

LA BRUCELOSIS AGUDA (*)

POR EL

Dr. Enso Criscuolo

Adscripto a la cátedra de Clínica Epidemiológica

La exposición de las formas clínicas de la brucelosis se halla erizada de dificultades. La enfermedad, en efecto, es tan pro-teiforme, que parece imposible encuadrar todos los casos en los límites estrechos de formas clínicas bien definidas. Esto no obstante, si examinamos cuidadosamente a un determinado grupo de enfermos agudos, podremos ver a través de los matices clínicos más diversos, un fondo común de síntomas y signos que constituye el síndrome que todos los autores clásicos (ingleses, franceses e italianos) describen como "forma clínica común", "forma clínica subaguda", "fiebre sudoroálgica".

Antes de pasar al estudio de las formas clínicas, describiremos el síndrome mencionado, que constituye lo que debemos llamar la "forma clínica común" o "sudoroálgica de Roger", o "forma aguda a iniciación lenta" de nuestro maestro el profesor de Villafañe Lastra, porque constituye el cuadro más frecuentemente observado entre los enfermos de nuestra campaña.

Esta forma asienta sobre una tetradá sintomática ya clásicamente establecida y bien conocida; a saber:

- a) fiebre ondulante;
- b) sudores;
- c) dolores y
- d) astenia.

(*) Conferencia dictada el 15 de abril en base al material de Brucelosis de la cátedra que dirige el Prof. Dr. Tomás de Villafañe Lastra.

Veamos antes de dedicar nuestra atención al estudio de los síntomas básicos, cómo comienza habitualmente la enfermedad.

Esta afección se inicia con manifestaciones variables; pero debemos retener que todas éstas se instalan en forma *progresiva*. Después de un período de incubación que oscila entre 8 y 25 días, se observa: malestar; escalofríos de poca intensidad y repetidos durante el día; abatimiento, poca aptitud para el trabajo físico y psíquico, dolores vagos y cambiantes, sensación subjetiva de fiebre, trastornos digestivos, zumbidos de oídos, disminución de la agudeza auditiva, fosfenos, etc.

El paciente está fatigado, insomne, inapetente. La fiebre se eleva progresivamente, con remisiones matinales bien visibles. Todo esto nos trae a la mente, de inmediato, el cuadro de la iniciación de la fiebre tifoidea y, más aún, si recordamos que con cierta frecuencia se presenta también entre los pacientes la epistaxis (señalada por Duran de Cottes).

Estos síntomas van acentuándose poco a poco, pudiendo durar este período que podríamos llamar de invasión entre una semana y 45 días, con remisiones o sin ellas, hasta que se instala el cuadro clínico completo, obligando entonces al enfermo a guardar cama.

Comienza en esta forma el período de estado. La fiebre ha alcanzado 39 o 40° C., siempre con remisiones matinales acentuadas; hay cefalea intensa, insomnio, astenia, anorexia, signos todos estos ya preexistentes que ahora se acentúan y se agravan. Aparecen, más tarde, los sudores; al principio moderados y luego copiosos, de predominio nocturno que obligan al paciente a mudarse de ropas, aún varias veces durante una misma noche. El intestino se vuelve perezoso y rebelde; al paciente se constipa, excepto en los casos graves en los que, más bien, se observa diarrea. El enfermo está pálido, con adenopatías discretas, piel húmeda, sudorosa, algunos signos bronquiales e hipertrofia esplenohepática.

Después de un lapso variable, que puede oscilar entre una y tres semanas, la fiebre remite lentamente (en lisis), y toda la sintomatología se atenúa hasta casi entrar en la normalidad.

Transcurren unos pocos días en este relativo bienestar, cuando el cuadro aparece en toda su plenitud, instalándose este complejo sintomático repetidamente, separado por períodos de apirexia, durante un largo lapso monótono y desesperante para el enfermo que pierde su confianza, y para el médico que asiste a su impotencia terapéutica, al decir de Roger y Poursines.

La prolongación de estos síntomas, trae aparejada la anemia, el adelgazamiento, que a veces llega hasta la caquexia; la astenia profunda, la apatía y la irritabilidad. La monotonía de esta evolución, se ve habitualmente matizada por la aparición de distintas manifestaciones, tales como una orquiepididimitis, artralgias o artritis, aparición de manifestaciones cutáneas, síntomas que revelan la invasión del sistema nervioso, tales como meningíticos, mieloradiculares, neuríticos, etc., o también a la columna vertebral, al aparato genital —en la mujer—, al sistema hepatobiliar, etc.

La iniciación de cada onda febril, o la aparición de cada una de las nuevas localizaciones, desmejora al enfermo el que llega a presentar en los casos severos un aspecto verdaderamente lamentable. Este se encuentra muy pálido, hundido en el lecho, húmedo aún por la sudoración profusa, adelgazado hasta presentar un aspecto caquéctico, dolorido, decepcionado y su psiquismo presenta una mezcla de irritabilidad y de resignación, apareciendo, en este último caso, un estado de verdadera apatía. Algunos pacientes toleran la afección en forma admirable.

Por fin, la fiebre cae ya en forma definitiva y se instala la convalecencia, que es larga y penosa y, como lo hemos dicho, puede ser turbada en ocasiones por la aparición de una nueva localización, la que naturalmente prolonga aún más el cuadro ya descrito.

La astenia persiste durante la convalecencia, aún durante mucho tiempo, lo mismo que la anemia y el abatimiento psíquico. Estos enfermos no se reponen bien, como ocurre en otras enfermedades infecciosas y es por esta circunstancia que deben ser vigilados y tratados durante un largo período a partir de la iniciación de la convalecencia.

Presentado ya el cuadro clínico en su conjunto, procederemos, en forma analítica, al estudio de los síntomas de esta interesante enfermedad.

La *fiebre* constituye uno de los síntomas cardinales. La mayoría de las veces adopta el tipo ondulante, señalado por Bruce, con períodos más o menos largos de fiebre, interrumpidos por otros más cortos de apirexia. En estos casos, la temperatura asciende en forma lenta y progresiva, alcanzando el acmé en 5-8 días y presentando las ya mencionadas remisiones matutinas.

El período de estado dura alrededor de una semana presentando, en la primera onda febril, oscilaciones que pocas veces pasan de un grado y medio; viene luego la lisis que repite, en forma inversa, todo lo ocurrido en el período ascensional.

La duración de la onda febril, en la forma clásica, oscila entre 8 y 20 días, pudiendo llegar hasta cinco semanas. La primera onda, por lo común, es la más larga, siendo las restantes cada vez menos prolongadas. Su número habitual es de 3 a 7.

Las oscilaciones térmicas se hacen cada vez más acentuadas, llegando en ocasiones a adoptar un tipo casi intermitente (Roger). Según Bruce, estas formas son las más benignas.

Los períodos de apirexia, bien estudiados por Bruce, son al principio cortos y se van haciendo más prolongados a medida que se repiten las ondas, llegando a tener una duración mayor que la del período febril.

Ya hemos dicho que la sintomatología se atenúa y no desaparece durante estos períodos de tregua: la astenia y la palidez del paciente progresan; el hígado se modifica muy poco, o nada; el bazo, regresa algo y, a veces, sigue el ritmo de las ondas febriles, reapareciendo con la fiebre, justificando así lo que se llama "bazo en acordeón"; las algias se atenúan mucho, pero no desaparecen, especialmente las articulares, que son más comunes a medida que la enfermedad progresa. Durante estos períodos, es casi constante que el enfermo presente febrícula. Estos períodos afebriles duran de 3 a 4 días, para Roger; 6 a 12 días para Eyre, hasta 22 para Cantaloube.

La fiebre puede adoptar el tipo hiperpirético, simulando una

tifoidea grave o bien puede ser de intensidad moderada, oscilando alrededor de 38 grados. En ocasiones, no existe la regularidad mencionada y se presenta lo que se llama la "fiebre loca, de Schoull". No es raro ver períodos febriles de 3 a 5 días, entre ondas febriles de duración habitual o bien un largo período afebril, seguido de otros cortos. En algunas oportunidades hay una fiebre de corta duración que podría ser interpretada como una gripe, o una bronquitis banal, siendo este estado seguido por períodos de febrícula que alternan con apirexia. Estos períodos simulando enfermedades banales pueden pasar desapercibidos para el paciente, quien sólo consulta recién cuando se hacen presentes las complicaciones ya sean ellas óseas, neurológicas, etc.

En los niños, la fiebre es más atenuada.

No deseamos terminar el análisis de la fiebre, sin recordar con Harris que "*la septicemia brucelósica, puede evolucionar aún sin fiebre*".

Los sudores. Son, con frecuencia, muy abundantes. Se presentan cuando está avanzado el primer período febril. Llegan a mojar las ropas de cama, incluyendo el colchón. Este es un síntoma realmente penoso. Los sudores aparecen, por lo común, después de media noche o hacia las primeras horas de la madrugada, durante la remisión febril; pero pueden presentarse aún en la apirexia. Están localizados en la frente, el cuello, las axilas, el abdomen, el dorso, las regiones lumbares y aún hasta en los miembros, cuando son difusos. Tienen otras veces la rara particularidad de ser localizados. Nosotros hemos visto pacientes que transpiraban preferentemente en la cabeza y en la región anterior del tórax; otros en el dorso; otros, por fin, en ambas manos. En ocasiones, puede observarse cómo van apareciendo en la superficie de la piel, finas gotitas de sudor que van aumentando de volumen hasta invadir toda la piel de una región del cuerpo.

Al olor característico, descrito por los clásicos a "paja en putrefacción" o "a ratón", no lo hemos observado como un signo frecuente y especialmente es más raro comprobarlo en pacientes bien higienizados.

El tiempo que dura la sudoración es de una a tres horas día-

rias y, en su conjunto, es habitualmente breve: aparece después de iniciada la enfermedad y desaparece antes de la declinación de la misma. Hay brucelosis con escasa sudoración y aún sin ella. Según Sacquepee, los sudores aparecen en el 31 % de los casos y para Eyre esta cifra se eleva hasta el 80 %. Nuestra experiencia nos indica que lo observado por Eyre está más de acuerdo a lo que se ve en nuestro medio. (Nosotros lo hemos observado en el 90 % de los casos).

Los sudores no son fríos, como los de la tuberculosis, ni tampoco se producen en forma rápida, como los de los infectados urinarios o los de los palúdicos.

Este síntoma es tan característico para los autores de la escuela italiana que Tomasselli llamó a esta enfermedad "fiebre sudoral".

Los dolores, constituyen otro síntoma cardinal ya que son casi constantes. Su aparición puede preceder a todos los síntomas clínicos.

Pueden ser observados ya en la primer onda febril; pero con mayor frecuencia, en las subsiguientes.

Se localizan en el tejido celular, los músculos, los tendones, las vainas sinoviales, en los trayectos nerviosos, en el periostio, en los huesos y en las articulaciones. Bouchut y Barbier, describen los nódulos subcutáneos del tamaño de pequeñas arvejas, no adherentes a la piel, ni a los planos profundos, a veces muy dolorosos y que son muy conocidos. Nosotros hemos tenido oportunidad de observarlos en nuestros enfermos. Phocas ha descripto pequeñas periostitis localizadas que se manifiestan como pequeños nódulos periósticos, muy dolorosos. Con la mayor frecuencia estas algias son articulares, siendo acompañadas o no, de fluji6n. Su localizaci6n m6s com6n es en las articulaciones sacro-ilíacas, las rodillas, los hombros o las vértebras lumbares. A medida que progresa el curso de la enfermedad, se toman las pequeñas articulaciones condrocostales, costoesternales, esternoclaviculares, de los dedos, etc. Es vieja creencia de los malteses que, cuando aparecen estas algias, en manos y pies, se anuncia el fin de la enfermedad. Otras veces el dolor adopta la forma de una

neuritis intercostal, celialgias, algias talonarias o plantares, o bien del tipo de hiperestésias cutáneas localizadas, etc.

Michel - Bechet recuerda que se ha designado, a la brucelosis con el nombre de "fiebre álgica". Este mismo autor agrupa los dolores en tres tipos principales, a saber:

- a) dolores articulares;
- b) neuralgias; y
- c) celulalgias.

Veamos lo que dice al respecto este autor: "a)—*Dolores articulares*: Con la mayor frecuencia, son fugaces y pasan de una a otra articulación, con excepción de las sacroilíacas, en las que asientan con una cronicidad desesperante. Son, en general, artralgias y evolucionan por brotes y, a medida que avanza la enfermedad, son más persistentes durando de 8 a 15 días, término medio. Una característica muy saliente, es que no calman con el reposo. b)—*Neuralgias o neuritis*: Son dolores vivos, irradiados a lo largo de los nervios sensitivos, sin modificación de los reflejos y son debidos, a veces, a la irritación de la raíz sensitiva, al pasar por el agujero de conjugación. c)—*Celulalgias*: Fueron descritas por Paviot y Lageze. Están constituídas por una flujióon celular que generalmente no llega a la supuraci6on. Asientan en los muslos, antebrazos, regiones sacroilíacas, etc. Aparecen, con frecuencia, durante la primera onda febril. Pueden persistir durante mucho tiempo. Estas tampoco son modificadas por el reposo".

Los dolores han caracterizado siempre a la afección que estudiamos y es así que Sacquepee recuerda que estas artralgias dieron lugar a la descripción del pseudo reumatismo mediterráneo por Lagrifoul y Roger.

Ya es conocido también el cuadro clínico de la "pseudo coxalgia mediterránea de Guillot".

La *astenia* es también casi constante y es muy variable de un enfermo a otro. Se ha intentado explicarla por el agotamiento, la anemia, la hipotensión, etc.; pero actualmente se la inter-

preta como una manifestación de ataque a los centros nerviosos subcorticales.

Puede preceder a la primera onda febril y persistir mucho más allá de los límites de la convalecencia. Sigue, en general, a las primeras ondas febriles y realmente llega a desesperar por su tenacidad. Repetimos aquí, con algunos autores, que es desproporcionada a la sintomatología que el enfermo presenta, habiéndole algunos atribuido importancia pronóstica. En otras ocasiones falta, y es así como todos hemos observado pacientes que desempeñaban sus ocupaciones en pleno período febril. El profesor de Villafañe Lastra recuerda que ha visto persistir la astenia hasta la aparición de una complicación muy alejada.

Analicemos ahora los otros síntomas menos constantes que hacen marco a los básicos que acabamos de describir.

La constipación. — Para Hughes se la observa en el 81 por ciento de los casos. Para Cantaloube está presente sólo en el 30 a 40 % y para Eyre apenas esta cifra llega al 32 %. Es rebelde, persistente, acompañada a veces, de colitis mucomembranosa. Los pacientes evacúan su intestino, cada dos, cuatro y hasta ocho o más días. Nosotros la hemos observado en el 52 % de los casos y de preferencia al comienzo de la enfermedad, para desaparecer en las últimas ondas febriles o al iniciarse la convalecencia.

La orquitis. Para algunos autores su observación es de una frecuencia del 5 al 10 %; para otros, del 30 al 40 % si se tienen en cuenta los brotes inflamatorios que hay que buscar sistemáticamente (Scialom). Esta localización está ya tan ligada a la enfermedad que estudiamos, que con justa razón se ha dicho que toda orquitis que aparece en el curso de una fiebre de larga duración, debe hacer pensar en brucelosis.

Se instala, por lo común, bruscamente coincidiendo con la iniciación de una onda febril. El dolor es vivo en los primeros días. Con mucha mayor frecuencia está tomado el testículo que el epidídimo; el escroto se encuentra tumefacto, rojo y hay, a menudo, un pequeño derrame seroso en la vaginal.

Evoluciona en ocho o diez días y a veces hasta llega a un mes o más. No es bilateral, sino en el 10 al 20 % de los casos, tomándose ambas glándulas sucesivamente. Existen recidivas y excepcionalmente llega a la supuración. La restitución es aparentemente completa. La atrofia de la glándula es muy rara; pero con cierta frecuencia, se ha descrito la frigidez consecutiva a estos brotes fluxionarios.

En la mujer se observan amenorreas de 3, 4 o más meses; dismenorreas, metrorragias y abortos. Madsen, estudiando 109 casos siguió a 8 embarazadas que había entre esos 109 casos: siete mujeres abortaron y en tres de estos casos de aborto se halló la brucela en la placenta, lo mismo que en el intestino del feto. Frei ha descrito tres casos similares.

Síntomas pulmonares. — El hallazgo de los síntomas pulmonares depende mucho del momento en que se examine al enfermo. Son frecuentes, a la iniciación, signos bronquiales preferentemente, que predominan en las bases y se acompañan de tos con expectoración mucopurulenta, poco abundante. Pueden existir focos bronquioalveolíticos de mayor o menor importancia, pero éstos son debidos generalmente, a gérmenes agregados. Según Hughes, se los observa con una frecuencia del 95 % de los casos; mientras que Eyre dice haberlos observado sólo en el 15 %. Nosotros los hemos observado pocas veces ya que los enfermos que ingresan al servicio casi nunca lo hacen al comienzo de la enfermedad.

Los autores clásicos han descrito focos neumónicos con expectoración hemoptoica. Es bien conocido el cuadro denominado "tisis del Mediterráneo". Algunos autores han descrito pleureasías serofibrinosas.

Síntomas digestivos. — Con frecuencia existe estado saburral de las vías digestivas y anorexia; pero en otros casos muy poco frecuentes el paciente, en pleno período febril, tiene el apetito conservado y aún buen apetito. Recordamos el caso de un pa-

ciente que durante la evolución de sus ondas febriles aumentó 7 kilogramos de peso.

La constipación es lo habitual; pero puede existir diarrea con meteorismo y dolores abdominales. Estos síntomas son patrimonio de las formas graves.

Se han descrito hematemesis, enterorragias y aún se han diagnosticado ulceraciones del tubo digestivo durante la evolución de esta enfermedad.

El hígado, casi constantemente, está aumentado de tamaño, especialmente en los jóvenes y en los niños y, en algunos casos, constituye el síntoma dominante y central (Formas viscerales).

El bazo es grande y doloroso. Es un bazo que conserva su forma y está aumentado en su consistencia. Es más duro que el tífico y menos que el palúdico. Este órgano, en ocasiones vuelve al tamaño normal, durante los períodos de apirexia, dando lo que antes hemos dicho que se denominaba "bazo en acordeón".

En algunas oportunidades se hipertrofia en forma desmesurada pasando de la línea umbilical, abultando el abdomen. Estos casos han dado lugar a que fuera descripta una forma esplenomegálica. Hemos examinado un joven cuyo bazo sobrepasaba mucho de la línea umbilico-espinal.

La gran hepato esplenomegalia es, en general, de pronóstico desfavorable. No obstante haber negado algunos autores importancia pronóstica a la desaparición de la esplenomegalia, nosotros opinamos que la tiene en sentido favorable, aunque no es tan fiel como la desaparición de la esplenomegalia tífica.

Síntomas cutáneos. — La piel es asiento de manifestaciones eruptivas, pero nosotros no nos ocupamos de ellas, porque serán objeto de otra clase magistral. Sólo recordamos aquí los edemas localizados. Se los observa con frecuencia después que han transcurrido algunos períodos febriles y se localizan en uno o en ambos párpados, o en las mejillas, dando lugar a la llamada "máscara bruselósica". Otras veces asientan en los dedos, etc. Nosotros hemos observado esta localización con frecuencia.

EXAMENES DE LABORATORIO

Sangre. — Se observa, en primer lugar, anemia. Esta es muy frecuente; el número de glóbulos rojos oscila entre 2 y 3,5 millones. Existe hipocromemia, con valores hemoglobínicos que oscilan entre el 50 y el 90 %.

En lo que se refiere a los glóbulos blancos están, con mucha frecuencia, disminuídos: hay una leucopenia que varía entre 3.500 a 5.000 glóbulos blancos. Calder, quien ha estudiado este aspecto del problema en casi 300 enfermos, dice haberlo comprobado sólo en un tercio de los casos por él estudiados. Nosotros lo hemos visto en el 64 % de los casos que estudiamos. La linfocitosis es también muy frecuente, siendo las cifras más comunes 35 o 45 % en los hemogramas realizados. Esta ha sido más frecuente para nosotros: 74 %. Algunos autores han descrito la eosinofilia que puede alcanzar 8 al 15 %. Nosotros no la hemos observado con frecuencia y las cifras para nosotros serían menores.

En casos agudos y en la fase terminal de algunos de estos casos, hemos visto —y esto ha sido mencionado ya—, algunas agranulocitosis, con frecuencia mortales. También hemos visto el síndrome purpúrico, pero este último con significación algo menos sombría.

La eritrosedimentación está aumentada moderadamente (Calder). Sólo se la encuentra muy acelerada cuando hay localizaciones articulares. En nuestros casos ha oscilado entre 15 y 50 para la primera hora y 30 a 90 para la segunda.

La sero-ureometría es igualmente normal. Lo mismo ocurre con la glucemia, aunque algunos autores han señalado tasas altas.

Las reacciones de Wassermann y Kahn no se modifican.

La colessterina ha sido hallada algo aumentada.

Las reacciones de los cloruros, potasio, calcio, fosfotasa, están siendo, en estos momentos objeto de estudios, por lo que nos creemos eximidos de comprometer ahora una opinión a ese respecto.

Líquido céfalo raquídeo. — Con gran frecuencia se obser-

van alteraciones del líquido céfalo raquídeo en los brucelósicos. Estas alteraciones tienden a hacerse ostensibles, a medida que la enfermedad avanza y son constantes y graves en la enfermedad aguda, especialmente en las formas encéfalo-meningíticas.

La tensión está aumentada moderadamente, lo mismo que la albúmina. Las reacciones de Pandey y Nonne Appelt son con mucha frecuencia, positivas de dos y tres cruces y a veces hasta 4; pero el índice de positividad más frecuente, es dos cruces.

La citometría arroja valores por arriba de lo normal: pueden encontrarse cifras de 5 a 8 elementos por milímetro cúbico, llegando aún hasta la disociación albúmino-citológica franca. En la fórmula siempre predominan los linfocitos.

La curva del mastic con frecuencia es de modalidad meningítica. Es muy raro encontrar brucelas en el líquido céfalo raquídeo; de ahí que de Yong haya emitido la hipótesis de que las alteraciones meningíticas, tan frecuentes en esta enfermedad, sean debidas a una exotoxina de la brucela en cuestión. Estas alteraciones del L.C.R. se hallan con mucha frecuencia, aún en los pacientes que no presentan ninguna alteración clínica del neuro eje o sus envolturas.

Las alteraciones del fondo de ojo son comunes e importantes. No nos referiremos en detalle a ellas porque son objeto de otro trabajo.

La presión arterial. — Está descendida llegando la máxima a veces a 9 centímetros de mercurio y aún a cifras menores. La diferencial y la mínima, oscilan entre los límites normales y de acuerdo con la máxima.

El pulso. — Generalmente está de acuerdo con la temperatura.

Esta forma clínica es designada por el profesor de Villafañe Lastra, como aguda a iniciación sub aguda. El autor mencionado, describe además otra forma aguda que él mismo denomina "a iniciación brusca". Esta presenta habitualmente las siguientes mo-

dalidades: 1.º) forma encefalomeningítica; 2.º) forma hemorrágica y 3.º) forma ataxoadinámica.

1.º) *Forma encefalomeningítica.* — La primera, o sea la forma encefalomeningítica, es de pronóstico grave y se caracteriza porque la sintomatología se encuentra dominada por el cuadro encefalítico. Son pacientes que tienen fiebre alta, obnubilación, no prestan atención a las preguntas o se distraen constantemente durante el interrogatorio; otras veces llegan al delirio. Existen signos meníngeos que acompañan a los anteriores; pero estos últimos no dominan el cuadro. Las alteraciones del líquido céfalo raquídeo en estos casos son evidentes, comprobándose con frecuencia la citometría aumentada en forma acentuada y aun desociación albúmino citológica. Existen escalofríos intensos, cefaleas, vómitos, lengua seca, diarrea, meteorismo, disnea, taquicardia e hipotensión.

Los siete casos de esta naturaleza estudiados en la cátedra terminaron con la muerte, dentro de plazos variables.

2.º) *Forma hemorrágica.* — La segunda forma o hemorrágica, se caracteriza como lo evidencia su nombre, por la aparición de hemorragias diversas, tales como epistaxis abundantes, a veces hasta alarmantes; gingivorragias, hemoptisis, sufusiones y equimosis. En estos casos suelen existir alteraciones profundas del cuadro hemático tales como gran anemia con hipocromenia; leucopenia, que puede llegar a cifras bajísimas; linfocitosis y plaquetopenia. El tiempo de sangría no está muy alterado y el de coagulación está prolongado.

Estas formas hemorrágicas no tienen pronóstico tan grave como la forma anteriormente descrita. En esta afirmación coincidimos con las conclusiones de la tesis de Christophe, quien entre 18 formas hemorrágicas, comprobó 10 curaciones.

3.º) *Forma ataxoadinámica.* — La tercera y última forma a iniciación brusca es la ataxoadinámica que sería la hiperpirética de Durán de Cottes.

Esta forma puede simular a una tifoidea ataxoadinámica con todo su cortejo sintomático. Con esta enfermedad, como decimos, puede ser confundida si no se estudia el paciente desde el punto de vista de la brucelosis.

Esta forma sigue en importancia a las anteriores en lo que al pronóstico se refiere. Es, en líneas generales, más benigna.

Describe nuestro maestro, Dr. de Villafañe Lastra, también una forma leve, que evoluciona con la sintomatología clásica; pero atenuada. Entra el enfermo en el estado de convalecencia después del primer ciclo febril, y sigue en este estado sin tener complicaciones ulteriores. Esta forma es predominante en los niños.

Resumiendo en un pequeño cuadro las formas clínicas estudiadas, tendremos que las formas agudas, según el profesor de Villafañe Lastra, pueden ser compiladas en la siguiente forma:

Formas agudas	{	Leves o benignas	{	a iniciación subaguda o lenta	{	F. Encefalomeníngea
		Graves		" " brusca		F. Hemorrágica
						F. Tífica o ataxoadinámica

Otros autores, refiriéndose especialmente a la forma clínica aguda a iniciación subaguda, han efectuado clasificaciones sintomáticas. Así, por ejemplo, Bechet da la que a continuación transcribimos:

Formas reumatoides	{	agudas
		subagudas
		crónicas

La forma reumatoide aguda. — Se presenta con diversos grados de agresión articular, pueden ser sólo artralgias leves y aún llegar a ser dolorosísimas, o bien la agresión puede ser en forma de artritis serosas, en general, con poca o ninguna sinto-

matología fluxionaria exterior. Evolucionan habitualmente en pocos días y excepcionalmente pueden presentarse artritis plásticas y hasta supuradas.

La forma reumatoide subaguda. — Se localiza en una o en varias articulaciones y evoluciona en semanas o aún más, en meses.

Las formas crónicas escapan al límite de esta conferencia.

Cuando la sintomatología pulmonar es la que prevalece, se han descrito formas bronquíticas, congestivas, neumónicas, bronconeumónicas, cértico-pleuríticas, pleuríticas y hasta abscesos.

Estas formas son poco frecuentes en nuestro medio.

Recordemos aquí que la brucelosis puede simular a la tuberculosis a la perfección, hasta tal punto que se han señalado formas pseudogranúlicas.

Formas complicadas. — Está, en primer lugar, la forma hepática, que es observada cada vez con mayor frecuencia en Francia y en los países de vieja brucelización. Limbaud Lisbonne y Jambon, han dicho que la brucelosis se está transformando, en Francia, en una enfermedad visceral. Jambon, en su comunicación al Congreso de la Brucelosis de Orán de 1938, señaló la importancia y gravedad de las formas hepáticas. Este autor da a conocer las siguientes formas: 1°.) Hepatitis frutras, con gran hígado blando; 2°.) Hepatitis icterígenas; 3°.) Hepatitis hidropígenas que dan lugar a edemas y aún a ascitis; 4°.) Hepatitis dolorosas; 5°.) Esplenohepatitis hemorrágica.

Forma esplenomegálica. — Se caracteriza por la gran esplenomegalia y simula un Kala Azar o un paludismo.

Formas a complicaciones óseas. — Se han comprobado osteomielitis difusas; pero la localización más importante de estas formas es la espondilítica, que será estudiada en otra conferencia.

Existen también formas de brucelosis asociadas con paludis-

mo frecuentes en Sicilia; con tuberculosis; con tifoideas; con equinococosis, etc.

Nos referiremos ahora a un aspecto interesante y es el de las formas clínicas, según la edad.

En el niño de pecho no es muy frecuente, talvez porque no se la diagnostica bien. Se presenta con un cuadro gastroenterítico con anemia, adelgazamiento, fiebre, vómitos, que lleva al niño a la atrepsia.

En el niño, puede tener una duración menor que la habitual y la evolución es más benigna. La sintomatología es similar a la del adulto, pero atenuada, y las complicaciones son menos frecuentes. Es en esta edad en la que se observa la pseudocoxalgia de Gillet y la forma esplenomegálica de Di Christino.

En el viejo predominan los síntomas de tipo osteoarticular y otras veces son los urémicos los que dominan el cuadro.

También se ha pretendido describir "formas bacteriológicas" de acuerdo al tipo de germen que causa la enfermedad.

Así, hay autores que sostienen que la infección a *Brucela abortus* de Bang, tiene una fisonomía característica, con un cuadro clínico más benigno y escasas complicaciones (Kling). Recordemos aquí, al pasar, que infección de origen bovino no es igual a infección a *brucela abortus*. Las investigaciones del centro de estudios de la brucelosis de Montpellier, revela que los dos tercios de los casos de origen bovino de brucelosis, son producidos por la *brucela melitensis* y no por la *brucela abortus*.

Nosotros hemos visto formas a evolución benigna producida por *brucela abortus* y graves producidas por el mismo germen y aún por el *suis* de Traum.

EL DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la brucelosis en todas sus formas debe hacerse con la colaboración del Laboratorio. Este nos suministra datos preciosos con los hemocultivos, el estudio de las aglutininas,

(Reacción de Huddleson), el índice opsónico citofágico, los médulo-cultivos, el hemograma, la intrademo-reacción de Burnet, el estudio del líquido céfalo raquídeo, etc.

El diagnóstico de certeza debe basarse en el hemocultivo. Este se efectúa en el medio de Kristensen, Johnson y Abel con o sin atmósfera de CO₂ según la variedad de brucela, desarrollando lentamente. Es necesario a veces esperar 20 días o más.

El *índice opsónico citofágico*, descrito por Huddleson, Johnson y Hamman tiene como base el hecho de que un individuo está infectado de brucelosis, cuando el 40 por ciento o menos de las células muestran una marcada fagocitosis (más de 40 bacterias por célula). Se considera de un resultado dudoso, cuando del 40 al 50 % de las células muestran esa marcada fagocitosis y se afirma que el individuo sometido a la prueba es inmune o curado cuando el 60 por ciento de las células se presentan en el estado ya descrito.

La aglutinación. — Se efectúa con la reacción lenta, técnica de Wright o bien con la rápida, técnica de Huddleson, que es hoy mundialmente aceptada.

Para abreviar esta parte del diagnóstico de laboratorio, repetamos algunos aforismos debidos a Harris.

1°. — Títulos de aglutinación mayores de 1/80, indican *enfermedad*.

2°. — Títulos más bajos permiten *sospechar la enfermedad*, debiendo en estos casos realizarse la intrademo reacción Burnet, el índice opsónico citofágico y los hemocultivos.

3°. — Individuos *sin aglutininas* pero con intrademo reacción de Burnet positiva y con síntomas de brucelosis, deben ser considerados enfermos si el *índice opsónico citofágico es bajo*.

- 4°. — Si la intradermo reacción de Burnet es *positiva* y el índice opsónico es *alto*, el paciente sometido a la prueba *tiene* una infección *curada*.

Recordemos aquí que, según Harris y algunos autores de la escuela mejicana la reacción de Huddleson es negativa en un 5 a 15 % de los casos. Nosotros hemos hecho comprobaciones parecidas. También debemos recalcar que los brucelósicos coaglutinan con el bacilo tífico, con el bacilo tularensè, el Proteus X 19, y el bacilo Flexner. Es común observar en la fase inicial de la enfermedad Widal positiva al antígeno somático y ciliar a títulos 1/200 y más. Este hecho ha sido frecuente en nuestros enfermos.

La intradermo reacción de Burnet se hace positiva en el curso de la segunda semana o en períodos más avanzados de la enfermedad. Debe leerse desde las *48 horas de efectuada, a los diez días*. Se debe dar gran importancia a la lectura efectuada hasta el décimo día.

Como palabras finales, recordemos con Harris que:

- 1°. — El diagnóstico de la brucelosis debe asegurarse con el hemocultivo positivo.
- 2°. — Los cultivos negativos no invalidan el diagnóstico. Hay que seguir investigando.
- 3°. — La aglutinación positiva, indica brucelosis aguda.
- 4°. — La aglutinación negativa o a bajo título, no excluye la brucelosis.
- 5°. — La intradermo reacción de Burnet positiva indica infección pasada o presente. Las reacciones violentas indican gran sensibilidad; pero no tienen más significado que las débiles.
- 6°. — Negativo o bajo índice opsónico citofágico indica susceptibilidad a la infección.

PARADIGMA DE FORMA CLINICA AGUDA A INICIACION SUBAGUDA

Lastenia de G. 22 años. — Ingresa el 20 de Agosto de 1942. Inicia su enfermedad a mediados de julio con malestar general decaimiento, astenia, sensación subjetiva de fiebre, dolores articulares cambiantes y cefaleas. A fines de Julio, estos síntomas se acentúan apareciendo escalofríos fiebre alta, cefaleas intensas, transpiraciones nocturnas copiosas, gran astenia, constipación. Hacia el día 20 de Agosto, toda esta sintomatología se atenúa, ingresando con el siguiente estado general: palidez, lengua saburral. Aparato circulatorio y respiratorio: sin novedad. Tensión arterial: 105 y 60 (Baumanómetro). Hígado y bazo: nada de particular. Dolor en sexto y séptimo apófisis dorsales. Esta enferma tuvo varias ondas febriles, cada vez de menor duración. Durante la evolución de la enfermedad presentó dolores articulares, cefaleas frontales, y de tipo hemicránico. Además sufrió de trastornos gástricos y vesiculares. La reacción de Huddleson fué positiva al 1/500. El primer hemograma arrojó el siguiente resultado: G. R. 4.200.000; G. B. 4.200; 1 eosinófilo, linfocitosis moderada. Eritrosedimentación: 20 y 51.

PARADIGMA DE FORMA CLINICA A INICIACION BRUSCA: FORMA ENCEFALITICA

Antonina M. 15 años. — Ingresa el 5 de Febrero de 1942. Comenzó su enfermedad diez días antes, con gran postración, fiebre alta, malestar, sudoración nocturna. A su ingreso la paciente presentaba el siguiente estado: enferma indiferente, adopta el decúbito en que la coloca. Sopor acentuado que se atenúa por momentos. Se queja constantemente. Tenía movimientos desordenados en las manos, brazos y piernas. El interrogatorio fué imposible. 39° C. de fiebre. Pulso: 130 por minuto. Disnea de 40 respiraciones por minuto. Párpados entreabiertos. Conjuntivas subictéricas. Palidez acentuada. Aparato respiratorio: estertores subcrepitanes en ambos campos pulmonares. Sople espiratorio de tipo tubario en el vértice derecho. Discreta tos y discreta expectoración mucosa. Aparato circulatorio: tonos cardíacos apagados. Extrasistolia. Sople sistólico en foco pulmonar. Tensión arterial: 80 y 40 (Baumanómetro). Abdomen depresible. Meteorismo acentuado. Hígado palpable a dos traveses de dedo de la arcada costal. Bazo: palpable a un través de dedo. Sistema nervioso: reflejos tendinosos: presentes, pero débiles. Sistema óseo: nada de particular. Esta enferma, durante las noches, presentó delirio acentuado y gran obnubilación. La paciente tuvo una gran onda febril, con remisiones sólo esbozadas, durando dicha onda dos meses. Reacción de Huddleson: positiva al 1/200. Eritrosedimentación: 11 y 26. Hemogramas: 1°) G. R. 2.600.000. G. B. 1.200; 2°) G. R. 2.000.000. G. B. 2.400. Fórmula de este último: 36 % de linfocitos. Este caso fué fatal.

PARADIGMA DE FORMA CLINICA AGUDA A INICIACION BRUSCA:
FORMA CLINICA HEMORRAGICA

Simón M. 37 años. — Ingresa el día 30 de Marzo de 1942. Su enfermedad comenzó veinte días antes, con sensación de fiebre, astenia, embarazo gástrico y epistaxis que, por su frecuencia y abundancia alarmaron al enfermo. A la semana de iniciado el cuadro, tuvo escalofríos diarios y sudoración nocturna, dolor en región lumbo sacra derecha; tos pertinaz, con expectoración homoptoica. Perdió varios kilogramos de peso. A su ingreso se comprobó: mal estado general, lesiones purpúricas en ambas piernas, rigidez de columna, con dolor exagerado en 4º. y 5º. apófisis lumbares. Tos con expectoración hemoptoica, y rales húmedos en ambas bases. Tonos cardíacos conservados. Tensión arterial: 105 y 70 (Baumanómetro). Hígado: sobrepasa dos traveses de dedo del reborde costal. Bazo: palpable a un través de dedo. El día 22 de Abril, presenta estado tífico acentuado. Temperaturas: 38° a 39° C. Postración intensa. Gran desnutrición. Este enfermo, después de soportar varias ondas febriles (de 25 a 40 días de duración) acusó el siguiente cuadro: gran postración y estado caquéctico, rigidez de nuca, signo de Kerning positivo. Masas musculares muy dolorosas. Reflejos tendinosos hipervivos y policinéticos. Babinsky bilateral. Gran rigidez de columna. Facies "fíjee", apareciendo signos de parquinsonismo. Falleció el día 29 de Octubre de 1942. La reacción de Huddleson fué positiva al 1/500 y al 1/2000. Hemograma: G. R. 3.120.000. G. B. 2.600. 28 % de linfocitos. Líquido céfalo raquídeo: Albúmina 0.80. Pandy: 4 cruces. Nonne-Appelt: 3 cruces. 7 elementos por milímetro cúbico. El día 16 de Marzo se le hizo otra extracción de líquido céfalo raquídeo con el siguiente resultado: Albúmina 1 gramo. Pandy, 4 cruces. Nonne appelt 3 cruces. 8 elementos por milímetro cúbico.

Tiempo de hemorragia: 3.30. De coagulación: 15.30. Eritrosedimentación: 115 - 120.

PARADIGMA DE FORMA CLINICA AGUDA A INICIACION BRUSCA:
FORMA TIFICA O ATAXOADINAMICA

Amado B. 36 años. — Comienza su enfermedad el día 6 de Mayo de 1942, con cefalea frontal intensa, alternando con hemieránea; pesadez en epigastrio; vómitos biliosos; escalofríos, seguidos de intensa sudoración; decaimiento general; tos, sin expectoración. A los veinte días de estar con fiebre se interna en el Hospital "Romagosa" de la ciudad de Deán Funes, Córdoba, en donde comprobó la existencia de diarrea y epistaxis. Abundantes estas últimas. Adormecimiento de manos y pies. En ese establecimiento se hizo el diagnóstico de fiebre tifoidea. Al ingresar en nuestro Servicio, presentaba el siguiente estado: cuadro tífico, con timpanismo. Hígado: grande y doloroso. Bazo palpable. Tensión arterial: 100 y 60 (Baumanómetro). Reacción de Huddleson positiva al 1/200. Hemograma: G. R. 4.600.000. G. B. 4.400. 51 % de linfocitos. Líquido céfalo raquídeo: 0.30 de albúmina. Pandy: una cruz. Cinco elementos por milímetro cúbico.

Este paciente, después de las primeras ondas febriles, presentó una meningioloradiculoneuritis, dorsolumbar, de la que curó perfectamente.

Como palabras finales, diremos que existen en el Archivo de la Cátedra de Clínica Epidemiológica que funciona en el Hospital Rawson de Córdoba, bajo la dirección del profesor doctor Tomás de Villafañe Lastra, las cincuenta observaciones de formas agudas que se tomaron como base para la estructuración de esta conferencia.

Sobre esa misma cantidad de casos se ha hecho el cuadro que damos a continuación.

Frecuencia de los diversos síntomas de la brucelosis aguda, encontrada en los enfermos de la Cátedra de Clínica Epidemiológica que dirige el Profesor Dr. T. de Villafañe Lastra

Número de casos agudos estudiados: 50.

Fiebre 50	100 %
Sudores 45	90 %
Dolores articulares 37	74 %
Astenia 42	84 %
Constipación 26	52 %
Diarrea 6	12 %
Epistaxis 6	12 %
Tos y expectoración 15	30 %
Cefaleas 33	66 %
Hepatomegalia 25	50 %
Esplenomegalia 31	62 %
Escalofríos 26	52 %
Dolores no articulares 34	68 %
Anemia 34	68 %
Leucopenia 32	64 %
Linfocitosis 37	74 %
L. C. R. alterado 29	58 %
Síndrome neurológico 20	40 %
Zumbidos 13	26 %
Sordera 10	20 %
Hipotensión 42	84 %

Orquitis 4	17 % (*)
Adenopatías 4	8 %
Edemas 2	4 %
Lesiones de piel 3	6 %
Hemoptisis 4	8 %
Meteorismo 3	6 %
Dolores de columna 18	36 %

(*) De los 50 enfermos, 23 eran hombres.