

## SOBRE LA FIEBRE DE MALTA

En la policlínica de niños del Hospital San Carlos de Madrid, América; ha faltado para descubrir el Profesor Suñer nos acaba de presentar un caso de Fiebre de Malta, que fue tomado en otro lugar como un caso de paludismo. Se trata de un niño de diez años de edad, quien desde hace tres años, con intervalos de dos a tres días, padece de reacciones febriles espaciadas cada dos días, que fe duran de doce a diez y seis días. Después de los exámenes clínicos y de laboratorio, se ha concluido, que el padecimiento del niño no es un paludismo. sino una forma franca de fiebre de malta

Dejemos a un lado esta observación- y hagamos algunas consideraciones acerca de esta afección muy frecuente en España, y la que, cada día, a medida que se profundiza el estudio, se encuentra mayor escala por las de mas parte del mundo. Hugo hago hincapié sobre esta enfermedad por lo corriente que suelo confundirte con ciertas afecciones como el paludismo y la gripe, y cuyo diagnóstico sólo lo dan las pruebas del laboratorio. En Centro América; hasta la fecha no se ha Descrito ningún caso de fiebre de Malta, existiendo en Cuba, Puerto Rico y Venezuela, donde se han estudiado algunos casos, in-

dudablemente existo en Centro América; ha faltado para descubrir una investigación minuciosa de laboratorio. ¿Cuántos casos diagnosticados por paludismo, rebeldes a la quinina, negativos a la búsqueda del hematozoario, han sido casos de fiebre de Malta que han pasado inadvertidos? Es en ese sentido que quiero inclinarse a mis compañeros, sobre todo a los que se dedican al laboratorio, para que investiguen el micrococcus melitensis y el bacillus abortus de Bang en la sangre de ciertos enfermos diagnosticados por paludismo y rebeldes al tratamiento quinínico; tal vez así podemos descifrar tantos enigmas que con el nombre de paludismo se han escapado a nuestra investigación. Seré breve en la descripción de la etiología, síntomas y tratamiento, extractando de iodo ello lo último que se ha escrito y haciendo llamar la atención en el diagnóstico del laboratorio que, se puede decir de una manera general, es el medio más eficaz para llegar a una segura conclusión.

La fiebre de Malta, impropriamente llamada así por Oswall-Wood y Netter en 1876, se la encuentra principalmente en toda la región del Mediterráneo. Es una enfermedad infecciosa, .en-

demo-epidémica, septicémica, que ataca al hombre y a los principales animales domésticos, siendo producida por el micrococcus melitensis descubierto por Bruce en el bazo de los enfermos en el año de 1897. Parece que tuvo su origen en la isla de Malta, de donde fue transportada por las cabras y por los enfermos en período agudo o convalecientes, a las demás regiones del Mediterráneo, para desarrollarse de modo endémico y después propagarse por las demás partes de] globo. Su historia se remonta a la época de Hipócrates de Coos, quien descubrió un caso que corresponde exactamente al cuadro clínico con que se distingue actualmente la enfermedad. De la región Mediterránea se ha extendido a los Estados Unidos del Norte, Cuba, Puerto Rico, Venezuela, Brasil y Uruguay. En Asia: China y la India. En Oceanía: las Islas Fidji y Filipinas. La fiebre de Malta tiene su mayor apogeo en casi toda Europa, predominando en España y Francia, donde ha sido objeto de infinidad de monografías.

El micrococcus melitensis se presenta bajo dos aspectos; en

forma de un pequeño coco redondeado, así como lo descubrió Bruce, y en forma de un bacilo corto descrito por Durham en 1898, atribuyéndola a la influencia del medio y de la temperatura. Después Baves los descubrió como formas normales, y el doctor Jiménez asegura que estas formas bacilares son frecuentes en las formas graves de fiebre de Malta. Su tamaño oscila entre 0.3 y 0.4 micras de ancho por media a una de largo; no posee esporos, cápsulas ni pestañas. Tiene marcados movimientos brownianos y se [colorea por las anilinas, sin tomar el Gram. Es un germen aerobio y de crecimiento muy lento; la temperatura óptima para crecer es de 37° grados; arriba de los 45° y abajo de los 6° deja de crecer. Se le cultiva en el caldo común entibiándolo de modo uniforme. Se dá en la gelatina sin licuarla. En la patata crece lentamente. En el agar común forma colonias transparentes, salientes y redondeadas, de dos a tres milímetros de diámetro, que crecen en dos o tres días y adquieren luego un tinte amarillento. Crece también en el agar glucosado, en el glice-

rinado y en el agar hígado suero, donde se obtienen colonias abundantes y de crecimiento rápido, que se presentan al microscopio bajo un aspecto granuloso y opaco en el centro y más homogéneo y traslucido en la periferia. Crece en la leche pero no la coagula. No produce indol y no fermenta el azúcar. Es muy sensible al calor húmedo, bastando 10 minutos a 60° grados para matarlo. El calor seco lo mata a los 90" y 95° grados. Expuesto a la luz solar muere de una a dos horas; a la luz difusa resiste siete días y a la obscuridad quince. Si se deseca, conserva por mucho tiempo su virulencia; sobre el vidrio dos semanas; sobre las ropas de quince a ochenta días. En el agua muere de una a tres semanas. Los antisépticos habituales lo matan en pocos minutos. En la orina se conserva siete semanas. En el polvo se halla después de cuarenta y siete días. En la leche guarda su virulencia de treinta a cuarenta días y en los quesos se encuentra después de las cuarenta y ocho horas de fabricados.

Dijimos ya al definir la fiebre de Malta que era una enfermedad que atacaba a diferentes animales domésticos, especialmente a la cabra. Haremos un pequeño resumen de la manera como se infectan estos animales y cómo transmiten la infección al hombre. Zammit, miembro de la comisión inglesa para el estudio de la fiebre mediterránea en Malta, no pudiendo encontrar monos para

hacer sus experiencias, se le ocurrió la idea de utilizar algunas de las cabras que abundan en esa región. Tomó primero seis cabras que tenían diseminada la secreción láctea. Comenzó por hacerles una reacción de aglutinación con el micrococcus melitensis, y con no menos admiración encontró que la aglutinación era positiva en cinco. Continuó sus trabajos y aisló el microbio de la leche de las cinco, además, en una, de la orina y en dos, de la sangre. Siguió estudiando en miles de cabras maltesas y encontró que un 50% estaban infectadas. Actualmente en España sucede lo mismo, en Málaga se diagnostican por aglutinación el 60% ; en Alicante el 20% y en Murcia el 40%. Todos los experimentos que se han hecho en estos animales, investigando el agente productor de la melitococcia han resultado positivos. En consecuencia, como dice el Dr. Rodríguez de Partearroyo, las cabras son los verdaderos reservorios del micrococcus melitensis». En estos animales la enfermedad pasa por lo general inadvertida, la leche se vuelve menos fluida y disminuye en cantidad. Nunca tienen fiebre y raras veces abortan; lo más frecuente es el aborto que tiene como signo distintivo su contagiosidad, pues al presentarse por primera vez en un rebaño ataca al 50% o 90% de los animales. Este aborto casi siempre ocurre en el cuarto mes de la gestación. A veces se presentan

**artritis, sinovitis, mamitis, oftalmía?** y **orquitis** en los **machos**, Todos los autores admiten que todas las razas de **cabras** son **recesibles** a la infección melitocócica, predominando esta **receptividad** en las que tienen origen **maltes, murciano o granadino**. Las cabros se infectan casi siempre por la orina de los portadores. Es bien sabido que el **micrococcus** se elimina por las secreciones, en particular por la orina y se contagian al comer las **yervas contaminadas**, al ponerse en contacto con las leches infectadas **por** la orina si tienen erosiones en las **mamas**, o por las manos del ordeñador que ha tocado la leche contaminada de una cabra enferma; en fin, por el coito con **animales** enfermos.

Se ha ensayado **la transmisión por los mosquitos, pulgas, piojos, sin ningún resultado positivo.**

**Esta** afección puede transmitirse perfectamente a la oveja.

En la vaca la afección en producida por el bacillus abortus *da* Bang, que es en un todo semejante al de la fiebre de Malta, y que se transmite al hombre produciendo un cuadro clínico típico, según lo han demostrado Kling en 1928 en un caso que se contaminó en su laboratorio, y el Dr. Duran de Cottés en su mismo hijo que estuvo a punto de sucumbir a la infección en el año de 1930.

Al hombre se transmite por la leche de las cabras infectadas, bien sea por la digestión o por el contacto de las manos de las personas con los objetos contaminados. El coito es uno de los medios más conocidos de contagio. Shaw aisló el micrococcus de la vulva de las prostitutas de Malta. De 134 prostitutas examinadas 44 estaban infectadas..

El micrococco es un germen peligroso de manejar en el laboratorio. Son raros los laborate-

ríos en donde no ha habido casos de contaminación.

El período de incubación de esta enfermedad oscila entre cinco y veinte días, aunque se citan casos de más días. Principia **lentamente** anunciándose por fatiga, **cefalea**, inapetencia, dolor *de* cuerpo, especialmente en la espalda y las piernas, falta *de* sueño y una febrícula que se va acentuando en los días sucesivos; algunas veces hay epistaxis. Al cabo de tres o cuatro días, la fatiga, el dolor de cabeza, la inapetencia se acentúan, la febrícula se **transforma** en una fiebre de 39 y 40° **grados**, que tiene la particularidad de ser demasiado irregular, fiebre loca de **Shoull**, fiebre de sorpresas de Cantaloube, pues en un mismo día presenta descensos y exacerbaciones, y toma por regla general la forma intermitente, continua, remitente, ambulatoria e hiperpirética, todo esto acompañado de sudores internos de olor a paja podrida, por **lo que algunos** autores dan a esta enfermedad el nombre de **liebre sudoral**.

Los síntomas del aparato digestivo se vuelven **manifiestos**: dolor en la región epigástrica a veces irradiado a la espalda, hay vómitos, algunas veces diarrea, que en ocasiones se presenta con estrías de sangre. El bazo se hipertrofia y el hígado aumenta de volumen, aunque en menor grado.

Es **muy** frecuente la **congestión de las bases pulmonares**.

Todo este cuadro **clínico** dura de tres a cuatro semanas, *después* de las cuales la fiebre va descendiendo hasta desaparecer por completo, y con ella **desaparecen todos' los demás** síntomas, para volver a presentarse el mismo cuadro, después de **un** descanso de algunos días.

De esta manera las repeticiones se hacen tres, cuatro o más veces, durando la enfermedad meses y en ciertas ocasiones años.

Es corriente el apareamiento délas orquitis, artritis, osteítis, adenitis y neuritis,

La marcha lenta y repetida de esta enfermedad expone a la anemia, al adelgazamiento, a **la** caída del pelo y a los edemas.

Por **último**, se **liega** a un período, en el cual, todos los síntomas desaparecen por completo, y el enfermo entra en una franca mejoría hasta su completa curación, si no **le** viene alguna enfermedad intercurrente.

La fiebre de Malta puede **confundirse** con las siguientes enfermedades: las septicemias, la fiebre tifoidea, paratífica y colibacilar, **la tuberculosis**, el paludismo, la gripe, cuando hay artritis, con el reumatismo, la sífilis, **la apendicitis** la orquitis blenorragica y el kala-azar infantil. No haremos la descripción del diagnóstico diferencial porque resultaría demasiado extenso este artículo sin llenar en alguna forma el objeto que nos proponemos; todos los tratados últimos de Pa-

tología interna traen muy claras estas diferenciaciones.

Pero a pesar del sinnúmero de enfermedades con que puede confundirse la fiebre de Malta, existe para diagnosticarla, un medio eficaz y de segura realeza, que es el laboratorio, bien sea aislando el microbio de la sangre, de la orina y del bazo, o bien por la aglutinación del suero, por la desviación del complemento y por la intradermorreacción. No describiremos estos procedimientos porque los tienen "todos los tratados que se han escrito al respecto, y son lo suficientemente conocidos por casi todos los médicos y todos los bacteriólogos.

La fiebre de Malta es una afección que no tiene una anatomía patológica típica, sin embargo, las lesiones del bazo son características: aumento de volumen, consistencia blanda y friable, color rojo obscuro. El hígado a veces da el aspecto de hígado cardiaco. Los ganglios mesentéricos algunas veces están aumentados de volumen. Los otros órganos no presentan ninguna cosa especial fuera de ligeras congestiones.

La mortalidad de la fiebre de Malta no es muy grande, a lo sumo el 2% de los casos; por regla general sólo mueren aquellos casos que tienen una enfermedad grave anterior, o aquellos en los cuales la enfermedad es la causa de una afección grave.

Se puede decir que la fiebre de Malta no tiene una medicación especial. Actualmente lo que más

se usa son los sueros y las vacunas. Los sueros se administran por las vías subcutánea, intramuscular e intravenosa, teniendo siempre en cuenta las precauciones necesarias. Las vacunas se utilizan menos que los sueros, pues no son muy satisfactorios los resultados obtenidos con ellas. La duración del tratamiento debe ser prolongada; la misma enfermedad da la pauta del tiempo que necesita. Entre los productos químicos, se ha ensayado mucho la quinina, el mercurio, la urotropina, el azul de metileno, la Etilhidrocupreína, sin resultados satisfactorios. Últimamente el Dr. Rodríguez de Partearroyo ha empleado el Neosalvarsán y dice que ha logrado curar algunos casos rebeldes a la sueroterapia.

La fiebre de Malta se transmite como ya lo dijimos antes, por medio de las cabras en especial, las vacas, las ovejas, los caballos, los asnos y los conejos; por consiguiente, su profilaxia descansa en el cuidado que se tenga con estos animales, en aislar los casos de abortos que se presentan, y hacerles el examen de la sangre para saber cuáles están enfermos, sobre todo esto último, pues es muy bien sabido que en los animales, los síntomas pasan inadvertidos. En cuanto a las medidas sanitarias, todos los países donde es endémica esta enfermedad tienen sus legislaciones especiales.

J. ANTONIO PEKAZA.

Madrid, Febrero de 1932.