

Sesión científica del día 17 de marzo, de 1930.

PRESIDENCIA DR. PI SUÑER

El tratamiento de la fiebre de Malta.

POR EL PROF. ANTONIO SALVAT NAVARRO

Si compusiéramos para un epitome de Patología Médica la definición descriptiva de la fiebre maltesa, por el estilo de las que *ad pedem literae* nos hacía aprender en Valencia y en nuestros buenos tiempos el veterano profesor don Julio Magraner, la terminaríamos diciendo: "...y suele ofrecer considerable resistencia al tratamiento."

Apelando deliberadamente al verbo *soler*, para exceptuar los casos (comprendidos en su mayoría entre las formas tifoideas o hiperpiréticas de Hughes cuando se curan) que acaban resueltamente y de una vez, al declinar en lisis poco perezosa el primero y único período febril. O, en otras ocasiones mucho menos frecuentes, siendo este episodio terminal más intenso, como la agudización postrera (*exacerbatio prelytica*) de una forma ondulante y remisa que venía evolucionando desde meses antes. Casos en los cuales el médico discreto se abstendría de computar dicho término feliz como éxito del último remedio aplicado (evitando las falacias del criterio simplista y sofista del *post hoc, ergo propter hoc*); pues lo mismo les ocurre a veces sin un tratamiento especial a enfermos escépticos que no requieren médico alguno, y a los clientes de los homeópatas.

Todo esto lo hemos visto, principalmente, en la fiebre de Malta de los niños, la cual, por otra parte, plantea en muchas ocasiones problemas difíciles de diagnóstico, por lo enmascarado que está el síndrome. Pero es obvio que prevalecen mucho las realidades que justifican aquella tesis general que sentábamos al principio, y que todos los clínicos que han dirigido tratamientos antimelitocócicos confirmarían por experiencia nada agradable. Efectivamente, tanto si se recurre a la bacterioterapia como a la quimioterapia o a los planes mixtos, de la misma manera que a la sueroterapia por parte de quienes creen en ella, con demasiada frecuencia se advierte la insuficiencia de los recursos, la imperturbabilidad del curso morbosos acérrimo, el agotamiento de la paciencia y de la confianza de los enfermos, y el quebranto del prestigio profesional. Es cuando, como eufemismo de la renuncia terapéutica, se apela al *cambio de aires*; o sea de residencia y de localidad, aconsejando que ésta sea lejana, para mejor rehuir el compromiso.

Y sin embargo, para tratar activamente, no hay más que lo dicho: las vacunas, los quimioterápicos y los sueros. Vamos a ensayar la exégesis breve de esta concreta realidad, pretendiendo extraer la máxima utilidad de su enjuto contenido. Como comprenderá el lector, al cumplir tal propósito lo haremos según nuestro modo de apreciar las cosas; esto es, manifestando el juicio que hemos inducido de nuestras observaciones, y de la interpretación otorgada a los fenómenos. En esta ocasión, no hemos de propugnar ni de impugnar opiniones ajenas.

Empezando la crítica refiriéndonos a las acciones de los sueros, diremos que a veces hemos advertido efectos (o por lo menos fenómenos subsiguientes a la administración parenteral de los mismos) muy claros en sentido favorable; recordamos un caso en Valencia, pero uno sólo, en el que la inyección de 20 c. c. de suero de una cabra fuertemente inmunizada por vacunación, canceló brusca y definitivamente el curso ya largo de una fiebre maltesa del tipo ondulante ordinario. En otras varias ocasiones los alivios han sido relativos, aunque bien acusados; pero generalmente ha ocurrido que en vez de progresar grado por grado y a compás de las inyecciones hasta el radicalismo apetecido, aquella mejoría se denotaba sucesivamente con intensidad menor

hasta desvanecerse por completo. Con lo cual el enfermo quedaba lo mismo que antes, restituído al ciclo de lentitud desesperante propio de la enfermedad en sus formas comunes: en idéntica situación que aquellos otros pacientes a quienes la sueroterapia antimelitocócica no concedió siquiera dicho alivio pasajero, y que quizás constituyen más de la mitad del censo total.

Tenemos la impresión, pues, de que esta sueroterapia resulta decisiva en las contadas ocasiones de predisposición a curar, ya lograda en virtud del proceso natural; cuando es inminente la ruptura en el sentido apetecido del equilibrio entre los dinamismos mórbidos y los defensivos, y la inyección del suero la provoca. ¿Cómo? Pensamos como verosímil que sea determinando en la sazón oportuna (*ocasio praeceps*) una fuerte reacción epifiláxica más que merced a la transferencia de anticuerpos que teóricamente se consideraba como el motivo principal en los éxitos de toda sueroterapia específica. (Inmunización pasiva).

Corolario de dicha tesis sería que, después de un intento de sueroterapia compuesto de tres inyecciones cuando más, si no se obtiene resultado definitivo, se considerara inútil insistir. Por otra parte, un tratamiento crónico a base de suero choca con la intolerancia que suele aparecer; accidentes suéricos diversos, y con frecuencia crisis anafiláxicas de mayor cuantía. Grave contingencia que el médico tentaría imprudentemente, si se empeñase en hacer dicho tratamiento crónico *por períodos*, correspondientes a los propios del curso clínico de la fiebre maltesa. Para escarmiento de todos, hemos de confesar un caso mortal de anafilaxia que observamos en Sevilla, a la segunda inyección de 10 c. c. de suero antimelitocócico de marca acreditadísima, y a los tres días solamente de haber aplicado la primera.

No somos detractores de la sueroterapia en la melitococia; pero deseamos precisar las indicaciones, eludiendo aplicaciones supérfluas, y a mayor abundamiento riesgos que desgraciadamente son efectivos. La inyección más voluminosa debe ser la primera, de 30 a 50 c. c., mientras que las subsiguientes no pasarán de 20, con intervalos de tres a cinco días (máximos de siete), y generalmente sin repetir después de la tercera. Creemos que la oportunidad mejor para esta intervención, aparece en casos que ofrecen muy evidente la intoxicación melitósica (hemotoxia y neurotoxia), en virtud de las acuminaciones hiperpiréticas de la temperatura, de la anemia rápida, de las neuralgias intensas, del insomnio acentuado, y de la irritabilidad gástrica con emesis porfiada. Especialmente es recomendable la aplicación de los sueros que tengan un poder antitóxico elevado, además del bacteriolítico, tal como el que se ha esforzado en preparar el ilustre Durán de Cottes, según técnica muy escrupulosa y conforme a criterio científico muy bien concebido.

Nos abstendríamos de objetar seriamente contra un empleo mucho más generalizado de la sueroterapia; incluso contra la aplicación sistemática, si se limitase a constituir el *acto inicial* del programa terapéutico. Es lícito intentar cuanto de dicha sueroterapia pueda obtenerse. ¿Quién sabe, entre todos los casos, cuáles se hallan en aquellas óptimas condiciones que *a priori* no cabe aforar, y que otorgan al procedimiento sus brillantes aunque escasos éxitos? Ahora bien: cuando ya el suero haya dado cuanto pueda, y ello se ve antes de la tercera inyección (o sea antes del décimoquinto día), huelga continuar por una ruta inconducente, o peligrosa inclusive. Hasta en aquellas ocasiones solemnes (mirlos blancos de la clínica especial melitósica) en que una inyección, dos o tres *parece* que han acabado radicalmente con la dolencia, nosotros aconsejaríamos hacer, *por si acaso*, un tratamiento final y corroborador en el sentido de fortificar la inmunidad activa: es decir, por medio de la bacterioterapia.

Creemos sinceramente que la quimioterapia genuina contra la fiebre maltesa no existe. No hay una sustancia que sea en verdad parasitótropa y parasitocida diferencial del *Micrococcus melitensis*, cuando éste habita en el medio intraorgánico produciendo la infección, o sea que pueda funcionar como esterilizante sin perjuicio para el enfermo. No negamos, ni dudamos, que algunas veces hayan surgido modificaciones importantes, y hasta crisis terminales en casos muy contados, después de la administración por vía intravenosa de medicamentos especiales que tienen fama de antisépticos intraorgánicos, o *antisepticémicos* más propiamente; v. gr., la flavina (protoflavina, acriflavina y tripaflavina), el septacrol (nitrato doble de plata y dimetildiaminometilacridina). Las inyecciones intravenosas de emulsiones de metales coloidales (electrargol, por ejemplo), e igual-

mente las de proteínas, sin duda que también habrán producido consecuencias análogas en determinadas y raras ocasiones, computadas como de éxito resonante según criterios de simplista buena fe, o de acuciado interés particular.

Ya dijimos antes que, si por algunos términos felices hemos de juzgar la virtud de las actuaciones que precedieron, cabría asimismo proclamar las excelencias antimelitocócicas de la homeopatía, y hasta del abstencionismo absoluto. Además, la sucusión físico-química interna que en mayor o menor grado implica siempre una inyección intravenosa (traducida en caso de notoriedad expresiva por el síndrome hemoclástico) y que supone la descarga simultánea de una crisis epifiláxica, reproduce la situación ya prevista al tratar de la sueroterapia; cuando decíamos que de este modo, más que por adición de anticuerpos específicos, obrarían quizá los sueros en los casos de eficacia real o aparente.

Hemos de confesar que no contamos en nuestro haber de observaciones con alguna que abone por la virtud antimelitocócica de dichos medicamentos inyectables. Lo que vamos a indicar ahora, como el lector verá, cursa por otro camino.

Sabido es que desde muy antiguo, apenas precisada la fiebre maltesa como entidad nosográfica, se administraba el arsénico a los pacientes con la intención de corregir el síndrome anémico. La introducción de los cacodilatos y del arrenal en farmacología facilitaron dicha administración; y en forma tan prodigable, que resultaría curioso averiguar cuántos litros de las disoluciones de esas drogas fueron inyectados en este mundo a todos los melitósicos (y pseudomelitósicos) que en el mismo han sido hasta el día de hoy. Con tales precedentes, no es de extrañar que las combinaciones orgánicas del arsénico que posteriormente se han ido trayendo a la terapéutica, fuesen ensayadas como posibles remedios de la melitococia, incluyendo en la serie a los arsenobenzoles; pero al llegar, v. gr., a las inyecciones intravenosas del neosalvarsán, quizá ya no se pretendiese solamente estimular la hematogénesis, tonificar la nutrición, fomentar la reacción leucocitaria, etc., si que también actuar en sentido bactericida directo.

No hay nociones teóricas, ni positivas experiencias *in vitro*, que justifiquen en principio las virtudes de remedio específico, para este caso, de los arsenobenzoles. Los procedimientos de su acción parasitocida contra los protozoos (considerando como tales, a fuer de proflagelados, a los virus espirilares) no son transferibles a la verdadera antisepsia interna contra las bacterias patógenas. Y sin embargo, algo especial debe ocurrir muchas veces en la intimidad orgánica del enfermo melitósico que recibe la inyección intravenosa de una dosis de neosalvarsán; pues aun siendo ésta muy moderada (0'15 grs.), con frecuencia surgen fenómenos, insólitos dentro de la mera espontaneidad del cuadro clínico, que conducen a la curación aceleradamente, o a una modificación notoria.

Hacia el año 1916, en Sevilla, un ilustre colega, dotado de estimabilísimas prendas de observador concienzudo y de sólido razonador, nos comunicó datos muy importantes que en poco tiempo había recogido, estudiando las consecuencias de dichas aplicaciones de neosalvarsán; confiándonos, como resumen de todos ellos, una impresión favorable con respecto a la acción más beneficiosa (o siquiera menos insignificante) de dicha quimioterapia salvarsánica ante la fiebre de Malta, en comparación con los otros recursos preconizados. (1).

Secundando las inspiraciones de nuestro docto compañero, procedimos igualmente con nuestros enfermos; aunque, como verá el lector, siempre en combinación con la bacterioterapia. Desde luego, comprobamos en seguida que este tratamiento mixto es mucho mejor conducente al fin, que la vacunación que antes empleábamos como único recurso; pero no se crea que dicha fórmula dual signifique siempre el procedimiento seguro y breve; pues a veces fracasa, y en otras ocasiones se necesita una perseverancia que desafíe la tenacidad del curso morbozo. Ahora bien; lograr como promedio general un 50 por 100 de abreviación en el mismo, con pronta mejoría visible de los enfermos, es mucho tratándose de la fiebre maltesa.

No siendo coincidentes las inyecciones vacunales y salvarsánicas en dicho procedimiento mixto, y aplicándose las segundas espaciadamente para que pasen enteramente los efectos inmedia-

(1) Después, sólo bastante después de observaciones del aludido colega, es cuando empezamos a conocer en la bibliografía las comunicaciones firmadas por médicos nacionales y extranjeros. Reivindicamos, pues, la prioridad para quien legítimamente corresponde, lamentando no recordar ahora su nombre. Si en Sevilla se lee este artículo, estimaríamos la revelación nominal del autor a quien nos referimos, para proclamarle como es de justicia.

tos de cada una de ellas; es lo frecuente observar ciertos detalles bastante particulares. En primer lugar, parece como si los enfermos melitósicos tuvieran exaltada la susceptibilidad para el neosalvarsán, produciéndose en ellos más veces y con mayor intensidad las reacciones bruscas (v. gr., la crisis nitritoide) que en otras personas; ello invita a moderar mucho la dosis; pero aun con 0'15 gramos, según indicábamos antes, ocurren muy a menudo conmociones subjetivamente perceptibles. En segundo lugar, distintas y a parte de tales efectos de momento, suelen manifestarse reacciones ulteriores de origen más íntimo y profundo, que parecen expresar movimientos intraorgánicos de evidente importancia. Nos referimos especialmente a un acceso febril, destacando en la gráfica correspondiente a los días anteriores y posteriores al de la inyección; que se indica entre las horas sexta a décima después de aplicada ésta, denotándose por sensaciones repetidas de escalofríos e intensas cefalalgias, así como también a veces por la exacerbación de los dolores reumáticos propios del síndrome melitósico, si los hay; que evolucionan en unas quince a veinte horas, terminando sin fenómenos críticos (no lo es el sudor en la fiebre maltesa); y que, en los casos más favorables, desciende en lisis hasta por bajo de la fiebre que anteriormente había, moderándose la altura termométrica media, durante la fase subsiguiente. A veces se repite menos acentuado dicho acceso dos días después de la inyección intravenosa, como si fuera una verdadera *reacción secundaria*.

Es obvio que dicha reacción, tal como la hemos observado y descrito, no es la de Herxheimer; tampoco una crisis hemoclástica como las que se advierten tras las inyecciones intravenosas de peptona, según el método de Noëff, las de nucleinato de sosa, y de otras sustancias propensas a determinarlas. A lo único que se parece mucho, quizá hasta la identidad misma, es a las reacciones normales y ordinarias que presentan los enfermos después de las inyecciones vacunales, si las dosis son algo fuertes; salvando como es natural, en el caso de la inyección arsenical intravenosa, los fenómenos locales.

En lubricación pura, incurrirían las explicaciones de semejantes hechos. ¿Es que hay, en el fondo, una reacción epifiláxica suscitada por el salvarsán, seguida de un episodio de bacteriolisis intensa a cargo de los anticuerpos movilizados y de los fagocitos estimulados? ¿Trátase, por el contrario, de una *reactivación* del proceso melitósico, que repone en la sangre masas bacterianas de los acantonamientos histicos (bazo, médula ósea, órganos linfáticos) facilitándose entonces la destrucción de las mismas durante dicha supuesta crisis bacteriémica? Nosotros, al menos, no lo sabemos. Sólo afirmamos que hemos adquirido alguna experiencia, que resulta congruente a la tesis de nuestro antiguo compañero de Sevilla, y que nos permite decir que la salvarsánica descrita en la fiebre maltesa, es la única quimioterapia, entre las ensayadas, que nos ha concedido resultados siempre modestos, pero estimables por su mayor notoriedad y por su menor inconstancia.

Hay ocasiones en que no es aplicable el procedimiento; o bien por susceptibilidad extraordinaria del enfermo o por la existencia de nefritis. En el caso de un muchacho de catorce años, cada inyección, a la dosis de 0'15 grs., iba seguida de una crisis nitritoide violentísima, lo cual nos obligó a renunciar después de la tercera prueba. Por otra parte, la nefritis, ora preexiste a la melitococia (por recaer ésta en un brightico), ora aparece en el curso de la infección, como una organopatía de las que pueden constituirse: sobre todo, las melitococias tenacísimas, lenta e inexorablemente consuntivas, casi incurables, de las personas de cuarenta y cinco años en adelante, muestran grave tendencia a causar lesiones viscerales parenquimatosas. Son las nefritis correspondientes a este último grupo, las que hemos visto acentuarse de un modo crítico bajo la acción salvarsánica, constituyendo base de contraindicación terminante. Lo mismo suponemos que ocurriría cuando haya daño hepático, que implique disfunción importante.

Sola, o formando parte de un plan mixto, la bacterioterapia o vacunoterapia de la fiebre maltesa, fué y es para nosotros la base fundamental del tratamiento.

Las disyuntivas entre homeovacunas y heterovacunas (autovacunas o vacunas con gérmenes de colección), entre bucales y parenterales, y modernamente entre melitocócicas puras, con bacilo de Bang puro, o duales, han dado lugar a los diversos criterios correspondientes. Preferimos una vacuna polivalente en cuanto a razas, reuniendo en las emulsiones cosechas de todos los

cultivos de la colección, y que suelen comportarse de un modo cuantitativamente distinto ante las aglutininas suéricas de los diversos enfermos: trátase de una vacuna-clave de considerable amplitud, para abarcar todos los subproblemas etiológicos que presente la clínica; y también para suscitar una inmunidad de frente dilatado con anticuerpos cuyas variantes en el detalle no estorban a la congruencia en la acción. Es obvio, pues, que no consideramos necesarias las autovacunas, que por otra parte tampoco pueden obtenerse en los muchos casos en que fracasa el cultivo hemático.

Sin embargo, el punto de partida para la técnica que empleamos ahora es muy otro, pues hemos llegado a concebir como más activas las vacunas francamente mixtas, con algo más que razas (o si se quiere especies) del género *Brucella*. Fué aquél, el aprecio que hicimos de la infección intestinal casi siempre asociada a la fiebre de Malta, producido por gérmenes propatógenos de la flora intestinal; cuya actuación colaborante, no sólo se advierte en el síndrome por los rasgos a veces acusados con que el gastricismo infeccioso se presenta, sí que también en ocasiones por reacciones aglutinantes satélites del suero de los enfermos. Algunas veces, tal aglutinación distinta de la específica ha lugar sobre el bacilo de Eberth; otras, sobre los *proteus* de Weil y Félix, con mucha mayor frecuencia, sobre los bacilos del grupo paratífico.

Para mixtificar la vacuna antimelitocócica, hemos escogido el bacilo paratífico B, como patrón del grupo desde el punto de vista de la patología humana. En seguida tuvimos la impresión de que las inyecciones de la emulsión melitoparatífica producían mayor y más rápido alivio que las de vacuna melitósica pura. Y observamos, desde luego, que no surgían incompatibilidades (las famosas interferencias nosoterápicas de Letamendi), sino que se apreciaba, por el contrario, como el efecto de un sistema de dos fuerzas distintas, actuando en un mismo sentido. (1).

De todos modos, no pretendemos erigir la administración de dicha vacuna en sistema bacterioterápico; pues las colaboraciones por otros gérmenes que no sean el paratífico, suficientemente acusadas por las pruebas suerológicas correspondientes, inducirían a cambiar la bacteria asociada. Esto es, a confeccionar vacunas especiales para los casos destacados por alguna peculiaridad distintiva.

En cuanto al empleo para usos vacunales del bacilo de Bang, opinamos que puede ser éste uno de los tipos de *Brucella* que, junto con los demás que el bacteriólogo posea en su colección, vaya incluido en las emulsiones polivalentes que se confeccionen para dicho fin; muy especialmente si se trata de estirpes aisladas por cultivos hemáticos referentes a casos humanos espontáneos de esa clase de brucelosis, como los examinados por nosotros en Valencia en 1912, y recientemente por el doctor Durán de Cottes en Madrid. (2).

Finalmente, en cuanto a la vía de incorporación de las dosis vacunales, votamos taxativamente por la parenteral, como manera única de poner bajo el estímulo inmunígeno *todo el organismo, y cada una de sus partes*. Cada vez tenemos por mayor falacia la tesis de la inmunoterapia en infecciones generales, a base de vacunaciones locales y por ingestión. ¿Que pueden presentarse melitocócicos curados, que usaron exclusivamente vacunas *per os*? Sin duda: tantos como curados, que usaron exclusivamente la homeopatía. Pero en contra están los que hubo que desahuciar después de una porfiada aplicación de la bacterioterapia bucal, y de la parenteral también; o quienes, por el contrario, fueron ellos los desahuciadores de vacunas y vacunadores, inducidos por un tedioso desengaño. En cuanto a los muertos, no hablan; pero los médicos que no anestesiaron todavía los oídos de la conciencia, se dan por enterados de la elocuencia severa de su mudéz. *Plus quam vita loquax, mors taciturna docet!*

(2) En el sistema taxonómico de David Bergey (que sin sujeción al mismo no nos otorgarían beligerancia científica hoy los árbitros de las elegancias bacteriológicas en España), las especies de *Brucella* pertenecen al género *Alcaligenes*, séptimo de la tribu *Bacteriaceae*, décimacuarta de la Familia *Bacteriaceae*, cuarta del orden *Eubacteriales*. El bacilo paratífico B, está considerado dentro del género *Salmonella*, cuarto de la propia Tribu *Bacteriaceae*, en evidente proximidad. Sube de punto ésta, considerando que entre las *Salmonellas* se incluye el bacilo del aborto contagioso equino, que antes se consideraba como variedad del bacilo de Bang.

Recordando ahora, y después de esto sentado, la tesis de las analogías bioquímicas de las *microproteínas* paralelas a las semejanzas naturalísticas que rigen las clasificaciones sostenida por el maestro Dr. Rodríguez Pinilla, tiene fundamento racional la afinidad antigénica congruente entre las *Brucellas* y el paratífico B.

(3) En el extranjero, y además de las observaciones amplias de idéntico sentido recogidas por los médicos de la Conferencia Sudafricana, figuran las más recientes de Nicolle y Burnet en Francia, y de Vercellana y Garbi en Italia.

El Maestro Durán, talista antaño, llega a concebir la unidad específica del *Bacillus melitensis* (no *Micrococcus*) y el de Bang; acasó, en atributos externos, por adaptación a los portadores animales y humanos. Véase su trabajo "Un caso de fiebre ondulante por *B. abortus* debido a contaminación de laboratorio, y consideraciones de orden epidemiológico, relativas a su identidad como el *M. melitensis*". Comunicación a la Ac. Nac. de Med., Madrid, 1930.

Si hubiéramos de condensar en fórmulas escuetas el criterio que acabamos de exponer, desarrollado en las páginas precedentes, diríamos:

1.º Entre los rasgos cambiantes en la movediza fisonomía clínica de la fiebre maltesa (o de las *brucelosis*, para hablar con mayor propiedad), figura la curabilidad.

2.º Dicha curabilidad oscila desde la tendencia propicia que otorga las curaciones espontáneas, hasta los grados negativos de resistencia manifiesta a los tratamientos más cumplidos.

3.º El éxito favorable de muchos tratamientos es aparente, y disimula o cubre realidades de curación espontánea.

4.º Para los casos clínicos intensos, y para los recalcitrantes, el tratamiento que nos ha parecido menos ineficaz y también menos ambiguo ante la interpretación crítica de los resultados, es el mixto por neosalvarsán y por vacunas.

5.º La posología salvarsánica ha de ser discretísima, no pasando generalmente de los 0,30 *pro iniectione*. Hay contradicciones casuísticas, que imposibilitan apoyar esta rama del compás o bipode terapéutico.

6.º Como el tratamiento para desafiar la tenacidad patogénica que de sólo presentan las *brucelosis*, ha de ser en justa reciprocidad el de acción máxima, la bacterioterapia ha de instituirse y sostenerse *fundamentalmente* por vía parenteral. Los vacunas *per os* son útiles, como corroborantes a mayor abundamiento; y pueden, e incluso deben, ser administradas simultáneamente. Por sí solas, sin embargo, son insuficientes contra los obstáculos patológicos verdaderamente formales.

7.º Las confecciones más aptas para la bacterioterapia eficaz, son las polivalentes en cuanto a razas y a especies del género *Brucella*, incluyendo el bacilo de Bang. Huelgan las autovacunas, que además son impracticables cuando los cultivos hemáticos resultan negativos.

8.º Las colaboraciones antigénicas, bien escogidas para el fin de las acciones congruentes, aumentan la eficacia de las vacunas antimelitocócicas. Las indicaciones de las vacunas mixtas surgen mejor destacadas, cuando hay también asociación bacteriana en la génesis morbosa. La mixtificación vacunal mediante gérmenes propatógenos intestinales, purifica el síndrome, descartando los factores gastropáticos y sus consecuencias. Como medio más adecuado en general para el caso, parece revearse la combinación con el bacilo paratífico B, prototipo de las *Salmonelas antropatógenas*.

9.º Aun a pesar de los mayores y mejores recursos terapéuticos, combinados más acertadamente y ponderados con estricta sujeción a los indicantes clínicos de cada caso y de cada momento, la realidad nos supera con ejemplos inaccesibles para el arte, tal y como hoy podemos ejercerlo. En consecuencia, el tratamiento de las *brucelosis* humanas es todavía un problema en pie, en espera de solución radical.
