

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

Guatemala, C. A.



**CONTRIBUCION
AL TRATAMIENTO DEL PALUDISMO
CON EL A. T. P.**

TESIS

Presentada a la Junta Directiva

de la

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

de la

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

por

CARLOS RENE DARDON D.

Interno del Hospital de Tiquisate. Ex.interno de los Servicios
Antivenéreo. Casa de Salud de Señoras, Maternidad,
Ginecología, Tercera Cirugía de Hombres del
Hospital General.

en el acto

de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Enero de 1947.

INTRODUCCION

El plan de este trabajo se reduce a tres partes:

- 1o.—Estudio Clínico completo, aunque resumido, de los cuadros clásicos de Paludismo.
- 2o.—La Técnica del Tratamiento con el A. T. P.
- 3o.—Observaciones clínicas de los casos tratados.

PALUDISMO

DEFINICION.—El paludismo llamado también Malaria es una enfermedad, producida por parásitos animales del grupo de los protozoarios pertenecientes al género Plasmodium y transmitida por la picadura de insectos hematófagos del género Anófeles. Clínicamente se caracteriza por accesos febriles, anemia y esplenomegalia.

BREVE BOSQUEJO HISTORICO.—El paludismo se conoce desde la época de Hipócrates, no solamente en su aspecto de fiebre sino también se llegó a conocer la esplenomegalia en los casos de paludismo crónico. En la época del Imperio Romano la enfermedad causó grandes estragos en la campiña de Roma. Celso y Galeno dejaron descripciones bastante detalladas de la enfermedad. En los siglos XVI y XVII se dieron descripciones muy exactas de la Malaria y con la conquista de América se introdujo en la Farmacología el uso de la quina de la que posteriormente se extrajo la quinina. En el año de 1880 descubrió Laverán el parásito del Paludismo en el interior de los eritrocitos de enfermos de Malaria. Manson juzgó por la analogía con otros hemoparásitos y por seguros hechos epidemiológicos, que ciertas especies de mosquitos eran los agentes que extraían el parásito del cuerpo humano y constituían el medio en el que se efectuaban los cambios biológicos necesarios al parásito para su reingreso en el cuerpo humano. Ross estableció definitivamente la exactitud de esta hipótesis demostrando que el mosquito no solamente extrae el parásito del cuerpo humano sino que también lo transforma (ciclo sexuado) en el mismo; estos descubrimientos han conducido a medidas prácticas para su profilaxia que están llenas de promesas para el porvenir.

ETIOLOGIA.—El paludismo se encuentra extendido en todas las regiones del planeta, pero con mayor frecuencia y gravedad en los países intertropicales especialmente en aquellos en que las lluvias son muy abundantes y periódicas. Dicha endemia se le encuentra con períodos de exacerbación alternando con períodos de decrecimiento. En la actualidad parece que se encuentra en la mayoría de los países en un período de decrecimiento, tanto por la lucha emprendida contra ella en todo el mundo civilizado, así como también porque los estudios epidemiológicos han demostrado que a través de los tiempos la virulencia de los distintos gérmenes microbianos puede atenuarse o exaltarse, según circunstancias todavía no investigadas; por esas razones es que disminuye cada vez más mientras que hace solamente medio siglo existía en todas partes en grandes cantidades; pero no por eso se pueda pensar que es una enfermedad que vaya a desaparecer, pues sería suficiente que variaran la vida social y económica de los pueblos para que nuevamente adquiriera el paludismo gran incremento. Con la 2a. guerra mundial, ha aumentado el peligro de dicha enfermedad para todos los habitantes del planeta; el movimiento de tropas, desplazamiento de poblaciones y nuevas con-

diciones de vida de los pueblos, han determinado una diseminación de la enfermedad, antes limitada a ciertas zonas continentales. Por añadidura, en los trópicos la polvareda bélica ha aventado infecciones que un día fueron solamente temas de estudio para la medicina tropical y que como el Paludismo se han convertido en una de las mayores amenazas de la Humanidad y no es de extrañar por tanto que un reciente editorial del «Journal of the American Medical Association» reconozca la malaria como la enfermedad más difundida del planeta, causando ochocientos millones de casos anuales, sin poder ser suprimida sólo por medidas de ingeniería sanitaria. Otro factor epidemiológico actual es que desde las principales metrópolis del Continente americano se puede ir en unas 60 horas por vía aérea a cualquier lugar del mundo y como las mayores rutas aéreas pasan por zonas intertropicales situadas en los demás continentes, existe el peligro de un transporte rápido de los mosquitos vectores del paludismo o sean los temibles anófeles. Se ha comprobado la traida accidental por avión de diversas clases de anófeles y las epidemias anteriormente existentes, se han transformado en epidemias al trasladarse estos vectores potenciales de paludismo de una a otra área. De ahí que para combatir esta amenaza, las naciones americanas reunidas en Río de Janeiro en 1942, acordaron entre otros proyectos una activa campaña antimalárica y en esa obra deben servir de inspiración las palabras, hoy de vibrante actualidad, de Sir Ronald Ross: «Quien se dedica a trabajar en el tratamiento del paludismo, debe recordar que es un soldado en una de las más grandes cruzadas, la que tiene como finalidad conquistar los trópicos para la Humanidad».

PARASITOLOGIA.—El agente del paludismo está constituido por varias especies del género Plasmodium, familia de los plasmódidos, suborden de los hemosporidios, orden de los Telosporos, clase de los Esporozarios, tipo Protozoos.

Las especies que se distinguen son diferentes desde el punto de vista morfológico así como por las formas clínicas a que dan origen.

El agente de la malaria terciana es el Plasmodium vivax; el de la malaria cuartana es el Plasmodium malarie y el de la malaria tropical, el Plasmodium falciparum. Cada uno de los cuales da lugar a las formas diferentes de paludismo clínico, llamadas fiebres tercianas, cuartanas y paludismo tropical.

CICLOS REPRODUCTIVOS DEL PARASITO.—El parásito se reproduce siguiendo 2 ciclos: el asexuado o esquizogónico y el sexuado o esporogónico. Comenzando por la forma más joven, se llaman esporozoitos las formas de parásito que atacan los hematíes, creciendo a expensas de la hemoglobina y al alcanzar la madurez se desarrollan en:

- a) Esquizontes o en
- b) Gametocitos.

Ciclo asexuado o Esquizogonia: El Esquizonte que infecta un glóbulo rojo está constituido por una pequeña masa protoplásmica encerrando un núcleo provisto de nucleolo. El esquizonte crece, adquiere pigmento y en cierto momento divide su núcleo, cada núcleo secundario se rodea de protoplasma y constituye un merozoito. Los merozoitos al romper la envoltura del corpúsculo sanguíneo quedan libres en el plasma y pueden penetrar en nuevos hematíes y el ciclo recomienza. Así termina el ciclo asexuado o esquizogonia y así se efectúa la multiplicación del parásito en el huésped vertebrado.

Ciclo sexuado o Esporogonia: En un momento dado de su evolución ciertos plasmodios parecidos a los que van a dar rosáceas se diferencian en elementos sexuados llamados gametocitos que tienen forma de semiluna, hay machos y se llaman microgametos y hay hembras y se llaman macrogametocitos. Estos elementos se hallan en la sangre humana pero su evolución ulterior no puede hacerse sino en el cuerpo del mosquito (estómago del mosquito). El gametocito masculino o microgametocito da origen por flagelación a gametos machos, que fecundan al macrogameto dando origen al huevo o cigoto que adquiere propiedades locomotoras y se transforma en oocineto. El oocineto atraviesa la pared del tubo digestivo del mosquito y se transforma en oocisto; este oocisto da origen a células hijas, llamadas esporozoitos o bastones germinales de Ross y las pone en libertad al romperse, quedando en la cavidad general del mosquito. Un tactismo especial las conduce a las glándulas salivares del mosquito con cuya secreción y en oca-

siones oportunas son inyectadas en la sangre del hombre; penetran los hemoties y transformándose en esquizontes recomienza el ciclo. La fiebre estalla 10 a 12 días después de picado el sujeto.

MOSQUITOS TRANSMISORES.—La transmisión de la enfermedad al hombre se verifica exclusivamente por el género de mosquitos llamado Anófeles, pertenecientes a la familia Culicidos. Los machos son inofensivos porque son fitófagos y no pican al hombre, en cambio las hembras son las peligrosas y transmisoras de la enfermedad. Desde el punto de vista epidemiológico es de gran interés conocer las costumbres de estos insectos; durante el día acostumbran esconderse en lugares oscuros entre arbustos, matorrales, etc., y al anochecer, en la hora del crepúsculo, vuelan y se mueven activamente, picando al hombre cuando permanece quieto y rara vez en movimiento. En los trópicos y en días nublados y oscuros pueden aun picar de día; huyen y se esconden durante los días lluviosos y de fuerte viento; el vuelo de los anófeles nunca es largo, pero el viento puede llevarlos a grandes distancias. Depositan sus huevos en aguas claras y limpias; pero hay especies que los depositan en aguas sucias y cenagosas, bastando una pequeña cantidad de agua para que coloquen sus huevos como la que se puede recoger en una hoja grande de una planta cualquiera. Es indispensable para que se efectúe la transmisión de la malaria la presencia del anófeles, sin anófeles no hay malaria; pero como el anófeles tiene que infectarse para ser contagioso, y esto lo hace en el hombre enfermo de paludismo, podemos también afirmar que donde no haya sujeto que padezca paludismo, aunque haya anófeles, tampoco hay malaria.

PATOGENIA.—Hasta hace poco se creía que todo el drama palúdico se efectuaba exclusivamente en la sangre, es decir que los esporozoitos inoculados por la picadura del anófeles penetraban solamente en los glóbulos rojos; se sabe ahora que los esporozoitos invaden primero las células del tejido Reticulo-Endotelial donde efectúan una esquizogonia análoga a la de la sangre; de manera que las primeras generaciones son de merozoitos histótropos, pero en cierto momento algunos invaden la sangre y estos merozoitos hematótropos dan lugar a la esquizogonia sanguínea. De manera que el ciclo asexual o esquizogónico del plasmodio tiene 2 fases: 1a.) Una forma monogónica primaria, apigmentada, exoeritrocítica que se origina en los esporozoitos inoculados por el mosquito, y que se desarrolla en las células del Sistema Reticulo-endotelial y otra 2a. fase monogónica, secundaria, pigmentada, eritrocítica que tiene su origen en los merozoitos hematótropos de la 1a. fase.

La fase primaria es la que mantiene la infección, pues la esquizogonia sanguínea se agota en breve plazo, sea espontáneamente, sea por la acción de los medicamentos antipalúdicos; las recidivas serían debidas a la formación en gran número de nuevos merozoitos hemotrópos. Después de un número variable de años se extingue la actividad reproductiva del parásito y se produce, en algunos casos, la curación espontánea de la infección, el sujeto deja de ser un palúdico. Esta evolución espontánea hacia la curación por agotamiento de la infección es un hecho aceptado. Es rara la supervivencia de la infección más allá de unos 5 años. Se cree que la ruptura del glóbulo rojo parasitado pone en circulación una gran cantidad de toxinas y son las responsables de la fiebre; pero otros creen que son los plasmodios directamente los que originan dichas toxinas y que son puestas en libertad en el momento de la esporulación de estos organismos. El escalofrío lo explican algunos autores diciendo que se debe a una ruptura del equilibrio térmico con el medio ambiente, es decir, que si la temperatura del sujeto sube y si la del medio ambiente es fresca, el paciente sentirá escalofrío de mayor o menor duración e intensidad, pero esta sensación de frío es solamente subjetiva, pues si se tiene la curiosidad de tomar la temperatura del sujeto en el momento máximo del escalofrío se encuentra ya varios grados por encima de lo normal. La fiebre se sostendrá hasta que hayan sido eliminadas las toxinas causantes de la elevación térmica lo que sucede al cabo de algunas horas.

La esplenomegalia posiblemente es en parte explicada por la hiperplasia de los tejidos de defensa encargados de destruir y metabolizar los parásitos (Bazo, hígado y en general todas las células móviles como fijadas del Sistema Reticulo-endotelial. La pigmen-

tación) y la máscara palúdica se deben al déficit hemoglobínico y a la fijación de 3 pigmentos: un pigmento específico (pigmento malarico y dos derivados del metabolismo de la hemoglobina: la hemosiderina o pigmento octe y la hemobilirubina o pigmento amarillo).

La periodicidad de los accesos se debe en parte al ciclo evolutivo más o menos fijo de los parásitos y a propiedades fisiológicas del cuerpo humano que tienden a destruir los parásitos.

ANATOMIA PATOLOGICA.—Los órganos lesionados encontrados en las autopsias de enfermos muertos de paludismo son: el bazo se encuentra aumentado de volumen, este aumento está en relación con la duración y con el tipo de paludismo padecido por el enfermo. Los bazos mayores se encuentran en sujetos que han padecido paludismo estivo-otoñal. El color que presenta el órgano es rojo oscuro, la superficie de corte varía de color, llegando casi al color negro, en algunas ocasiones, a causa de la gran cantidad de pigmento. La pulpa es muy blanda y al examen microscópico se encuentran los vasos engrosados y la luz obliterada por la enorme cantidad de parásitos, y los frotos y extensiones de la pulpa muestran la cantidad colosal de parásitos que existen en el bazo.

El hígado se encuentra también aumentado y congestionado y su coloración varía según la cantidad de pigmento que contiene. Al examen microscópico se encuentran muchos capilares llenos de parásitos y de pigmento. Los riñones aparecen congestionados y con pequeñas hemorragias medulares muy a menudo. Los capilares al examen microscópico, aparecen también llenos de parásitos y lesiones más o menos grandes pueden también apreciarse en el sistema tubular.

El aparato circulatorio es de los órganos más afectados por la malaria. Todos los capilares del cuerpo contienen parásitos y pigmentos y muchos están obstruidos en gran extensión. Las propias células endoteliales de los vasos, contienen también parásitos y pigmentos, y esta lesión vascular condiciona y explica gran parte del cuadro clínico presentado por los enfermos.

La médula ósea aparece modificada en su color, está congestionada y oscura y al examen microscópico aparecen las vasos repletos de parásitos y de pigmento. El cerebro sobre todo en aquellos sujetos que han presentado cuadro clínico cerebral, aparece con un color gris típico, debido a la gran cantidad de parásitos y pigmento que obstruyen los capilares.

El aspecto del cadáver llama la atención por el color de la piel, aceitunado, debido a la anemia y a la pigmentación.

La sangre presenta las siguientes modificaciones: reducción de los eritrocitos, y de hemoglobina, causando esto una gran anemia microcítica e hipocrómica. Cada paroxismo produce una destrucción de glóbulos rojos y una notable disminución de la hemoglobina. Los leucocitos aumentan para después disminuir produciéndose leucopenia con monocitosis.

SINTOMATOLOGIA.—Habiendo 3 clases de plasmodios hay formas clínicas de paludismo diferentes. Describiré por lo tanto 3 formas que son: la producida por el *Plasmodium vivax* que es la malaria terciana; la producida por el *Plasmodium malarie* que da la malaria cuartana y la producida por el *Plasmodium falciparum* que origina la malaria tropical.

SINTOMATOLOGIA DE LA MALARIA TERCIANA.—El acceso palúdico está formado de 3 períodos que son: el período de frío, el período de calor y el período de sudor, dichos períodos son seguidos por una fase de apirexia absoluta o relativa. La duración e intensidad de los períodos varían considerablemente, cuanto más intenso es el frío, más elevada es la temperatura y más profuso el sudor. Tales ataques con intervalos de apirexia bien marcados se denominan fiebres intermitentes.

En las regiones tropicales como lo es Tiquisate es muy frecuente esta forma de infección. Los accesos palúdicos pueden ser cada 48 horas (terciana simple) pero también pueden ser cotidianos (terciana doble o duplicada, por haber 2 generaciones febrígenas de parásito en diferente fase evolutiva). Los accesos estallan poco antes o después del medio día.

Período premonitorio. Antes de establecerse el escalofrío y a veces varios días antes que estalle la enfermedad pueden aparecer síntomas más o menos vagos como son: lasitud, dolores erráticos en los huesos o en las masas musculares, cefalea, anorexia, trastornos dispépsicos hasta que se inicia el acceso típico que se inicia con el escalofrío.

Período de frío: El escalofrío es violento y de corta duración, la sensación de frío se extiende a toda la superficie del cuerpo, siendo tan intensa que causa castañeteo de los dientes y el sujeto tiembla de pies a cabeza. El sujeto busca la cama, se encoge y procura cubrirse con todas las mantas y ropas que tiene a la mano. La piel, los labios y las uñas presentan una coloración azulada. La faz está pálida y contraída y la superficie del cuerpo presenta el característico aspecto vulgarmente llamado «carne de gallina». Si se toma la temperatura en este período se encuentran ya varios grados por encima de lo normal; el pulso oscila entre 110 y 140 pulsaciones por minuto.

Período de calor: El escalofrío disminuye poco a poco dejando una sensación de calor que se va intensificando gradualmente. Llega un momento en que el calor es intenso con congoja febril. Las mantas que eran tan ansiadas antes, son apartadas ahora. La temperatura asciende a 40° o más, la cara se congestiona y el sujeto presenta, un color rojo intenso; la piel está caliente, quemante y seca; el pulso sigue acelerado, lleno y saltón; el enfermo se queja de cefalea, sed intensa y malestar general. Algunos sujetos se quejan ya desde el primer ataque, y otros en los ataques sucesivos, de dolor en el hipocondrio izquierdo a nivel del bazo que no solamente duele sino que también aumenta de volumen; al principio la tumefacción desaparece en los intervalos, pero tiende hacerse más o menos crónica si los accesos se repiten. Este período de calor dura más o menos de 4 o 8 horas.

Período de Sudor. Este período se prolonga por varias horas y varía desde una ligera transpiración hasta sudores intensos, que mojan y calan las ropas de la cama, con la aparición de este período la fiebre disminuye, el sujeto se siente mejor y se duerme en un sueño reparador, después del cual se siente un poco lánguido pero capaz de emprender sus ocupaciones habituales. La temperatura es subnormal y continúa así hasta la aproximación de un nuevo acceso.

Los accesos se presentan corrientemente por la mañana con mucha más frecuencia que por la tarde y casi nunca por la noche, sucediendo que cuando la enfermedad es incipiente, durante los primeros ataques se adelanta cada uno, un poco sobre la fecha del anterior, pero cuando la enfermedad lleva bastante tiempo de existir, los ataques tienen tendencia a retrasarse.

Examinando la sangre periférica durante el período de frío o al principio del período de calor se encuentran las formas en rosácea o en margarita y los pequeños esquizontes que han quedado ya libres en parte, penetran los glóbulos rojos para recorrer su ciclo evolutivo. Como dije antes los accesos palúdicos pueden efectuarse cada 48 horas, es decir en los días 3, 5, 7, de enfermedad, esta forma se llama terciana simple y se debe a que en la sangre del enfermo evoluciona una sola generación de parásitos y se llama terciana doble o duplicada, cuando hay dos generaciones febrígenas de parásito en diferente fase evolutiva y entonces el sujeto presenta ataques de terciana todos los días, porque todos los días hay una fase, en que los parásitos quedan libres en la sangre por haber terminado la morulación y reproducción por esquizogonia y los esquizontes nuevos penetran en nuevos glóbulos rojos para seguir su ciclo evolutivo.

La repetición de los ataques febriles de malaria conduce a un aumento considerable del bazo y también del hígado, aunque en menor grado, desarrollándose una anemia muy acentuada en breve plazo y una ictericia más o menos manifiesta y la anemia junto a la ictericia dá una coloración muy particular amarillenta a los enfermos. Al cabo de algunos años se extingue la actividad reproductiva del parásito, produciéndose la curación de la infección, pero no son raros los casos en que los ataques palúdicos reaparecen después de 2, 3 y 4 años en que no habían dado manifestación alguna de ninguna clase; terminan pues por desaparecer, aunque no se traten médicamente y si se tratan insuficientemente desaparecen más pronto, pero para reaparecer con motivo de otra ocasión cualquiera conduciendo eso a la caquexia palúdica que es el resultado de una sucesión de ataques o de una prolongada exposición a las

influencias palúdicas y que se caracteriza por esplenomegalia intensas, anemia, emaciación, piel seca, agotamiento extremo, etc. Los caquéuticos palúdicos tienen una gran significación social, porque crean una decadencia racial, los niños nacidos de estos resultan desmedrados, débiles e incapaces para desarrollar sus actividades tanto corporales como intelectuales; por otra parte tienen una gran significación epidemiológica estos casos crónicos, porque constituyen reservorios de plasmodios donde se infectan los anófeles para transmitir después la enfermedad al hombre sano.

SINTOMATOLOGIA DE LA MALARIA CUARTANA.—Esta forma es producida por el plasmodium malarie. En las regiones tropicales como es Tiquisate, es poco frecuente, debido a que el parásito se desarrolla en mejores condiciones a menores temperaturas, de ahí que sea más frecuente en regiones templadas y aun frías, durante los meses de verano y por eso se dice que la quartana es, relativamente a las otras formas de paludismo, más bien una enfermedad de las zonas templadas que de los trópicos y que aun en las dos zonas su distribución topográfica es muy limitada.

El acceso palúdico de la quartana apenas se diferencia del de la terciana, tiene también los tres períodos: de frío, calor y sudor bien característicos. En la quartana simple los accesos se repiten cada 72 horas, habiendo por consiguiente, dos días totalmente de apirexia. Pero en esta forma también pueden haber dos generaciones febriles de parásito en diferente fase de su ciclo evolutivo y entonces existen dos días seguidos de fiebre con un día libre de ésta, esta forma se llama quartana duplicada o doble; pero excepcionalmente pueden existir tres generaciones de parásitos, y entonces el enfermo, aun estando infectado por parásitos de la fiebre quartana, presenta fiebre todos los días y esta forma se llama quartana triplicada. La quartana se caracteriza además por un gran esplenomegalia más grande que en la terciana benigna. La quartana es tenaz por la repetición de accesos y conduce rápidamente al cuadro de paludismo crónico.

Los accesos de la quartana son de duración más corta; el escalofrío es violento, más penoso y prolongado que en la terciana, la fiebre empieza de inmediato y dura 3 o 4 horas, la sudación es abundante y se prolonga otro tanto. Una complicación muy frecuente en esta forma es la Nefrosis.

SINTOMATOLOGIA DEL PALUDISMO TROPICAL O ESTIVO-OTONAL.—Es producido por el plasmodio falciparum y se extiende a las regiones más cálidas de la tierra y a los distritos intensamente palúdicos en ellas, de ahí el nombre de tropical que se le ha dado a este tipo de infección. Para su desarrollo en el mosquito exige el plasmodio, temperaturas altas que oscilan entre 26° y 28°.

Esta forma es la menos regular y la más proteiforme en sus manifestaciones clínicas. Se admite que su incubación es más corta que la de las anteriores. El escalofrío es menos violento y puede hasta faltar; la fiebre asciende menos bruscamente, pero al llegar a la defervescencia en lugar de remitir y desaparecer, tiene tendencia a quedar como fiebre continua, con remisiones ligeras o grandes, y cuando queda como fiebre continua, es solamente por uno o dos días para remitir después y volverse a elevar cuando apenas ha alcanzado la temperatura normal. También la hora del acceso es variable, pero con frecuencia se presenta en la tarde o en las primeras horas de la noche, prolongándose hasta el amanecer o medio día siguiente (más de 12 horas de duración). Cuando dentro de las 24 horas en que se produce el acceso, los períodos de apirexia son más cortos que los de fiebre, se trata probablemente de una infección por P. Falciparum. La sintomatología subjetiva y objetiva en el paludismo tropical es más acentuada que en las otras dos formas de paludismo; son pues frecuentes los vómitos, diarreas, palpitaciones, insomnio, sed intensa, astenia; además como en esta forma de malaria el período de apirexia dura menos, la piel está más seca y quemante, y por persistir la fiebre el enfermo aqueja disnea, opresión, cefálea intensa, ictericia y anemia.

Esta forma de paludismo origina más frecuentemente los «ataques perniciosos». La perniciosidad se produce cuando en el cuadro clínico sobrevienen síntomas que pueden hacer prever el éxito letal. Tal hecho ocurre por agravación paulatina de una fie-

bre sub-continua, o por la aparición brusca o inopinada de una complicación grave durante uno de los accesos; en el primer caso se tiene la perniciosa sub-continua; en el segundo, los accesos perniciosos.

Entre las perniciosas sub-continuas tenemos las siguientes formas:

Forma Biliaria caracterizada por náuseas, vómitos biliosos, orina y deyecciones cargadas de pigmentos biliares, hepatomegalia, ictericia, etc.

Forma Tifoide más grave, delirio, postración, lengua tostada.

Forma Adinámica, descrita por algunos autores, se caracteriza por astenia, depresión intensa, astenia cardíaca, síncope.

Entre los accesos perniciosos que irrumpen bruscamente y cuya fisonomía depende del territorio vascular que haya sido afectado por las micro-poli-embolias formadas por el acúmulo de parásitos en división. Los accesos perniciosos se dividen en cerebrales y algidos. Entre los cerebrales se encuentran las formas hiperpiréticas, comatosas, delirantes, convulsivas, epileptiformes, encefalíticas, etc. Entre las algidas se describen las formas coléricas, disentéricas, hemorrágicas, sincopales, etc.

SINTOMATOLOGIA DEL PALUDISMO CRÓNICO.—El paludismo crónico es la estabilización de las perturbaciones orgánicas y funcionales producidas por la reproducción del parásito dentro del organismo. Este resultado de infecciones múltiples o de sucesión de ataques conduce a la caquexia palúdica.

El cuadro clínico del Paludismo Crónico se caracteriza por 4 grupos de fenómenos:

1o.—Alteraciones sanguíneas (anemia por *elgocitemia* o *hipocitocromia*, leucopenia, monocitosis).

2o.—Accesos febriles, frecuentes o no, de escasa intensidad por lo general o fiebre irregular.

3o.—Hipertrofia esplénica y hepática (bazo grande y duro, hígado también grande, doloroso, sub-icteria).

4o.—Trastornos funcionales, diversos:

Circulatorios: hipotensión, disnea, soplos sistólicos, palpitaciones.

Digestivos: dilatación gástrica, dispepsia, flatulencia y diarrea.

Renales: edemas (frecuente en la infección por *P. Malariae*).

Nerviosos: astenia, somnolencia, neuralgias, etc.

La piel del palúdico crónico es amarillo terroso, esa coloración es más acentuada en la cara y sobre todo en los pómulos y la frente dando al semblante un aspecto sui generis denominado «máscara palúdica». Un rocío de sudor cubre frecuentemente el dorso de la nariz y el labio superior, la mirada es vaga y triste, el vientre globuloso, la fatiga es fácil.

Los parásitos pueden o no estar presentes en la sangre periférica en el momento de un examen, pero exámenes repetidos los pondrán siempre en evidencia.

EVOLUCION Y PRONOSTICO DEL PALUDISMO.—Esta enfermedad evoluciona con tendencias a recidivas, y se presentan incluso en aquellos casos que parece han sido tratados con el mayor cuidado y más intensamente; además en las regiones tropicales el paludismo es extraordinariamente rebelde a su desaparición en el enfermo y presenta mayor tendencia a la recidiva.

La enfermedad no confiere inmunidad y aun curado el sujeto total y absolutamente, nuevas re-infecciones por picaduras de anófeles infectados provocan nuevos accesos palúdicos en el mismo sujeto y por este motivo, en todos aquellos territorios en donde la malaria es endémica, existen numerosos sujetos atacados de paludismo crónico. Los sujetos que se reinfectan continuamente terminan por agotarse, pierden sus defensas y caen en el estado de caquexia palúdica. La anemia secundaria es muy intensa; si dichos enfermos no abandonan el lugar endémico terminan muriendo en la más extrema debilidad o por una enfermedad intercurrente. Pero si el diagnóstico es exacto y el tratamiento es adecuado, el pronóstico es excelente, ahora si el diagnóstico es tardío en establecerse y el enfermo no es tratado pronto y enérgicamente entonces cambian las circunstancias favorables para la curación. Además, el pronóstico depende del tipo de parásitos del paludismo; pues mientras que las tercianas y cuartanas suelen desapa-

recer fácilmente con tratamiento adecuado, en cambio el pronóstico de las infecciones por *falciparum* debe ser reservado aunque se diagnostique relativamente pronto y el enfermo se someta a tratamiento de modo precoz. Otros factores que intervienen son: la condición individual del sujeto enfermo, su resistencia orgánica, el que tenga lesiones o no en otros órganos o enfermedades crónicas como tuberculosis o sífilis y su sensibilidad a las drogas antimaláricas.

Pero en resumen puede decirse que mientras que la terciana raras veces termina con la muerte, por el contrario la fiebre estivo-otoñal es causa frecuente de muerte en el paludismo.

DIAGNOSTICO DEL PALUDISMO.—Corrientemente, el diagnóstico de un paludismo en actividad y con crisis febriles resulta un problema fácil, cuando se ha podido tomar la temperatura, por lo menos 4 días seguidos y más fácil aún cuando la curva térmica se ha tomado durante más días y ha resultado verdaderamente típica de terciana o cuartana. Pero en las formas atípicas de paludismo y en los casos de fiebre tropical se requiere de modo indispensable, el análisis de sangre para establecer el diagnóstico cierto del paludismo y sobre todo, para esclacer el tipo de paludismo que padece el enfermo. Por otra parte, este examen de sangre es también necesario y hasta forzoso, en casos de fiebres prolongadas, atípicas, de etiología poco clara y que se den en lugares donde exista paludismo o en sujetos que han vivido anteriormente en lugares palúdicos. El examen de sangre positivo de hematozoario es pues concluyente, pero un examen negativo no descarta la posibilidad de una malaria; en estos casos los exámenes deben repetirse en días sucesivos, reiteradamente, para poder demostrar la existencia de infección malárica; otras veces es necesario recurrir a artificios destinados a provocar accesos febriles durante los cuales los plasmodios circulan en la sangre periférica, esto se consigue con inyecciones de adrenalina, con duchas frías, etc.

No se olvidará el examen general del sujeto, la exploración del bazo, el análisis de sangre (fórmula leucocitaria y recuento globular). Tiene también un gran valor, además de los datos anteriores, la anamnesis cuidadosa acerca de la manera de presentarse la fiebre y del modo de sucederse cronológicamente los períodos del frío, calor y sudor.

SEGUNDA PARTE

TRATAMIENTO

Siempre se consideró que la cura radical de la infección palúdica, la «terapia sterilisans magna» debía ser el propósito de la medicina. Pero debemos admitir que tal resultado no puede ser el ideal en todas las circunstancias. La cura, enérgica y radical de un palúdico expuesto a nuevas y frecuentes re-infecciones es completamente imposible. La conducta del médico debe ser diferente, frente a un sujeto palúdico con pocas o ninguna probabilidad de reinfección, que a otro expuesto como ya se dijo, a nuevas y frecuentes reinfecciones. En el primer caso puede obtenerse el buen éxito de una cura radical, manejando con habilidad las drogas antimaláricas conocidas. En el segundo caso, la terapéutica no puede obtener una cura radical, de ahí que bastará conformarse con la desaparición de los accidentes clínicos sin que pueda anularse en forma definitiva el desarrollo de la infección; en otras palabras, no debe tratarse la «infección palúdica» sino la «enfermedad palúdica». Pretender hacer la cura radical en estos sujetos significa no tan sólo un error clínico, sino también económico y hasta sanitario; error económico porque los tratamientos combinados e intensos son onerosos y están en este caso pobremente retribuidos por la situación indefensa en que se deja al paciente; error sanitaria porque como lo han comprobado Clark y Komp en Panamá, las infecciones más intensas y numerosas producidas durante un severo recrudecimiento epidémico, se observaron en las poblaciones donde se había llevado a cabo un tratamiento persistente de todos los casos infectados.

La droga antipalúdica conocida por A.T.P. nos la proporciona la casa Winthrop con el nombre de Metoquina Compuesta.

DESCRIPCION.—El «A.T.P.» es una combinación de 2 medicamentos: atebrina y plasmokino. Cada tableta los tiene en la proporción siguiente: atebrina 0.10 y plasmokino 0.010.

QUIMICA.—La atebrina es el Diclorhidrato de metoxi-cloro-metil-di-etil-amino-acridina, es un derivado de sustitución alcoholamínico de la acridina. Es un polvo amarillo, amargo, soluble en el agua.

La plasmokino es el Clorhidrato de metoxi-metil-di-etil-amino-butyl-aminoquinoleina. Es un polvo blanco insípido.

ACCIONES FARMACOLOGICAS.—La atebrina es esquizonticida, es decir, que destruye los elementos asexuales del parásito. La plasmokino es gametocida, es decir que destruye los elementos sexuales del parásito.

ABSORCION, DESTINO Y EXCRECION.—La atebrina se absorbe bien por el tubo digestivo, se elimina por la orina y por la bilis, pero la fracción que se elimina por la bilis se reabsorbe nuevamente y por lo tanto su eliminación es lenta. En la orina

aparece pocas horas después de administrada pero sigue excretándose durante 2 o 3 semanas después de suprimir la medicación. En el organismo se almacena en el hígado, bazo y sistema retículo-endotelial en donde perturba la esquizogonia histotropa de los esporozoítos impidiendo que pasen a la sangre circulante, pero además destruye a los que ya han pasado a la sangre perturbando a su vez la esquizogonia hematropa. En resumen: la atebrina actúa sobre los 2 esquizogonias, sobre la esquizogonia histotropa que mantiene la infección y que es la responsable de las recidivas ya que origina nuevos merozoítos hemotropos y sobre la esquizogonia hemotropa consecuencia de aquella.

La plasmocina también se absorbe por el tubo digestivo y se excreta por la orina muy lentamente y una medicación continuada puede producir acumulación. Es el antipalúdico gametocida por excelencia. Ya el doctor Ricardo Aguilar Meza ha hecho experiencias en cien casos de sangres positivas de gametos de *Falciparum*, *Vivax* y *Malariae* y ha concluido que los gametos desaparecen en un tiempo relativamente corto que varía entre 2 y 4 días con una dosis diaria de plasmocina de 0.02 a 0.03.

TOXICIDAD.—La atebrina tiene toxicidad muy baja y tiene gran margen de seguridad. Sólo en dosis superiores a la óptima pueden causar náuseas, vómitos, diarreas. Pero aún con dosis terapéuticas no son raros los cólicos abdominales, la cefalea y anorexia. En la piel es frecuente una coloración amarilla que desaparece a los 10 días pero que puede persistir semanas o meses. Colorea también de amarillo el sudor, las lágrimas, secreciones nasales sin que esto sea de importancia; la esclerótica queda intacta contrario a lo que sucede en la ictericia. El tinte predomina en la cara posterior de los brazos, dorso de las manos, pliegues de la piel; en la cara a veces se ve aparecer un anillo dorado alrededor de la boca.

Algunas veces ha originado psicosis transitorias: depresión, manía o delirios, pero esto es raro.

La plasmocina es más tóxica que la anterior y su margen de seguridad es reducido. En dosis superiores a las terapéuticas produce cianosis (por metahemoglobinemia), bradicardia, debilidad, prostración, midriasis, somnolencia y coma. Las dosis terapéuticas pueden aun causar trastornos digestivos: náuseas, vómitos, cólicos y diarrea.

VALOR TERAPEUTICO

La atebrina es esencialmente esquizonticida pero también destruye los gametos en las formas terciana benigna (*P. vivax*) y cuartana (*P. malariae*). Ineficaz para destruir los gametos de la forma terciana maligna o tropical (*P. falciparum*). Disminuye la proporción de recidivas mas que otros antimaláricos así como tiene mas éxitos de curación.

Puede usarse en el embarazo avanzado cuando la quinina está contraindicada pues, no es ocitócica. Se prefiere en la malaria hemolítica. La plasmocina es el gametocida de las 3 especies de plasmodios y en pocos días (2 o 4) desaparecen de la sangre del sujeto como lo prueban las experiencias del Dr. Aguilar Meza en cien sangres positivas de gametos de las 3 variedades de plasmodios.

Puede también administrarse en embarazadas sin ningún peligro así como en la malaria hemolítica.

Contra-indicaciones:

Son pocas las contra-indicaciones de la atebrina y plasmocina, pero se tendrá cuidado de administrárselos a renales y hepáticos. (No el hígado grande de los palúdicos).

TECNICA DEL TRATAMIENTO.—El A. T. P. combinación de Atebrina-Plasmocina en la proporción de 0.10 de la primera y 0.010 para la segunda, lo ensayé en los casos que después relataré, tomando en cuenta los siguientes puntos fundamentales:

- 1o.) La dosis diaria;
- 2o.) La vía de administración;
- 3o.) La hora;
- 4o.) La duración del tratamiento;

5o.) La intolerancia y las contra-indicaciones.

1o.) LA DOSIS DIARIA:

Dosis terapéutica que usé fueron:

Adultos y niños mayores de 8 años, 1 tableta de ATP tres veces por día;

Niños de 4 a 8 años, 1 tableta de ATP dos veces por día;

Niños menores de 4 años, 1 tableta de ATP al día;

Este tratamiento durante 5 días.

2o.) LA VIA DE ADMINISTRACION:

El ATP lo administré por la vía digestiva en donde se absorbe pronto y bien, fué bien tolerada en la mayoría de los casos. Esta vía permite una mejor distribución del fármaco.

3o.) LA HORA:

La dosis diaria la administré en varias fracciones durante el día: 3 tabletas de ATP durante el día, una después de cada comida y acompañada de un vaso de agua.

4o.) LA DURACION DEL TRATAMIENTO:

El ATP lo administré durante 5 días consecutivos, teniendo en cuenta los estudios que ha hecho la Comisión del Paludismo de la Liga de las Naciones que ha concluido por recomendar la cura corta de 5 días, repitiendo la misma cada vez que se presentan accidentes clínicos.

5o.) LA INTOLERANCIA Y CONTRA-INDICACIONES:

La Intolerancia que pude notar en los casos relatados fué muy escasa, sólo en reducidos casos noté algunos trastornos digestivos: cólicos abdominales precedidos de náuseas y cefalea; en muy pocos casos noté el tinte pseudo-ictérico tan mencionado por los autores, no observé tampoco accidentes nerviosos, ni cerebrales, ni cardíacos (Bradycardia), ni cianosis; tampoco encontré contra-indicaciones formales para su administración. No tuve necesidad de suspender el tratamiento en ningún caso ni aún en los casos en que se presentaron algunas reacciones molestas. Todo esto es confirmado por el Dr. Aguilar Meza, quien en defensa de la escasa toxicidad del ATP hizo experiencias en 200 enfermos del Hospital, administrándoles en una sola vez la dosis completa del día o sean 3 tabletas y desde entonces, los practicantes de sus dispensarios administran la droga dando la dosis completa del día en una sola vez, ahorrando así hacer tres visitas diarias a los enfermos o tener que entregarles las dosis diarias a los mismos para que ellos las tomen, con la posibilidad de que algunos no lo harían. En numerosos casos comprobó con la clínica y el laboratorio, la esterilización de pacientes ya a los 2 días de tratamiento.

OTRAS MEDIDAS TERAPEUTICAS

Además del ATP —medicamento específico— prescribí a los enfermos que traté: REPOSO en cama, pues el organismo se beneficia de él aún en casos leves.

PURGANTE VERMIFUGO es la segunda indicación que se administra al principio del tratamiento.

ALIMENTACION

Debe ser flúida y fácil de digerir (dieta blanda). Más tarde la alimentación es completa. Líquidos abundantes.

OTRAS MEDIDAS

Durante el acceso se le abriga al enfermo; durante el calor se le aligera, después del sudor se le cambia la ropa blanca.

En casos de hipertermia, bolsa de hielo en la cabeza.

En caso de trastornos circulatorios analépticos, estimulantes cardio-circulatorios y para los casos de deshidratación excesiva, se inyectó suero fisiológico a dosis variables según los casos (hipodermoclisis).

TERCERA PARTE

OBSERVACIONES CLINICAS DE LOS CASOS TRATADOS

HECHAS EN EL HOSPITAL DE TIQUISATE

Por Carlos René Dardón D.

Observación Número 1

Nombre: J. L. Edad: 26 años. Originario de Guatemala. Residente en Tiquisate. Ingresó al Hospital el 12 de Octubre de 1946.

Historia de la Enfermedad.—Hace una semana que padece de fríos, calenturas y sudores abundantes, estas molestias se repiten diariamente y se acompañan de náuseas, vómitos, cefalea.

Examen general.—Estado general: malo, temperatura 40°, pulso 120 por minuto, lengua seca. Abdomen doloroso. Hígado normal. Bazo: ligera esplenomegalia.

Exámenes de sangre: Plasmodium Falciparum. Control al 6o. día: Negativo, después de cinco días de Tratamiento. Resultado: Desaparición de los accidentes clínicos.

Observación Número 2

Nombre: J. P. Edad: 30 años. Jornalero. Originario de Escuintla. Residente en Tiquisate. (Finca Ipala). Ingresó al Hospital, el 15 de Octubre de 1946. Antecedentes sin importancia.

Historia de la Enfermedad.—Hace 15 días que padece de fríos y calenturas seguidas de sudores, insomnio, sed intensa, dolor en el hipocondrio izquierdo.

Examen general.—Bien nutrido, Temperatura 39°. Pulso: 108 por minuto. Lengua saburral, Abdomen doloroso, Hígado ligeramente aumentado de volumen. Bazo: Esplenomegalia grado 2.

Examen de sangre: Plasmodium Falciparum. Control al 6o. día: Negativo después de 5 días de Tratamiento. Resultado: al 2o. día cayó la fiebre y fueron desapareciendo los accidentes clínicos.

Observación Número 3

Nombre: J. de R. Edad: 26 años. Oficios domésticos. Originaria de Retalhuleu, residente en Tiquisate (finca Petén). Ingresó al Hospital el 15 de Octubre de 1946. Antecedentes palúdicos. Embarazo en el curso del 6o. mes.

Historia de la Enfermedad.—Hace un mes que padece de fríos y calenturas, dolores de cabeza.

Examen general.—Regularmente nutrida, Temperatura 38°5. Pulso 110 por minuto. Lengua roja y saburral, Pulmones y Corazón normales, Abdomen globuloso; se perciben los movimientos fetales. Bazo percutible.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control al 6o. día; negativo después de 5 días de tratamiento. Resultado: al 2o. día cayó la fiebre y los fenómenos clínicos desaparecieron poco a poco.

Observación Número 4

Nombre: P. P. Edad: 20 años. Sexo femenino, oficios domésticos. Originaria de Quezaltenango. Residente en Tiquisate, (Pueblo Nuevo). Ingresó al Hospital el 22 de Octubre de 1946.

Historia de la enfermedad.—Refiere que hace varios días (no precisa) le dan fríos y calenturas una día sí y otro no, ha tenido dolores en los huesos y en las masas musculares.

Examen general.—Desnutrido, Facies congestionada. Piel seca y quemante. Temperatura 40°, Pulso 130 por minuto. Lengua seca. Halitosis. Corazón y pulmones normales. Abdomen doloroso y timpanizado. Bazo: Esplenomegalia grado 3. Hígado reborde hepático a 2 traveses de dedo del borde costal; Tinte sub-ictérico.

Examen de sangre.—Plasmodium vivax. Control al 6o. día después de 5 días de tratamiento: Negativo de Plasmodium. Resultado: Se trataba de una terciana típica. Al 3er. día declinó el cuadro sintomático.

Observación Número 5

Nombre: J. P. S. Edad: 28 años. Jornalero. Originario de Mazatenango. Reside en Tiquisate (Pueblo Nuevo). Ingresó al Hospital el 20 de Octubre de 1946.

Historia de la Enfermedad.—Hace 28 días que padece de fríos y calenturas y mal estar general. Regularmente nutrido. Conjuntivas Sub-Ictéricas. Lengua saburral. Temperatura 38°5. Pulso 100 por minuto. Pulmones normales. Corazón: Soplos anémicos. Abdomen doloroso y aumentado. Genitales: fimosis.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control al 6o. día, después de 5 días de tratamiento: Negativo de Hematozoario. Resultado: al 3er. día declinó el cuadro sintomatológico.

Observación Número 6

Nombre: M. V. Edad: 34 años. Soldado. Originario de Santo Tomás La Unión. Reside en Tiquisate (Pueblo Nuevo). Ingresó al Hospital el 26 de Octubre de 1946.

Historia de la Enfermedad.—El 12 de Octubre empezó a sentir fríos y calenturas, dolor de cabeza y de cuerpo, inaptitud para trabajar. Ha tenido también náuseas y vómitos.

Examen general.—Regularmente nutrido. Ligero tinte sub-ictérico. Lengua seca. Pulmones: Estertores húmedos. Corazón normal. Abdomen deprimido. Hígado normal. Bazo: esplenomegalia. Temperatura 39°. Pulso 106 por minuto.

Examen de sangre.—Plasmodium Vivax y Gametos. Control al 6° día, Nega-

tivo de Plasmodium y Gametos, después de 5 días de tratamiento. Resultado: Los gametos desaparecieron al 3er. día (otro control) y los fenómenos clínicos al 2o. día se exacerbaron para caer definitivamente del 3er. día en adelante.

Observación Número 7

Nombre: C. M. Edad: 8 años. Jornalero. Originario de Mixtán. Residente en Tiquisate (Finca Zunil). Ingresa al Hospital el 18 de Octubre de 1946. Antecedentes sin importancia.

Historia de la enfermedad.—Hace 15 días padece de escalofríos, calenturas y sudores; cefalea, náuseas, vómitos y diarreas.

Examen general.—Aspecto general: Mal nutrido; temperatura 39°. Pulso 120 por minuto. Lengua saburral. Cicatrices de escrófulas en la región cervical. Pulmones y corazón: normales. Abdomen timpanizado, poco doloroso. Hígado normal. Bazo: Esplenomegalia grado II.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control al 6o. día: Negativo. Resultado: al 3er. día todavía tuvo una alza en la temperatura para caer a 37° en los días siguientes.

Observación Número 8

Nombre: J. M. Edad: 18 años. Jornalero. Originario de Amatitlán. Residente en Tiquisate (Finca Verapaz). Ingresa al Hospital el 22 de Octubre de 1946. Antecedentes palúdicos.

Historia de la enfermedad.—Hace varios días fríos y calenturas: dolor bajo la costilla izquierda.

Examen general.—Bien nutrido. Temperatura 39°. Pulso 120 por minuto. Lengua seca, saburral. Corazón y campos pulmonares normales. Abdomen meteorizado. Hígado normal. Bazo: Esplenomegalia grado II, duro y doloroso.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control al 6o. día, negativo. Resultado: Al 2o. día cayó la fiebre y declinaron los fenómenos sintomáticos.

Observación Número 9

Nombre: M. A. Edad: 17 años. Sexo femenino, casada, oficios domésticos. Originaria de Quezaltenango. Residente en Tiquisate. Ingresa al Hospital el 24 de Octubre de 1946. Antecedentes palúdicos.

Historia de la enfermedad.—Refiere que hace una semana que padece de fríos, calenturas y sudores al final de la noche. Ha tenido náuseas y vómitos. Asientos líquidos en número de seis al día, acompañados de dolores abdominales. Tiene embarazo en el curso del 8o. mes.

Examen.—Bien nutrida. Temperatura 39°5. Pulso 104 por minuto. Lengua saburral, halitosis. Corazón y pulmones normales. Abdomen globuloso. Hígado y bazo, normales. Ginecológico: Presentación de vértice.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control al 6o. día: negativo. Resultado: al 2o. día se exacerbó el cuadro clínico, la fiebre ascendió, pero al 3er. día cayó en crisis y fueron atenuándose los fenómenos clínicos.

Observación Número 10

Nombre: J. V. Edad: 20 años. Zapatero. Originario de Joyabaj. Residente en Tiquisate (Pueblo Nuevo). Ingresa al Hospital el 26 de Octubre de 1946. Antecedentes palúdicos y luéticos.

Historia de la enfermedad.—Hace varias semanas que padece de fríos, calenturas, náuseas, vómitos. Se queja además de una tumoración en el hipocondrio izquierdo que le llega al ombligo y que le causa dolor y pesadez en dicha región.

Examen.—Regularmente nutrido. Tinte icterico. Lengua roja en la punta y en los bordes. Cara congestionada. Piel quemante y seca. Corazón y pulmones normales. Abdomen globuloso, doloroso y timpanizado. Hepatomegalia. Esplenomegalia, grado III, duro, doloroso. Temperatura 40°. Pulso 130 por minuto.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control al 6o. día: negativo. Resultado: Al 2o. día cayó la temperatura a 38°, al 3er. día volvió a ascender a 39°5 para caer definitivamente al 4o. día juntamente con la mejoría clínica.

Observación Número 11

Nombre: B. T. Edad: 50 años. Jornalero. Originario de Quezaltepeque. Residente en Tiquisate (finca Almolonga). Ingresó al Hospital el 26 de Octubre de 1946. Antecedentes alcohólicos.

Historia.—Fríos y calenturas diariamente.

Examen.—Regularmente nutrido. Temperatura 38°5. Pulso 96 por minuto. Facies vultuosa. Varicosidades nasales. Lengua saburral, escrotal, halitosis. Corazón y pulmones normales. Abdomen, poco globuloso. Hígado, normal. Bazo, percutible. Genitales: Blenorragia.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control al 6o. día: negativo. Resultado: al 2o. día mejoró el cuadro clínico.

Observación Número 12

Nombre: B. A. Edad: 7 años. Estudiante, originaria y residente en Tiquisate (Pueblo Nuevo). Ingresó al Hospital el 24 de Octubre de 1946.

Historia de la enfermedad.—Se queja de fríos y calenturas desde hace varios días. Cefalea, sensación de cansancio. Antecedentes palúdicos.

Examen general.—Mal nutrida. Facies melancólica. Temperatura 38°5. Pulso 96 por minuto. Lengua saburral. Corazón: soplos anémicos. Pulmones: estertores húmedos. Abdomen globuloso. Hígado, doloroso su reborde. Bazo: Esplenomegalia II.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control: Negativo. Resultado: Al 3er. día cayeron los fenómenos clínicos.

Observación Número 13

Nombre: M. C. Edad: 26 años. Oficios domésticos. Originaria de Santa Cruz Naranjo. Residente en Tiquisate (Finca San Marcos). Ingresó al Hospital el 26 de Octubre de 1946. Antecedentes sin importancia.

Historia de la Enfermedad.—Hace dos semanas que padece de fríos y calenturas.

Examen.—Estado general: Desnutrida. Temperatura 38°. Pulso: 92 por minuto. Lengua: punta y bordes rojos. Pulmones: Respiración soplante en la región hiliar izquierda. Corazón. Abdomen doloroso. Bazo: percutible.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control: Negativo. Resultado: al 2o. día declinaron los síntomas clínicos.

Observación Número 14

Nombre: A. A. Edad: 28 años. Oficios domésticos. Originaria de Patulul. Residente en Tiquisate (Finca Verapaz). Ingresó al Hospital el 27 de Octubre de 1946. Antecedentes: Dismenorrea.

Historia de la Enfermedad.—Fríos y calenturas desde hace seis días.

Examen.—Bien nutrida. Temperatura 39°. Pulso 100 por minuto. Lengua saburral, húmeda. Abdomen: Hígado a 2 traveses de dedo del reborde costal. Bazo: Esplenomegalía grado I.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum, con Gametos. Control al 3er. día: los gametos ya habían desaparecido. Control al 6o. día, también negativo.

Observación Número 15

Nombre: J. R. Edad: 42 años. Oficios domésticos. Originaria de Guatemala. Residente en Tiquisate (Finca Ixtepec). Ingresó al Hospital el 25 de Octubre de 1946.

Historia de la enfermedad.—Frios, calenturas, seguidas de sudores abundantes acompañados de náuseas y vómitos. Antecedentes: sin importancia.

Examen general.—Bien nutrida. Temperatura 40°. Pulso 120 por minuto. Piel seca, quemante. Lengua roja, seca y saburral. Abdomen globuloso. Bazo: Esplenomegalia III.

Examen de sangre.—Plasmodium Vivax. Control: Negativo. Resultado: al 3er. día la fiebre presentó una remisión de 2 grados y al 4o. cayó definitivamente. Mejoraron juntamente los fenómenos clínicos.

Observación Número 16

Nombre: E. M. M. Edad: 10 años. Estudiante. Originaria de Amatitlán. Residente en Tiquisate (Pueblo Nuevo). Ingresó al Hospital el 28 de Octubre de 1946.

Historia de la Enfermedad.—Hace una semana que padece de frios y calenturas; estas molestias se suceden diariamente y se acompañan de náuseas y vómitos. Antecedentes sin importancia.

Examen general.—Regularmente nutrida. Temperatura 38.5°. Pulso 90 por minuto. Facies triste, mucosas pálidas. Tinte sub-ictérico. Corazón: soplos anémicos. Abdomen: Hígado a 1 través de dedo del reborde costal. Bazo: Esplenomegalia II.

Examen de sangre: Plasmodium Falciparum. Control Negativo. Resultado: Al 2o. día cayó la fiebre y declinaron los fenómenos clínicos.

Observación Número 17

Nombre: E. M. Edad: 19 años. Enfermero. Originario de Mazatenango. Residente en Tiquisate. Ingresó al Hospital el 29 de Octubre de 1946.

Historia.—Desde hace una semana frios y calenturas, sudores abundantes, cefalea, náuseas.

Examen.—Bien nutrido. Temperatura 39°. Pulso 108 por minuto. Lengua saburral, tinte pálido. Abdomen doloroso difusamente. Hígado: reborde hepático doloroso. Bazo: palpable y percutible.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum y Plasmodium Vivax. Control al 6o. día: Negativo. Resultado: a pesar de tener una infección mixta cedió bien al tratamiento. Al 2o. día la fiebre cayó.

Observación Número 18

Nombre: S. M. Edad: 25 años. Sexo femenino. Oficios domésticos. Originaria de San José La Arada. Residente en Tiquisate (Finca Almolonga). Ingresó al Hospital el 29 de Octubre de 1946.

Historia.—Frios y calenturas, dolor en el hipocondrio izquierdo, cefalea, náuseas y vómitos. Diarrea. Antecedentes epilépticos.

Examen.—Bien nutrida. Tegumentos pálidos. Temperatura 38°5. Pulso 90 por minuto. Corazón: soplos anémicos. Abdomen globuloso. Hígado: reborde hepático doloroso. Bazo: esplenomegalia.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control negativo. Resultado: el 2o. día declinó el cuadro.

Observación Número 19

Nombre: H. G. Edad: 14 años. Labrador. Originario de Coatepeque. Residente en Tiquisate (Finca Panzós). Ingresó el 29 de Octubre de 1946.

Historia.—Refiere tener fríos y calenturas en días alternos, náuseas y a veces vómitos. Dolor intenso de cabeza.

Examen.—Bien nutrido. Facies triste, mucosas pálidas. Tinte sub-ictérico. Abdomen doloroso timpanizado. Bazo: percutible. Temperatura 39°. Pulso 104 por minuto.

Examen de sangre.—Plasmodium Vivax con gametos. Control al 6o. día: negativo. Resultado: al 2o. día cayó la fiebre, al 3er. día volvió a elevarse a 39°, para decrecer definitivamente después, mejorando también los fenómenos clínicos.

Observación Número 20

Nombre: J. M. E. Edad: 21 años. Labrador, originario de Santa Lucía Cotz. Residente en Tiquisate (Finca Zunil). Ingresó el 29 de octubre de 1946.

Historia.—Hace 8 días fríos, calenturas y sudores, sed intensa, insomnio, dolor bajo la costilla izquierda.

Examen.—Regularmente nutrido. Temperatura 39°. Pulso 104 por minuto. Lengua seca, Saburral. Piel seca y quemante. Abdomen timpanizado. Bazo: Esplenomegalia. Grado: II.

Examen de Sangre.—Plasmodium Vivax. Control: Negativo. Resultado: 2o. día cayó la fiebre y se atenuaron los fenómenos clínicos para desaparecer completamente.

Observación Número 21

Nombre: C. R. M. Edad: 35 años. Mulero. Originario de Antigua. Residente en Tiquisate (Pueblo Nuevo). Ingresó al Hospital el 1o. de noviembre de 1946.

Historia.—Refiere tener fríos y calenturas desde hace 15 días, acompañados de malestar general e inaptitud al trabajo. Antecedentes luéticos.

Examen.—Bien nutrido. Temperatura 39°. Pulso 104 por minuto. Lengua escrotal. Pulmones: estetores sibilantes. Abdomen; globuloso, doloroso. Bazo: percutible.

Examen de Sangre.—Plasmodium Falciparum, con gametos. Control: Negativo. Resultado: al 3er. día declinó el cuadro sintomatológico.

Observación Número 22

Nombre: F. P. Edad: 35 años. Sexo femenino. Oficios domésticos. Originaria de Esquipulas (Finca Tolimán). Ingresó el 3 de noviembre de 1946.

Historia.—Hace 5 días que padece de escalofríos seguidos de fiebre y sudores abundantes, dolor en la región esplénica. Antecedentes palúdicos y luéticos.

Examen.—Bien nutrida. Temperatura: 38°5. Pulso 100 por minuto. Tinte sub-ictérico. Lengua seca. Halitosis. Abdomen: Hígado a 2 traveses de dedo debajo del reborde costal. Bazo: Esplenomegalia. Grado: I. Genitales: placas mucosas papulo-hipertróficas.

Examen de Sangre.—Plasmodium Vivax (infección masiva). Control: Negativo. Resultado: al 2o. día cayó la temperatura y mejoró el cuadro clínico.

Observación Número 23

Nombre: I. H. Edad: 14 años. Estudiante. Originario de Santa Lucía Cotzumalguapa. Residente en Tiquisate. Ingresó al hospital el 3 de noviembre de 1946.

Historia de la Enfermedad.—Fríos y calenturas desde hace 4 días, intensas que se repiten diariamente; cefalea y delirio. Antecedentes: Fiebre Tifoidea.

Examen General.—Regularmente nutrida. Temperatura 40°5. Pulso 130 por minuto, saltón y fuerte. Piel seca y quemante: Abdómen: Doloroso, timpanizado. Hígado: reborde hepático doloroso. Bazo: Esplenomegalia. Grado: I. Estado: delirante.

Examen de Sangre.—Plasmodium Falciparum (infección masiva). Control: Negativo. Resultado: Al 2o. día la fiebre tuvo una remisión cayendo a 38°, al 3er. día se volvió a elevar a 40°; al 4o. día volvió a descender a 37° y ya no tuvo un nuevo ascenso, los fenómenos clínicos desaparecieron pero más lentamente que en otros casos.

Observación Número 24

Nombre: J. M. T. Edad: 23 años. Jornalero. Originario de la Antigua. Residente en Tiquisate (Finca Tolimán). Ingresó el 3 de noviembre de 1946.

Historia de la Enfermedad.—Refiere tener fríos y calenturas desde hace 30 días, dolor de cuerpo y de cabeza. Antecedentes: Reumáticos.

Examen General.—Aspecto general: regularmente nutrido. Temperatura: 38°. Pulso: 98° por minuto. Facies: lesiones eczematosas en la cara. Corazón: Soplo sistólico de la punta con propagación a la axila. Abdómen: distendido, globuloso, meteorizado. Bazo: percutible.

Examen de Sangre.—Plasmodium Vivax. Control: Negativo. Resultado: Mejoría clínica desde el segundo día.

Observación Número 25

Nombre: A. de la L. Edad: 27 años. Sexo femenino. Molendera. Originaria de Retalhuleu. Residente en Tiquisate (Finca Almolonga). Ingresó al hospital el 25 de noviembre de 1946.

Historia de la Enfermedad.—Se queja de fríos y calenturas, mal estar general. Antecedentes sin importancia.

Examen general.—Bien nutrida. Temperatura 38°5. Pulso 96 por minuto. Lengua Saburral. Amígdalas: hipertróficas. Abdómen: doloroso en la región esplénica. Bazo: percutible.

Examen de Sangre.—Plasmodium Vivax. Control: Negativo, después de 5 días de tratamiento. Resultado: al 2o. día mejoró el cuadro sintomatológico.

Observación Número 26

Nombre: R. F. Edad: 24 años. Sexo femenino. Oficios domésticos. Originaria de Sanarate. Residente en Tiquisate (Finca Tolimán). Ingresó el 4 de noviembre de 1946.

Historia.—Refiere que hace 6 días, siente fríos, calenturas y sudores, náuseas y cefalea. Tiene un embarazo en el curso del 8o. mes. Antecedentes sin importancia.

Examen.—Mal nutrida.—Temperatura 38°. Pulso 90 por minuto. Dientes con caries, lengua saburral. Halitosis. Piel seca. Abdómen: globuloso. Bazo: percutible. Ginecológico; Embarazo en el curso del 8o. mes. Presentación de vértice. Miembros inferiores: Edematosos.

Examen de Sangre.—Plasmodium Falciparum. Control: Negativo. Resultado: Al 2o. día cayó la fiebre y el cuadro mejoró.

Observación Número 27

Nombre: C. M. Edad: 8 años. Estudiante. Originario de Santa Ana Mixtán. Residente en Tiquisate (Pueblo Nuevo). Ingresa al hospital el 5 de noviembre de 1946.

Historia.—Refiere que hace días (no precisa cuantos) siente fríos y calenturas, mal estar general, dolor en el cuerpo. Antecedentes: Fiebres eruptivas.

Examen.—Mal nutrido. Temperatura: 39°. Pulso 100 por minuto. Amígdalas Crípticas. Lengua subrral. Corazón: soplos anémicos. Abdomen: distendido timpanizado. Bazo: Esplenomegalia: II.

Examen de Sangre.—Plasmodium Falciparum. Control: Negativo. Resultado: al 3er. día cayó la fiebre y mejoró el cuadro.

Observación Número 28

Nombre: P. G. Edad: 6 años. Sexo femenino. Originaria de San Lorenzo (Such). Residente en Tiquisate. Ingresa el 8 de noviembre de 1946.

Historia. La madre de la niña dice que hace varias semanas, padece de calenturas, constantes, dolores de estómago y asientos. Antecedentes: Parasitismo intestinal.

Examen.—Mal nutrida. Facies pálida. Temperatura 39°5. Pulso 104 por minuto. Piel seca y quemante. Lengua seca, roja en la punta y bordes, mucosas muy pálidas. Corazón: soplos anémicos. Abdomen: globuloso, dolor epigástrico. Hígado: reborde hepático doloroso. Bazo: Esplenomegalia. Grado: II. Genitales: Vulvo-Vaginitis.

Examen de Sangre.—Plasmodium Falciparum (infección masiva). Control: Negativo. Resultado: al 2o. día la fiebre tuvo una remisión de un grado, al 3er. día volvió a elevarse a 39°, al 4o. día cayó definitivamente; el cuadro mejoró lentamente.

Observación Número 29

Nombre: M. G. Edad: 12 años. Sexo masculino. Estudiante. Originario de Santa Rosa. Residente en Tiquisate. (Pueblo Nuevo). Ingresa el 9 de noviembre de 1946.

Historia.—Padece de fríos y calenturas desde hace 8 días. Antecedentes: Parasitismo intestinal.

Examen.—Mal nutrido. Tegumentos y mucosas pálidas. Temperatura 39°8. Pulso: 130 por minuto. Lengua saburral. Amígdalas Crípticas. Abdomen: doloroso difusamente. Hígado: doloroso el reborde. Bazo: palpable y percutible.

Examen de Sangre.—Plasmodium Falciparum y gametos. Control: Negativo. Resultado: al 2o. día cayó la fiebre, pero al 3o. volvió a ascender a 38°5 para sufrir una nueva remisión al 4o. día, al 5o. día mejoró francamente el cuadro clínico.

Observación Número 30

Nombre: C. B. Edad: 28 años. Sexo femenino. Oficios domésticos. Originaria de Teculután (Zacapa). Residente en Tiquisate (Finca Tolimán). Ingresa al hospital el 11 de noviembre de 1946.

Historia.—Le aqueja una enorme tumoración en la región esplénica, le produce dolor y sensación de peso, además ha tenido períodos largos de fríos y calenturas. Antecedentes: Palúdicos.

Examen.—Mal nutrida. Facies Pálida. Mucosas y tegumentos pálidos (terrosos). Temperatura 38°5. Pulso 96 por minuto. Corazón: Soplos anémicos. Abdomen: muy distendido. Hígado doloroso. Bazo: enorme Esplenomegalia grado III, duro, doloroso. Miembros inferiores: Ulcera fagedénica en la pierna derecha.

Examen de Sangre. Plasmodium Falciparum. Control: Negativo, Resultado: la fiebre cayó al 2o. día pero al 3er. día se elevó a 40°, al 4o. día cayó definitivamente y el cuadro mejoró, menos la tumoración esplénica.

Observación Número 31

Nombre: M. G. P. Edad: 19 años. Sexo femenino. Oficios domésticos. Originaria de Quezada (Jutiapa). Residente en Tiquisate, (Pueblo Nuevo). Ingresó el 13 de Noviembre de 1946.

Historia.—Refiere tener fríos y calenturas desde hace 7 días. Antecedentes: Sin importancia.

Examen.—Bien nutrida. Temperatura 39°8. Pulso 128 por minuto. Piel y mucosas pálidas. Tinte sub-ictérico. Lengua seca. Abdomen: dolor epigástrico; distendido. Hígado: reborde hepático doloroso. Bazo: palpable y percutible. Genitales: Flujo blanco abundante.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control: negativo. Resultado: al 2o. día la fiebre presentó una remisión y cayó a 38° pero volvió a ascender a 39°, al 4o. día cayó definitivamente y el cuadro clínico mejoró.

Observación Número 32

Nombre: E. P. Edad: 19 años. Jornalero. Originario de San Francisco Zapotitlán. Residente en Tiquisate (Finca Panzós). Ingresó el 15 de Noviembre de 1946.

Historia.—Refiere padecer de fríos, calenturas y sudores abundantes, sed intensa. Dolores abdominales, sensación de pesadez que dice sentir en el hipocondrio derecho. Antecedentes palúdicos.

Examen general.—Mal nutrido, emaciado. Tegumentos y mucosas, pálidas. Temperatura 38°. Pulso 98 por minuto. Lengua seca y saburral. Tinte ictérico. Torax en forma de pirámide truncada, ensanchado en su base. Abdomen: globuloso, con circulación colateral, doloroso. Hepato-esplenomegalia intensa.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control: negativo. Resultado: mejoró poco el cuadro; la temperatura bajó y se atenuaron fenómenos clínicos, a excepción de la hepato-esplenomegalia.

Observación Número 33

Nombre: J. V. B. Edad: 36 años. Sexo masculino. Jornalero. Originario de Cuyotenango. Residente en Tiquisate (Finca Izabal). Ingresó al Hospital el 13 de Noviembre de 1946.

Historia.—Refiere padecer desde hace tiempo fríos y calenturas, dice haber orinado sangre durante los accesos febriles. Dice también que en otras ocasiones se ha puesto muy amarillo.

Examen.—Mal nutrido. Tegumentos y mucosas pálidas. Temperatura 37°8. Pulso 90 por minuto. Lengua escrotal. Abdomen distendido. Bazo, percutible. Tinte sub-ictérico generalizado.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control: negativo. Resultado: no presentó ninguna novedad el cuadro clínico. Nota: este paciente tenía hemoglobinuria.

Observación Número 34

Nombre: C. de M. Sexo femenino. Oficios domésticos. Originaria de Nebaj. Residente en Tiquisate. (Ixtepeque Campos).

Historia.—Refiere tener fríos y calenturas desde hace 15 días, náuseas, vómitos y asientos. Tiene un embarazo de 6 meses.

Examen.—Bien nutrida. Temperatura 39°. Pulso 110 por minuto. Lengua seca. Halitosis. Pulmones: Estertores mucosos. Abdomen globuloso. Examen ginecológico: Embarazo en el 6o. mes.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control: negativo. Resultado: al 2o. día mejoró ya el cuadro clínico.

Observación Número 35

Nombre: R. E. M. Edad: 21 años. Sexo femenino. Oficios domésticos. Originaria de Salamá. Residente en Tiquisate (Pueblo Nuevo). Ingresó el 5 de Noviembre de 1946.

Historia.—Refiere padecer de intensos fríos seguidos de calenturas y sudores abundantes; pérdida del apetito y del sueño, debilidad general. Antecedentes: Papiomas vulvares.

Examen.—Bien nutrida. Tinte sub-ictérico. Lengua saburral. Temperatura 40°. Pulso 132 por minuto. Abdomen: dolor difuso. Hígado: a I través de dedo debajo del reborde costal, doloroso. Bazo: Esplenomegalia II. Genitales: Papiomas vulvares.

Examen de sangre.—Plasmodium Vivax y gametos. Control: negativo. Resultado: al 2o. día la fiebre descendió a 38°, pero la misma tarde volvió a elevarse a 40° para caer a 37° al 3er. día, siguiendo después la curva termina normalmente: el cuadro clínico también mejoró.

Observación Número 36

Nombre A. R. Edad: 26 años. Sexo masculino. Jornalero. Originario de Atescatempa. Residente en Tiquisate (Finca Panzós). Ingresó al Hospital el 14 de Noviembre de 1946.

Historia.—Hace 6 días padece de fríos y calenturas en días alternos, dolor de cabeza y de cuerpo. Náuseas. Antecedentes palúdicos.

Examen.—Bien nutrido. Tinte sub-ictérico. Temperatura 39°5. Pulso 126 por minuto. Lengua seca. Pulmones: Estertores mucosos. Abdomen: Hígado y Bazo aumentados de volumen y dolorosos.

Examen de sangre.—Plasmodium Vivax con gametos. Control: negativo. Resultado: al 2o. día la fiebre empezó a presentar remisiones de I grado hasta hacerse normal antes del 5o. día.

Observación Número 37

Nombre: A. S. Edad: 22 años. Sexo masculino. Jornalero. Originario de El Progreso. Residente en Tiquisate (Finca Petén). Ingresó el 18 de Noviembre de 1946.

Historia.—Se queja de fríos y calenturas intensas. Sed, anorexia y cansancio general.

Examen.—Regularmente nutrido. Facies congestionada. Temperatura 40°. Pulso 128 por minuto. Lengua seca y roja. Amígdalas crípticas. Abdomen glbbuoso, distendido. Hígado: reborde hepático doloroso. Bazo: Esplenomegalia II. Genitales: Varicocele.

Examen de la sangre.—Plasmodium Vivax. Control: negativo. Resultado: al 2o. día la fiebre presentó una remisión de 2 grados; al 3o. volvió ascender a 40°; al 4o. día una nueva remisión y al 5o. cayó la fiebre a 36°5.

Observación Número 38

Nombre: R. M. Edad: 26 años. Sexo femenino. Oficios domésticos. Originaria de Coatepeque. Residente en Tiquisate (Pueblo Nuevo). Ingresó al Hospital el 20 de Noviembre de 1946.

Historia.—Refiere tener fríos y calenturas desde hace una semana. Antecedentes: tos frecuentes.

Examen.—Mal nutrida. Emaciada. Tinte sub-ictérico. Piel y mucosas pálidas. Abdomen distendido. Hígado a I través de dedo debajo del reborde hepático. Bazo: Esplenomegalia grado I. Temperatura 38°. Pulso 92 por minuto.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control: negativo. Resultado: desde el 2o. día cayó la febrícula y mejoró el cuadro clínico.

Observación Número 39

Nombre: J. J. Edad: 30 años. Sexo femenino. Oficios domésticos. Originaria de Chocolá. Residente en Tiquisante (Pueblo Nuevo). Antecedentes sin importancia. Ingresó el 6 de Noviembre de 1946.

Historia.—Fríos y calenturas. Deposiciones.

Examen.—Mal nutrida. Temperatura 38°5. Pulso 96 por minuto. Piel y mucosas pálidas. Lengua saburral. Abdomen: globuloso. Bazo: Percutible.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control: negativo. Resultado: el cuadro evolucionó favorablemente desde el 2o. día.

Observación Número 40

Nombre: R. A. Edad: 19 años. Sexo femenino. Oficios domésticos. Originaria de Escuintla. Residente en Tiquisate (Finca Verapaz). Ingresó el 25 de Noviembre de 1946. Antecedentes, sin importancia.

Historia.—Fríos, calenturas, dolores de cabeza. Flujo blanco.

Examen.—Bien nutrida. Temperatura 38°8. Pulso 122 por minuto. Lengua saburral. Halitosis. Tegumentos y mucosas pálidas. Corazón: Soplos anémicos. Abdomen: Bazo: percutible. Ginecológico: Cervicitis erosiva grado II.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control: negativo. Resultado: al 2o. día la temperatura se hizo normal, al tercer día se elevó a 40°, al 4o. descendió nuevamente y el cuadro clínico entró en el orden.

Observación Número 41

Nombre: Z. F. V. Edad: 17 años. Sexo femenino. Lavandera. Originaria de Santa Lucía Cotz. Residente en Tiquisate. Ingresó el 25 de Noviembre de 1946. Antecedentes: Anexitis.

Historia.—Fríos, calenturas, sudores abundantes, náuseas, sed intensa, dolor de cabeza.

Examen.—Bien nutrida. Temperatura 39°. Pulso 122 por minuto. Lengua saburral. Abdomen: Bazo percutible; Ginecológico, Cervicitis I.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control: negativo, después de 5 días de tratamiento. Resultado, la fiebre tuvo remisiones de I grado y medio, pero antes del 5o. día se había hecho normal, los fenómenos clínicos igualmente.

Observación Número 42

Nombre: B. M. Edad: 20 años. Sexo femenino. Oficios domésticos. Originaria de Cuyotenango. Residente en Tiquisate (Finca Zunil). Ingresó al Hospital el 14 de Octubre de 1946. Antecedentes palúdicos.

Historia.—Refiere tener fríos y calenturas intensas. Hace 2 días, náuseas y vómitos abundantes.

Examen.—Regularmente nutrida. Temperatura 39°2. Pulso 120 por minuto. Lengua seca. Abdomen meteorizado. Hígado: reborde doloroso. Bazo: Esplenomegalia II.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum (infección masiva). Control: negativo. Resultado: el resultado del ATP en este caso no fué brillante, porque la fiebre no descendía y tuvo que reforzarse con Metoquina inyectable.

Observación Número 43

Nombre: J. R. Edad: 41 años. Sexo masculino. Jornalero. Originario de Morán. Residente en Tiquisate (Finca Zunil). Ingresó al Hospital el 22 de Octubre de 1946. Antecedentes: sin importancia.

Historia.—Se queja de padecer de fríos y calenturas. Cefalea.

Examen.—Bien nutrido. Temperatura 40°. Pulso 132 por minuto. Lengua saburral. Abdomen: timpanizado. Bazo: percutable. Miembros inferiores: en la pierna derecha presentaba una úlcera tropical.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control al 6o. día negativo. Resultado: Caso en que tuvo también que reforzarse con Metoquina inyectable, debido a la intensidad de la fiebre así como su poca tendencia a bajar.

Observación Número 44

Nombre: J. M. Edad: 19 años. Sexo femenino. Oficios domésticos. Originaria de Los Cerritos. Residente en Tiquisate (Pueblo Nuevo). Ingresó al Hospital el 23 de Noviembre de 1946. Antecedentes palúdicos.

Historia.—Fríos y calenturas, mal estar general, sed intensa, anorexia y vómitos abundantes.

Examen.—Bien nutrida. Temperatura 39°. Pulso 128 por minuto. Tegumentos y mucosas pálidas. Lengua seca, cara congestionada. Abdomen: doloroso. Bazo: percutable. Genitales: papilomas.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control al 6o. día: negativo. Resultado: El ATP tuvo que reforzarse con Metoquina inyectable a causa de la intensidad de los vómitos que impidieron su buena administración por la vía oral.

Observación Número 45

Nombre: B. S. Edad: 31 años. Sexo masculino. Jornalero. Originario de Uzumatlán (Zacapa). Ingresó al Hospital el 18 de Noviembre de 1946. Antecedentes alcohólicos.

Historia.—Fríos y calenturas desde hace 10 días, náuseas y vómitos; cefalea.

Examen.—Mal nutrido. Temperatura 38°. Pulso 90 por minuto. Lengua saburra. Halitosis. Pulmones; estertores mucosos. Abdomen: globuloso y doloroso. Hgado-Esplenomegalia. Tinte sub-ictérico. Temblor en las manos.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control: negativo. Pero también tuvo que recurrirse a la Metoquina inyectable a causa de la intolerancia digestiva del sujeto, que dificultó su administración.

Observación Número 46

Nombre: A. L. Edad: 16 años. Sexo femenino. Oficios domésticos. Originaria de Ayutla. Residente en Tiquisate (Pueblo Nuevo). Ingresó al Hospital el 21 de Noviembre de 1946. Antecedentes: sin importancia.

Historia.—Refiere padecer de fríos y calenturas, mal estar general.

Examen.—Regularmente nutrida. Tegumentos y mucosas pálidas. Temperatura 40°. Pulso 132 por minuto. Piel seca, quemante. Lengua seca. Erupción de sudamina en todo el cuerpo. Corazón: soplos anémicos. Abdomen: timpanizado. Bazo: Esplenomegalia II. Genitales: normales.

Examen de sangre.—Plasmodium Vivax y Falciparum (infección masiva). Control: al 60. día todavía se encontró en la sangre Plasmodios. Resultado: El A.T.P. no fué suficiente en este caso y para yugular la infección y el cuadro clínico. (Hiperpirexia) se recurrió a la Metoquina inyectable. Control de la sangre, fué negativo al 80. día.

Observación Número 47

Nombre: R. C. Edad: 50 años. Oficios domésticos. Originaria de Sansare. Residente en Tiquisate (Pueblo Nuevo). Ingresó el 10 de Noviembre de 1946. Antecedentes, asmáticos.

Historia.—Fríos y calenturas. Cefalea. Accesos de sofocación, tos frecuente.

Examen.—Bien nutrida. Temperatura 39°. Pulso 120 por minuto. Lengua saburral. Pulmones: Sibilancias. Abdomen: globuloso, doloroso. Bazo: percutible. Genitales; prolapso genital I.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum con gametos. Control: al 60. día los gametos habían desaparecido, pero a causa de que el cuadro empeoró (fiebre 40°) se reforzó el tratamiento con Metoquina inyectable.

Observación Número 48

Nombre: M. C. Edad: 32 años. Sexo masculino. Jornalero. Originario de Tapachula. Residente en Tiquisate (Pueblo Nuevo). Ingresó al Hospital el 26 de Octubre de 1946. Antecedentes palúdicos.

Historia.—Desde hace un mes fríos y calenturas, mal estar general.

Examen.—Medianamente nutrido. Temperatura 40°. Pulso 130 por minuto. Cara congestionada. Lengua seca. Abdomen: timpanizado. Hígado: reborde hepático doloroso. Bazo: Esplenomegalia II.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Control: negativo. Resultado: El A.T.P. fué insuficiente porque la fiebre tuvo remisiones de un grado para elevarse a 40.5 y para yugular la fiebre que no tenía tendencia a caer, hubo necesidad de inyectar Metoquina.

Observación Número 49

Nombre: A. R. Edad: 12 años. Sexo masculino. Jornalero. Originario de Río Bravo. Residente en Tiquisate (Finca Alotenango). Ingresó al Hospital el 12 de Noviembre de 1946. Antecedentes: Parasitismo intestinal.

Historia.—Fríos y calenturas intensas. Vómitos y diarreas.

Examen.—Mal nutrido. Temperatura 39°9. Pulso 130 por minuto. Piel seca, quemante. Lengua seca y roja. Abdomen doloroso. Hepato-Esplenomegalia. Genitales: Fimosis.

Examen de la sangre.—Infección mixta de Plasmodium Vivax y Falciparum. Resultado: Tuvo que reforzarse el A.T.P. inyectando Metoquina, porque la fiebre tenía tendencia a hacerse continua sin manifestar remisiones y el cuadro empeoraba.

Observación Número 50

Nombre: R. C. Edad: 9 años. Estudiante. Sexo masculino. Originario de Escuintla. Residente en Tiquisate (Pueblo Nuevo). Ingresó al Hospital el 21 de Noviembre de 1946. Antecedentes: Malaria y fiebres eruptivas.

Historia.—Se queja de fríos, calenturas y vómitos. Sed intensa. Malestar general.

Examen.—Mal nutrida. Temperatura 41°. Pulso incontable. Cara vultuosa. Piel quemante, seca. Lengua tostada. Corazón: Ritmo embriocárdico. Abdomen: doloroso y distendido. Bazo: palpable y percutible. Genitales: normales.

Examen de sangre.—Plasmodium Falciparum. Resultado: A causa de la intensidad de los trastornos digestivos, la administración del A.T.P. fué casi imposible, la fiebre no tenía tendencia a caer y el cuadro no mejoraba, por lo que se recurrió a la Metoquina inyectable, con lo cual al 40. día todo entró en el orden y el control de la sangre fué negativo.

Todas estas observaciones son auténticas.

Dr. Ricardo Aguilar Meza

Super-Intendente del Hospital de Tiquisate.

CONCLUSIONES:

- 1.—Las formas de Paludismo observadas fueron: la Terciana benigna (P. Vivax) y la Malaria Tropical (P. Falciparum). No observé ninguna causada por el P. Malariae (Malaria Cuartana).
- 2.—La droga conocida con el nombre de A.T.P. que es una combinación de Atebrina-Plasmoquina, es eficaz en cualquiera de las formas de Paludismo, debido a la acción selectiva de sus dos componentes sobre los esquizontes y gametos. Sus acciones se combinan y se refuerzan.
- 3.—El A.T.P. da resultados satisfactorios administrando 3 tabletas diarias durante 5 días, en el curso de los cuales desaparecen los fenómenos clínicos así como los parásitos y gametos de la sangre periférica.
- 4.—El A.T.P. tiene la ventaja de poder usarse sin ningún peligro en el embarazo avanzado y en la Malaria hemolítica.
- 5.—El A.T.P. tiene la ventaja de poder realizar tratamientos ambulatorios, en enfermos no hospitalizados que tienen que dedicarse a sus ocupaciones habituales cotidianas.
- 6.—El A.T.P. administrado en la forma antes indicada, es de escasa toxicidad, no produce accidentes serios y no tiene contra-indicaciones formales o absolutos que impidan su uso.
- 7.—El A.T.P. como cualquier antimalárico no realiza la «Terapia Sterilisans Magna» o cura radical del Paludismo en las regiones endémicas, sino solamente combate «el acceso febril palúdico».
- 8.—El A.T.P. no es de aconsejarse en el tratamiento de los «accesos perniciosos», en donde no puede actuar, pronto y eficazmente dada la gravedad del cuadro clínico; su uso en estos casos, sería imposible y haría correr serios riesgos al enfermo.
- 9.—En los casos observados, el porcentaje de negatividad de parásitos con un examen de sangre de control fué del 82%.

CARLOS RENE DARDON D.

Vo. Bo. Dr. JULIO ROBERTO HERRERA

Imprimase: C. M. GUZMAN

BIBLIOGRAFIA:

- Felipe H. Manson.—Bahr.—Enfermedades Tropicales.
- Ch. Joyeux.—Precis de Medicine Coloniale
- E. Brumpt.—Parasitología.
- A. Le Dantec.—Patología Exótica.
- Cardini.—Terapéutica Clínica.
- M. Bañuelos.—Patología Médica.
- Ricardo Aguilar Meza.—La Gametocidia por la Plasmoquina.
- Ricardo Aguilar Meza.—Trabajos sobre Malaria.
- Gill. D. G. y Smith Murray.—Methodes Of Treatment.
- Goodman y Gilman.—Bases Farmacológicas de la Terapéutica.

PROPOSICIONES:

Anatomía Descriptiva	Del Bazo.
Anatomía Topográfica	Región esplénica.
Anatomía Patológica	Enfermedad de Banti.
Bacteriología	Bacilo Tetánico .
Botánica Médica	Belladona.
Clínica Quirúrgica	Exploración del Bazo.
Clínica Médica	Exploración del Corazón.
Física Médica	Esfigmomanómetro.
Fisiología	Funciones del Bazo.
Higiene	Profilaxia del Paludismo.
Histología	Sistema Reticulo-Endotelial.
Medicina Legal y Toxicología	Intoxicación por Barbitúricos.
Obstetricia	La Mola Hidatiforme .
Patología Médica	Nefritis Agudas.
Patología Tropical	Absceso Hepático Amibiano.
Patología Quirúrgica	Esguinces.
Pediatría	Sarampión.
Parasitología	Esporozoarios.
Química Médica Inorgánica	Sulfato de Sodio.
Química Médica Orgánica	Atropina.
Química Biológica	Metabolismo de los glúcidos.
Técnica Operatoria	Ligadura de la Lingual.
Terapéutica	Derivados de la Acridina.