

Nociones Generales sobre el Paludismo

Por el Dr. Carlos Floriani.

Frente a un proceso infeccioso, acompañado de *escalofríos*, *fiebre*, *sudores*, en forma de accesos *intermitentes*, debemos pasar en revista las causas etiopatogénicas capaces de determinarlos:

- I) paludismo;
- II) Supuraciones internas; absceso de hígado, paranefritis purulenta;
- III) Séptico-piohemia
- IV) Séptico-piohemia puerperal
- V) Endocarditis lenta ulcerosa
- VI) Colelitiasis
- VII) Neumonía con temperatura intermitente
- VIII) Tuberculosis
- IX) Gripe
- X) Fiebre tifoidea, en el período de defervescencia
- XI) Fiebre ureteral y renal
- XII) Meningitis cerebro-espinal epidémica.

Clínicamente nos inclinamos a considerar como paludismo el proceso y a estudiar si éste pre-

senta los caracteres *inconfundibles* del acceso malárico, el cual se caracteriza fundamentalmente por lo siguiente:

a) Es precedido durante 2, 4, 6 horas por malestar general, cansancio, cefalalgia, etc.

b) Su desarrollo clásico consiste en la sucesión de los períodos de escalofríos, calor, sudor, —En el paludismo los escalofríos y los sudores son exageradamente acentuados. — El primero es solemne e impresionante, y en cuanto al segundo es tan intenso, que llega a emparar las sábanas, colchones, llegando hasta mojar el suelo;

c) La forma de aparecer es rítmica, a una misma hora, cada 3 o 4 días (según sea una terciana o una quartana). Pueden sucederse accesos más repetidos en casos de paludismo donde evolucionan dos o más generaciones. La intermitencia puede faltar si varias genera-

to adecuado a su caso *secundum artem*: sueros hemostáticos, etc. La condición del paciente no permitía practicarle la espienectomía que era lo indicado y entonces se recurrió al suero botrófico cohibiendo como con la mano la hemoglobinuria'; habiendo también desaparecido la ascitis en pocos días, mejorándose la condición sanguínea, Las inyecciones de extracto de hígado y la Ventriculina oral así como la dieta y otros trata-

mientos a base de hierro, arsénico y estriquina hicieron de este paciente, un cambio maravilloso.

BIBLIOGRAFÍA

APPARENT CURE OF PURPURA HAEMORRAGICA WITH BOTHROPIC ANTIVENIN. K. P. A. Taylor M. D. United Fruit C9 Hospital, Quirigua, Guatemala. Página 1942 of Seventeenth Annual Report, Medical Department.

ciones cabalgan la una sobre la otra;

d) La duración total del acceso febril oscila entre 9 y 18 horas, alcanzando más horas en la subintrante;

e) Los accesos se repiten en la misma forma y son de igual duración. Por lo tanto los períodos febriles se repiten de igual forma;

f) En los intervalos entre acceso y acceso, hay *apirexia* completa u ocupados por una ligera febrícula;

g) Durante estos intervalos, *todos* los fenómenos concomitantes que constituyen el acceso palúdico (taquicardia, adinamia, mal estar general, etc.) *desaparecen completamente*, volviendo a un estado de salud *normal*.

El ritmo es señalado por el inicio de la fiebre.

De cada tipo febril derivan otros tipos secundarios, siempre que se desarrollen contemporáneamente varias generaciones de la misma especie parasitaria. Si evolucionaran espe-

cies *diferentes* estaríamos frente a un paludismo *mixto*.

Ahora bien, *ninguno* de los procesos señalados anteriormente presentan los caracteres del acceso palúdico. En efecto, el tipo febril de todos ellos, *no* se sucede en forma tan matemática y rítmica como en el paludismo. Las elevaciones térmicas se repiten en forma *irregular*. Los accesos siempre iguales en el paludismo, son *desiguales* en los restantes procesos. Las elevaciones térmicas en éstos, pueden oscilar de un día para otro.

Durante los intervalos de los accesos, la temperatura puede llegar a la normal y también por debajo de ella, pero tal apirexia es completamente *irregular*, pues si bien un día es completa, otro, puede permanecer la temperatura alrededor de 38<?, no habiendo *nunca* ningún *retroceso* de los fenómenos concomitantes, no volviendo por lo tanto al estado de salud transitoria.

Tanto en los *abscesos* del hígado como en las paraneftitis

purulentas, existen fenómenos locales característicos, predominando en los mismos el *dolor*. En la *endocarditis ulcerosa lenta*, hay alteraciones cardíacas (debilitamiento de los tonos, soplos, palpitaciones, etc.) con posibles *embolias cutáneas o retinianos*.

En la *colecistitis*, la temperatura intermitente se instala casi siempre después de los ataques.

En la *neumonía*: fenómenos locales característicos;

En la *tuberculosis pulmonar*: ídem;

En la *F. Tifoidea*: los antecedentes semanales inmediatos del proceso;

En la *F. ureteral y renal*: además de la irregularidad térmica, las alteraciones urinarias concomitantes;

En la *meningitis cerebro espinal epidémica*: en determinados casos prolongados la curva térmica adopta el tipo pseudo-palustre, pero los antecedentes del proceso, el examen clínico y humoral (en especial del L. C. R.) son suficientes para sentar el verdadero diagnóstico.

Una vez diagnosticada clínicamente una fiebre palúdica nos queda por determinar a qué tipo fundamental pertenece, es decir, si se trata de una *terciana benigna, quartana, terciana maligna*, o bien una *perniciosa*.

a) *Terciana benigna*. — Producida por el *Plasmodium vivax*.

Caracteres de los accesos:

- 1) Se produce cada 48 horas;
- 2) El escalofrío es *intenso y rápido*, pero *no* tanto como en la quartana;

3) El ascenso térmico es *menos* prolongado que en la quartana, y *menos* alto;

4) Duración total del acceso: de 8 a 15 horas;

5) La fiebre aparece por lo común en las horas del medio día (de 10 a 15 horas). El día intermedio *no* es completamente apirético, estando ocupado por pequeñas elevaciones térmicas (37,29 a 37,5°).

6) La periodicidad es menos perfecta;

7) La intensidad febril se mantiene menos constante, pudiendo la fiebre declinar de paroxismo o bien de golpe.

Puede tratarse de una terciana simple o doble (accesos cotidianos).

b) *Cuartana*. — Producida por el *Plasmodium Malariae*.

Caracteres de los accesos:

- 1) Se producen cada 72 horas;
- 2) El escalofrío es *violento y fuerte*;

3) Temperatura *más* elevada que en la terciana;

4) Duración total del acceso: de 6 a 12 horas;

5) Durante los intervalos la *apirexia es completa*;

6) Los epifenómenos son *es*, casos y más atenuados que en la terciana.

La quartana es factible de ser simple, doble o triple,

c) *Terciana maligna*. — Producido por el *Plasmodium precox*.

Caracteres de los accesos:

- 1) Se suceden cada 48 horas;
- 2) Precedidos por prolegómenos más acentuados: cefalalgia, dolores óseos, malestar general;

- 3) Escalofrió *no* acentuado;
 4) Temperatura entre 39° y 40°
 5) Generalmente el tipo de terciana maligna responde al subtipo de *subintrante*, caracterizado por la siguiente curva térmica: Una vez alcanzada la máxima, la temperatura decae 1.5 a 2 grados, para luego ascender aproximándose a la graduación de antes, siendo seguido por un descenso paulatino hasta por debajo de la normal, poniendo fin al acceso. De ahí que exista una pseudo-crisis que corresponde al descenso pre-crítico, y una verdadera crisis. Esta forma *subintrante* es debida al cabalgamiento de dos accesos, diferenciándose de la *terciana maligna simple*, en que los accesos en ésta son mucho menos prolongados y los intervalos más espaciados, siendo producida por una sola generación.
 6) Como al hablar de *terciana maligna*, se involucra casi siempre el tipo *subintrante*, la duración de accesos se refiere a este último, siendo de 36 h. a 40 horas. Después de pocas horas (8 a 12) nuevamente se inicia el ascenso térmico.
 7) Los epifenómenos que acompañan a esta forma de *terciana maligna*, son siempre *más graves*, con manifestaciones de

pronunciada infección general.

8) Cuando los dos accesos que forman la *subintrante* son debidos a dos generaciones muy activas, o bien cuando se trata de más generaciones, los accesos llegan a fundirse uno con el otro, determinando la constitución de una nueva forma clínica: la *subcontinua*, caracterizada por la sucesión de pequeñas oscilaciones del carácter subcontinuo.

En resumen, la terciana maligna puede adoptar las siguientes formas clínicas: *terciana maligna simple*, *terciana maligna doble* (los accesos se suceden todos los días, determinando una forma cotidiana), *terciana maligna subintrante*, *terciana maligna subcontinua*.

Diagnóstico diferencial de la terciana maligna *subcontinua*:

A) Con la f. tifoidea: puede suceder que tratándose de una f. tifoidea, se piense en un paludismo, o viceversa. Los siguientes datos nos ayudarán a diferenciar tales procesos:

a) Esplenomegalia: Tanto el bazo *palúdico* como el *tifoideo*, no se diferencia por la sensibilidad sino por la *consistencia*: — *Duro* en el paludismo, *blando* y *depresible* en la *tifoidea*. Además, en el paludismo, el aumento se hace en dirección al pubis,

mientras que en la f. tifoidea, hacia el ombligo.

b) Pulso dicroto con bradicardia relativa en la f. tifoidea;

c) Palidez "malárica";

d) Borde gingival de las encías, poco tumefacto y más bien pálido en la terciana.

e) Con la f. ondulante: esplenomegalia *no* tan acentuada: Reacción de Wright o de Huddleson.

f) *Perniciosas*. — Generalmente producidas por el *Plasmodium Precox*, aunque los otros hematozoarios son capaces de producirlas.

Hay que sentar el concepto de *acceso pernicioso* y el de *Paludismo pernicioso*. El primero involucra las manifestaciones de perniciosidad que *solamente* acompañan al acceso, mientras que el segundo, se refiere a *toda la enfermedad en sí*.

La perniciosidad está regida por la gravedad marcada de los síntomas generales y la inmensa perturbación de determinados sistemas de la economía.

Siguiendo la ya centenaria clasificación de Torti, las perniciosas se dividen en dos grandes grupos. Las *solitarias* y las acompañadas (o *Comitatae*). En las primeras son los fenómenos de orden general los que dan la fisonomía a la enfermedad, mientras que en las segundas se caracterizan por los trastornos funcionales de un determinado órgano importante. El tipo febril de las solitarias es el *subcontinuo*; el de las acompañadas el *intermitente*.

Las solitarias comprenden las siguientes formas clínicas: *Tifoidea*, *neumónica*, *biliosa*.

Las acompañadas: *colérica*, *hemorrágica*, *cardiálgica*, *diaforética*, *sincopal*, *álgida*, *letárgica*, *disentérica*.

Caracteres de la subcontinua tifoidea. — Iniciación rápida, con escalofrío y fiebre alta (40).

o acentuación del estupor de la cara, lo mismo de la sequedad de la lengua y las fuliginosidades de los dientes.

Borde digital pálido y con epitelio en necrosis.

Comportamiento variable del pulso.

Exantemas diversos.

Mirada apagada, con ligero tinte subictérico desde el principio.

Diarrea no constante.

Esplenomegalia, alcanzando a veces grandes dimensiones.

Puede haber delirio desde los primeros días de la enfermedad.

Hepatomegalia, con subictericia.

Leucopenia con *monocitosis*.

Widal negativa.

Caracteres de la subcontinua neumónica. — En realidad se trata de una congestión pulmonar.

De un día para otro puede cambiar de sede y de extensión y hasta desaparecer de improviso.

A la congestión le sigue a menudo el edema pulmonar.

Es una forma rara.

Caracteres de la subcontinua biliosa. — Parecida a la tifoidea, agregándose la presencia de *dolores* al hipocondrio, y en el epigastrio, *vómitos*, *diarrea*, *ictericia*.

Se debe diferenciarlas de: la ictericia febril o morbus de

Weil; tifoidea o paratifoidea graves; septicemias; fiebre amarilla.

En todas las formas clínicas del paludismo —salvo en algunas perniciosas— hay una leucopenia con monocitosis, además de la presencia del plasmodio originario del tipo febril. En algunas perniciosas existe una leucocitosis.

Paludismo crónico. — El concepto de paludismo agudo y crónico *no* se refiere al tiempo de evolución sino a las manifestaciones clínicas de uno y de otro. (Destéfano).

La malaria adquiere caracteres de cronicidad a consecuencia por lo menos de un número más o menos numeroso de *recidivas*.

La misma se encuentra ligada ordinariamente a la *terciaria maligna* o a manifestaciones de malaria mixta.

La causa más importante es la *cuta insuficiente*.

Los síntomas más importantes son:

- a) Anemia;
- b) Accesos febriles;
- d) Esplenomegalia y hígatomegalia;

d) Alteraciones funcionales a cargo de determinados aparatos de la economía.

a) *Anemia.* — Disminución de glóbulos rojos y de la Hemoglobina 4 a 1.000.000 de glóbulos rojos.

Leucopenia con mononucleosis.

Pigmento en los glóbulos blancos.

b) *Esplenomegalia.* — Gran aumento Avanza del hipocondrio izquierdo hacia el ombligo y pubis. A veces para la línea media en dirección a la derecha. Movilidad de este "Tumor de bazo." Dureza franca. Poco dolor.

índice esplénico. — Es la relación entre el número de sujetos *esplenomegálicos* y la to-

alidad de los habitantes de una región.

c) *Accesos febriles.* — Irregulares. Accesos aislados o agrupados.

d) *Alteraciones funcionales de determinados aparatos.* — Circulatorio: Presión baja. Palpitaciones. Soplos sistólicos.

Respiratorio: Disnea. Dolores más o menos fuertes en el costado izquierdo. Catarro bronquial o pulmonar.

Digestivo: Anorexia, Dispepsia. Constipación, Diarrea, Meteorismo.

Renal: Urobilinuria. Albuminuria.

Caquexia palúdica. — A los síntomas descritos anteriormente se le agregan el aumento de todos ellos, más la pre-

sencia de *edemas, emaciación total, gran anemia, desaparición de la monucleosis, persistiendo la leucopenia, ausencia de hematozoarios en la circulación.*

Paludismo latente. — Ascolilo define de la siguiente manera: "Debe entenderse aquel estado en que un sujeto alberga seguramente el hematozooario malárico, mostrando a intervalos en la sangre pocas formas en sus varias fases de desarrollo, o no muestra ninguna, ocasionando daños que pueden pasar inadvertidos o bien representados por disturbios pasajeros o enmascarados por otras enfermedades, pudiendo en cualquier caso ir a la determinación de inconfundibles accesos específicos a consecuencia de la intervención de alguna causa provocadora."

Perniciosas	Solitarias	Tifoidea Neumónica Biliosa
	Acompañadas (Comitate)	Colérica Disentérica Hemorrágica Cardiálgica Diaforética Síncopal Álgida Letárgica Meningítica Tetánica
Paludismo crónico Caquexia palúdica Paludismo latente		

-Del Día Médico.