

Apuntes sobre la Fiebre de Malta en Lima

(Epidemiología—Formas clínicas—
Diagnóstico—Tratamiento)

POR EL DR. RAUL REBAGLIATI

*De la Academia Nacional de Medicina, catedrático de Bacteriología de la
Facultad de Medicina.*

EN los últimos años, algunos investigadores nacionales han puesto de manifiesto la existencia de la Fiebre de Malta en ciertas localidades del Perú.

En 1910, BARTON fué el primero en describir, en Lima, un caso de esta infección, comprobado bacteriológicamente. VÉLEZ LÓPEZ, en 1913, señaló la presencia de algunos enfermos en Trujillo. Después, no sé que se haya publicado nada sobre el asunto.

Durante los últimos ocho años, he podido observar un buen número de enfermos atacados de la infección mediterránea; la mayor parte, en sujetos que la han contraído en Lima; otros que han venido enfermos de otros lugares de la República, puntos que hasta hoy no han sido señalados como focos: *Tumbes, Piura, Chiclayo, Ica*.

En todos los casos que he observado, he comprobado, mediante hemocultivos, la presencia del melitococo descrito por BRUCE en 1887.

En la presente nota trataré de precisar algunos conceptos sobre esta infección, especialmente en lo que se refiere a ciertas modalidades clínicas que adopta en Lima, y daré algunos datos para su diagnóstico y tratamiento.

Ante todo, la denominación de Fiebre de Malta es impropia. Estudiada la enfermedad primero por BRUCE, en individuos de las tropas coloniales inglesas de la isla mediterránea, ha sido señalada después en varios países de los dos continentes; este carácter de universalidad impide emplear la denominación primitiva. El nombre de *Melitococia*, derivado del de su agente patógeno, el *melitococo* (*micrococcus melitensis*), debe servir en adelante para designar la enfermedad, como ha sido ya propuesto.

Es interesante estudiar en nuestro país la epidemiología de la melitococia. En algunas partes, especialmente en la isla de Malta, el papel que desempeñan las cabras en la transmisión de la enfermedad está fuera de toda duda. Estos animales constituyen verdaderos reservorios del virus, pues contraen la infección con gran frecuencia y eliminan melitococos virulentos con sus secreciones y excreciones, especialmente en la leche; hay aún animales en aparente estado de salud que son portadores y diseminadores de gérmenes. En el Perú esta causa etiológica no debe tener mucha importancia, si se piensa en el gran número de localidades en que se consume leche de cabra, lo que no acuerda con la relativa escasa proporción de enfermos de melitococia. Verdad es que hasta ahora no se ha investigado nada al respecto, ni mucho menos se ha tratado de determinar qué lugares del Perú están o no afectos a la infección maltense.

De más de cuarenta casos que he observado, sólo en dos he podido determinar de una manera segura este factoretológico; uno de ellos el caso de nuestro compañero el doctor MONGE, en quien se inició la enfermedad quince días después de haber consumido una cantidad apreciable de queso de cabra, hecho que tiene casi el valor de una experiencia. Pero al lado de estos casos, hay otros en que este factor no puede ser invocado, por tratarse de personas que jamás han consumido leche de cabra ni sus derivados.

Existiendo el melitococo virulento en las secreciones y excreciones de los atacados, es fácil explicarse la diseminación del virus, ya por medio de insectos, especialmente las moscas que tan abundantes son en nuestras ciudades, ya por inoculación o contacto.

Es difícil establecer, entre nosotros, el período de incubación de la melitococia, que los autores hacen variar de 8 a

21 días. No he podido recoger de los enfermos datos seguros a este respecto. En el caso de MONGE que, como he dicho, tiene el valor de una infección experimental, fué de 15 días.

La evolución de la enfermedad adquiere en Lima los aspectos más variados.

La iniciación es generalmente insidiosa; es el estado prodrómico que presentan varias pirexias, en particular la fiebre tifoidea, caracterizado por malestar, cefalalgia, insomnio, anorexia, sensación nauseosa. La enfermedad continúa con un escalofrío seguido de fiebre alta y sudores más o menos abundantes.

Otras veces, el comienzo es brusco y un fuerte escalofrío marca el comienzo de la infección, con temperatura elevada y sudor profuso.

En un caso, la enfermedad se inició con un dolor intercostal intenso que persistió durante una semana sin elevación de temperatura y continuó después de la instalación de la fiebre. En otro, fué una orquitis unilateral, con temperatura moderada, el fenómeno que abrió la escena; debiendo advertir que la orquitis es aceptada por los autores sólo como complicación ocasional (MANSON).

El curso de la melitococia es, igualmente, muy variable.

He observado en la mayoría de los casos el *tipo ondulante* [febris undulans, de HUGHES], caracterizado por grupos de siete, diez o más días en que la temperatura se eleva gradualmente para decrecer también poco a poco, siempre con remisiones matinales, acompañada cada detervescencia de sudores más o menos abundantes. Son períodos febriles interrumpidos por otros de cuatro o seis días de apirexia. Estas *ondulaciones* no tienen duración fija; las he visto sobre todo prolongarse a períodos de quince, veinte y más días.

Durante las ondulaciones se observa otros fenómenos, siendo los más frecuentes las neuralgias de localización articular o muscular, a veces de gran intensidad y que persisten en ocasiones hasta en los períodos de apirexia.

Los *sudores*, que han sido descritos como patognomónicos, no son constantes. En dos casos, los he visto faltar totalmente. El *infarto del bazo*, que está descrito como alteración constante, falta también en muchos casos.

La *náusea* es un fenómeno que no ha merecido la suficiente atención. Es un síntoma casi constante, a veces muy penoso y que puede comprometer la nutrición de los enfermos cuando hay vómito persistente; sigue exactamente el curso de las ondulaciones, desapareciendo en la apirexia.

Las *algias* constituyen otro síntoma de gran importancia. Son dolores reumatoides, provocados por neuritis de naturaleza tóxica, cuyo carácter errático es señalado como característico y que yo he observado muchas veces fijo en una articulación o un grupo muscular. Según mis observaciones, es el hombro la región más generalmente atacada. En un caso, una ciática se instaló casi desde el comienzo de la enfermedad y persistió aún en los períodos de apirexia.

Otro tipo febril es el *continuo*, en el que la fiebre persiste durante uno o más meses, con o sin los síntomas que presenta el tipo ondulante. También en esta forma, se observa remisiones matinales, pero faltan los períodos de apirexia.

No se puede determinar para la melitococia una *duración* ni siquiera aproximada. En el tipo ondulante de la enfermedad es raro que, sin emplear un tratamiento específico, esta se detenga en la primera ondulación; lo más corriente es que se produzcan una o más recidivas, lo que prolonga la duración total a tres, cuatro, seis meses o más. No es raro el caso en que la duración se prolonga a más de un año. Pero lo que sí es excepcional es la *infección fruste* o frustrada, a la que corresponde el caso consignado en la historia V.

Puede sospecharse una melitococia por los datos recogidos al examen clínico, fundándose especialmente en la marcha de la temperatura, en la abundancia de la transpiración, en las astralgias y mialgias que casi siempre acompañan la alteración térmica. Se debe despistar esta infección en todo proceso febril de larga duración, en que no se haya podido comprobar su naturaleza tífica o malárica. Pero el diagnóstico debe basarse en los datos de laboratorio. Como regla general para todo proceso febril que dure más de tres días y cuya causa no sea aparente, debe procederse al cultivo de la sangre, siempre que se observe una temperatura que se acerque a 39°, y al examen de unas láminas. Estas podrán demostrar la presencia de hematozoos maláricos y dar datos acerca de la reacción leucocitaria; el hemocultivo servirá para reconocer las infecciones tífica, paratífica y melitocócica,

principalmente. Por más que sea conocido el empleo de estos procedimientos, es lo cierto que entre nosotros, especialmente en la práctica civil, se descuidan con frecuencia.

El cultivo de la sangre melitocócica tarda en producirse de cuatro a diez días; la mayor parte de los hemocultivos que he practicado se han mostrado positivos del quinto al séptimo día. En este punto, quiero llamar la atención hacia una causa de error que no siempre ha sido tenida en cuenta en el diagnóstico bacteriológico de la melitococia. Un hemocultivo abandonado en la estufa durante algunos días sufre, entre otras modificaciones, la fragmentación de los glóbulos rojos; fragmentación que llega a veces a la formación de granulaciones muy finas que en ocasiones se disponen en pequeños grupos, muy semejantes a los que forman los melitococos y cuya naturaleza se puede comprobar fácilmente. El observador que se contente con el examen del cultivo, en gota colgante, puede, pues, caer en falta.

El examen de las láminas es muy importante. Una fuerte reacción leucocitaria, con aumento de los elementos polinucleares puede servir para descartar, casi en absoluto, las infecciones tíficas, melitocócica y malárica, pues sabido es que en estas infecciones hay leucopenia y que la reacción de las células blancas es sobre todo de parte de los mononucleares, excepto en la malaria perniciosa en que se observa polinucleosis. He podido comprobar estas observaciones en lo que se refiere a la melitococia, aunque no con carácter absoluto, pues no son raros los casos en que he hallado los polinucleares en aumento. Creo que el estado intestinal no es extraño a esta polinucleosis que, me parece, está ligada a la constipación que se observa en algunos enfermos.

Hasta hace poco tiempo, el tratamiento de la melitococia se reducía al de orden higiénico y sintomático, esperando, pacientemente, la terminación natural de la enfermedad. Y con esta práctica era frecuente observar infecciones maltenses de duración verdaderamente desesperante. En los casos que he tratado últimamente, he empleado un tratamiento específico, con resultados muy halagadores (historias III, IV, VI y VII).

Dos son las preparaciones de que me he servido: el suero antimelitocócico y la autovacuna.

He tratado cinco enfermos con el suero específico: en tres

de ellos no obtuve ningún resultado favorable, los mismos en que el suero me ha parecido no producir ninguna reacción; en un tercero, la inyección fué seguida de fuerte reacción térmica, pero el proceso continuó a pesar de haber repetido por dos veces el tratamiento; en los otros dos (historias III y IV), el suero específico produjo una gran reacción a la que siguió un período de apirexia con cesación de los demás síntomas, iniciándose la curación, que fué definitiva. En ambos casos ha bastado una sola inyección de 20 cc., efectuada al iniciarse el período de apirexia.

Los casos señalados en las historias VI y VII han sido tratados con autovacunas preparadas según el método de Wright, comenzando el tratamiento al iniciarse el período de apirexia y continuando cada tres días con dosis crecientes de vacuna. La fase negativa se ha manifestado a cada inyección por una elevación de temperatura de cerca de un grado y, en el segundo, además, por la exacerbación, después de la primera inyección, del dolor articular que sufría el enfermo.

Aunque el número de casos tratados por este último procedimiento es muy reducido para deducir conclusiones serias, no he querido dejar de consignar estos hechos que me complacería ver reproducidos en casos semejantes.

Como la práctica del método, deducido de las nociones adquiridas sobre inmunidad general, no son del dominio de todos los prácticos, pues en más de una ocasión he visto, en casos de infecciones distintas de la melitocócica, cometer serias faltas de concepto, me voy a permitir apuntar las reglas que para el empleo de la vacuna antimelitocócica deben ser observadas: el tratamiento debe ser comenzado a la terminación de un período febril; como la inyección es seguida de una fase negativa, durante la cual el proceso de la inmunidad sufre un retroceso, no debe introducirse en el organismo nueva dosis de vacuna hasta que ésta haya desaparecido, lo que no se consigue antes del tercer día.

Dé lo que llevamos dicho, puede deducirse:

1°—La titulada Fiebre de Malta debe ser denominada *Melitococia*.

2°—En la provincia de Tumbes y en los departamentos de *Piura, Lambayeque, Libertad, Lima é Ica*, hay focos de melitococia.

3°—La infección es probablemente propagada por las moscas. El virus puede también ser transmitido en la leche de cabra.

4°—En la única observación de valor para determinar la *incubación*, ésta ha sido de 15 días.

5°—El *comienzo* de la infección puede ser insidioso o violento, y, en este caso, iniciarse con un fuerte escalofrío, una neuralgia, una angina o una orquitis.

6°—El tipo febril puede ser *ondulante* o *continuo*.

7°—Las algias, los sudores y el infarto del bazo, con ser síntomas muy frecuentes, no son constantes.

8°—La *náusea* es un fenómeno casi constante en la melitococia.

9°—Hay una forma *fruste*, que evoluciona en pocos días.

10°—La *duración* total de la melitococia es muy variable: desde algunos días hasta más de un año.

11°—El diagnóstico de la melitococia debe fundarse en el resultado de los exámenes de la sangre, especialmente el cultivo. El observador debe cerciorarse de la naturaleza melitocócica del cultivo y no dar importancia a los grupos que pueden formar los corpúsculos de desintegración hemática.

12°—El tratamiento por el suero antimelitocócico es de resultado inconstante, pero debe ser ensayado, a falta de otro medio, inyectándolo en período de apirexia.

13°—En los dos casos tratados con autovacunas, éstas se han mostrado positivamente eficaces.

14°—Este último procedimiento debe ser estudiado detenidamente, en vista de los buenos resultados obtenidos, observando las indicaciones que dejo señaladas en estos apuntes.

ALGUNAS HISTORIAS CLÍNICAS.

I

Noviembre, 1914.—S. G., 15 años de edad. Su infancia transcurrió sin enfermedad digna de ser anotada. La madre sufrió últimamente una larga enfermedad febril de naturaleza indeterminada.

La enfermedad comenzó con malestar, anorexia, escalofrío poco intenso y una elevación de temperatura que se mantuvo tres días en 39° por las tardes, con remisiones matinales a 38 . Ha continuado después con temperaturas entre 37° y 38° , desapareciendo la fiebre, durante pocos días, para seguir con estados subfebriles. El enfermo se queja de un dolor intenso del miembro inferior derecho, que tiene los caracteres de una ciática, la que se instaló seis u ocho días después del comienzo de su enfermedad y que no le ha abandonado un solo momento, aún en los días de apirexia.

Llamado para atender a este joven a los tres meses de la iniciación de su dolencia, no descubro en él sino enflaquecimiento, debilidad general, anemia ligera, estado subfebril ($36^{\circ}8-37^{\circ}5$), hipertrofia moderada del bazo, ciática intensa. El examen de la sangre fué negativo para el paludismo. El cultivo descubrió, al 8° día, el melitococo de BRUCE. Orina normal.

Empleando en este enfermo un régimen tónico y el cambio de clima, el cuadro fué modificándose gradualmente, en particular la ciática que no llegó a desaparecer, sin embargo, sino muchos días después de la cesación del estado febril.

II

1916—L. M., 40 años; sin pasado patológico que pueda relacionarse con su estado actual. Estado subfebril ($37^{\circ}-38^{\circ}$), de tipo continuo, con sudores poco abundantes que se presentaban a horas indiferentes.

Examinó a este enfermo en el tercer mes de su proceso febril. No se registra nada al examen de sus órganos. El examen de la sangre es el siguiente: no hay hematozoos, hiperleucocitosis ligera, con predominio de elementos polinucleares, urea- $0,28\%$, hemocultivo: desarrollo al 6° día del melitensis, Orina normal. Ordeno un tratamiento tónico y cambio de clima. Al cabo de un mes, el enfermo no presenta ya alteración en su salud.

III

1918—E. R., 24 años. Constitución fuerte. Siempre fué sano. La enfermedad comienza bruscamente con un escalofrío

frío intenso, seguido de fiebre alta (40°) y terminando el ataque con sudor adundante. Atiendo al enfermo en este momento; preparo unas láminas de sangre para investigar hematozoos, siu resultado. Al día siguiente, la temperatura es en la mañana, de 38° y en la tarde de 39°5; el enfermo no presenta nada más de anormal, salvo la agitación y la disnea consiguientes a su estado febril; nada se obtiene del examen de sus órganos. Al otro día, el estado es el mismo del anterior; hago un hemocultivo. En los días siguientes, el cuadro tiende a mejorar; la temperatura es menor tanto en la mañana como en la tarde. Orina normal. El cultivo permite diagnosticar melitococia al octavo día de enfermedad, cuando las temperaturas son relativamente bajas: 37°5 en la mañana, 38°2 en la tarde. Una inyección de suero antimelitocócico de Parke Davis produce una fuerte reacción: elevación de la temperatura a 40°6, taquicardia, náusea, agitación, disnea; un sudor abundante marca la defervescencia de la reacción y al día siguiente el enfermo está tranquilo, subfebril y con gran apetito. A los cuatro días se inicia la convalecencia. Después he seguido muy de cerca a este caballero que no volvió a presentar trastorno alguno imputable á la infección maltense.

IV

1919—O. C., 37 años. Trabaja desde hace algunos años en Caudivilla, donde adquirió un paludismo del que yo le atendí en Lima, recomendándole después un régimen antipalúdico que pudo seguir estrictamente. Muchos meses después y a pesar de continuar observando su régimen, comienza a sentir los pródromos de su enfermedad actual, que él atribuye a la malaria, e intensifica el tratamiento y como los fenómenos que en él observa son semejantes a los que presentara en ocasión anterior, se trata abundantemente con quinina de la que llega a ingerir 3 gramos diarios. Después de unos días, comienza a mejorar y la fiebre llega a desaparecer para volver a presentarse y seguir en aumento. Entonces se traslada a Lima y solicita mis servicios. El examen revela lo siguiente: Temperatura 39°5, toquicardia, disnea, náusea y vómitos persistentes, cefalalgia intensa, dolor precordial; no hay aumento de volumen del bazo, el hígado es-

tá ligeramente hipertrofiado; nada en sus demás órganos. Hago inmediatamente un examen de sangre, que no permite descubrir hematozoos y un hemocultivo; manteniendo al enfermo en observación. El tipo de la temperatura es remitente. La orina acusa trazas de albuminas sin elementos renales. Urea de la sangre-0.32 o/100. El resultado del cultivo, que tardó en producirse cinco días y que demuestra la presencia del melitococo, coincide con la defervescencia, circunstancia que aprovecho para inyectar suero antimelitocócico, con un resultado semejante al de la historia anterior, solo que la reacción provocada por el suero fué más intensa, con hipertermia más prolongada. La recidiva no se produjo. Interrogado el enfermo sobre consumo de leche y queso de cabra, contestó afirmativamente.

V

El señor S. vino de Piura en mayo de 1919. A los pocos días de su llegada a Lima, fué acometido de un ataque febril. Fué atendido por el doctor Monge, quien ordenó un análisis de la sangre, que yo practiqué. Hice un hemocultivo y preparé unas láminas, en las que no se encontró hematozoos. Al día siguiente, apareció una placa de exudado en una amígdala, a cuyo examen no se descubrió ningún germen específico. El estado febril desapareció al cuarto día, así como el exudado amigdaliano. En el cultivo se desarrolló, algunos días después, el melitococo. El enfermo no volvió a presentar alteración.

VI

Enero, 1921.—G. P., 43 años, obstetriz. No hay antecedentes patológicos de importancia. Su enfermedad actual data de los primeros días de noviembre de 1920, comenzando por un estado febril moderado, con cefalalgia, anorexia, náusea; estado que se mantiene algunos días y se convierte, después de un intenso escalofrío, en una fiebre continua de 39°-40° con remisiones matinales de 38°-38°5 y sudores nocturnos abundantes, a la vez que se instala un dolor en el grupo muscular tibial posterior derecho; estado nauseoso permanente. Tratamiento antipalúdico. Después de tres semanas en esta condición, la temperatura comienza a decrecer y ocho días después la enferma está apirética. Los otros

síntomas han ido disminuyendo en intensidad hasta desaparecer del todo. Así transcurren cuatro días, al cabo de los cuales comienza un nuevo ciclo, en todo semejante al anterior.

En enero de 1921 soy solicitado, una noche, para atender a esta enferma. Se encuentra en su tercer ciclo febril, con temperatura de 39°5, gran postración, náusea y vómito, dolor espontáneo en el tríceps braquial derecho y en la articulación del hombro del mismo lado, sudor profuso, opresión y un estado de nerviosidad verdaderamente dramático. Sospechando una infección melitocócica, hago un examen de la sangre. No hay hematozoos. Urea-0.36%100. Leucopenia con mononucleosis. En el cultivo desarrolla, al cuarto día, el melitococo. Orina normal. Mediante una medicación sintomática la enferma mejora y llega a la apirexia. Aprovecho este estado para iniciar un tratamiento auto-vacunoterápico, que continuó cada tres días, a dosis crecientes. Después

de cada inyección se advierte ligera reacción térmica. Al cabo de dos semanas, la enferma no ha vuelto a tener alteración y sale al campo a convalecer. Después, ha permanecido en buen estado de salud.

VII

Diciembre, 1920. R. G.—V. de V., 14 años. Después de un período prodrómico subfebril, con anorexia, náusea y cefalalgia, se inicia un estado febril tifoide, con dolor en la articulación del hombro izquierdo, sudores no abundantes, lengua seca. Análisis de sangre: no hay hematozoos; reacciones de aglutinación al b. tífico y b. paratíficos, negativas; leucopenia con mononucleosis; hemocultivo: desarrollo, al séptimo día, del melitococo. Orina: trazas de albumina, sin elementos renales. Al cabo de tres semanas, los síntomas que, incluso la temperatura, van disminuyendo en intensidad, han desaparecido, excepto el dolor en el hombro, que continúa en forma mortificante. Aprovecho el período de apirexia para iniciar el tratamiento con autovacuna, que continuó cada tres días, observando ligera reacción térmica a cada inyección; la primera fué seguida de exacerbación de la artralgia. Después de la segunda, el dolor disminuye, y desaparece después de la tercera; luego, la enferma se resiste a la continuación del tratamiento, el que ha sido suficiente, pues no ha vuelto a presentar alteración.