

¿EXISTE LA FIEBRE DE MALTA EN LA HABANA?¹

Con el nombre de fiebre infecciosa, enteritis infecciosa, enterosepsis, etcétera, se conoce en La Habana, desde hace algunos años, una enfermedad febril de larga duración y de síntomas variados y sobre cuya naturaleza no han podido ponerse de acuerdo nuestros primeros clínicos; siendo todos unánimes en la opinión de que no se trata de paludismo ni fiebre tifoidea.

A nuestro parecer esta enfermedad no es otra sino la fiebre de Malta y clínicamente pretenderemos demostrarlo. Ya el Dr. Juan N. Dávalos, en una comunicación a la Academia de Ciencias titulada: ¿Existe la fiebre de Malta en Cuba? y publicada en la Crónica Médico Quirúrgica el 15 de enero de 1899, presenta algunas observaciones que tienden a confirmar este parecer y señala la necesidad de hacer la sero reacción en los casos sospechosos. En un caso en que he podido hacer la sero reacción, con un cultivo que me facilitó el Dr. Juan Guiteras, —que dicho sea de paso fue quien remitió al Dr. Dávalos el cultivo que sirvió a este profesor para sus estudios, sugiriendo la idea de que pudiera existir esta enfermedad en Cuba—, esta reacción resultó negativa. El Dr. Dávalos me ha comunicado que los ensayo? que ha hecho en casos sospechosos y con posterioridad a su trabajo a la Academia también han resultado negativos.

Aunque falta esta comprobación bacteriológica que sería decisivo en este asunto, son tantas las analogías clínicas que tiene esta enfermedad en La Habana con la fiebre de Malta o fiebre ondulatoria tan magistralmente descrita por Hughes, que nos vemos impulsados a llamar la atención de nuestros colegas de la capital y a solicitar su cooperación para resolver el problema

El tipo más común de la fiebre de Malta es el tipo ondulatorio caracterizado por un ciclo febril de larga duración (meses y años) con ascenso y descenso tan gradual que aparece como una sola pirexia formando grandes ondas y en la cual los intervalos de apirexia realmente son intervalos febriles,

¹ Presentado en la Sec. de Medicina General del III Congreso Médico Pan- Americano.

aunque de décimas de temperatura. Las observaciones que presentamos a continuación ofrecen este carácter y los síntomas que presentaron son también, como se verá, propios de la fiebre de Malta.

Caso 1. Sra. M. C. B., mujer blanca, de 30 años, sin antecedentes patológicos. Enfermó el 22 de agosto de 1898, con fiebre alta, escalofrío y dolores generales. Estado saburral y constipación tenaz. En los primeros días de septiembre se presentó un dolor en el brazo derecho, en la cara externa de la articulación del codo, con tumefacción de los tejidos en este punto. Inútil, es el bisulfato de quinina (tres veces fue saturada sin modificación en la fiebre) y el salicilato de soda. La temperatura alcanzaba 39° por la tarde para remitir a 38° por la mañana. Algunos días temperaturas de 40 y 40 y medio. El 11 de septiembre y en junta con el Dr. Rensoli hice una incisión en la tumefacción del codo, creyendo encontrar pus y sólo encontré los tejidos infiltrados de serosidad. El 4 de octubre se presentó una tumefacción dolorosa articular en el índice izquierdo. En noviembre, otra tumefacción dolorosa de la cadera derecha.

La fiebre no bajó en todo este tiempo de 38° , sin otros síntomas que la constipación y una demacración profunda. El 30 de noviembre y después de una defervescencia gradual por décimas, alcanzó los 37° (98 días de fiebre).

En resumen una fiebre continua, de tipo remitente entre 38° y 39° , de 98 días de duración con constipación, estado saburral y demacración profunda. Con localizaciones articulares que no supuran y todas sus vísceras funcionando normalmente. Esta enferma en el mes de octubre del año pasado, (a los dos años de su enfermedad) ha tenido una parálisis de los extensores del antebrazo derecho

El tratamiento fue evacuante (dosis moderada de calomel y sulfato de sosa cada tres o cuatro días), baño de esponja durante la hiperpirexia. Dieta láctea durante el primer mes y alimentación ordinaria en los demás.

Caso 2. X. X., hombre de 34 años de edad, constitución robusta, enfermó el 9 de abril con escalofrío y fiebre de 40° , insomnio, cefalalgia y dolores generales, lengua saburral y constipación. Durante 14 días persistió la fiebre entre 38° y 39° sin otros síntomas que los señalados en el tubo digestivo. La defervescencia fue lenta, tratamiento evacuante y quinina hasta la saturación, sin modificar la fiebre. El enfermo no hizo cama más que la primera semana y perdió 14 libras de peso en los 14 días de enfermedad. Trece días de una apirexia aparente alrededor de 37° , para volver otro acceso febril igual al anterior que duró diez días, y durante los cuales el paciente no hizo cama. El mismo tratamiento y la saturación quinínica fue igualmen-

te inútil. La demacración fue esta vez mayor que la anterior. Nueva apirexia, de 15 días de duración, para volver a presentarse un tercer ataque de fiebre, de 21 días de duración, con iguales síntomas que los anteriores. La demacración fue tan extremada que le desconocían hasta sus amigos; después de una remisión de 30 días, se inició un cuarto ataque también igual a los anteriores, complicándose este último con una tumefacción en las articulaciones condroesternales, tumefacción que supuró y dio lugar a varias intervenciones cruentas, y sólo terminó después de una resección parcial del esternón. Recobrando el paciente su salud.

En resumen: cuatro accesos de fiebre, de 15 a 20 días de duración con intermisiones de 10 a 12 días y sin otros síntomas que una fiebre de tipo remitente con estado saburral y constipación, acompañada de demacración extrema. Asistieron a este caso los Dres. Fernando Rensolí y A. Abril.

Caso 3. C. L., niño robusto de nueve años, sin antecedentes patológicos, enfermó el 15 de mayo del año pasado con fiebre alta, tipo remitente, acompañado de fuertes dolores articulares, estado saburral y constipación, persistió la fiebre desde esta fecha, todo el mes de junio y primera quincena de julio. Fue asistido en esta época por el Dr. Coronado por evacuantes y quinina sin resultado. Además de los fenómenos articulares hubo delirio en los días de hiperpirexia con fenómenos de excitación nerviosa.

Siguió una semana de apirexia para volver a ascender la fiebre gradualmente con iguales síntomas que en el primer ataque, alcanzando la apirexia el 30 de septiembre. Esta intermisión duró todo el mes de octubre, reponiéndose el enfermo notablemente durante este mes.

Reapareció la fiebre el 20 de octubre y esta vez con dolores y tumefacciones articulares muy agudas y duró hasta mediados de enero, en que ha comenzado a remitir gradualmente y aún está con fiebre.

Durante toda su enfermedad no ha tenido otros síntomas que los dolores articulares, constipación tenaz con meteorismo y una demacración considerable. La quinina en las muchas veces que se le ha administrado no ha ejercido modificación alguna en la fiebre.

Lo que más resalta de estas tres historias clínicas es precisamente el carácter ondulatorio de la fiebre, carácter tan importante que ha inducido a Hughes, a darle el nombre de fiebre ondulatoria —Undulant fever.— En el caso primero es una larga ondulación de 98 días de duración y si hubiera podido conservarse la curva térmica de este caso seguramente habría ondulación dentro de este acceso. En los casos segundo y tercero las ondulaciones son más marcadas, porque la parte baja de la onda (las intermisiones) se aproximaron a 37°; temperatura que en esta fiebre, como dice Hughes,

no es la apirexia y tan es así que sólo considera curados y en plena convalecencia a los enfermos que tienen temperaturas subnormales. El caso segundo se le puede considerar de una duración de 114 días (sin contar la complicación) y con cuatro ondulaciones. El caso tercero lleva ya 8 meses de fiebre con tres ondulaciones y aún no ha terminado. La duración prolongada es otro carácter, propio de la fiebre de Malta.

La benignidad que reviste este tipo febril en La Habana, le asemeja mucho a la benignidad que señala Hughes.

Estos tres casos han presentado también las localizaciones articulares, que según Hughes ocurren en un 40% de los casos de manera que es un síntoma característico de la enfermedad.

Por último la constipación y el estado saburral son constantes y no desaparecen por completo sino en la convalecencia franca.

La parálisis de los extensores, que en el caso primero ha ocurrido, a los dos años de la enfermedad, es una complicación tardía, y Wescott, que ha estudiado este síntoma, dice que es una complicación tardía que nunca aparece antes de los cuatro meses de fiebre. Creemos suficientemente señalada, las analogías entre la fiebre de Malta y nuestra llamada fiebre infecciosa, concretándonos al tipo ondulatorio; y si bien no dudamos que exista entre nosotros el tipo maligno de esta enfermedad, no tenemos experiencia para afirmarlo, pues este tipo se confunde mucho con la disentería tropical.

Ha sido nuestra intención, llamar la atención de nuestros clínicos sobre este punto oscuro de la patología tropical, e interesarlos en el examen de la sangre, de sus enfermos para comprobar, con un serorreacción positiva del micrococo melitensis, la existencia de esta fiebre entre nosotros.

Revista de Medicina Tropical.
Tomo II. Abril de 1901 Págs.
67-70.