

Fiebre Ondulante

Perú.—Según *La Acción Médica*, el Dr. Sebastián Lorente, Director de Salubridad del Perú, presentó, ante el Consejo Consultivo del Control de la Leche y sus Derivados, un informe relativo al desarrollo de la fiebre de Malta en Lima y sobre las medidas que convendría adoptar.

El Dr. M. E. Tabusso, Director del Instituto Nacional de Microbiología Agrícola, Sueros y Vacunas, declara en *La Acción Médica* que la única medida profiláctica de segura eficacia contra la fiebre ondulante como infección zoonótica es la esterilización de la leche de cabra sea de consumo inmediato o sea la que sirve para la fabricación de quesos. Para esterilizar la leche con referencia al *B. melitensis* es suficiente la pasteurización a 62°-63° durante media hora. La ebullición reemplaza a la pasteurización con ventaja. En razón de las sospechas, cada día más fundadas, sobre la intercambialidad patógena del *B. melitensis* y del *B. abortus*, esta medida debe comprender también a la leche de vaca. Como complemento de esta medida, radical e indispensable en el momento actual, recomienda la siguiente labor sanitaria:

Medidas de policía:

- 1) Investigar en lo posible, el origen del contagio de los casos de melitococia en el hombre.—Denuncia obligatoria de la enfermedad;
- 2) Empadronar los rebaños de ganado cabrío, posiblemente por distritos;
- 3) Inspección sanitaria periódica de los rebaños para comprobar su estado de indemnidad o contagio, empleando, en los límites de lo posible, las pruebas diagnósticas más eficaces desde el punto de vista práctico: intradermo-reacción; aglutinación (lacto y hemo-reacción);
- 4) Sacrificio de los animales controlados enfermos;
- 5) Limitación de las zonas de pastoreo para los diferentes rebaños;
- 6) Vacunación obligatoria bianual del ganado cabrío en todo el territorio de la República;
- 7) Investigación epidemiológica y medidas de policía sanitaria apropiadas contra el aborto infeccioso del ganado;
- 8) Propaganda de culturización del público en general y de los criadores de ganado cabrío en particular, previniéndoles del peligro que la zoonosis melitocócica representa para la salud humana.

Trabajos de laboratorio:

- 1) Elaboración de un eficaz y seguro producto para el diagnóstico por alergia-reacción de la melitococia en la cabra;
- 2) Elaboración de un producto vacunal de eficacia y fácil aplicación;
- 3) Control del *B. abortus* en la etiología de la melitococia humana.

Francia.—La fiebre ondulante¹ va propagándose en Francia. Hace poco se observaron casos en Fontainebleau y hasta en el mismo París, a donde la trajo un rebaño de cabras de los Pirineos. De 20 cabras nueve acusaron una intradermorreacción positiva. Cuando la intradermorreacción resulta positiva en el hombre, la vacunación es inútil y puede resultar contraproducente. La vacuna útil en el hombre, rinde resultados muy variables en los animales.

¹ Carta de París, Jour. Am. Med. Assn., E. E., 18: 805 (dbr. 15) 1927.

Estados Unidos.—En *Health News* del 26 de marzo de 1928, el Departamento de Sanidad del Estado de New York anuncia que, desde el 1° de enero de 1926, se ha enterado de 24 casos de fiebre ondulante y 4 más dudosos, la inmensa mayoría de los cuales se debió probablemente al *Bacillus (Brucella) abortus*. En un brote en Newark, Condado de Wayne, los tres enfermos consumían leche de la misma granja, en la cual habían abortado cinco vacas cuyo suero sanguíneo aglutinaba a una dilución alta el *B. (Br.) abortus*. Aparte de ese brote los datos epidemiológicos no son muy terminantes en cuanto a la relación de la leche con la transmisión, aunque se calcula que 30 por ciento de los rebaños vacunos del Estado padecen de aborto contagioso.

La fiebre ondulante también ha aparecido en Pennsylvania, donde se han comunicado seis casos. Los laboratorios del Departamento de Sanidad del Estado practican reacciones para esa fiebre en todos los ejemplares sanguíneos enviados para la Widal, si resultan negativos en cuanto a tifoidea.

España.—El Dr. Manuel Tapia,² Director del Hospital del Rey (de epidemias) ha dado una conferencia en la Facultad de Medicina sobre la fiebre de Malta. En España, el Dr. Domingo, de Barcelona, ha verificado pruebas de aglutinación con el micrococo melitense y con el *B. abortus* de Bang, obteniendo resultados que no han podido ser comprobados por el Dr. Partearroyo, de Madrid. Tapia ha repetido las investigaciones de Bass, Schmidt y Finzi y sus estudios demuestran que no hay descenso en las aglutininas, pero sí diferencias en la termorresistencia de los distintos sueros; por ejemplo, el suero aglutinante de conejo resiste más la acción del calor (en lo que se refiere a propiedades aglutinantes) que el caprino, equino y asino. Las pruebas de inmunización practicadas en el hombre no han permitido apreciar que se trata de gérmenes distintos. Los hechos observados sobre aglutinación de los sueros antimelitensis y abortus frente a los gérmenes respectivos, pueden interpretarse como diferencias de raza de una misma especie bacteriana y en la actualidad no hay método bacteriológico que permita diferenciarlos.

Hay una relación muy clara entre la epizootia caprina por el *B. melitensis* y la enfermedad humana, pero Tapia no está conforme con Marañón en, que siempre que se observa la fiebre de Malta en el hombre, debe existir el dato de la cabra. En el Hospital del Rey hubo recientemente un enfermo que no había tomado leche de cabra ni tenido nunca relación con cabras, estando en cambio encargado del cuidado de un establo de vacas. A juicio de Tapia no es posible establecer entre una y otra enfermedad o entre los síntomas producidos por uno y otro germen, las diferencias que algunos autores asignan, por ejemplo Alessandrini. La falta de virulencia observada por

² Carta de Madrid, Jour. Am. Med. Assn., E. E., 2: 271 (fbro. 15) 1928.

Nicolle tiene para Tapia la explicación de que el *B. abortus* puede ser atenuado en su cultivo en el laboratorio como ocurre a otros microbios. En España no hay zona indemne a la fiebre de Malta, que antes se encontraba limitada al mediodía y a levante. No hay duda coinciden la epidemia caprina y la humana, pero no se observa tan clara la relación cuando los casos tienen origen bovino o porcino. ¿Es transmisible el *B. abortus* al hombre, o son los casos que sobrevienen sin relación con cabras afecciones producidas por el *M. melitensis* en ovejas, cerdos y bueyes? Esto sólo se podrá decidir cuando poseamos una prueba clara de la unidad o dualidad de los dos gérmenes.

Acerca del diagnóstico, Tapia se manifiesta contra la opinión de la Comisión inglesa de Malta sobre la facilidad del diagnóstico y la especificidad de la aglutinación. Nicolle ha observado que los enfermos de tifo exantemático aglutinan el *M. melitensis* y Tapia ha visto un caso de fiebre tifoidea que aglutinaba el melitensis al 1 por mil. Hay que revisar la técnica para eliminar las aglutinaciones paraespecíficas. El límite de la aglutinación diagnóstica es muy variable y aglutinaciones con suero al $\frac{1}{10}$ y hasta $\frac{1}{2}$ pueden tener valor. Cita los casos de sinovitis y artritis en las que se ha aislado el germen en la serosidad correspondiente y no en la sangre. Aconseja también la intradermorreacción con la melitina, recomendada hace tiempo por Durán de Cottes, de Madrid. Respecto a la baja mortalidad que se atribuye a la fiebre de Malta es preciso hacer una revisión, sobre todo en lo que se refiere al ambiente rural.

Agglutinación.—El examen por Ross³ de nueve razas tipos de la *Brucella* reveló que la *Brucella melitensis* y la *B. abortus* sólo pueden ser diferenciadas con la prueba de absorción de las aglutininas. Por medio de la aglutinación pudo diferenciarse un grupo formado de *Brucella melitensis* y *B. abortus*, de otro compuesto de *B. melitensis*, *B. abortus* y *B. paramelitensis*. La prueba de absorción de las aglutininas reveló que el grupo *B. paramelitensis* comprendía dos razas, de las cuales la supuesta *B. abortus* era en realidad *B. para-abortus*. El grupo *melitensis-abortus* representa los tipos normales "S," en tanto que los grupos *paramelitensis-para-abortus*, representan las mutaciones "R."

Diagnóstico.—D'Amato⁴ describe una prueba hemoclásica para el diagnóstico diferencial de las fiebres tifoidea, paratifoidea y ondulante, la cual se basa en la inyección de la respectiva vacuna. El resultado pasa por ser positivo cuando la disminución de los leucocitos después de la inyección llega a 1,000 o más. En 48 casos de fiebre ondulante la prueba con vacuna melitense resultó invariablemente positiva, en tanto que fué negativa, o a lo más dudosa, con tifovacuna. En cambio fué positiva con ésta en 39 casos de tifoidea, y negativa o a lo

³ Ross, G. R.: Jour. Hyg. 26: 403 (obra.) 1927.

⁴ D'Amato, L.: Riforma Med. 44: 32 (eno. 9) 1928.

más dudosa, con vacuna melitense. En 16 casos de paratifoidea, la prueba melitense resultó constantemente negativa, mientras que la tifovacuna aportó resultados positivos o dudosos. Las pruebas de testigo con inyecciones de leche en 18 casos de fiebre ondulante y 12 de tifoidea o paratifoidea resultaron negativos.

En 138 enfermos, De Fermo⁵ determinó el valor de la intradermorreacción. De ellos 125 padecían de varias enfermedades; ocho eran clínicamente sanos y cinco tenían fiebre melitense. En los dos primeros grupos, la reacción fué negativa absolutamente, salvo por alguno que otro fugaz enrojecimiento o infiltración. En los cinco enfermos de fiebre melitense, de las 12 a las 24 horas, se presentó una infiltración elevada y dolorosa de unos 5 cm. de diámetro. La reacción alcanzó la intensidad hacia las 48 horas, para desaparecer hacia los 10 días. La infección melitense puede simular a veces tifoidea, y en esos casos la dermorreacción evitará a graves errores diagnósticos. El antígeno empleado fué el de Fornaca y Bua.

Tratamiento.—Según Izar,⁶ la inyección intravenosa de acriflavina (0.01 gm. por kg. de peso), obra favorablemente sobre la evolución de la fiebre ondulante. Por lo general bastan con dos o tres inyecciones. El efecto es casi inmediato sobre la fiebre. En un caso se obtuvieron buenos resultados con el empleo de pequeños enemas de acriflavina.

Nomenclatura.—La enfermedad llamada a veces fiebre de Malta o mediterránea, ha recibido una multitud de nombres: trece debidos a su supuesta semejanza con la tifoidea y el paludismo, 14 a su naturaleza y síntomas, y 9 a las condiciones que se han considerado que fomentan su frecuencia. Se la ha llamado fiebre mediterránea, de Malta, italiana, napolitana, de Gibraltar, de Chipre y de Crimea. El nombre de “fiebre ondulante,” propuesto por el capitán M. L. Hughes en 1897, fué recomendado por el Congreso Internacional de Medicina celebrado en Londres en 1913, pero se emplean todavía frecuentemente los términos de fiebre de Malta o mediterránea. Los médicos malteses⁷ protestan contra esos nombres que consideran injustos para su isla. El término de “fiebre ondulante,” aunque no perfecto, es más apropiado, pues describe uno de los signos más constantes y característicos—las ondulaciones de la temperatura. Los nombres geográficos no son suficientemente apropiados para las enfermedades, representando casi siempre legados de la época en que todavía se creía en la teoría miasmática de la enfermedad, dando por resultado que, con el nombre de “fiebre mediterránea,” se han reunido enfermedades tales como tifo, tifoidea, fiebre amarilla, fiebre papatasi, fiebre recurrente y tal vez paludismo y otras. Además la fiebre ondulante no se limita a la Isla de Malta ni al Mediterráneo, ni siquiera es peculiar de las cabras maltesas.

⁵ De Fermo, C.: Gazz. Osp. e Clin. 48: 869 (sbre. 11) 1927.

⁶ Izar, G.: Rass. Int. Clin. e Ter. 8: 750 (nbre.) 1927.

⁷ Brit. Med. Jour., dbre. 17, 1927, pág. 1158.