

Casos de Paludismo. Ligeros comentarios al Paludismo hondureño y su tratamiento

Por el Dr. Miguel A. Sánchez

El paludismo en nuestro país y durante los últimos años, se ha presentado de un modo constante en todo el territorio, pero no de una manera igual para cada **zona** infectada. A este respecto se podrían escribir interesantes capítulos detallando formas de evolución que sorprenden formalmente y de un modo curioso al médico local. Las observaciones que presenté a la Asociación Médica Hondureña en la sesión del día 6 de agosto anterior y las otras formas que he podido constatar en varios de mis enfermos, revelan unas de las ya numerosas variantes en la evolución clínica del paludismo. En esa misma sesión varios de mis consocios ahí presentes describieron curiosos casos encontrados en su práctica privada. La investigación bacteriológica y el tratamiento eficaz por la quinina han venido desterrando toda duda en numerosas infecciones que se consideraban indefinidas por carecer de síntomas de fundamento para su exacta clasificación. Por otra parte, debe de tomarse muy en cuenta que no siempre el microscopio descubre el parásito palustre, pero que la quinina realiza maravillosos efectos en esta clase de enfermos. Ahora bien, estas dos circunstancias, tampoco

han de servirnos para encausar una norma fija en el diagnóstico y tratamiento de todas aquellas manifestaciones patológicas no caracterizadas pero reveladoras de tal o cual de las afecciones concomitantes en el mismo sujeto o que existen en nuestro país.

En la misma sesión y en algunas otras ocasiones se ha hablado mucho respecto del tratamiento del paludismo por otros medicamentos no específicos, tratamientos que en verdad no se han basado en las propias contraindicaciones de la quinina, por cuanto ella no ha faltado en su aplicación, sino que se la ha asociado a otras sustancias medicamentosas. Para citar casos está el trabajo presentado por el Dr. Héctor Valenzuela en una sesión anterior, acerca del electrargol. Estos hechos relacionados, que al parecer se pueden considerar como puntos de apoyo, sugirieron al Dr. Ricardo D. Alduvín, después de concretar conceptos, la verdad indiscutible de que "los médicos hondureños no sabemos tratar nuestro paludismo". La expresión NUESTRO PALUDISMO es una expresión que no ofrece ninguna dificultad para ser aplicada, ni se la puede considerar como un hecho que pudiera

condenarnos como meros ignorantes en el papel que como médicos estamos desempeñando todos los días. Es que el paludismo local ha ampliado sus aspectos en una forma notable, creando tipos diversos, de interpretación discutida y que requieren un estudio **especial**; muy minucioso porque muchos de sus síntomas son más bien simples detalles que frecuentemente se escapan a nuestra exploración o que si los notamos no los consideramos de importancia. Ojalá pudiera afirmarse que nuestro paludismo —se entiende aquí que es el sin personificación definida y cuando ni el microscopio lo haya cíes-enmascarado— es más bien una afección de detalles, detalles que en conclusión van a dar al práctico un criterio concreto para su tratamiento.

Sentado el principio indiscutible de que vivimos en una zona palúdica, muchos médicos hemos cometido el error de diagnosticar como palúdicas y tratar por la quinina una serie de manifestaciones, sin antes haber hecho un examen concienzudo para eliminar las sospechas que se pudieran tener sobre otra enfermedad que nos ofrezca cuadros semejantes. Se ha afirmado, con razón o sin ella, que el paludismo simula todas las enfermedades, pero este concepto no autoriza al médico para que vaya de golpe y porrazo a diagnosticar paludismo y recetar quinina, pero aun hay colegas que observan semejante conduc-

ta. Este es el otro punto de vista por qué se impone siempre la necesidad de hacer un buen examen. El problema tal como se nos ha planteado es muy delicado y desde luego se necesita una moral o una conducta sin prejuicios y bastante interesada.

He aquí la disertación leída en la sesión del 6 de agosto de 1932, con respecto al referido tópico:

Señores Médicos de la Asociación:

Tengo el gusto de presentar al ilustrado criterio de ustedes, dos interesantes casos que ingresaron a LA POLICLÍNICA, en el mes de julio anterior. La historia clínica de ambos pacientes es Igual, y hay un síntoma culminante que sobrexiste a los demás, que también son de verdadera importancia, pero que desaparecieron casi inmediatamente después de su ingreso. Los detallaré a continuación para que se haga de ellos el comentario a que den lugar.

Primero: A. G., de 44 años de edad, ingresó el 2 de julio a las 10 a. m. Estado general grave; **ÁLGIDO**. Sin pulso radial, los ruidos del corazón imperceptibles. Temperatura de 35 grados y 6 décimas en la boca. Pupilas dilatadas y voz gutural. La respiración pausada, aunque rítmica. Orina escasa y positiva por **ALBÚMINA**. No hay edemas. Sangre por **MALARIA**, negativa.

Antecedentes personales: calenturas precedidas de fríos intensos durante varios días, con-

cluyendo con una diarrea profusa y vómitos muy frecuentes. Hay un hipo constante.

Tratamiento: El estado general y el examen de la orina imponen el tratamiento por el *Suero glucosado*, 250 c. c. mañana y tarde y aceite alcanforado cada dos horas. Alimentación ninguna, no tolera ni siquiera la leche, apenas pequeñas cantidades de jugo de naranja y agua bien helada.

El día 3 de julio la temperatura, asciende en la tarde a 37 grados y 2 décimos y baja en la tarde del 4. De esta fecha al 10 la temperatura osciló entre 36 y 37 grados. El 11 en la mañana volvió a ascender a 4 décimas y por la tarde a 6. El corazón comenzó a reaccionar perfectamente bien al día siguiente y no se alteró después, aunque naturalmente acelerado. La diarrea y el vómito desaparecieron totalmente, y sobrevino el aumento de la orina. Pero en cambio persistió el hipo con intervalos de calma. Para este síntoma se dieron al enfermo todos los sedantes posibles: bromuros, mental combinado con cloroformo, *Urotropina* por la vía endovenosa y que en otros casos de hipo dio magníficos resultados, punta de fuego al nivel de diafragma, comprensión de los frénicos al nivel de las clavículas, diatermia, y todo fracasó totalmente. El opio y sus derivados no se administraron por la albúmina.

Segundo: P. A., de 47 años de edad, ingresó el día 8 de julio a

la 1 p. m. Temperatura central de 35 grados, piel húmeda y fría; ausencia del pulso radial. Orina con *albúmina* y sangre negativa por *malaria*.

Antecedentes personales: Calenturas y fríos, después diarrea y vómitos, acompañado de hipo.

Tratamiento: Como en el anterior, *Suero glucosado*, 250 c. c. mañana y tarde y aceite alcanforado cada 2 horas. Las condiciones de este paciente eran peor que las del precedente.

Consulté con el Dr. Alduvín estos interesantes ejemplos, quien me dio informes de haber visto uno semejante en México, curado con la *Quinina*, y me aconsejó la aplicación inmediata de aquel específico para estos pacientes. El resultado no se hizo esperar -mucho tiempo, el hipo en el primero de los casos relatados, el menos grave, fue desapareciendo de la cuarta inyección de quinina (0.50 cgs. c|u). El segundo caso no respondió ni al tratamiento general y demás está .hablar del resultado de la quinina. .

Las inyecciones se aplicaron intramuscularmente y no por la vía endovenosa, es indudable que sus efectos habrían sido más inmediatos, pero tuve mis temores en vista del estado del paciente que no me daba ninguna garantía de resistir los efectos del medicamento en cuestión. Y a propósito, comentaba con el Dr. Molloy la aplicación de la quinina endovenosa para los casos álgidos, porque en realidad

éstos son casos álgidos de paludismo y me decía, entre otras cosas, que el Dr. Bass, de los Estados Unidos, hacía aspirar primeramente al paciente un poco de *Nitrato de Amilo*, todos conocemos sus efectos vasodilatadores, e inmediatamente, sin pérdida de tiempo, aplicaba la inyección en la vena con resultados sorprendentes. La mayoría de los enfermos se salvan.

Los autores de enfermedades tropicales, especialmente Manson-Bahr, nos habla en su obra de casos palúdicos coleriformes, que casi semejaban al *Cólera Asiático*, pero en ninguno habla del hipo persistente que tuvieron los dos casos a que me vengo refiriendo. Así mismo asegura que en los casos álgidos los Hematozoarios se encuentran en abundancia en el torrente circulatorio, y para éstos, como ya lo manifesté, resultaron negativos los exámenes del laboratorio

Conclusiones: 19—El único síntoma en favor de la infección palúdica se encuentra al iniciarse la enfermedad; fríos y calenturas, 10 o 15 días antes de su ingreso a "La Policlínica". Es de suponerse que los enfermos por su propia cuenta hayan tomado la quinina, ya que el diagnóstico del laboratorio resultó negativo por *Malaria*. Fue así como no se pensó en ella en el momento, por otra parte, era urgente tratar ante todo el estado general del paciente para salvarlo y hacer después un estudio más completo y concreto del caso.

29—El hipo persistente durante todo el día y la noche y por espacio de una semana no respondió a ninguno de los tratamientos aconsejados. El efecto de la *Quinina*, no obstante de ser aplicada por la vía intramuscular y a dosis pequeñas, demasiado pequeñas para una infección tan fuerte y de tanta duración, dio un resultado sorprendente e inesperado, porque el enfermo mejoró después de la primera inyección y se curó totalmente después de la cuarta. Con los antecedentes del enfermo y con el resultado indiscutible del tratamiento por la *Quinina*, es de suponerse el origen palúdico del síntoma hipo de que me ocupo en este pequeño trabajo.

Otro caso interesante observado un mes después

La enferma A. N., de . . . de edad, ingresó a La Policlínica el día 7 de septiembre de 1932, a las 12 y 30 p. m. Temperatura bucal, 38 y 6 décimas. Examen de Sangre, positiva. Plasmodium Falsiparum, formas jóvenes.

Antecedentes: La enferma manifiesta sentirse mal desde esa mañana. Escalofríos, fiebre. Diarrea, número de asientos incontables desde en la mañana, con vómitos. Hipo, pero con intermitencia. A su ingreso hizo un asiento más.

Tratamiento: Hecho y comprobado el diagnóstico bacteriológico por paludismo, se aplicó la primera dosis de *Quinina*,