

Actualidades

Terapéutica moderna del Paludismo

Doctor J. F. Rodríguez Pérez. (*Aportaciones del Instituto Finlay al VII Congreso de la Asociación Médica Pan Americana, La Habana. Enero 1938*).

Desde el año 1640 en que la quinina fué introducida en Europa, hasta 1920 más o menos, el tratamiento de la malaria ha sido esencialmente empírico. Hoy todavía, nada se sabe sobre la acción de la quinina, o mejor dicho, sobre el mecanismo terapéutico de su acción. Algunos opinan con Giemsa que esta acción se ejerce directamente sobre los hematozoarios; otros aceptan más bien la hipótesis de Mühlens según la cual la quinina obra indirectamente sobre los hematozoarios modificando y fortificando los medios de defensa naturales del organismo; otros finalmente, se colocan al lado de Morgenroth y aceptan su llamada "teoría de repulsión".

La era verdaderamente científica del tratamiento de la malaria se inicia hasta ahora, cuando los malariólogos se han decidido a tomar en cuenta factores anteriores descuidados, los cuales son principalmente: 1º La reacción del organismo hacia el agente causal; reacción que se traduce por un estado de inmunidad o de premunición más o menos intensos. 2º La existencia de "cepas" (*strains*), de virulencia distinta, dentro de una misma especie. 3º Las características propias de cada una de las especies susceptibles de infectar al hombre.

Es basándose sobre estos conceptos que el A. expone las reglas que deben orientar una moderna terapia del paludismo. Según él, al factor que más importancia se debe conceder es al "establecimiento de un estado de inmunidad en el individuo frente al parásito". Pero no menos de tomar en cuenta son los otros elementos indicados o sean: la especie del plasmodio infectante y los caracteres especiales de la "cepa" a que pertenezca.

Se llega pues a la conclusión de que el tratamiento moderno del paludismo no se sale de las normas generales de la terapéutica, que exigen que el tratamiento de cualquier enfermedad sea *estrictamente individual*. Por eso los métodos "standard" de tratamiento de la malaria, por el estilo del de Bass, están totalmente desacreditados y deben abandonarse.

La existencia de un estado de inmunidad, consecutivo a ataques de malaria, es un hecho que las investigaciones de Yorke y Maxfie, Boyd, Soteriades, etc., han puesto fuera de toda discusión. En algunos casos esta inmunidad es tan intensa que Soteriades y Lorando han podido tratar con éxito 43

casos de malaria sirviéndose únicamente de sangre total de personas inmunes.

Esta inmunidad es estrictamente específica y, más aún, racial. Quiere decir que si reinoculamos un paciente que haya sufrido y curado de una infección por *P. Falciparum*, con plasmodios de la misma "cepa" que le infectó, nunca logramos obtener un segundo ataque clínico y esto durante unos cuatro meses después de la primo-infección. Pero si hacemos la inoculación sirviéndonos siempre de *P. falciparum*, pero perteneciente a otra "cepa" podremos obtener un nuevo ataque de *tercia maligna* que puede ser tan grave como el primero.

El fenómeno de la inmunidad producida por las infecciones maláricas ha hecho contemplar bajo un nuevo aspecto la terapia por medio de los medicamentos parasiticidas. En efecto, cualquier intervención que tenga por resultado obstaculizar el mecanismo de defensa natural del organismo sería contraproducente. Ahora, estando demostrado, por una parte, que la quinina tiene ese efecto inhibitorio sobre la producción de la inmunidad y por otra que es durante la primo-infección que esa inmunidad se origina principalmente, se llega al concepto de que talvez es preferible no intervenir administrando quinina en el curso de los primeros accesos. Y esto con mayor razón si se admite la afirmación del Profesor B. Nocht en su informe al Comité de la Liga de las Naciones y según lo cual: "...no es la quinina, sino el mismo organismo y el tiempo, los que curan a los palúdicos".

Es evidente que aquí tampoco se puede adoptar una línea de conducta inflexible y que—como siempre—es indispensable contemplar el caso individual. Ante un ataque grave de *terciana pernicioso* no creemos haya quien arrostre las responsabilidades de una conducta expectante para dar lugar a la producción de la inmunidad. He aquí cómo se expresa el mismo Profesor Nocht, ya citado, a este propósito:

"La quinina tiene más eficacia sobre los enfermos que han tenido varios accesos febriles que en aquellos que han recibido quinina desde el primer acceso. Sería, sin embargo, peligroso—por lo menos en la *terciana maligna*—establecer una regla sobre este particular. En efecto, esperar demasiado tiempo antes de administrar la quinina, sería correr el riesgo de dejar producirse accesos cada vez más graves y hasta poner en peligro la vida del paciente".

La regla de conducta general a seguir la dá el A. en las siguientes líneas:

"...los individuos que han tenido una decena o más de accesos graves de *tercia benigna* sin que se haya administrado quinina, han adquirido de este modo la mayor resistencia posible a la enfermedad. Por eso hay que esforzarse en determinar la fase de la enfermedad y no prescribir más que la justamente necesaria para producir el efecto deseado sin trastornar el mecanismo natural de defensa del enfermo, considerándose como un grave error administrar, sin distinción, fuertes dosis de quinina a todos los palúdicos".

En relación con las diferentes especies de *Plasmodium* capaces de infectar el hombre es innecesario insistir sobre la importancia de su previa determinación antes de dar principio al tratamiento, pues desde luego no es posible

aplicar el mismo tratamiento a una infección por *P. vivax*, que a una por *falciparum*, por *malariae* o por *ovale*.

Aún dentro de una misma especie, y como ya se hizo notar, es de la mayor importancia tomar en cuenta la "cepa" geográfica del parásito, ya que cada cepa tiene caracteres propios en lo que concierne a su virulencia clínica, modo de reaccionar ante los medicamentos antipalúdicos, etc. Todos los que han trabajado en distintos lugares han tenido ocasión de observar estas enormes variaciones en el comportamiento clínico de las diferentes "cepas" de una misma especie y no es raro ver como, por ejemplo, el *P. falciparum* es en ciertos lugares agente de subtercianas de relativamente poca gravedad y a unos cuantos kilómetros la misma especie es causa de gravísimos y mortales accesos perniciosos. En cuanto a su comportamiento vis-a-vis de los medicamentos, se cita la observación de Mosna y Salustri (1935) que con dos cepas de *P. vivax*, han logrado curaciones clínicas mediante la administración de una dosis única de 0.30 grm. de quinina. En cambio esta misma dosis se ha mostrado sin ninguna acción sobre una tercera cepa.

Termina R. P. haciendo notar la necesidad que hay de mantener el organismo en las mejores condiciones generales posibles que favorezcan la producción de defensas naturales y recomienda con este fin el arsénico. Insiste en el tratamiento de los casos crónicos latentes con síndromas viscerales, pero sin formas parasitarias visibles en la sangre, y aconseja el uso del arsénico, hierro y de la adrenalina que considera "insustituibles en este aspecto de la evolución de la enfermedad". Aconseja emplear la adrenalina por vía subcutánea a las dosis de medio a un miligramo y menciona el método de Ascoli que trata la esplenomegalia por la adrenalina endovenosa a dosis crecientes.

N. de la D.—En el trabajo que analizamos, expone el A. los recientes criterios en cuanto al uso de los nuevos preparados sintéticos, plasmoguina y atebriña. Como en este mismo número damos un resumen de las conclusiones del informe dado a este respecto por el Comité de Malaria de la Sociedad de las Naciones, remitimos el lector interesado en estos asuntos a la respectiva Actualidad.

Terapéutica y profilaxis del paludismo por los medicamentos sintéticos comparados con la quinina

4º Informe de la Comisión del Paludismo en la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones

(Bull. de l'Organisation d'Hygiene de la Société des Nations)

Las experiencias de que se da cuenta en este Informe fueron verificadas en Argelia, los Estados Malayos, Italia, Rumania y U. R. S. S. y estuvieron a cargo del Profesor Sargent, Doctor Neave Kingbury, Profesor Bastianelli, Profesor Ciuca y Profesor Serguieff. Se sometieron a ella 12.288 sujetos y de acuerdo con el programa cuidadosamente pre-establecido se emplearon los mismos medicamentos con la misma posología y técnica.