

OBSERVACIONES  
SOBRE ANALOGÍAS ANTIGÉNICAS  
ENTRE LOS VIRUS MELITÓSICO  
Y TUBERCULOSO

por

A. SALVAT NAVARRO

Uno de los problemas que con mayor frecuencia proponen al laboratorio los médicos clínicos, es el diagnóstico diferencial entre la fiebre maltesa y la tuberculosis. Las razones prácticas que a ello inducen, son demasiado notorias para haberlas de recordar.

Nuestra experiencia, quizá ya algo amplia acerca de dicha cuestión, enséñanos que el tema es muy difícil en ocasiones, y prestos a interpretaciones erróneas los resultados directos de la investigación, en virtud de los siguientes hechos cuya realidad se nos ha impuesto muchas veces.

1.º Hay un considerable número proporcional de sueros de tuberculosos, que aglutinan las emulsiones homogéneas del *Micrococcus melitensis*. La cuantía de tal propiedad es a veces superior al 1 por 100 de concentración suérica, e incluso rebasa en algunos casos la titulación del 1 por 1000.

2.º La diferenciación específica de los amboceptores mediante el procedimiento de Bordet y Gengou discierne taxativamente el nombre del antígeno actuante en ciertos casos de la mentada ambigüedad ante la aglutinación. Pero en algunos otros subsiste la duda, porque también las finas reacciones de fijación del complemento indican poder de los sueros tuberculosos sobre la substancia melitocócica.

Como es natural, hemos pretendido averiguar si en semejantes ocasiones se trataba de enfermos con infección doble. Los cultivos hemáticos, las inoculaciones experimentales, la investigación sintomatológica y la crítica del curso clínico, nos convencieron siempre de que la mixtificación etiológica no existió. Tratábase constantemente de tuberculosis puras, harto claramente reveladas por el término de la historia clínica y por las manifestaciones postreras. Quizá los casos con mayor poder suero-aglutinante sobre el micrococo de Bruce, hayan sido de formas agudas de la tuberculosis (pneumonías masivas de curso rápido, granulias, enfermos del tipo tifoide descrito por Landouzy), en los cuales la clausura de los focos hasta última hora casi, excluye, o poco menos, las colaboraciones pluribacterianas en la patogenia.

Nuestros primeros encuentros con el fenómeno en cuestión, dieron lugar a yerros graves. Acostumbrados a tener como expresivas de afirmación con respecto a la fiebre de Malta reacciones al 1 por 50 y hasta al 1 por 20 de dilución suérica, e incluso sabiendo que el valor aglutinante se alza tan remiso y premioso en muchos enfermos de esa dolencia que a veces todavía es inapreciable al cabo de un curso de meses, hubimos de diputar como abrumadoras en sentido demostrativo aquellas aglutinaciones al 1 por 1000, y a titulaciones más diluidas aún. Así lo hicéramos a despecho de todos los síndromes posibles, cre-

yendo acaso en una mixtificación melitocócica de la tuberculosis, si el cuadro clínico de esta segunda enfermedad apareciera indubitable; pero a mayor abundamiento afirmábamos la fiebre de Malta, de modo tan estrepitoso manifiesta en el Laboratorio, cuando la auscultación de los pulmones traducía la congestión más o menos intensa, la condensación más o menos difusa, pero ni un solo estertor.

Demasiado extraño era, sin embargo, que estos enfermos presuntos melitósicos agudos, con fiebre viva, sudores profusos y quizá dolores neuro-musculares, mostrasen su sangre constantemente estéril tras de siembras con verdadera riqueza de material. El enigma quedaba descifrado, bien dolorosamente por cierto, cuando al cabo de algunas semanas sobrevénia la fusión de los pulmones dañados en toda su masa, con la tempestad estertorosa al auscultar, la broncorrea purulenta, y las miríadas de bacilos de Koch en los esputos. No. Las aglutinaciones paramelitocócicas fueron entonces fenómenos que traducían singulares analogías biológicas entre el melitococo y el bacilo tuberculoso. Esas analogías inducían la consiguiente semejanza en las respectivas sensibilizaciones y reacciones del organismo humano, pero jamás comprobamos una dualidad etiológica flagrante. Es más: ello concuerda con lo que el empirismo de la observación clínica nos había ya enseñado, y es una incompatibilidad entre la fiebre maltesa y la tuberculosis, de modo que los melitósicos crónicos averiados, caquetizados, incurables, mueren por intercurrencias o complicaciones cualesquiera, menos por injerto tuberculoso, que jamás hemos advertido en un tronco, al parecer tan adecuado para el caso, como es el debilitado por la melitococcia consuntiva.

Las consideraciones finales que nos sugieren los estudios referidos, son las siguientes:



1.<sup>a</sup> El tanto de homología en la cualidad reaccional orgánica contra los antígenos melitocócicos y tuberculosos, pudiera interpretarse como reveladora de ciertas semejanzas entre las composiciones bioquímicas propias de las especies *Micrococcus melitensis* y *Bacillus tuberculosis*.

2.<sup>a</sup> En el orden práctico, no puede otorgarse una significación radical a la sola prueba de la aglutinación suérica sobre de *Micrococcus melitensis*, para el diagnóstico diferencial entre la fiebre de Malta y la tuberculosis. Por lo que atañe a la primera, el único argumento de validez absoluta es el cultivo hemático positivo; con respecto a la segunda, son menester todos los recursos de la técnica especial, y muy particularmente la radiografía para el descubrimiento de las formas miliares difusas.

*Laboratorio de Higiene. Facultad de Medicina. Barcelona.*