacuna *Lederler* y segunda preparada en el Hospital Rawson, han hecho desaparecer todos los padecimientos que se iniciaron en 1936 y que persistían con severidad hasta iniciar el tratamiento.

MODALIDADES CLÍNICAS DE LA BRUCELOSIS CRÓNICA

Nada es más difícil que dar, en la hora actual, un esquema clínico de la brucelosis crónica. Ya lo hemos dicho, se trata de

una sepsis que pudo tener inicialmente un comienzo agudo, o, como en el caso anteriormente descrito, tener un carácter inicialmente ya crónico; pero en el curso de su evolución, que puede ser continua o discontinua, va comprometiendo los más variados parénquimas o tejidos del organismo y de ahí que en algunas circunstancias en el mismo enfermo pueda tenerse una sintomatología tan variada, que desconcierte y desoriente a los médicos más sagaces (Véase observaciones Nros. 2, 3, 5, 6 y 7). Sin embargo, y de acuerdo a nuestra casuística, tentaremos una clasificación de esta modalidad de la afección más que todo con un fin didáctico en los siguientes cuadros:



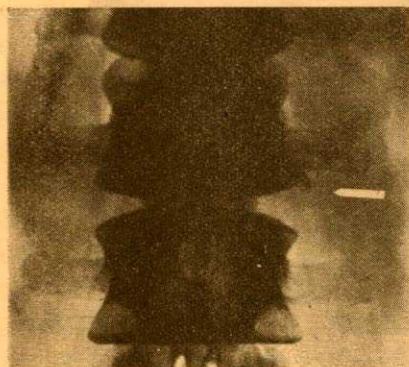
Obs. N^o. 3. Rad. N^o. 2. — Radiografía de columna lumbar. En parte lateral de 2^a. lumbar existe espondilitis "tipo pico de loro".

1^o. — *Afección de característica indefinida, que en su aspecto más dominante simula la neurastenia.*

Son enfermos, como nuestro caso antes descrito, H. C., N^o. 3 de este trabajo y como el ejemplo que aquí daremos, que inician su enfermedad con

debilidad, astenia psíquica y física acentuada, cefaleas, irritabilidad, dolores de los más variados, etc. Miss *Evans*, en su interesante trabajo sobre brucelosis crónica, escribe a este respecto: "El cuadro esquemático de la neurastenia describe a la brucelosis crónica, a saber: agotamiento, insomnio, irritabilidad y las quejas de algias y dolores por los cuales no se puede hallar ningún signo objetivo". Ella misma padeció una afección durante tres años, donde los médicos que la asistían la clasificaron como neurastenia y donde para que se curara la invitaban a cambiar su aptitud psíquica y moral, a distraerse, despreocuparse, etc.;

una sepsis que pudo tener inicialmente un comienzo agudo, o, como en el caso anteriormente descrito, tener un carácter inicialmente ya crónico; pero en el curso de su evolución, que puede ser continua o discontinua, va comprometiendo los más variados parénquimas o tejidos del organismo y de ahí que en algunas circunstancias en el mismo enfermo pueda tenerse una sintomatología tan variada, que desconcierte y desoriente a los médicos más sagaces (Véase observaciones Nros. 2, 3, 5, 6 y 7). Sin embargo, y de acuerdo a nuestra casuística, tentaremos una clasificación de esta modalidad de la afección más que todo con un fin didáctico en los siguientes cuadros:



Obs. N^o. 3. Rad. N^o. 2. — Radiografía de columna lumbar. En parte lateral de 2^a. lumbar existe espondilitis "tipo pico de loro".

1^o. — *Afección de característica indefinida, que en su aspecto más dominante simula la neurastenia.*

Son enfermos, como nuestro caso antes descrito, H. C., N^o. 3 de este trabajo y como el ejemplo que aquí daremos, que inician su enfermedad con debilidad, astenia psíquica y física acentuada, cefaleas, irritabilidad, dolores de los más variados, etc. Miss *Evans*, en su interesante trabajo sobre brucelosis crónica, escribe a este respecto: "El cuadro esquemático de la neurastenia describe a la brucelosis crónica, a saber: agotamiento, insomnio, irritabilidad y las quejas de algias y dolores por los cuales no se puede hallar ningún signo objetivo". Ella misma padeció una afección durante tres años, donde los médicos que la asistían la clasificaron como neurastenia y donde para que se curara la invitaban a cambiar su aptitud psíquica y moral, a distraerse, despreocuparse, etc.;

comprobóse tratarse de una brucelosis, seguramente contraída en el laboratorio.

La siguiente historia ilustra aún más que toda descripción:

CASO N°. 4. — M. A. F., argentino, de 45 años, casado.

Antecedentes hereditarios: Un hermano padeció de orquidimitis bacilar; otro fallece tuberculoso; los restantes, sanos.

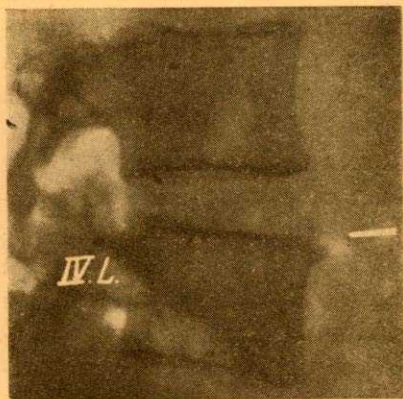
Antecedentes personales: A los 10 años, neumonía; a los 12, escarlatina; blenorragia y orquitis en 1926; curó bien.

Enferma en diciembre de 1935, con un estado de anemia según el enfermo; decaimiento, astenia algunas horas. El concurrir a la Universidad le fatiga; disminución intelectual y física acentuada, debiendo abandonar sus estudios. Dolor de espalda y sudores, pérdida de peso, más o menos un kilogramo por semana al principio; en los primeros seis meses pierde siete kgs. y en el año nueve kilogramos. Se cree bacilar y consulta con un facultativo, quien después de tratarlo un tiempo, le dice que su estado es debido a neurastenia, aconsejándole tranquilidad y buena alimentación. No mejora y aparecen trastornos dispépticos y gran meteorismo abdominal; consulta a un gastroenterólogo quien, después de tratarlo un tiempo, le diagnostica igualmente neurastenia. Un tercer facultativo diagnostica afección renal, quizá por dolores lumbares; y otro, apendicitis, proponiéndole intervención. Como se ve, el típico caso de Miss *Evans*, en el que los médicos hacen los más variados diagnósticos, pero dominando el de neurastenia.

Cuando nos consulta, a los seis años de iniciados sus padecimientos, ha perdido quince kilogramos. Se queja de marcada astenia física e intelectual, de inapetencia, insomnio, dolor de espalda a la altura de la cuarta vértebra dorsal, a veces cefaleas, dolores lumbares y especialmente trastornos abdominales caracterizados por sensación de plenitud gástrica y meteorismo abdominal muy molesto.

El examen del enfermo nos da los siguientes datos: Estado de nutrición deficiente. Aparato circulatorio: moderada taquicardia; aparato respiratorio, normal; aparato digestivo: bazo aumen-

tado de tamaño; hígado borde inferior rebasa un través de dedo y es sensible. Hay dolor en región íleo-cecal derecha. Aparato genito-urinario: testículo y epidídimo izquierdo, ambos aumentados de tamaño, con manifiesto dolor aún a presión suave. Sistema nervioso y órganos de los sentidos: audición disminuída; atrofia moderada de los músculos de la cintura pelviana, sobre todo glúteo izquierdo, con conservación de fuerza. Reflejos rotulianos hipervivos. La punción lumbar demuestra líquido céfalo-raquídeo claro, con una presión de 45 al Claude; albúmina 0.45 grs. por mil; Nonne y Pandy positivas + + +. 8 elementos; Wassermann negativa.



Obs. N°. 4. Rad. N°. 1. — Obsérvese la destrucción del extremo anterior de 4ª. vértebra lumbar. Existe tendencia a la formación de "pico de loro".

Efectuada radiografía de columna se comprueba lesión en el extremo anterior de la 4ª. vértebra lumbar, del tipo reumatismo vertebral crónico.

Todo esto nos hace presumir que nos encontramos frente a un brucelósico crónico, con lesiones viscerales múltiples cuyas manifestaciones más evidentes en esta semiología física es el aumento de tamaño del hígado, del bazo, del testículo con participación neuro-

lógica evidente y alteración característica del líquido céfalo-raquídeo. Además, lesión espondilítica.

La reacción de Huddleson fué negativa como era de esperar, dado los muchos años de enfermedad. La melitina positiva intensa y persistente durante quince días.

Después de la primera serie vacuna abortus Lederle, se efectúa índice opsono-citofágico cuyo resultado es de un término medio de 23.

Este enfermo está haciendo en la actualidad la segunda serie de vacuna brucella abortus, encontrándose por primera vez, des-

pués de ocho años de padecimiento bien y ha reanudado su trabajo sin sentir fatiga.

Después del análisis de este caso se puede ver cómo es verdad la descripción que en general da del cuadro Miss Evans, aunque no estoy muy conforme cuando dice "y se quejan de algias y dolores por los cuales no se puede hallar ningún signo "objetivo". En estos dos casos, y en general en todos nuestros casos, hemos encontrado lesiones óseas o neurológicas que justificaban los dolores.

2°. — *Afecciones del tipo del reumatismo crónico.*

Dos modalidades principales nos ha tocado en suerte ver a este respecto:

a) *Aquellos que simulan reumatismo articular generalizado.*

En general, son enfermos que de tiempo atrás padecen dolores de las más variadas articulaciones, con o sin procesos inflamatorios de las mismas y que suelen hacer nódulos y manchas eritematosas en vecindad de las articulaciones últimamente afectadas. Sólo lo diferencia del reumatismo clásico, las pruebas específicas utilizadas en el diagnóstico de la brucelosis. No hemos encontrado en ellos participación endocárdica; pero, en cambio, suele existir participación de otras vísceras o lesiones óseas, sobre todo en columna lumbar.

Harris da también un tipo especial y es el de la lesión articular post-traumática. Frente a un traumatismo mínimo, por ejemplo el que puede resultar de golpearse el codo o la muñeca en el velador o en una silla al estirar el brazo o el roce del tobillo en la pata de una silla o de una mesa; se produce en estas personas artritis o procesos dolorosos articulares o periarticulares sostenidos y absolutamente desproporcionados al traumatismo. Nosotros hemos tenido uno de estos casos, en que a raíz de un traumatismo pequeño se produjo reacción inflamatoria que llegó a la supuración; pero estudiado radiológicamente pudimos comprobar en ese caso, lesión ósea del húmero como origen de esta supuración.

b) *Los que simulan reumatismo vertebral deformante infeccioso.* Esta variedad entre nosotros es muy frecuente. Varios de nuestros enfermos se han quejado preponderantemente de sus dolores en columna, sobre todo dorso lumbar. Al radiografiarlos hemos comprobado lesiones espondilíticas de distintos tipos, pero especialmente espondilitis de "tipo reumatismo vertebral déformante" (pico de loro). Por ello en un trabajo anterior hemos dicho "que los reumatismos vertebrales y en especial la espondilitis deformante que se presenta en personas por debajo de los sesenta años, debe ser considerada como brucelosis, mientras no se pruebe otra etiología". También por esta razón en todo enfermo que sospechamos brucelosis, realizamos estudio radiológico de columna buscando estas lesiones que nos permitan afianzar nuestra sospecha diagnóstica. En la clase destinada a espondilitis brucelósica de este curso estudiaremos con más detalle esta localización. En algunas circunstancias estas espondilitis pueden simular la espondilitis tuberculosa.

3°. — *Manifestaciones neurológicas.*

La brucelosis crónica puede dar los más variados cuadros neurológicos. Desde las simples neuritis o neuralgias que pueden asentar en cualquier nervio: auditivo, ciático, crural, intercostales, etc., hasta los fenómenos hipertensivos que pueden simular tumores o los cuadros meningo-mielo-radiculares tan admirablemente descritos por *Roger y Poursine*, de los cuales la H. C. N°. 1 de este trabajo es un ejemplo bien evidente.

Las manifestaciones de neuro-brucelosis en la forma crónica pueden estar en relación con un ataque agudo febril anterior o ir apareciendo progresivamente sin que en la anamnesis del paciente se descubra ningún hecho infeccioso agudo; y en esto las neurobrucelosis no se diferencian de las otras brucelosis crónicas.

En el líquido céfalo-raquídeo se suele encontrar albúmina aumentada entre 0.40 y 0.70; Nonne y Pandy +++ franca con poco aumento de células (en general, 6 a 20 elementos). Se realiza el diagnóstico de exclusión de la sífilis por las pruebas

biológicas que son negativas (Wassermann y Kahn) en sangre y en líquido. Con las afecciones a virus, sobre todo en aquellos casos en que la afección neurológica simula el Guillén-Barré, el diagnóstico diferencial suele ser más difícil. Nosotros valoramos el cuadro clínico total. En estos enfermos hemos tenido la fortuna de encontrar lesiones óseas importantes en columna, que aleja la idea de la infección a virus y en cambio afianza la presunción de brucelosis. Suele haber también lesiones en otros parénquimas, testículos, ovarios, hígado, bazo, etc., hechos estos que no suelen acontecer en una afección a virus neutótrofo. Todos estos cambios afianzan la idea de una sepsis como la producida por la brucella, que, en general, aunque la afección puede prevalecer en un sistema del organismo, tiene tendencia a atacar múltiples y variados parénquimas y tejidos, dejando en ellos secuelas o aún manifestaciones de evolutividad. Por otra parte, las investigaciones biológicas afianzarán el diagnóstico.

Es de tanta importancia la neurobrucelosis que creo honestamente que un médico o sobre todo un neurólogo, que en nuestro medio no conozca la clínica y los elementos de diagnóstico de esta afección, se encuentra en la misma situación profesional que si no conoce la patología a neuro-virus o la neuro-sífilis. En nuestra casuística de brucelosis crónica, las modalidades neurológicas dominan en cuanto a número y son las que más secuelas de invalidez dejan.

4.º — *Manifestaciones que simulan la tuberculosis.*

Dos modalidades de pacientes hemos tenido a este respecto:

a) Los que tienen un cuadro general que por sus características puedan hacer pensar al paciente, familiares y aún al médico en la tuberculosis.

Son, en general, enfermos que vienen de algún tiempo atrás con fiebre, de grado variable, en general poco importante, alrededor de 38 grados y a empujes intermitentes, decaimiento, inapetencia, a veces dolor de espalda, es frecuente en región escapular y sobre todo lado izquierdo; sudores, etc.

En estos últimos dos años hemos tenido cuatro enfermos en la clientela privada, y dos en el hospital, con esta sintomatología, pero sin trastornos funcionales respiratorios, con examen clínico pulmonar y radiológico negativos, que fueron clasificados como tuberculosos y enviados a las sierras con fines de tratamiento, de distintos puntos de la República. En dos de estas enfermas se había investigado la alergia tuberculínica y a pesar de pruebas reiteradas negativas, después de investigar las más variadas sepsis, sin éxito, se las envió a las sierras con el diagnóstico de tuberculosis. Y en ellas pudimos probar por las reacciones biológicas brucelosis.

b) Cuadros similares a los descritos pero acompañados de sintomatología funcional, tos, expectoración, hemoptisis, que afianzan la presunción diagnóstica. También al examen clínico y radiológico, lesiones que recuerdan los procesos tuberculosos parenquimatosos; hilios muy engrosados, sobre todo en parte inferior o infiltrado de tipo neumónico en hilio o en distintos sitios de los campos pulmonares.

Las dos historias clínicas siguientes ilustrarán mejor que la propia descripción.

CASO N°. 5. — J. B. G., argentino, 41 años. Reside en Santiago del Estero, donde trabaja de corredor, viajando mucho a la campaña. Inicia su afección en 1935, con estado gripal, tos y expectoración. Cura relativamente en poco tiempo, pero queda decaído, con dolores de espalda, dolores lumbares, a veces dolores de pierna; sin embargo, no abandona su trabajo. Sigue con algunas alternativas y a veces con tos o con cuadro catarral hasta marzo de 1940, en que tiene esputos hemoptoicos, continuando después con tos y expectoración. Se efectúan reiterados exámenes de esputo que son negativos al Koch.

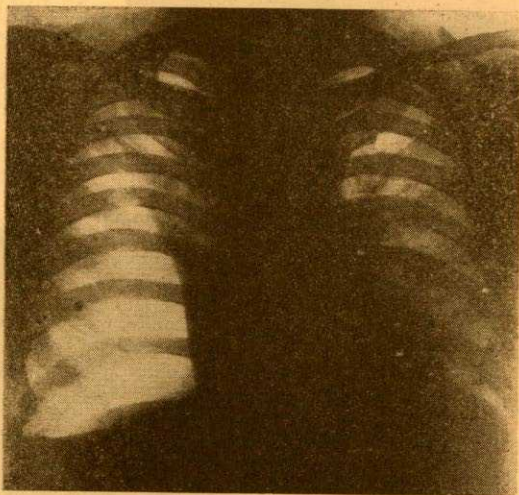
El 14 de julio de 1941, empuje febril con aumento de tos y expectoración. Pocos días después, el médico le inicia neumotórax derecho que lo mejora; pero siempre conserva tos y expectoración. Periódicamente, cada dos o tres meses, hemoptisis abundante. Posteriormente de nuestro primer examen, el día 2 de oc-

tubre de 1942, el enfermo tiene una hemoptisis abundante que obliga a medicación adecuada y reposo absoluto.

He podido ver, por permitírmelo su médico tratante, los reiterados exámenes de esputos que se le han efectuado, todos negativos para el Koch. Con fecha 12 de marzo de 1942, cultivo para Koch negativo. Actualmente, inoculación al cobayo también negativa.

Lo examino por primera vez en setiembre de 1942; viene a consultarme por no seguir bien, quejándose de tener tos, mucha expectoración y reiteradamente esputos de sangre.

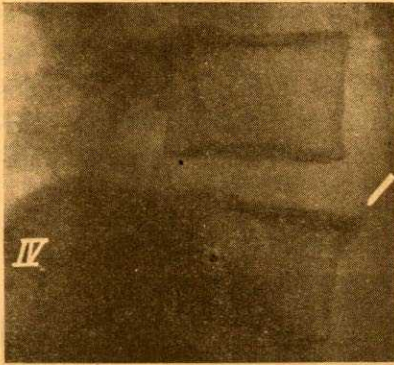
Su esposa fué vista por mí pocos días antes por presentar desde hace ocho años manifestaciones neurológicas caracterizadas por dolores de tipo ciático y sensaciones parrestésicas. También inflamación articular en distintas oportunidades. Desde hace un año, proceso neurológico caracterizado por



Obs. N^o. 5. Rad. N^o. 1. — Radiografía de tórax que muestra pulmón izquierdo normal. Pulmón derecho neumotórax parcial por sínfisis superior. Lóbulo inferior en colapso atelectásico. No se visualiza lesión de significación.

una para-paresia de extremidades inferiores. El doctor *Peirotti*, que la asiste, había descartado en ella las afecciones corrientes, que pudieran ser la causa patogénica de esta afección, incluso sífilis. En colaboración con él pudimos probar en esta enferma neuro-brucelosis, tipo crónico. Tiene ella también lesiones importantes en columna dorso-lumbar. La afección de la señora empieza pocos meses antes que la del esposo.

En el examen del señor J. B. C. comprobamos estado general



Obs. N^o. 5. Rad. N^o. 2. — Obsérvese la espondilitis tipo "pico de loro" del extremo anterior de 4^a. vértebra lumbar.

fisis alta. Colapso atelectásico parte inferior. No se visualiza lesión de significación.

La radiografía de columna muestra lesión en la cuarta vértebra lumbar, en el extremo anterior, tipo espondilitis deformante.

La reacción de Huddleson fué negativa. La melitina, intensamente positiva.

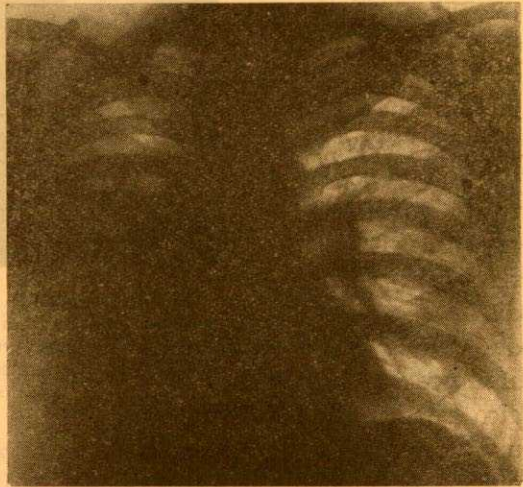
En vista de considerar no tuberculoso a este enfermo, abandónase el neumotórax. La radiografía de tórax

no demuestra lesión evidente, ni tampoco las tomografías. El enfermo se encuentra mejor. No ha repetido aún ninguna hemoptisis.

bueno; talla, 1.58 1/2 mts.; peso, 87,5 kgs. Ha venido aumentando en los últimos cuatro años progresivamente de peso.

Aparato circulatorio: nada especial; aparato respiratorio: existe neumotórax derecho con colapso parcial por sínfisis alta. Se ausculta en parte superior derecha región anterior, a pesar del neumotórax un crujido, tipo crujido brónquico.

La radiografía de tórax muestra neumotórax parcial por sín-



Obs. N^o. 5. Rad. N^o. 3. — Radiografía de tórax obtenida después del abandono del neumotórax y reexpansión del pulmón. No se observa lesión del parénquima.

En cuanto a la interpretación de este caso creemos que puede tratarse de un proceso de origen brucelósico, por cuanto esta infección puede originar distintos cuadros bronco-pulmonares, incluso se ha descrito ulceraciones tráqueo-trónquicas de origen brucelósico, con hemoptisis a repetición.

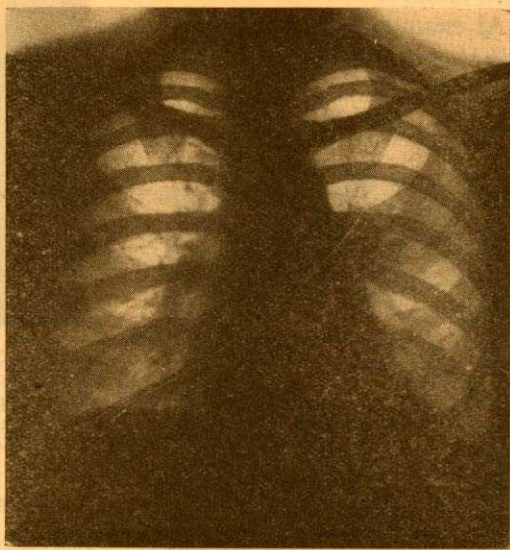
CASO N°. 6. — A. P. de G., argentina, casada, 38 años, procedente de Devoto, provincia de Córdoba. Trabajos domésticos y rurales, incluso ordeño de vacas.

Nos consulta por primera vez el 5 de mayo de 1939.

Antecedentes hereditarios y personales remotos sin importancia.

Durante los últimos años (tres o cuatro años atrás) sufre dolores abdominales, debidos según diagnósticos efectuados a afección hepática, para otros a arenillas renales y según otros médicos por apendicitis.

Inicia la afección pulmonar por la que consulta, en abril de 1938, con tos seca, ronque cuatro o cinco meses, esas molestias regresan. El 26 de marzo de cuatro o cinco meses, esas molestias regresan. El 26 de marzo de 1939 estando bien, tiene esputos de sangre y tres horas después hemoptisis abundante. Esta hemorragia se repite durante doce días, por lo que el médico que la asiste hace neumotórax izquierdo hemostático.



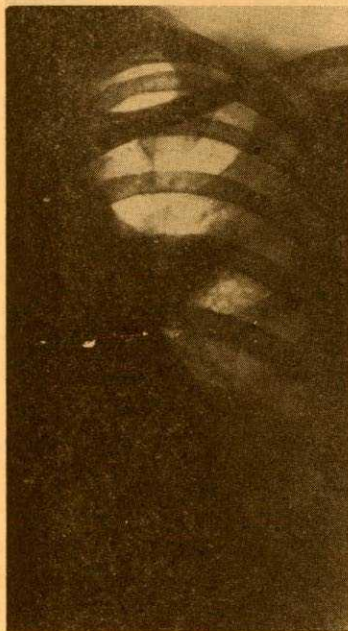
Obs. N°. 6. Rad. N°. 1. — Radiografía panorámica de tórax. Obsérvese el infiltrado parahiliar izquierdo, de tipo neumónico, con pequeña margen clara en el centro. Existe neumotórax marginal izquierdo.

Repuesta de este episodio decide consultarnos, lo que efectúa el 5 de mayo de 1939.

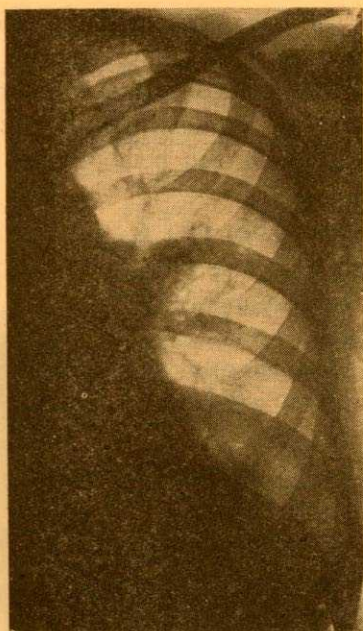
Estado actual: Enferma bien nutrida; peso, 61 kgs.; temperatura, 37,4 grados; pulso, 84. Tiene tos y esputos purulentos abundantes. Últimos esputos hemorrágicos hace un mes.

Al examen físico: hipersonoridad hemitórax izquierda (efectúa neumotórax).

Examen radiográfico: Se ob-



Obs. N.º 6. Rad. N.º 2. — Radiografía obtenida un año después de la anterior. 10 - V - 1940. Puede observarse la persistencia de la infiltración, siendo su sombra más densa.



Obs. N.º 6. Rad. N.º 3. — Radiografía obtenida en julio de 1942. Se observa reabsorción parcial de la imagen del infiltrado, con marcada esclerosis en torno del hilio izquierdo.

serva infiltrado parahiliar izquierdo. Pequeño neumotórax marginal. Se pide examen de esputo, que resulto Koch negativo. La inoculación al cobayo es también negativa para el Koch.

En vista de ello, decido abandonar el neumotórax.

La enferma repite sus hemorragias los años 1940, 1941 y 1942, teniendo frecuentes esputos hemoptóicos y cuatro hemoptisis severas.

Se efectúan múltiples investigaciones para Koch y cuatro inoculaciones más a cobayos, todas negativas. Se investiga micosis, sífilis, hidatidosis, tumor, con lipioradiografía y tomografías. Todas estas investigaciones fueron negativas.

Las reacciones de Huddleson en dos laboratorios han dado resultados positivos hasta 1 : 50. La melitina intensamente positiva y necrótica.

Las radiografías números 2 y 3 muestran la evolución de este infiltrado parahiliar, no habiendo tenido hemoptisis ni esputos hemoptóicos en estos últimos ocho meses.

5°. — *Los más variados procesos viscerales.*

En la forma crónica de la enfermedad no es excepcional ver enfermos que presentan los cuadros viscerales más variados. Actualmente en nuestro servicio del Hospital Rawson se asisten dos enfermos. El uno, un joven de 16 años, que tuvo una brucelosis aguda, con hemocultivo positivo para *brucella melitensis* en marzo de 1942, actualmente lleva una acentuada hipertrofia hepato-esplénica, alcanzando el bazo, que es el órgano más desarrollado, a sobrepasar la línea bi-ilíaca y cuya parte inferior sobrepasando esta línea, alcanza a tocar con su porción ínfero-interna, la línea umbílico-pubiana. Este niño suele hacer manifestaciones purpúricas cutáneas en la piel de las extremidades.

El segundo enfermo es un hombre de 42 años, que lleva una hipertrofia hepática con marcada insuficiencia de este órgano. Tiene también una dermatosis grave y lesiones en columna; presentando hasta la fecha empujes febriles y siendo sus condiciones generales malas.

Se han descrito hepatitis, abscesos hepáticos y subfrénicos, colecistitis, esplenitis, pancreatitis crónica, orquitis y orcoepidimitis, ovaritis, salpingo-ovaritis, quistes de ovario, varicocele, metritis, etc., imputables a brucelas.

También trastornos gastro-intestinales de la más variable sintomatología. En la esfera gastro intestinal, lo que yo he observado más son trastornos de tipo funcional, constipación y so-

bre todo meteorismo, siendo éste en algunos casos muy marcado y molesto, dando repercusión general y crisis de angustia acentuada.

Nosotros hemos visto cuadros del tipo apendicular, asociados a otros padecimientos, sobre todo de la esfera genital, en la mujer.

En algunas circunstancias y con diagnóstico de brucelosis crónica, hemos hecho intervenir algunas de estas apendicitis. La mejoría después de la intervención suele ser transitoria o no existe.

La siguiente historia es un ejemplo de este tipo de padecimiento.

C A S O N°. 7. — T. de A., argentina, 30 años, casada.

Antecedentes hereditarios y personales: sin importancia.

Enfermedad actual: Inicia hace ocho años, estando embarazada de cuatro meses, aborto espontáneo injustificado. Queda con mucho flujo y dolores de vientre, sobre todo a la derecha, por lo que le diagnostican apendicitis, siendo operada en el Hospital San Roque. No mejora, tiene más dolores abdominales, dolores que se propagan a la espalda derecha. Su flujo aumenta. Se interna en servicio de ginecología, donde la tratan de una metritis con proteinoterapia y electrocoagulación de cuello. A principios de 1938 la operan, resección parcial de ovario y corrección de una desviación de su matriz.

No mejora y desde mediados de 1938 tiene dolores de cintura y bajo vientre, irradiados a las piernas. Examinada en el Servicio de Ginecología diagnostican varicocele pelviano, operándola el 25 de setiembre de 1939, resecano paquetes varicosos de ambos lados. Después de esta operación, experimenta mejoría acentuada por cinco meses pero sin desaparecer cefaleas, dolores de espalda, decaimiento y sin modificar su estado de depresión psíquica, estando siempre muy deprimida.

A principio de 1940, crisis dolorosa localizada al bajo vientre, sin fiebre, y en el servicio de la Maternidad, donde la examinaron, hacen constar en la historia que realizan, que unos meses después de la última operación se presenta una crisis dolorosa localizada al lado derecho, sin fiebre, y desde entonces queda con

dolores continuos en la fosa ilíaca derecha, con exacerbaciones durante la menstruación. Desde hace un año, dice esta historia, *llamada de calor en la cara, palpitaciones, insomnios, cefaleas, nerviosismo y notable cambio de carácter.*

El ginecólogo la examina y diagnostica esta vez neuritis pélvica. La operan en junio de 1941, haciendo resección del presacro. Fué dada de alta el 14 de junio de junio de 1942.

La enferma sigue igual y de sus molestias generales quizá peor, dolor intenso de espalda, cefaleas, nerviosismo marcado, insomnio y cambio de carácter, por lo que consulta a un ginecólogo, el mismo que efectuó las dos últimas operaciones y a nosotros.

El ginecólogo diagnostica quiste de ovario derecho y propone intervención nuevamente, que no acepta la enferma.

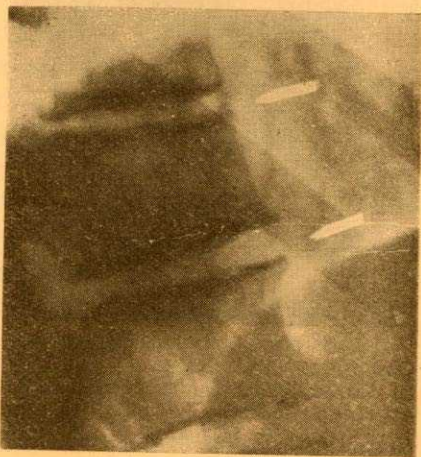
Estudiada por nosotros, comprobamos espondilitis con lesión mínima en varios cuerpos vertebrales y muy importante en el cuerpo de la undécima vértebra dorsal.

Pedimos examen del ginecólogo, quien diagnostica quiste de ovario derecho, tamaño de una mandarina.

Correspondía, pues, investigar qué sepsis podía dar este cuadro. El examen de sangre demostró 3.400 glóbulos blancos, con linfocitosis. Reacción de Huddleson positiva 1 : 50.

Melitina positiva intensa.

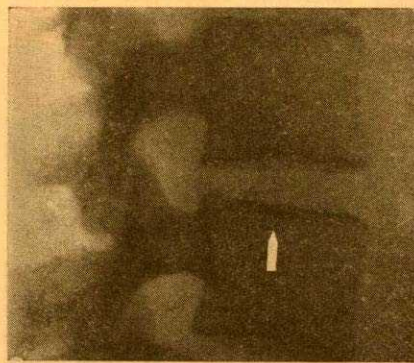
Líquido céfalo-raquídeo 39 presión de Clause. Albúmina



Obs. N^o. 7. Rad. N^o. 1. — Radiografía de perfil de columna dorso-lumbar. Obsérvese la modificación de estructura, forma, contorno y altura de la 11^a. vértebra dorsal; que se encuentra muy aplanaada sobre todo en su extremo anterior. También marcada disminución del espacio intervertebral entre 10^a. y 11^a. dorsal. Modificación del extremo anterior de duodécima dorsal, "tipo pico de loro".

0.22 por mil; Pandy + Nonne negativa, 5 elementos. Wassermann negativa; reacción de Mastic: curva normal.

Resumen de esta historia: Inicia en el año 1936 con aborto, hecho muy común en brucelosis crónica; cefaleas, irritabilidad, cambio marcado de carácter, flujo abundante, todo lo cual podía ser imputable a brucelosis, dolor abdominal en 1937; operándola de apendicitis.



Obs. N°. 7. Rad. N°. 2. — Obsérvese la destrucción del borde superior de la 4ª. vértebra lumbar, en el sitio que marca la flecha.

No mejora; en 1938, por persistir dolores, la operan de quiste de ovario.

No mejora su cuadro general y en 1939 la operan de varicocele pelviano, con lo que tampoco consigue curar. En 1941 le diagnostican y operan de neuritis pélvica, resecaando el pre-sacro. En febrero de 1943 se comprueba quiste de ovario y va a ser intervenida.

Se estudia, descubriéndose su espondilitis, por lo que se realizan las distintas investigaciones mencionadas, pudiéndose comprobar brucelosis crónica.

Puesta a tratamiento, vacuna anti-abortus Lederle, la enferma ha mejorado. El doctor Pereyra, que ha examinado a esta paciente antes del tratamiento, nos informa que el tamaño del ovario que antes de iniciar la vacuna era como una mandarina, se ha reducido a su tamaño normal y que examinado ese ovario durante su menstruación no aumenta de tamaño, pero es doloroso.

EL DIAGNÓSTICO DE LA BRUCELOSIS CRÓNICA

De la lectura de este trabajo puede deducir ya el médico las dificultades del diagnóstico y el número de afecciones con las que tendrá que realizar el diagnóstico diferencial. Enfermedad

capaz de dar los más variados cuadros de la patología humana puede, por consiguiente, simular las más variadas enfermedades. Esta última historia clínica es un ejemplo bien manifiesto y el médico debe tener a esta enfermedad bien presente para investigarla y descartarla o confirmarla.

Es necesario crear la conciencia de que esta modalidad de la enfermedad existe y saber que es una sepsis, que en la forma crónica tiene una evolución lenta, que puede ir haciendo localizaciones, como ya lo hemos dicho, en los más variados parénquimas o tejidos del organismo y que, como en el caso de la enferma anterior, nada se obtendrá con ir realizando tratamientos médicos o quirúrgicos de las distintas localizaciones que vaya efectuando, si no se trata de atender el estado de sepsis brucelósica general; modificando las condiciones inmunobiológicas y alérgicas del paciente, ya que en la hora actual no hay una terapia anti-infecciosa absolutamente específica para esta enfermedad.

El planteamiento diagnóstico de un brucelósico crónico es: primero, clínico. Un estudio completo del enfermo, con órganos de los sentidos por especialista, especialmente audición y visión; del sistema nervioso, por neurólogo; de los órganos genitales; de los huesos, muy especialmente de columna, con buenas radiografías de frente y perfil y con la anamnesis, donde el cambio de carácter, depresión psíquica, estado de neurastenia, etc., orientarán al médico.

Una vez con la impresión clínica del caso, realizamos: 1°.) Examen de sangre, conteo globular, fórmula leucocitaria y velocidad de sedimentación; 2°.) Reacción de Huddleson; 3°.) Índice opsónico citofágico; 4°.) Intradermo-reacción a la melitina, que leemos diariamente hasta el décimo día inclusive; y 5°.) Nuevamente reacción de Huddleson después de la melitina, que la efectuamos a los tres y a los diez días.

Con el análisis de los datos clínicos-radiológicos y de estas investigaciones, realizamos el planteamiento diagnóstico y el diagnóstico de exclusión.

Los americanos agregan a esto la prueba terapéutica por vacunas específicas, que pensamos tienen una marcada utilidad.

Del análisis de sangre diremos que para el diagnóstico po-

las punciones evacuadoras de este líquido realizadas a intervalos y con prudencia.

Para terminar, quiero repetir lo que ya hemos dicho en otro trabajo: "La brucelosis crónica es una afección que a la vez que puede simular las más variadas enfermedades, también puede ser simulada por éstas. Por otra parte, en un momento determinado puede haber asociaciones; por eso, a la vez que en nuestro ambiente debe pensarse con frecuencia para descartarla; debe estarse siempre alerta y tener presente que puede estar siendo simulada por otras afecciones o evolucionar concomitantemente en asociación mórbida con una neoplasia, tuberculosis, sífilis, litiasis, etc."

Es una enfermedad frecuente, y sólo es necesario crear la mentalidad de esta enfermedad y conocer sus elementos de diagnóstico para descubrirla.