

numèrica, dels resultats que els seus malalts obtinguin de les cures purament climàtiques, a fi de sotmetre a un examen crític la veritable eficàcia dels diversos llocs i procediment. Aquesta crítica juntament amb els altres estudis de climatologia mèdica, constituirà la tasca preferent d'una Secció dels futurs Congressos de Metges de Llengua Catalana."

Potser l'abast d'aquesta conclusió excedeix les nostres forces d'avui; és per això que voldria veure-la traspassada als que ens seguiran en els Congressos successius, i aquest és el sentit del seu darrer paràgraf.

I en aquest punt, encara, una consideració final.

En l'exposició de fets de la meva ponència, he cercat presentar una definició de conjunt del nostre clima coster, reduïda, naturalment, a les possibilitats de les sèries d'observacions de què es disposa. Dintre d'aquest marc senzill i abocetat cada contrada, cada vila, s'hi pot situar amb les seves pròpies observacions.

Aquesta serà la feina dels anys, que són la primera matèria amb què es pasta l'Estadística. Anys, paciència i bona voluntat. Tasca, el fruit integral de la qual difícilment collirem nosaltres, però que els nostres successors ens hauran d'agrair.

Per a influir en què aquesta tasca es faci, han estat redactades les conclusions de la ponència. A les meves mans, no són més que l'expressió d'un desig; però avalades per la vostra aquiescència, millorades amb les vostres aportacions, o substituïdes, si ho creieu oportú, per unes altres conclusions més inconvenients, podran esdevenir un punt de partença per a augmentar el nostre coneixement de les terres on és parlada la llengua catalana, aquesta llengua dels rossellonesos, dels valencians, dels mallorquins i dels catalans, que tots nosaltres hem tingut la fortuna d'aprendre de petits, i que tenim l'honor i l'orgull de parlar de grans.

Vint anys de tractament de la febre de Malta. Impressió personal sobre el millor tractament a emprar

pel

Dr. RICARD MORAGAS I GRACIA

Intentaré de fer un judici crític, a manera de balanç, dels avenços assolits en el transcurs d'aquests darrers anys. Tractem avui millor aquesta malaltia? Es discutible. La coneixem millor? Indubtable; especialment en el ram de prevenció i en el mecanisme patogènic.

Però he de reconèixer llealment, que el tractament específic tipus, encara no és al nostre abast. No tenim encara el medicament, com el sèrum en la diftèria, que seguidament després de la seva administració es vegin els efectes més o menys clars. Trobem encara casos que no reaccionen en front de cap medicament, casos que resisteixen la terapèutica més ben dirigida.

Durant aquests anys passats, han anat sortint una sèrie de medicaments que de bon començament semblava que curaven, però després han caigut en el descrèdit més lamentable. Referent a això ve a la memòria la coneguda anècdota d'aquell doctor escèptic que, quan un client li preguntava sobre una nova medicació de resultats segurs i meravellosos, contestava: cuiteu a assajar-la, perquè únicament curarà durant els primers mesos; si us entreteniu gaire, ja no gaudireu d'aquest benifet.

Hem vist medicaments presentats amb caires d'honradesa científica i amb estadístiques brillants. I hem vist aires de sorpresa en els metges pràctics que els empraven davant d'un cas típic, seguit d'altres de semblants; la medicació tan enaltida en revistes, que coincidien amb rara unanimitat de criteri, a les seves mans fracassava lamentablement. Callaven perquè eren modestos pràctics, poc versats en publicar llurs observacions clíniques i temien incórrer en el menyspreu dels mestres. Però mentrestant, al repetir-se la manca d'èxit de la nova medicació, feia que sorgís un de més decidit, més rebel, que proclamava amb tota sinceritat que la famosa medicació a ell no li havia donat cap resultat en una sèrie de casos que exposava. I aleshores començaven a sortir una corrua de casos no curats amb aquell medicament el qual queia ràpidament en descrèdit, quan potser encara podia aprofitar-se quelcom d'ell en certes i determinades circumstàncies.

En aquest estudi sintètic, intentarem exposar amb tota sinceritat els mitjans, que, al nostre judici, han d'ésser emprats per a combatre amb més probabilitats d'èxit, aquesta pesada i llarga malaltia que és la febre de Malta. Es clar que en la seva aplicació hem de tenir en compte l'aspecte clínic de la malaltia, la seva major o menor gravetat i les defenses que presenti el pacient.

Serumteràpia.

Comencem per la serumteràpia. En aquests últims anys poc s'ha guanyat, més aviat sembla que s'ha perdut terreny. Del sèrum de cabra de Trambusti i Donzello ja ningú en parla vista la inutilitat del seu ús. El sèrum polivalent de Sergent, el de Duran de Cottes sembla que segueixen el mateix camí. En el meu arxiu tinc algunes històries en què l'ús del sèrum dona la impressió d'haver agrupat el cas. Vegi's una d'elles:

R. T. de 36 anys. Viu en una casa de camp de les afores de Martorell. L'assisteix el Dr. Parellada. Té un ramat de 20 cabres i un altre de 27 vaques. Bevia llet de cabra i vaca indistintament.

Començà la malaltia amb lleugers malestars i febre a les tardes durant dues setmanes, al final de les quals hagué de ficar-se al llit. Temperatures màximes de 40° i dècimes, els tres primers dies; després 38°5' i 39° baixant paulatinament i fins a restar apirètic. En total tres setmanes. Durant uns deu dies es troba completament bé.

Després torna a presentar-se el malestar general que s'accentua de dia en dia obligant-lo finalment a allitar-se amb màximes de 39'5° i 40°. Aglutinació positiva al 1/250. Hemocultiu positiu als 8 dies. Les temperatures continuen irregulars; tan aviat apirètic com a 39°.

S'injecten 60 c.c. de sèrum antimelitensis de Sergent procedent de l'Institut Pasteur de Túnis. A les 7 hores, ascensió tèrmica sobtada, de 36,4° a 40° i malestar molt pronunciat. A les 4 hores d'aquest ascens, comença a baixar la temperatura.

Als 2 dies, altra injecció de 60 c.c. Té 38'2° en el moment de la injecció arribant a 39'6° durant 3 hores.

L'endemà, altra injecció subcutània de 60 c.c. Reacció tèrmica semblant. Es donaren tres injeccions més, de 60 c.c. en dies alterns, variant les temperatures de 37'2° a 40°.

La malaltia continuà evolucionant com si tal cosa. No es presentà mai cap reacció local. Clínicament no es comprova cap efecte benèfic amb l'ús del sèrum i semblà que havia aguditzat el procés. La tòxemia es va anar accentuant i a les 6 setmanes de les injeccions va morir a Barcelona assistit darrerament pel Dr. Armangué.

Malgrat la poca utilitat dels sèrums, els Instituts serològics continuen preparant-los utilitzant el cavall o l'ase, per a facilitar així la seva administració i evitar els fenòmens anafilàctics. Procurant que siguin el més antimicrobià possible ja que l'acció antitòxica és molt dèbil puix el micrococcus melitensis té poques toxines difusibles. També s'ha preparat un sèrum obtingut de la cabra, els resultats del qual són en un tot semblants als fins ara esmentats.

Actualment el sèrum solament s'utilitza en les altes pirèxies, quan torna a venir l'ascensió tèrmica. El més freqüent és que no actui, altra vegada, ho favorablement, fent pensar, doncs, en una acció casual o en una acció protècnica no específica. Té molts inconvenients per la malaltia sèrica que s'ajunta i per tancar algunes vegades el ronyó.

En les pirèxies, nosaltres utilitzem preferentment els agents físics, balneoteràpia, llençols mullats, bufetes de gel, etc. Mai no usem cap antitèrmic, puig hem comprovat que tots només actuen momentàniament, deprimint en alt grau les resistències del malalt. Utilitzem gairebé sempre l'autohemoteràpia amb resultats variables, injectant 10 c. c. de sang total, en les anques, extreta d'una vena de la flexura del braç.

Estem ara assajant la *immunotransfusió* amb resultats molt encoratjadors. Havem d'utilitzar en preferència un convalescent i millor un immunitzat d'aquesta malaltia per haver-la ja sofert i l'estat general del qual sigui immillorable. A manca d'aquest, procedim a vacunar un donador amb dosis pregressives d'emulsions de melitensis, primer amb vacuna sensibilitzada i últimament amb vacuna sense sensibilitzar que sol donar més intenses reaccions generals. Una vegada assolida una alta immunitat a les fortes dosis, deixem reposar al donador. Quan havem d'emprar-lo, cal reforçar la seva immunitat amb una injecció prèvia de vacuna sis hores abans de fer la immunotransfusió.

Aquesta, consisteix en injectar petites o grans dosis de sang segons l'estat d'anèmia que presenti el pacient. Les quantitats variaran entre 60 a 100 c. c. en les petites transfusions, i 200 a 300 en les grans. Té l'aventatge aquest procedir que donem al malalt no solament substàncies antitòxiques i antimicrobianes per a lluitar contra la malaltia, sinó, també, el complir una indicació contra l'anèmia secundària que sofreixen tots aquests malalts per poc llarga que sigui la durada de la malaltia. Utilitzem sempre donadors universals que puguin servir per a tots els malalts, però recomanem, en els estats de gran depauperació, emprar solament donadors del mateix grup i donar dosis petites, però successives.

Vacunoteràpia.

Parlem ara de la vacunoteràpia. Es un dels mitjans en els quals tenim més fe no perduda encara en el transcurs d'aquests vint anys. Utilitzarem sempre que sigui possible l'autovacuna, puix estem convençuts que és l'única que cura bé i ràpidament. La vacuna ha d'ésser sempre sensibilitzada per evitar les fortes reaccions i actuar sempre amb més garantia d'èxit. Cas de no tenir encara aïllada l'autovacuna, podem començar per una vacuna polivalent també sensibilitzada i procedent, a ésser possible, de la mateixa contrada i amb el gèrmen que hagi donat una més alta aglutinació.

La vacunoteràpia hem d'usar-la preferentment en les fases d'apirèxia o bé en les formes de mitjana temperatura. En les hiperpi-rèxies ens abstindrem d'ella utilitzada per via subcutània o intravenosa. En aquestes formes recomanem emprar la vacunoteràpia solament per via intradèrmica dipositant una gota dintre el dermis

i estudiant la major o menor alèrgia que presenti el pacient: man-tes vegades hem comprovat que aquestes petites dosis orienten al malalt envers la immunització, sense els inconvenients d'augmentar la toxèmia ja que la petita quantitat utilitzada és insuficient per a produir-la.

En termes generals és convenient que abans de començar el tractament vacunoteràpic es facin una sèrie d'intradermos amb vacuna sensibilitzada a fi de tantejar la major o menor receptibilitat del pacient envers la vacunoteràpia i poder fixar la millor dosi que hem d'emprar. Nosaltres utilitzem dosis progressivament creixents començant per 5 milions, repetides cada 4, 5 ó 6 dies i una vegada desapareguts els fenòmens de reacció local en el punt de la injecció, com és principalment el dolor a la pressió. L'esquema de dosis és el següent: 5, 10, 15, 25, 50 i 75 milions en la primera sèrie d'injeccions subcutànies; en la segona sèrie 100, 200, 300, 400, 500 i 600 milions; rara vegada hem de fer una tercera sèrie amb dosis més elevades.

La via digestiva ha estat també utilitzada per a arribar a la immunització emprant les vacunes biliades (Domingo). Jo tinc la impressió que per aquesta via no s'arriba als resultats tant decisius com per la subcutània. Entre altres casos recordo el d'una família d'un metge en què existien dos malalts de febre Mediterrània, contreta segurament sota el mateix mecanisme, on vaig utilitzar els dos procediments, un per cada malalt. La curació va ésser molt més ràpida i decisiva en el malalt al qual se l'injectà l'autovacuna per via subcutània. No nego que la via digestiva pugui tenir certa utilitat en els pacients refractaris a la via subcutània per les reaccions excepcionalment fortes que en rars casos pot produir; aleshores, és un bon mitjà per a intentar-la, molt més quan no sol donar cap reacció tèrmica enutjosa.

Hem utilitzat l'antivírus *per os* i per injecció subcutània sense resultats demostratius.

Com a detall interessant hem d'esmentar que algunes vegades a continuació d'una injecció de vacuna o d'una substància química, es produeix en el lloc de la injecció una petita collecció purulent, que desenrotlla una acció favorable en el curs de la malaltia. Obra com un abscess de fixació. En un cas la sembra d'aquest pus, no revelà la presència de cap de les bacteries ordinàries de la supuració;

únicament hi trobarem colònies pures de *micrococcus melitensis*. El pus es va reabsorbir lentament i el malalt a partir d'aleshores va anar francament vers la curació.

Quimioteràpia.

Acompanyant al tractament vacunoteràpic hem de fer sempre un intent de tractament quimioteràpic. Tinc la impressió ben clara que ajuda en gran manera a assolir la immunitat. Aquest tractament ha d'ésser sempre a base d'arsènic. Nosaltres utilitzem pràferentment l'arsènic mineral. Un centígram d'arseniat de sosa diari, en injecció hipodèrmica, fins arribar a produir intolerància en les vies digestives que es revela per lleugers còlics intestinals i diàrrea. Aquest tractament combat uns dels símptomes més enutjosos d'aquesta malaltia, com és la constipació. En front de la intolerància es suspendrà la medicació alguns dies per a reprendre-la tan aviat com es pugui. Ajuda també a sostenir les forces del pacient com a tònic general. També pot emprar-se amb resultats encoratjadors l'arsènic orgànic, especialment el neosalvarsan, que Partearroyo considera de positiva utilitat. El sulfarsenol, el treparsol, l'estovarsol, l'eparseno, l'espirocid i altres derivats d'arsènic han demostrat mantes vegades ésser uns bons coadjuvants. Respecte als derivats de les sals d'acridina, com la trypaflavina, el septacrol, gonacrina, etc., no he vist els resultats prou clars, per a recomanar-los amb entusiasme.

Règime.

Un altre punt molt important per al tractament d'aquesta malaltia és el règim que ha de seguir el pacient. Cal no sotmetre'l mai a *dieta famis* per altes temperatures que tingui. No abandonar mai l'alimentació sòlida; cal que el malalt mastegui tots els dies, carn, peix, aliments vegetals, especialment fruites, per evitar la saburra gàstrica que acompanya a la temperatura. En cas d'inapetència absoluta poden llançar-se els aliments mastegats i aprofitar tot el que es pugui els sucus que ells han donat. Sempre hem comprovat que un malalt ben alimentat, utilitzant especialment les hores de descens tèrmic, és un malalt amb moltes probabilitats de resistir notablement la infecció i arribar a una convalescència ràpida. Tots

els aliments poden permetre's, seguint la iniciativa i gustos del malalt. La qüestió primordial és no deixar que el tub digestiu quedi inactiu per manca d'aliments. Aleshores és quan ve la inapetència, especialment per la supressió del reflex masticatori que afavoreix l'apetit. Són preferibles els aliments rics en vitamines i àdhuc donar-los amb gotes, mitjançant els preparats que han sofert la irradiació, com l'ergosterol, vigantol, esterosol i esterocal, etc.

Es també molt convenient lluitar contra la tendència d'allitar per llarc temps aquests malalts. Al començament de la malaltia, mentre els símptomes d'intoxicació general no siguin molt intensos, malgrat la temperatura, han de llevar-se els pacients, encara que només sigui una o dues hores. Això pot permetre l'establiment d'una febre de tipus ambulatori, evita la desgana i impideix el desenrotllament d'una toxèmia intensa. Fora de les fases hiperpirètiques, hem de fer aixecar sempre els pacients, encara que només sigui portant-los amb un silló a una altra habitació i si el temps ho permet, àdhuc sortir a l'aire pur, a ple sol. Això dóna cert optimisme i eufòria als malalts, tonifica llur sistema nerviós deprimat i proporciona l'esperança ferma d'una pròxima curació, factors d'ordre moral que no hem d'abandonar, encara que es tracti d'una malaltia infecciosa.

Aquests són els principals punts que, sobre el tractament d'aquesta malaltia, poden cabre dintre l'extensió limitada d'una senzilla comunicació.

* * *

Després de la lectura comenta les conclusions que es deriven del treball assenyalat la poca utilitat dels sèrums que al seu entendre no tenen altra virtualitat que la que es deriva de l'acció proteino-teràpica en les altes pirèxies observant-se en les primeres injeccions petites remissions curtes.

Es mostra partidari d'abstenir-se de la medicació antitèrnica en les hiperpirèxies que diu cal combatre per mitjà de la terapèutica física. Manifesta que els assaigs que té fets d'immunitransfusió li han donat resultats encoratjadors emprant donadors universals havent practivat les primeres injeccions subcutànies i les últimes intravenoses. Respecte a la vacunoteràpia es mostra partidari decidit de l'ús de les autovacunes que diu curen bé i ràpidament. Cal però que siguin sensibilitzades.

El Dr. Pere Domingo diu que el tractament de la melitococia és una preocupació dels metges de les costes de la Mediterrània. Es pregunta quin és el mecanisme per al qual s'arriba a la cura. Dissenteix del Dr. Moragas respecte al que pot donar de si la immunoteràpia per mitjà de les vacunes i segons sigui la via d'introducció d'aquestes, decantant-se per la via gàstrica perquè creu que així es trastorna el menys possible els malalts. Indica la conveniència d'emprar altres estímuls no específics (preparats arsenicals). Remarca la importància de la medicació simptomàtica i assenyala com a molt convenient l'ús de l'adrenalina. I, finalment, fa observar l'interès que té l'elecció d'un bon règim diatètic.

El Dr. Moragas contesta al Dr. Domingo agraint la seva intervenció i manifestar la conformitat a les últimes consideracions exposades per l'expressat Doctor.