INSTITUTO PROFESIONAL DE SANTO DOMINGO

FACULTAD DE MEDICINA.

Importancia del ruido de galope del corazón derecho en el paludismo.

Año académico de 1909 á 1910.

TESIS

Número 11.

PARA LA LICENCIATURA

SUSTENTADA POR

Wenceslao Guerrero hijo

Bachiller en letras y ciencias.

JURADO EXAMINADOR:

Presidente: *Dr. O. del Pozo* *Catedrático*

Vocales: " *Rodolfo Coiscou* "

" *S. B. Gautier* "

Art. 16 del Reglamento interior del Instituto Profesional: «En el examen final, el actuante está obligado á responder á todas las preguntas i observaciones del Jurado Examinador que directa ó indirectamente se relacionen con su tesis».

SANTO DOMINGO.

Imp. «Flor del Ozama» de Lepervanche & Cia.

1910.

DEDICATORIA.

A mis padres D. Wenceslao Guerrero Lezo i Dª Sinforosa Pimentel de Guerrero, con todo el cariño y agradecimiento de un hijo.

A mis hermanos J. Gabriel i Manuel M. Guerrero; á mis hermanas: Aurelia, Andrea, Matilde, Francisca i Consuelo Guerrero, con amor fraternal.

A mi padrino de tesis i estimado maestro, el catedrático Dr. O. del Pozo, miembro de la Sociedad de Medicina e Higiene tropicales de Paris.

A mis maestros, los catedráticos Dr. R. Coiscou, Dr. Salvador B. Gautier, Dr. Ramón Baez i el Lcdo. F. A. Defilló.

A mi antiguo maestro Lcdo. Federico Henríquez y C.; al Lcdo. J. Obregón García i á los caballeros Abelardo Rodríguez U. i Narciso Félix, ex-director del Hospital Militar.

A mis buenos amigos y compañeros de estudio: Lcdo. Eduardo V. Vicioso, J. Marten Ellis, Antonio Elias E. i Emilio Recio.

BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA

BIBLIOTECA NACIONAL · C.
SANTO Dom

INTRODUCCION.

Siendo interno del Hospital Militar, me llamó la atención lo frecuente que eran en ciertos febricitantes las perturbaciones cardiacas. Estas perturbaciones se presentaban en individuos que, unas veces, por las manifestaciones clínicas de su enfermedad, se les tenía como palúdicos; otras que, por no presentar un cuadro semeiolójico que correspondiera á una entidad morbosa bien definida i por no haber entonces control micro-bacteriolójico, quedaban sin etiqueta o exponían a un error de diagnóstico; por lo cual se hacía casi imposible una interpretación rigurosa i sincera del sindroma observado tan frecuentemente en estos enfermos. Tan sólo me limite a la observación clínica i ya se sabe cuán insuficiente es i cuánto se yerra cuando no hai examen hematolójico en la inmensa variedad de enfermedades tropicales, sobre todo en el paludismo que con razón ha sido denominado el Proteo de las enfermedades.

Pasó un tiempo y el Dr. O. del Pozo, médico del Hospital Militar en aquel entonces, que había monta-

BIBLIOTECA NACIONAL DE MAESTROS

do un laboratorio en su casa de salud i se dedicaba a estudios hemo-bacteriolójicos, nos sorprendió un día poniendo en la hoja de observación de un enfermo del Hospital: «*Paludismo, examen hematolójico positivo*». Desde entonces tomó otro jiro el estudio de las fiebres que se presentaban en el Hospital, pudiéndose diagnosticar con certeza el paludismo i pudiendo eliminar muchas que se tenían como tal. Me enseñó el Dr. O. del Pozo hermosas formas del hematozoario de Laverán (hemamibas regulares e irregulares, semilunares, rosáceas, etc.) i entusiasmado me acostumbré a ver i a encontrar el hematozoario, habituándome a la práctica de los pequeños detalles de la técnica, i muy pronto quedé satisfecho teniendo en mi poder numerosas plaquitas con hematozoarios perfectamente coloreados. Entonces me proponía hacer observaciones más precisas, pero recordando que el Dr. O. del Pozo me había dicho que estaba haciendo un estudio etiológico de perturbaciones cardiacas que había observado con extraordinaria frecuencia tanto en los febricitantes del Hospital como en los de su clínica privada, le pedí tuviera a bien cederme ese motivo para mi tesis, siendo así un trabajo en colaboración, i el Dr. O del Pozo no tan sólo accedió gustosamente, sino que, a más de poner su laboratorio a mi disposición, donde he hecho todos los exámenes de sangre que figuran en ésta, me ofreció algunas observaciones que acepté con gran satisfacción, pues vendrían a dar más valor a este humilde trabajo.

Entusiasmado volví a buscar las perturbaciones que trataba de estudiar i en el mismo campo de ob-

servación de antes las encontré. Al principio no había un solo caso en el Hospital, pero no me desanimé, por que las observaciones de años atrás me habían enseñado que estos febricitantes eran más frecuentes en ciertos meses del año. No tuve que esperar mucho; habiendo regresado dos compañías de militares que estaban en Montecristy en campaña, se llenó el Hospital de febricitantes i convalescientes que entraban a reponerse: en ellos encontré lo que buscaba. El microscopio me enseñó que casi todos los enfermos que tenían las perturbaciones cardiacas, eran palúdicos, confirmando así lo que ya se había sospechado, gracias al diagnóstico hematolójico sistemático del paludismo, iniciado en Santo Domingo con éxito por el Dr. O. del Pozo en el 1909, fecha desde la cual dejó de ser un mito entre nosotros el diagnóstico microscópico de la endemia más generalizada.

Con la misma frecuencia de antes las volví a encontrar, a extremo de que, si es verdad que no todos los palúdicos la tienen, puedo asegurar que más de las tres cuartas partes de los enfermos observados las presentan. Podría decir más, i no exajeraría, diciendo que la excepción en los palúdicos, sobre todo si son crónicos, es no encontrarla.

Los exámenes de sangre fueron hechos por el Dr. O. del Pozo i por mí en su laboratorio. También fueron hechos en el Hospital por el Lic. J. Obregón Garcia, siendo tan variados i tantos, que motivaron un trabajo que publicó en la «Farmacia Dominicana», este mismo año, dicho facultativo.

BNPHU BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA

Los autores son parcos, cuando no hacen omisión, al tratar de las perturbaciones cardiacas en los malaricos. Todos hablan de las lesiones como grandes rarezas i las perturbaciones mismas no son tratadas como frecuentes, pareciendo, como si todos los palúdicos tuvieran que postrarse i llegar a ese período que se ha llamado caquextico para poder ser portadores de ellas. Por eso, al encontrar con tan *extraordinaria frecuencia* esta perturbación cardíaca, que no es, sino una dilatación del corazón derecho, he creido encontrar algo útil i nuevo por su frecuencia, para esta tesis. Por más que he consultado numerosísimas obras de enfermedades tropicales, en ninguna la he encontrado ni con los signos que la caracteriza a la auscultación ni con la frecuencia extraordinaria que se presenta en los palúdicos. Todos hablan de la hipersplenia como una lesión constante en los palúdicos; de la hepatomegalia como siguiendo a ésta en frecuencia, de las lesiones pulmonares i renales, i las lesiones cardiacas dejadas a último extremo ú olvidadas, cuando la observación nos ha enseñado que son más frecuentes que muchas de las anteriormente citadas, a tal extremo, que la triolojia más constante que hemos encontrado en los palúdicos crónicos, está formada por la anemia, la hipersplenia i la dilatación del corazón derecho. Esta frecuencia es lo que dá valor a esta tesis.

Darle a este sindroma la importancia que en realidad tiene i que nadie hasta ahora, que yo sepa, le ha dado; elevarlo, autorizado por una observación larga i constante a la categoría de una de las manifesta-

BNPHU BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA

ciones primordiales de esta enfermedad, es el objetivo de esta tesis.

Dividiremos este trabajo en siete partes, que son:

1ª Perturbaciones cardiacas descritas en el paludismo.
2ª Descripción del sindroma observado.
3ª Etiología.
4ª Patogenia.
5ª Importancia de este sindroma.
6ª Observaciones.
7ª Conclusiones.

BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA

CAP. I.

Perturbaciones cardiacas descritas en el paludismo.

Las lesiones cardiacas de orígen palúdico puede decirse que están en discusión, pues si algunos autores las traen como seguras i mui variadas, no tienen la aceptación de muchos que con labor constante han estudiado i estudian esta enfermedad. LAVERAN las niega, las niega DUTROULAU i otros; pero en cambio muchas otras eminencias médicas, como veremos más abajo, que merecen toda confianza, presentan numerosas i variadas observaciones de estas lesiones.

Las distintas comisiones médicas extrangeras i los médicos de los paises cálidos, trabajan constantemente tratando de elucidar el caos que es en estas regiones las variedades de fiebres i las múltiples manifestaciones a veces de una misma entidad morbosa, i entre éstas, ninguna como el paludismo ha consumido tantos esfuerzos a los médicos que se dedican a sus estudios; ninguna como ella ha proporcionado tantas discusiones médicas entre los observadores de distintos países i pocas como ellas tienen, á pesar del mo-

BNPHU
BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA REPÚBLICA DOMINICANA

numento que resulta el estudio hecho sobre esta enfermedad, tantos puntos oscuros por esclarecerse. De esto resulta que todos los años aparezcan nuevos tratados sobre el paludismo i que los médicos,—pues no hai médico de los países tropicales, de alguna competencia, que no haya dedicado su pequeño esfuerzo para contribuir a conocer bien ésta enfermedad,—escriban a menudo luminosos artículos, corrijiendo, confirmando o señalando nuevas manifestaciones i nuevas complicaciones de esta enfermedad que parece adaptarse al cuadro de todas las otras enfermedades, pues, no hai manifestaciones o síntomas de cualquier enfermedad infecciosa que no encuentre lugar en la semeiolojía palúdica. De estos trabajos se deduce que las perturbaciones cardiacas son más frecuentes en el paludismo que en muchas otras enfermedades microbianas, i más de lo que en realidad se cree, por las muchas causas que contribuyen a la fatiga del corazón en esta enfermedad. No hai más que recordar lo que sufre el corazón en todos los accesos perniciosos, i con especialidad en las formas perniciosas aljidas i la forma sincopal, en los cuales uno de los síntomas predominantes es el decaimiento de este órgano.

Lo mucho que se ha estudiado i lo mucho que se estudia el paludismo, dá idea de lo difícil que es aislar bien la sintomatolojia de esta enfermedad, i que se le atribuyan muchas manifestaciones de otras enfermedades mal conocidas, evolucionando solas o asociadas a él a pesar del solucionador hematozoario de Laveran.

Se explica esta actividad en el estudio de esta enfermedad, por ser un problema de suma importan-

cia para los países tropicales, pues es una excepción el que no tiene siquiera una zona endémica de esta enfermedad, que azota de una manera extraordinaria a sus habitantes i a los extranjeros que la visitan. También se pueden explicar las contradicciones de los observadores, por las distintas condiciones atmosféricas i telúricas de estos países. Así se lee en el tratado de Diagnóstico i Semiolojía de las enfermedades Tropicales por Wurtz i Thiroux: (1) «Uno de nosotros ha tenido ocasión de observar en Madagascar sobre las altas mesetas, el hecho siguiente: las afecciones cardiacas son frecuentes en los indígenas, que son con frecuencia impaludados, i el europeo que deja las regiones bajas para habitar las mesetas, está expuesto a disturbios cardiacos, tales como latidos del corazón, angustia precordial i arritmia.» Ya vemos pues, solamente la altura influyendo en las perturbaciones cardiacas. Por eso es por lo que muchísimas perturbaciones palúdicas observadas en algunos países, no son notadas o lo son mui raras veces en otros, siendo la enfermedad producida por el mismo hematozoario en todas partes.

Para comprender el dédalo que es el paludismo, basta recordar que él puede atacar todos los órganos del cuerpo humano i a veces un sistema entero. Así tenemos que el paludismo puede atacar el sistema nervioso, i han sido descritas a más de las neuralgias i otras pequeñas manifestaciones, la epilepsia, la neurastenia i hasta el histerismo; si en el aparato respiratorio: la bronquitis, las conjestiones, las hemotisis,

(1) Página 292.

las neumonías i las pleuresis; si en el tuvo digestivo: las gingivitis, las estomatitis (ulcerosas algunas), las gastralgias, las dispepsias, las diarreas i las disenterías palúdicas; en el aparato circulatorio: las trombosis, las flevitis, las dilataciones de los grandes vasos, las aneurismas i algunas lesiones cardiacas; en los órganos abdominales: las esplenomegalias, las hepatomegalias, las cirrosis hepáticas y las nefritis; en la red linfática: las adenitis i las linfangitis; si en la piel: petequias, púrpuras, eritemas rubeólicas i escarlatini, formes, ulticarias i otras erupciones. Se han descrito también las neuralgias del oido, las otitis; en los ojos: las midriasis, las hemeralopias intermitentes, las ambliopias i a veces las amaurosis palúdicas. Se han descrito las aljias testiculares i el prurito de la vulva.

Como se vé, las manifestaciones palúdicas se caracterizan por su obicuidad en el organismo; i si todos los órganos son capaces de resentirse, el corazón debe seguir al bazo i al hígado por ser el órgano que sufre más directamente las consecuencias de esta enfermedad. Solamente que las perturbaciones de este órgano, funcionales i mui lijeras, pasan la mayoría de las veces inadvertidas del médico.

Pasaremos lijeramente a todas las lesiones i perturbaciones cardiacas que han sido descritas en el paludismo. De viejo se vienen señalando algunas de estas lesiones, pero tratándolas como grandes excepciones i atribuyéndolas al periodo crónico avanzado o al periodo caquextico. No parece ser así hoi en día.

Se han descrito en la anemia trastornos cardiacos lijeros, principalmente las palpitaciones i los so-

plos. En la forma grave de la anemia palúdica, los síncopes; muchas veces el enfermo muere en uno de ellos,

LAVERAN no ha observado las lesiones del endocardio en el paludismo. Solamente ha observado una alteración del endocardio, con depósitos calcareos al nivel de las válvulas sigmoideas de la aorta, endocarditis, según él, evidentemente anterior a la invasión del paludismo. Pero en su obra se lee, hablando de los palúdicos crónicos: «el volúmen del corazón está algunas veces aumentado; se trata ordinariamente de una dilatación pasiva de las cavidades. La dilatación aguda del corazón ha sido notada por varios observadores en el curso de accesos palúdicos graves. La hipertrofia ha sido constatada en la autopsia en individuos que mueren de caquexia palúdica. Esta hipertrofia parece relacionarse con las lesiones flegmásicas de las visceras abdominales i notablemente a la esclerosis del riñón». (1)

DUTROULAU no ha constatado las lesiones del endocardio, pero habla de dilataciones e hipertrofias en algunos estados graves i en la caquexia.

MANSON cree que como consecuencia de la falta de nutrición que resulta de la anemia prolongada i de las recaidas de la fiebre, el tejido muscular del corazón en los palúdicos crónicos puede degenerar i los ventrículos dilatarse. (2)

WURTZ I THIROUX en la misma obra citada dicen: «Bajo los trópicos, las fiebres palúdicas pueden,

(1) Laveran. Traité du Paludisme pag. 314 i 315.
(2) Manson: Maladiesda pays chands, pag. 91.

BIBLIOTECA NACIONAL - SANTO DOMINGO, R. D.

como otras enfermedades (tifus etc.), predisponer a las cardiopatias. Es así como se puede observar la hipertrofia verdadera del corazón, la dilatación de las cavidades i a las endocarditis crónicas con lesiones mitrales. Creen sin embargo que son raras» (1)

CORRE piensa que el paludismo predispone a las afecciones cardiacas, sea directamente, sea indirectamente por los obstáculos que ponen a la circulación, las degeneraciones que al fin sufren bajo su influencia ciertos órganos abdominales.

DUCHECK (2) ha señalado dilataciones cardiacas de origen mecánico por obstáculo a la circulación en las vísceras abdominales.

LANCEREAUX (3) fué el primero en describir las endocarditis de origen palustre. Esta endocarditis, vegetante i ulcerosa, para este autor tiene predilección por las válvulas sigmoideas de la aorta.

DUROZIEZ ha reunido veinte observaciones de endocarditis en individuos maláricos i él admite que existe una relación etiolójica entre la endocarditis i el paludismo.

KOUNDRIOUTZKOFF (4) ha publicado observaciones de un enfermo, antiguo palúdico, que presentaba los síntomas de angina de pecho con accesos intermitentes, manifestándose a hora fija i cediendo a la quinina cuando habían fracasado otros tratamientos apropiados.

---

(1) Pag. 291 292.
(2) Wurtz i Thiroux, loco citato.
(3) Citados por Laveran, Manson, Le Dantec, Wurtz i Thiroux.
(4) Citado por Laveran, pag. 296.

RAUZIER ha constatado en enfermos atacados de fiebres intermitentes la existencia de un soplo cardiaco coincidiendo con el primer ruido i teniendo su máximun en la vecindad de la punta; este soplo no se propaga a los vasos del cuello i se acompaña algunas veces de un desdoblamiento del segundo ruido en la base. Según él, se trataría de una insuficiencia funcional de la mitral.

MARCHOUX trae las dilataciones cardiacas i las hipertrofias en el paludismo de accesos graves i en la caquexia. Ha encontrado algunas veces el corazón dilatado en la auptosia. (1)

Otros han descrito perturbaciones cardiacas, pero no son nuevas, pues no salen de las expuestas arriba.

Como se vé, pocas son las perturbaciones cardiacas descritas en el paludismo, i no se habla de ellas, sino en el estado crónico avanzado o en el estado caquextico de la enfermedad, atribuyéndoles, casi siempre, un origen reflejo o mecánico por lesiones o perturbaciones de los órganos abdominales.

(1) Marchoux et Grall Paludisme, pgg. 456:

CAP. II.

Descripción del sindroma observado.

Lo que voi a exponer en esta tesis es una dilatación del corazón derecho, observada con extraordinaria frecuencia en los palúdicos de la República; pero con la originalidad de presentarse en palúdicos de tres a cinco meses de impaludados i que están mui lejos de lo que se ha descrito con el nombre de caquexia; de haberla encontrado en palúdicos que tienen sus pulmones i estómagos completamente bien i que sus higados en la mayoría de ellos, no presentan nada de particular. Lo único constante es la hipersplenia i a veces mui poco acentuada.

Lo original es la frecuencia con que he observado estas dilataciones, a tal extremo, que individuos en aparente buena salud no tengan en su organismo otros síntomas que puedan denunciar la enfermedad, que no sean: la hipertrofia del bazo a veces mui pequeña i la dilatación del corazón derecho, caracterizada a la auscultación por lo que explicaremos más adelante. Es verdad que como gran excepción, he encontrado algu-

BNPHU
BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA

nos raros palúdicos en quienes no me ha parecido oirlo. Por su frecuencia, casi constante, debe buscarse sistemáticamente en todo individuo sospechoso de paludismo. Esta dilatación me ha puesto siempre en la vía del diagnóstico cada vez que la he encontrado acompañada de la anemia, de la hipersplenia i del edema pre-tibiar que es a veces mui lijero.

El sujeto de la observación Nº 6, fué a consultar al Hospital por malestar, debilidad i cansancio que sentía al más pequeño ejercicio. Lo examiné: era un individuo mui delgado, con un color pálido terroso, el bazo hipertrofiado, un galope en la apéndice xifoides i lijero edema pre-tibial. No tenía fiebre; pero había sufrido mucho de ellas i no hacía diez días que le había dado seis accesos seguidos. No lo dejé en el Hospital por creer que permaneciendo en la Fortaleza no tardaría en presentársele la fiebre i por temor de que se fuera a beneficiar, como había pasado con otros, del simple cambio del Cuartel al Haspital. No se hizo esperar mucho: a los cuatro días después, entró al Hospital con 40 grados de fiebre; se le examinó la sangre i se le encontró el hematozoario de Laveran. A los cuatro meses de haber sido tratado en el Hospital lo volví a examinar: estaba más fuerte, no se fatigaba casi con el ejercicio militar i su galope había desaparecido, sintiéndose siempre el ruido agregado, pero mucho más débil i prolongado, dándonos la idea de un lijero arrastramiento presistólico en el mismo lugar.

El sujeto de la observación Nº 8 entró al Hospital con 39.2 de fiebre. Era un individuo mui anémi-

mico, aunque no mui delgado i de músculos mui desarrollados. Tenía lo mismo que el anterior: bazo grande, lijero edema pre-tibial i un ruido prolongado presistólico en el foco tricuspidiano. Se le examinó la sangre i el examen fué negativo. Al día siguiente, sin haber tomado medicamento, se lo pasó sin fiebre. Lo mismo pasó el segundo pero el tercero, se repitió el acceso a la misma hora del anterior. Se le examinó la sangre i también fué negativo. Así se repitieron, a la misma hora i más o menos con la misma elevación térmica, cinco accesos de esta fiebre cuartana. Cinco veces se le examinó la sangre, tomando preparaciones momentos antes del calofrío, en el calofrío i en el máximum de la fiebre, i todos fueron negativos. Resolví entonces hacerle una punción del bazo; la hice la víspera del último acceso i entonces sí se encontró el hematozoario. (Véase la observación).

Muchos enfermos, como el de la observación Nº 4 del Dr. O. del Pozo, vienen a su consultorio creyéndose enfermos del corazón, quejándose de palpitaciones i respiración corta algunos; de cansancio, palpitaciones e inutilidad para la marcha otros; se les encuentra el bazo grande, los síntomas de la dilatación en cuestión i de una vez se sospecha el paludismo, que más tarde confirma el microscopio.

Lo que he observado a la auscultación en la perturbación cardíaca en cuestión es lo siguiente:

Un ruido sordo, agregado en la diástole i casi siempre inmediatamente anterior a la sístole, en el foco tricuspidiano. Dos caracteres tiene este ruido: unas veces es claro, breve, oyéndose inmediatamente

BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA REPÚBLICA DOMINICANA

antes que el primer ruido, formando entonces un galope derecho presistólico; otras veces, sin dejar de ser presistólico, es rasposo i se prolonga hasta el primer ruido de la sístole, con el que termina. Entonces se oye un rúúpaf-paf fuerte i rasposo en algunos, más suave i menos fuerte en otros. Este ruido en muchos de los enfermos observados, no es constante, bastando ajitar al sujeto para que se independice del primer ruido cardiaco i se haga más corto, estando entonces en las mismas condiciones del primer ruido descrito, oyéndose claramente un galope que desaparece paulatinamente a medida que con el reposo vá adquiriendo su caracter primitivo este ruido. No desaparece ni por la posición ni por la suspensión momentánea de la respiración.

La primera manifestación del sindroma en cuestión, es decir, el ruido breve, el que forma el galope, no se oye claro sino en la apéndice xifoides, mientras que la segunda manifestación, esto es, el ruido prolongado, tiene su máximun en este mismo lugar, pero se irradia con bastante fuerza i claridad a los otros focos. Se irradia por orden de frecuencia: a la punta, al foco aortico i al foco pulmonar. La propagación de este ruido es mui caprichosa: se propaga a la punta solamente, claro i fuerte o apenas perceptible; al foco aortico o, a éste i a la punta, predominando en una de estas partes. Con muchísima rareza llega tambien, aunque más débil, al segundo espacio intercostal izquierdo.

Las otras manifestaciones de esta dilatación que acompañan casi siempre al galope o al ruido prolongado, son las siguientes:

BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA

1º El aumento del diámetro transverso que se nota en algunos enfermos a la percusión.

2º La debilidad i aceleración del pulso. No he observado en estos enfermos la disminución de la frecuencia del pulso de que nos habla Laveran, en cambio sí la suceptibilidad al más pequeño esfuerzo de que nos habla el mismo autor. El pulso en estos enfermos, a más de débil i acelerado, es a veces irregular i pequeño.

3º La inutilidad del enfermo para el ejercicio, pues al menor movimiento se aumenta extraordinariamente la taquicardia, que le molesta i le sofoca a extremo de obligarlo a reposar. En estos casos, a la marcha, el corazón se resiente primero que el bazo.

4º El edema pre-tibial. Es verdad que todos los autores traen este edema como los de cualquiera región del cuerpo i la anasarca de esta enfermedad, como producidas por la alteración de la sangre que produce la anemia; pero no sé hasta qué punto puede ser aceptado esto en individuos que presentan manifestaciones de dilatación cardiaca i que están mui poco anemiados por no ser, se puede decir, de mucho tiempo su cronicidad.

5º La hipotensión observada en casi todos estos enfermos por medio del esfimomanómetro.

Como he dicho más arriba, este galope o este ruido prolongado es debido a una dilatación del corazón derecho. Lo más probable es que se fatigue el miocardio entero; pero como se encuentra siempre en la apéndice xifoides las principales manifesfaciones de esta dilatación, hai que aceptar que el corazón de-

BIBLIOTECA NACIONAL DEL PERÚ

recho es el único que se dilata o que la dilatación del órgano comienza por el corazón derecho. El menor espesor de las paredes de este corazón, comparadas con las del izquierdo, pueden explicar este hecho.

CAP. III.

ETIOLOGIA.

Esta dilatación, con la frecuencia tan extraordinaria con que la encontramos a cada momento, no ha sido descrita en el paludismo por ninguno de los que se dedican al estudio de esta enfermedad; i en los casos observados que figuran en este trabajo, no puede ser atribuida a ninguna otra causa que no sea ésta. Habla en favor el hecho de que todas las observaciones que he recojido, como se verá en ésta, son de jóvenes de diez i ocho a veinte i cuatro años, sanos i que no habían sufrido, antes de la inoculación hematozoarica, de ninguna enfermedad infecciosa a la cual se le pudiera atribuir. Podríase argüir que estos enfermos estaban predispuestos por la fatiga que produce el rigor de la disciplina militar; pero es que las he observado fuera del Hospital i ahí están las observaciones de la clínica privada de mi maestro el Dr. O. del Pozo, quien a más de la observación del niño de diez años que figura en ésta, ha tenido ocasión de observar esta perturbación en nn niño impa-

ludado de menos edad i en individuos que llevan una vida reposada.

De más está decir que no puede ser atribuida a una endocarditis, por no ser ésta las manifestaciones de dicha enfermedad. A la anemia? nó, porque ésta es un sindroma i nó una enfermedad i, aunque ella contribuyera, hai que decir que es debido a la causa que produce la anemia, es decir, a la cáusa eficiente; además, no son éstas sus manifestaciones cardiacas a la auscultación, i en los palúdicos observados nunca he oido un soplo. Creo que no puede ser atribuida a ninguna otra lesión ni perturbación cardiaca, como no sea a una dilatación del corazón derecho. A la auscultación no se oye en éste sino lo que se oye en el izquierdo en el mal de Bright, es decir, un galope. Así es que, siendo lo mismo i siendo atribuido el del corazón izquierdo a una dilatación, nada más fácil aceptar que el galope derecho sea producido por una dilatación del corazón derecho. Ahora, por qué la predilección por este corazón? A esto es a lo que no se puede dar una contestación categórica; pero hai algunas causas que pueden explicarlas. Ya he hablado de la diferencia normal de las paredes del corazón izquierdo i del derecho. Sabemos que todas las enfermedades infecciosas no atacan igualmente al corazón, teniendo cada una preferencia por tal o cual válvula. El paludismo mismo, como hemos visto, en caso de complicarse con endocarditis, nó es la válvula mitral la atacada, como pasa en el reumatismo i otras enfermedades, sino que según Lancereaux, tiene preferencia por las válvulas sigmoideas de la aorta. No

hai que olvidar por otra parte, quizás tenga su influencia, que el corazón derecho es el que recibe toda la sangre impura para la vitalidad de los tejidos que acaba de atravesar los órganos llenos de hematozoarios, i en caso de tóxinas, es él el primero en recibirlas, mientras que el corazón izquierdo las recibe después de la hematosis, cuando las tóxinas han sido disminuidas o debilitadas por la acción del oxígeno.

No se puede aplicar a esta dilatación palúdica la misma causa refleja de las dilataciones gastro-hepáticas. Estas son atribuidas a un espasmo, por simpatía, de los capilares del pulmón i este espasmo tiene sus manifestaciones que son: la disnea i la acentuación del segundo ruido en el foco pulmonar por la hipertensión de las venas pulmonares. Lo primero falta siempre en los palúdicos; lo segundo se observa mui raras veces i no es solamente en este foco, sino que también se observa en el foco aórtico. Las dilataciones gastro-hepáticas se instalan rápidamente i con la misma rapidez desaparecen, salvo algunos raros casos que persisten, mientras que las dilataciones palúdicas se instalan i desaparecen más lentamente, a extremo que, aunque responden al tratamiento específico, no hemos visto desaparecer completamente el ruido agregado en los palúdicos observados; pero es evidente que desaparece, pues, con el tiempo i el tratamiento, este ruido se hace más débil i se vá como apagando. En algunos de los observados el ruido se ha reducido a un lijero arrastramiento, casi imperceptible, dándonos la idea de una lijera sacudida más que de un ruido.

Teniendo estos individuos sus estómagos completamente bien, hai que desechar la teoría que algunos han emitido para explicar ciertas dilataciones cardiacas, creyéndolas puramente mecánicas: la distensión del estómago por la comida o por gaces, podría determinarla, echando hácia atras el diafragma i comprimiendo al corazón. No teniendo muchos de estos enfermos sino lijeras hipersplenias, es algo difícil aceptar que el lijero obstáculo que pueda poner esta lesión a la circulación en el bazo, pueda producirla, cuando ya se han visto grandes esplenomegalias en las leucenias sin presentar el corazón signos de dilatación. He observado tres esplenomegalias fracastorianas en una de las cuales el bazo llegaba hasta el ombligo i en ninguna observé signos de dilatación cardiaca. También he visto muchas hepatitis etílicas, sin encontrar nada en el corazón. No quiere decir esto que no tenga su importancia; pero creo necesario para ello, que sean estos órganos bien lesionados para que sea grande el obstáculo a la circulación, i que este obstáculo circulatorio sea mui prolongado.

Creyendo que no se puede atribuir las dilataciones en cuestión a una sola de las muchas perturbaciones que produce el paludismo en el organismo, presentaré el conjunto de las que a mi parecer, pueden más directamente influir en su formación, sobre todo, cuando encuentran la menor resistencia del individuo en el miocardio.

Estas son:

a) Las tóxinas hematozoaricas, negadas por algunos autores i aceptadas por otros, pueden ocupar

el primer lugar. Aunque no han podido ser comprobadas, hai muchas manifestaciones de esta enfermedad que hacen aceptarlas. La fiebre no parece ser sino una fiebre tóxica. Dice P. MANSON: (1) «cuando las rosáceas están bien formadas, viene la fragmentación de éstas poniendo en libertad muchísimos hematozoarios jóvenes (merozoitos) i tóxinas que pasan al torrente circulatorio; estas tóxinas parecen producir la fiebre». i las cosas pasan como si el acceso terminara cuando son eliminadas en la diuresis que ellas casi siempre producen i en la diaforesis constante al final de la crisis. En el acceso i después de él, la toxicidad de la orina está aumentada (Brousse) (2), a veces en mui fuerte proporción (Roque i G. Lemoine). (2) En muchos maláricos se encuentra albúmina en los accesos febriles, albúmina pasajera i atribuida a una irritación del parenquima renal de orden tóxico. La somnolencia de que hablan algunos autores i las neuralgias palúdicas periódicas, hablan más bien en favor de una toxina piretojena que de accidentes ocasionados por la presencia del hematozoario. MANSON (3) dice que los hematozoarios están siempre en la sangre, a veces en proporciones considerables i que los palúdicos no tienen siempre fiebre. Las contínuas palúdicas se cree que son debidas a una gran infección que lucha con una gran resistencia de un individuo fuerte, con una gran reacción del organismo; parece probarlo, que ésta es la primera forma febril del paludismo. Hai otras circunstancias que las favore-

(1) Maladies des pays chauds pag. 51.
(2) Laveran, observaciones citadas en su obra pag. 244.
(3) Manson, loco citato.

cen, entre la cuales ocupa el primer lugar las altas temperaturas de los climas cálidos.

LAVERAN i otros no creen en las toxinas hematozoáricas i tratan de explicar todas las manifestaciones palúdicas por la presencia del hematozoario i por la alteración de la sangre; pero todos aceptan que el calofrío i la fiebre no vienen sino cuando los cuerpos esporulados se rompen.

Si no se quiere aceptar las toxinas, hay que aceptar que los palúdicos se adelgazan, que sus músculos se debilitan, pierden sus fuerzas i que el músculo miocardio no está exento, como los demás músculos del organismo, de debilitarse. El corazón se ha encontrado a la autopsia hipertrofiado, dejenerado, exangue, pálido i a veces esclerosado (MARCHOUX). (1).

LAVERAN ha constatado una vez que algunas fibras de los músculos rectos del abdómen i la del psoas habían sufrido una transformación granulo-vitosa idéntica a la que se observa mui a menudo en los mismos músculos, en sujetos muertos de fiebre tifoidea. (2).

«VALLIN ha constatado en los músculos de diez palúdicos: en unos, una degeneración granulo-proteica simple; en otros había comenzado la degeneración vitrosa i en los últimos la transformación cereza era completa i no diferenciaba en nada a la que se encuentra al décimoquinto día de una viruela o de una fiebre tifoidea. Este mismo autor ha encontrado en varios

---

(1) Marchoux, loco citato.
(2) Laveran, obra citada, pag. 370.

casos una alteración histolójica de las fibras del corazón». (1).

b) Con respecto a la fiebre i el corazón dice LE DANTEC: «sobreviene una temperatura excesiva por consecuencia de un acceso de fiebre o por una admósfera sobrecalentada e inmediatamente el corazón entra en insuficiencia» (2). Mucha razón tiene el sabio francés, pués todos sabemos lo que fustiga al corazón las altas temperaturas. La taquicardia i la baso constricción capilar que produce la fiebre por intermedio del sistema nervioso, obligan al corazón, órgano propulsor, a aumentar sus esfuerzo, es decir, aumenta su trabajo.

Hai quienes digan que altera el ritmo cardiaco i con más frecuencia el timbre de los ruidos sistólicos. El pulso en el estado de calor es lleno i a veces dícroto; en el estado de sudor se debilita un poco y se hace más depresible, lo que indica que el corazón es uno de los órganos que más directamente sufre las consecuencias de las grandes temperaturas. De todas las enfermedades el paludismo bate el record pirectico, de donde se vé, que el corazón de los palúdicos, azotado por altas hipertemias, sea el más expuesto a resentirse.

c) Las conjestiones i alteraciones viscerales tiene grande importancia. Todos los órganos pueden ser atacados por el paludismo; pero donde se manifiesta constantemente es en las vísceras abdominales Las que más sufren son el bazo i el hígado. Todos los médicos saben las grandes proporciones que to-

(1) Laveran, observaciones citadas en su obra, pag. 370.
(2) Le Dantec, Precis de Pathologie exotique.

man a veces las esplenomegalias palúdicas: el bazo llega hasta doce veces su volumen normal. El extremo superior puede empujar al corazón hacia arriba, (CATRIN). El higado es hipertrofiado; las hepatomegalias toman en algunos casos proporciones considerables i llegan en ocasiones hasta la esclerosis, produciéndose una corrosis palúdica, hipertróficas algunas, atróficas las más. El pulmón se conjestiona i su tejido sufre alteraciones escleróticas llegando a constituirse una cirrosis pulmonar. Se ha descrito una neunomia crónica palúdica, no como complicación, sino como única manifestación de esta enfermedad. Los riñones en cada acceso de fiebre se conjestionan i sus tejidos como el esplénico, el hepático i el pulmonar, sufren alteraciones que establecen nefritis epiteliales, intersticiales i mixtas. A más el pigmento melánico cierra la luz, cuando no obtura, a los pequeños capilares.

Estas lesiones viscerales ponen gran obstáculo a la circulación de la sangre i quien sufre las consecuencias es quien tiene que vencerlas, es decir, el corazón. De donde otra causa que puede hacer que el corazón se dilate. Muchas veces estas conjestiones viscerales son las únicas causas a las cuales pueden atribuírseles ciertas dilataciones del corazón derecho, como pasa en las dilataciones de origen hepático.

d) Todos los palúdicos crónicos, anemiados, tienen sus pulsaciones por encima de la normal. Esta diferencia en algunos a penas perceptible, en otros es mui notable. He estado observando palúdicos que siempre han tenido cerca de noventa pulsaciones i al-

gunos que han tenido un promedio de cien; razón por la cual en muchos de estos enfermos, a pesar de aumentar sus pulsaciones en los momentos febriles, no existe el paralelismo tan bien observado en casi todas las fiebres microbianas, incluyendo al mismo paludismo en sus primeras manifestaciones febriles, entre éstas i la temperatura. He pensado en esto i me parece explicármelo de la manera siguiente:

En todo anémico palúdico existe una disminución de glóbulos rojos. La disminución en cada paroxismo es de un cinco o diez por ciento. En cada acceso pernicioso, de cinco millones por milímetros cúbicos, cifra normal, son destruidos medio millón i a veces uno. En los palúdicos que han sufrido muchos accesos febriles, la oligocitemia llega a ser tan axajerada, que la riqueza globular cae a un millón i a veces a menos por milímetro cuadrado. I por más que el organismo aumente su poder hemogénetico, jamás llega a equilibrar el alto grado hemolítico de la enfermedad. A esta disminución cuantitativa hai que agregar una disminución cualitativa, pués de los glóbulos supervivientes, algunos tienen reducida su hemoglobina al tercio, al cuarto, al quinto, etc., hasta algunos que carezcan de ella en absoluto.

A más de esto, la cantidad de sangre es disminuida en los palúdicos. De donde se vé que esta sangre disminuida, pobre en globulos rojos que a la vez lo están en hemoglobina, teniendo en el torrente circulatorio su velocidad fisiológica i no pudiendo los glóbulos, durante la hematosis fijar la cantidad fisiológica o normal de oxígeno por tener su hemoglobina dis-

BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA

minuida, no podrían llevar a los tejidos la cantidad suficiente de oxígeno que necesitan éstos para el metabalismo que se efectúa en su intimidad; de donde resulta una insuficiencia globular o hemoglobinírica mejor dicho, que es compensada por el corazón. Este, aumentando su trabajo imprime mayor velocidad a la sangre, i ahí la compensación; i de ésta, el aumento de pulsaciones en los palúdicos anemiados. De donde otra causa que puede contribuir a dilatar al corazón.

Es decir, que tenemos 1º: *Toxinas hematozoáricas* o *hematozoarios*; 2º: Las grandes i frecuentes hipertemias; 3º: Las *congestiones crónica-viscerales, dominando* las *esplenomegalias* i las *hepatomegalias* i 4º: Lo que podríamos llamar *Compensación anémica*, fustigando al corazón que al principio resiste, pero que concluye por ceder i comienza por dilatarse.

Como he dicho anteriormente, no teniendo los sujetos cuyas observaciones figuran en ésta, ninguna de las mencionadas manifestaciones, exceptuando la anémia i la hipersplenia, creemos que estas causas podrían considerarse como coadyuvantes i no como causa eficiente, pués ya lo he dicho, no he encontrado en estos enfermos, nada que haga pensar en grandes obstaculos circulatorios ni en causas reflejas que las explique.

BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA REPÚBLICA DOMINICANA

CAP. IV.

PATOGENIA

Trataremos de explicar cómo se forma el ruido anormal que hemos observado con tanta frecuencia. El ruido de galope lo encontramos majistralmente descrito en la colosal obra de Mr. POTAIN, intitulada «*Clinique de la Charité*»: a esta explicación nos atenemos por corresponder exactamente a lo que hemos oido a lo que ha descrito el maestro. En cuanto al ruido prolongado, no hemos encontrado descrita su patogenia en ninguna obra, pero trataremos de explicarla de la manera más racional, teniendo en cuenta su manifestación, su marcha i su causa.

Comenzaremos por recordar la revolución cardíaca i lo que se ha llamado ruido de galope, i para ello, lo tomamos de la obra ya citada de Mr. POTAIN.

«La revolución cardiaca comienza por un gran silencio que corresponde a la diástole, es decir, a la replexión de las cavidades ventriculares, i es seguida i concluida por un pequeño silencio, correspondiendo a la sístole, es decir, a la evacuación de los ventrículos.

Al principio i al fin de la sístole hai dos ruídos: el primero indicando su comienzo i el segundo indicando su conclusión. Se llamará galope a un ruido especial producido por la interposición de un ruido sordo en uno de estos dos silencios.»

En el galope del gran silencio, el ruido interpuesto puede estar inmediatamente antes de la sístole i entonces es presistólico; a mitad de la diástole i entonces es mesodiastólico; al extremo opuesto al presistólico, es decir, que sucede inmediatamente al segundo ruido, i entonces es protodiastólico. En un mismo individuo el ruido agregado puede ocupar estos distintos lugares, según la rapidez con que se contraiga el corazón. Cuando este órgano se contrae rápidamente, resulta que el gran silencio es reducido por aproximarse más el segundo ruido al primero; i el ruido anormal presistólico estará más cerca del segundo ruido, cuanto más corto sea el gran silencio, comprendiéndose como puede ocupar sucesivamente la mitad o el principio de la diástole, según ésta sea más o menos larga, siendo entonces mesodiastólico o protodiastólico. A pesar de esto, se ha descrito un galope protodiastólico primitivo, por más que se prolongue el gran silencio. El Dr. CUFFER ha descrito un galope sistólico, en el cual el ruido anormal está colocado inmediatamente después del primer ruido. Dice POTAIN: «habrá así dos especies de galopes: uno diastólico i otro sistólico; el primero comprenderá dos variedades, la una presistólica i la otra protodiastólica, que en ciertas condiciones de frecuencia se confundirán en un galope mesodiastólico».

BNPHU BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA

Lo que he oido en los palúdicos que han sido motivo de este trabajo, es, ya lo he dicho, un galope derecho, perceptible claramente en el foco tricuspidiano, i un ruido prolongado que tiene su máximum en este mismo foco i que a veces se irradia con bastante intensidad a la punta i a la base. Tanto el ruido breve que forma el galope, como el ruido prolongado, están colocados inmediatamente antes del primer ruido, es decir, que tanto el uno como el otro, ocupan el mismo lugar en la revolución cardiaca: los dos son presistólicos.

Comenzaremos por el ruido de galope.

A qué es debido i cómo se forma ese ruido interpuesto para formar el ritmo llamado galope? Varias teorías han sido emitidas; pero la más racional i la que es aceptada por la mayoría científica, es, como he dicho ya, la de Mr. POTAIN.

El DR. SIBSON en su teoría, atribuye el ruido de galope a un desdoblamiento anormal del primer ruido del corazón. POTAIN la refuta diciendo: 1º, que esta teoría supone la disociación de las contracciones ventriculares, lo que no puede ser admisible; 2º, que no tiene en cuenta el timbre del ruido agregado, que no recuerda en nada el chasquido valvular.

M. D' ESPINE, BOUVERET i CHABALIER, creen que el ruido de galope es sistólico, producido por el sístole ventricular que se haría en dos tiempos. M. BOUVERET hace entrar también en juego el ruido rotatorio del corazón.

M. ECHAQUEL el primero i después M. M. RRIEGE i SCHUMAL, han sostenido que el ruido de galope

resulta de una contracción exajerada de la aurícula.

Veamos cómo se explica M. POTAIN:

«En las diferentes variedades del galope de la diástole, el ruido anormal resulta siempre de la penetración de la sangre en la cavidad de los ventrículos. Sin embargo, al estado normal esta penetración no se acompaña de ningún ruido sensible, ni aún en los casos de gran excitación circulatoria. Esto se explica pensando que una masa líquida en movimiento no produce ningúu ruido, sino cuando ella es detenida *súbitamente* por un obstáculo. El obstáculo que detiene la corriente sanguínea que penetra en las cavidades ventriculares, es la resistencia de le pared, que está representada en el corazón normal por la tonicidad muscular que cede *progresivamente*. Todo lo contrario, la detención de la columna sanguínea que afluye a los ventrículos es brusca, súbita i suceptible de producir un sacudimiento perceptible por la mano o por la oreja, siempre que la resistencia tónica del miocardio sea disminuida; pués, en estos casos, los elementos fibroconjuntivos de la pared son puestos súbitamente en juego cuando el ventrículo está ya repleto.

El estado del corazón es tanto más propio para producir este ruido, cuando su pared es modificada de tal manera, que esta modficación predomina en los elementos fibro-conjuntivos; sea por que se prolifera más o menos considerablemente, como pasa en los brighticos, donde el corazón es esclerosado; o sea, al contrario, por que el miocardio ha degenerado rapidamente, como pasa en la fiebre tofoidea i otras enfermedades infecciosas.

De otra parte, la resistencia fibro-conjuntiva de la pared, es puesta tanto más seguramente en juego, cuanto más próximo esté la dilatación del grado de distensión necesaria para entrar en juego esta resistencia. Es así como en ciertos enfermos el galope aparece desde que toman la posición horizontal, por aumentar más notablemente de dilatación. Es bueno saber también que el galope se produce tanto más rapidamente i con una intensidad tanto más grande, cuanto la circulación periférica es más activa i que una cantidad más considerable de sangre trata de penetrar en los ventrículos en cada uno de sus sístoles. Es en esta forma que las enfermedades infecciosas dan bastante a menudo lugar a este ruido.

Se vé que para el galope diastólico, cual que sea la variedad, la puesta en tensión brusca de la pared ventricular en la diástole, parece ser la causa inmediata i constante *del fenómeno*».

El ruido breve que forma el galope i el ruido prolongado, es uno mismo. Lo creemos por que tienen la misma localización; por sucederse uno al otro, (hemos visto siempre formarse este galope comenzando por un ruido prolongado i desaparecer retrocediendo a este) i por tener una misma causa patógena. Por esto le atribuimos una misma patogenía. Parece que para producirse el galope se necesita cierto grado de dilatación del músculo cardíaco: considerando a este órgano en un estado anterior, es decir, en un estado menos acentuado de dilatación, cuando su pared no ha perdido mucho de su tonicidad i que los elementos fibro-conjuntivos no están tomados lo suficiente para

BIBLIOTECA NACIONAL
PEDRO HERNÁNDEZ URIBE
REPÚBLICA DOMINICANA

dejarlo distender lo necesario, entonces se formaría ese ruido suave i arrastrado que se encuentra en casi todos los palúdicos crónicos observados. Así podría explicarse que en muchos de estos enfermos, cuando se ajitan, se transforma el ruido prolongado en ruido de galope, debido, sin duda, a que la actividad circulatoria aumenta la cantidad de sangre que afluye al ventrículo en cada sístole, provocando así un grado más acentuado de dilatación, que es la causa de este fenómeno.

CAP. V.

De la importancia de este sindroma.

Nunca se ha tenido el paludismo entre las enfermedades que acarrean frecuentemente perturbaciones cardíacas con ruido de galope, i creemos que esta omisión es debida en parte a la rutina de la mayoría de los médicos cuando tratan esta enfermedad, recetando quinina sin tomarse la pena de examinar bien a su enfermo. El corazón es el órgano que menos se examina en los palúdicos, pudiéndose atribuir este descuido a que, como nunca se ha señalado esta frecuencia de trastornos cardiacos, el médico, confiado, a penas pone la oreja en la región precordial. Todo lo contrario hace en otras enfermedades, como el reumatismo, por ejemplo, por haberse repetido mucho que con frecuencia se complica de endocarditis. Tal vez influya también la lentitud con que se instalan estas perturbaciones.

Ya que he señalado la extraordinaria frecuencia del sindroma dilatación en el paludismo, hai que preguntarse: ¿esta perturbación es tan frecuente en to-

BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA

das partes donde existe el hematozoario, ó es que nuestros palúdicos están predispuestos por el género de vida fatigante que llevan i por la mala alimentación?

Tiene este sindroma gran importancia para el diagnóstico del paludismo; i debe esta importancia a su extraordinaria frecuencia? Siempre que se encuentre un enfermo algo anemiado, con el bazo hipertrofiado, con un galope derecho o un arrastramiento presistólico i lijero edema pre-tibial, debe pensarse en el paludismo. Puedo decir más, cada vez que se encuentre el sindroma cardiaco en cuestión, se le debe sospechar seguido, i lo digo, por que muchas veces ha sido para mí el hilo de Ariadna, la única manifestación que, asociada a un lijero aumento del bazo, me ha hecho encontrar esta enfermedad que he comprobado en el período febril con el microscopio.

Esta dilatación llega a ser en algunos casos tan acentuada, que el enfermo se ve obligado a recurrir al médico, más que por las manifestaciones mismas del paludismo, por las manifestaciones del sindroma en cuestión, quejándose de palpitaciones, cansancio i respiración corta. Débese pués, cada vez que se sospeche un caso de paludismo crónico, buscar este sindroma, que en caso de paludismo, se encontrará con más ó menos grados de intensidad.

Tiene este sindroma una gran influencia terapéutica. El palúdico que presenta esta dilatación, necesita un tratamiento terapéutico más delicado. Se le debe evitar todo lo que pueda fatigarle, que no haría sino aumentar su dilatación. Al mismo tiempo

que se trata de destruir los parásitos en la sangre. se debe tonificar el músculo miocardio, cuyas fibras, perdiendo su tonicidad, se dejan distender más i más a medida que pasa tiempo. Se comprenderá, pués, de cuánta importancia es para el porvenir del enfermo, percibirse a tiempo de esta dilatación i tratarla conjuntamente con el tratamiento específico de la enfermedad, con una higiene adecuada, i tonificando sus paredes dilatadas.

Esta perturbación, como he dicho, es puramente funcional; pero no hai que dudar que si los enfermos que la presentan no se sometieran a un tratamiento específico, acentuándose de más en más, llegaría a establecerse una lesión orgánica del corazón. En los grandes neurópatas se han encontrado dilataciones i a veces hipertrofias cardíacas que comienzan por simples taquicardias, sin causa aparente que las explique, como no sea la prolongación de una exitabilidad nerviosa que fustiga el corazón obligándole á trabajar demasiado.

Bien triste es el recuerdo que tenemos de un enenfermo que al principio, cuando no había examen hematolójico, lo teníamos incluido en nuestras observaciones. Era un enfermo de Neyba i de una edad un poco avanzada, que había sufrido, según él, mucho de fiebres palúdicas. La primera vez que fué examinado en el Hospital, le encontramos una gran dilatación cardíaca con un galope en el apéndice xifoides. Fué a San Pedro de Macorís donde tuvo que entrar en campaña i al año regresó, en un estado tal de postración, que fué traido en brazos al Hospital. Ya no se

BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA

oía el galope derecho, sino soplos en todos los focos de auscultación, siendo más fuertes en el apéndice xifoides. No podía andar cuatro minutos i en la noche, tenía que sentarse en la cama varias veces para alcanzar respiración. No había albúminas en sus orinas. Se le dió un certificado retirándolo del servicio militar para que regresara al seno de su familia; pero no tuvo tiempo, porque una noche murió súbitamente entre sus compañeros de cuartel.

No hai que dudar que este pueda ser el porvenir de los palúdicos cuyos corazones estén grandemente interesados, i que no se sometan nunca al tratamiento específico, comprendiendo que la dilatación llegaría a producir insuficiencias valvulares que llevarían al enfermo a una terminación fatal.

CAP. VI.

OBSERVACIONES.

Voi a presentar las observaciones que he recojido en el Hospital Militar, de palúdicos postrados de una dilatación del corazón derecho, tratando de elegir las más convincentes, para lo cual he echado a un lado todas las que pudieran dejar duda por pesar sobre el individuo la antecedencia de otra enfermedad infecciosa que pudiera dejar como secuela perturbaciones cardiacas. Ampliamente han sido tomadas estas observaciones, pero queriendo presentar el mayor número posible, pues ni de una ni de dos observaciones pueden sacarse conclusiones, he tenido que reducirlas, lo que he hecho, tratando lo más posible de que por esto no dejen de ser completas. Por eso, cuando haga omisión de un órgano en ellas, no es que haya olvidado de examinarlo, sino que, no presentando nada de particular, he creido conveniente suprimirlo para mayor reducción. A esto hago excepción con los pulmones i con el hígado, pues, para el caso, hasta más interesante es que estos órganos estén completamente bien, a que presenten algunas perturbaciones.

BIBLIOTECA NACIONAL DE CHILE

A todas, excepto dos, por no tener importancia, las adjunto sus hojas de temperatura que son mui instructivas, tanto en el orden clínico como en el terapéutico.

Figuran en primer lugar las observaciones con que mi distinguido maestro el Dr. O. del Pozo, ha querido realizar este trabajo, robusteciendo con ellas las conclusiones sostenidas en él.

OBSERVACIÓN DEL DR. O. DEL POZO TOMADA EL 25 DE NOVBRE. 1910.

Nº 1

E. V.—24 años, trigueño, abogado.

Residencia: en la Capital. Solamente ha salido tres veces: una cuando tenía 18 años a Curazao; otra en el 1904 a San P. de Macorís donde permaneció días, i la última, en Mayo del 1906 a San Cristóbal en donde permaneció sólo dos días.

A. H.—PADRE: sufre de ataques de nervios (??)
MADRE: murió tetanizada a consecuencia de un aborto; sufrió mucho de asma.
HERMANOS: tres hembras i un varón, sanos.

A. P.—En su infancia sufrió de tos ferina i hasta los 15 años de catarros frecuentes.
A los 13 años, bubón sin causa aparente.
" " 14, pleuresia sero-fibrinosa de la cual curó mui pronto.
" " 16, bubón de la misma índole del primero.
" " 18, un chancro pequeño (??), de algu-

nos días de incubación, poco supurado, que curó en pocos días i fué seguido de un bubón poco supurado.

A lo 18½, iritis doble.

" " 21, blenorrajia, estuvo mui débil i le dieron fiebres, dolores lumbares i neuralgia intercostal. Se hizo examinar de un médico quien encontró el bazo hipertrofiado i diagnosticó paludismo.

A los 24 años, a principios de Stbre. del 1909, una angina que curó en 8 días. Algunas semanas más tarde, blenorragia reincidente. En Novbre., segunda angina, eritematosa, color bermellón i acompañada de fiebre de 39 grados. Tratamiento antifracastoriano.

Después que curó de la primera angina, quedó débil, mui perezoso para el trabajo i notó que el malestar aumentaba a ciertas horas del día. Esos quebrantos aumentaron después de la segunda angina. La angina curó facilmente pero a los pocos días volvió a mi consultorio con 38º8 de fiebre i quejándose de que le daban fiebres todos los días.

E. Actual: Débil, demacrado, sin apetito.

T. Dijestivo.—Lengua: algo sucia, nada en la garganta.

Hígado: algo hipertrofiado.

Bazo: mui hipertrofiado.

Vientre: estreñimiento.

A Cardio-pulmonar.

Pulmones: nada de particular.

Corazón: a la auscultación un ruido presis-

tólico, prolongado hasta el primer ruido sistólico, en la apendice xifoides. Edema pretibial.

O. Genito-urinarios: Ligero varicoce izquierdo.

Examen hematolójico: Hematíes algo deformados. Uno o dos hematozoarios en cada dos o tres campos; casi todos hemamibas de mediano tamaño i contenidos en glóbulos más grandes que los normales. Protoplasma casi siempre en turbante; nucleo excéntrico, con frecuencia dividido en dos, tres o cuatros; vacuolas poco visibles.

Algunos parásitos, con protoplasma irregular, con vacuolas poco o nada visibles i nucleos excéntricos constituidos por fragmentos alargados, están contenidos en glóbulos dos ó tres veces más grandes, con forma de polígonos irregulares i fondo más claro que el de los glóbulos no parasitados, con granulaciones de Suffner.

Día 8 de Enero del 1910: Siempre delgado, pálido, cuerpo limpio.

Hígado: normal.

Bazo: hipertrofiado. 4 dedos en la vertical de la axila.

Corazón: late en el quinto espacio. A la percución, zona de macicez normal. A la auscultación, como un arrastramiento presistólico en la apéndice xifoides, con propagación a la punta, donde a penas se nota. Pulso pequeño, irregular, algo frecuente, (8 8 p. p. m.)

OBSERVACIÓN DEL DR. O. DEL POZO TOMADA EL 4 DE NOVBRE. 1909 A LAS 10 A. M.

Nº 2

J. C.—50 años, blanco, español, agricultor a orillas del Baboruco (Barahona), zona mui palúdica.

Residencia: hasta los 15 años en Galicia; de los 15 a los 22, entre Pto. Rico i Cuba; de los 22 a la fecha en la ciudad de Santo Domingo con algunas ausencias (en Bocachica del 1905 al 1908 i en Barahona desde Novbre. del 1908 hasta la fecha).

A. H.—PADRE: murió de litiasis renal.
MADRE: murió de conjestión pulmonar a los 68 años.
HERMANOS: uno, sano.

A. P.—A los 16 años, disentería.
" " 17, fiebre amarilla.
" " 35, cólicos nefriticos.
Desde hace seis días le dan accesos diarios de fiebres con frio, que empiezan como a las 10 a. m. i terminan con sudación abundante después de las 12 de la noche: tres le dieron en Barahona i tres aqui en Sto. Domingo; el último lo pasó en mi consultorio.

E. Actual.—Delgado, demacrado, anémico.

T. Dijestivo.—Lengua un poco blanca, apetito nulo, ni diarrea ni estreñimiento.
Hígado: lijeramente hipertrofiado.
Bazo: hipertrofiado, 4 dedos por debajo del borde costal, dolorido a la presión i durante el ejercicio.

BNPHU BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA REPÚBLICA DOMINICANA

A. Cardio-pulmonar.

Pulmones: bien.

Corazón: late en el quinto espacio, debajo de la tetilla. A la auscultación se oye en la apéndice un *ruido sordo presistólico* que se propaga hacia el foco aórtico i hacia la punta. En aquel más débil que en ésta. Nada en el foco pulmonar. Edema pre-tibial.

A. Urinario.—Nada. No hai albúmina.

Examen hematolójico: Numerosísimas hemamibas de forma anular. Medianas (⅓ del glóbulo) i pequeñitas. Algunos glóbulos contienen tres hemamibas. Coloreados con Leishmam.

Tratamiento:—Anti-palúdico, seguido de éxito.

28 de Mayo 1910.

Volvió a mi consultorio cuatro días después de regresar de Barahona i tres meses después de haber permanecido en ésta. Asegura no haber tenido más fiebre. Tiene buen aspecto, manos frias i sudorosas.

Temperatura: 36.8; pulsaciones 72 i 16 respiraciones.

Bazo siempre hipertrofiado, el mismo ruido de galope i el edema pre-tibial.

OBSERVACIÓN DEL DR. O. DEL POZO.

Nº 3

M. S. A.—Señora de 19 años, hermosa, con palidez anémica mui marcada, recien casada, vino a mi consultorio el 20 de Otbre. 1909 por sufrir de respiración corta i creerse enferma del corazón.

Residencia: Siempre en la Capital, exceptuando que hace ocho meses pasó un mes en Yamasá (Provincia Capital).

A. H.—PADRE: sano.
MADRE: sana.
HERMANOS: cuatro, sanos.

A. P.—Sólo recuerda haber tenido el crup a los 3 años.

E. Actual.—Según la enferma es bueno, sólo sufre de respiración corta.

T. Dijestivo.—Lengua bien, inapetencia, constipación que dura a veces hasta ocho días.
Hígado: parece normal.
Bazo: hipertrofiado.

A. Cardio-pulmonar.
Pulmones: nada de particular.
Corazón: Inspección, palpación i percución, nada.
Galope claro en el apéndice xifoides sin propagación ni a la punta ni a la base.
Lijero edema pre-tibial.

O. Genito-urinario.—No hai albúmina ni azucar.

Examen hematolójico.—En sangre seca, varias hemamibas mui pequeñas, perfectamente coloreadas, con Giemsa.

Tratamiento.—Anti-palúdico con éxito.

OBSERVACIÓN DEL DR. O. DEL POZO TOMADA EL 26 DE MARZO 1910 A LAS 5. P. M.

Nº 4

J. N.—10 años. Trigueño oscuro.

Residencia.—Nació en San P. de Macoris, de donde lo

llevaron de meses a Mojarra (Guerra) en donde ha pasado su vida. Sólo ha salido de allí con mucha frecuencia para venir de paseo a la Capital.

A. H.—PADRE: ha sufrido de fiebres i últimamente de pneumonia.
MADRE: sana, no ha sufrido de fiebres.
HERMANOS: trece, diez muertos en la infancia, tres sanos.

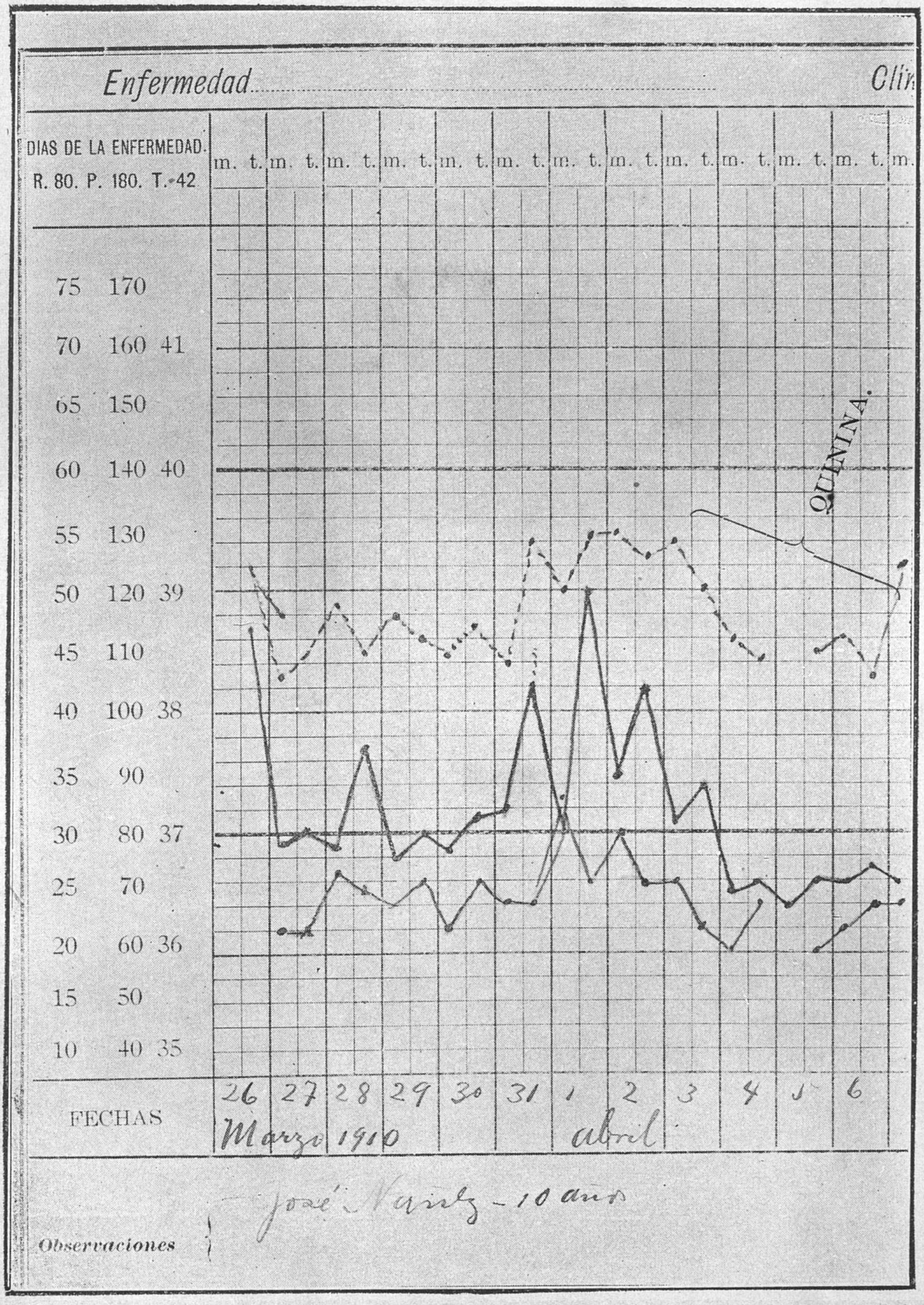
A. P.—Siempre sano hasta hace más de dos años que empezó a sufrir de fiebres en Mojarra. No transcurre un mes sin que le den. Hace tres dias empezaron las fiebres actuales: amanece sin ellas i a las 2 h. 30 p. m. le comienzan con escalofrio. Dice que no suda.

E. Actual.—Débil, amarillo anémico.

T. Dijestivo.—Lengua normal, come bien, exceptuando cuando tiene fiebre alta, nunca diarrea ni constipación.
Hígado: algo hipertrofiado, un dedo de macicez por debajo del borde costal.
Bazo: hipertrofiado: 4 dedos de macicez. Doloroso a la presión.

A. Cardio-pulmonar.
Pulmones: bien.
Corazón: late en el quinto espacio intercostal, inmediatamente debajo del mamelón. A la auscultación, en el apéndice xifoides *un arrastramiento pre-sistólico.* Edema pretibial marcado.
Cuando tiene fiebre se sofoca mucho si anda.

Ap. Urinario.—Orinas febriles sin albúmina.



Fiebres tercianas que se hacen diarias de la observación Nº 4.

Dr. Poza.

Examen hematolójico.—Formas anulares, con cariosoma grueso redondeado i protoplasma debilmente coloreado. Otras formas irregulares con protoplasma formados por lineas irregulares entrecruzadas i mal coloreados, sin núcleos i con cariosomas redondeados o poligonales.

Tratamiento.—Anti-palúdico, con éxito.

OBSERVACIÓN Nº 1.

Observación personal. *Enero 2-1910.*

E. D.—19 años, indio, capitaleño, panadero, militar.

Residencia: siempre en la Capital. Siendo militar tres meses en Montecristi.

A. H.—PADRE: sufre de un dolor en el pecho. Alcohólico.

MADRE: murió (causa desconocida).

HERMANOS: tres hembras i dos varones, sanos.

A. P.—*Antes de ser militar*: a los quince años, sarampión. Después, fiebres con alguna frecuencia i bronquitis lijeras.

Siendo militar (8 meses): blenorragia i fiebres intermitentes mui lijeras.

A los quince dias de estar en Montecristi en campaña le comenzaron las fiebres, fuertes i diarias al principio, tercianas después. Regresó a los tres meses i al llegar a la Capital se le quitaron las fiebres por diez dias. Entró al Hospital el día 1º de Enero a las 5 p. m. con 40º-2 de fiebre.

Día 2 Exámen.

Estado: delgado, pálido, ganglio epitroclea-

no izquierdo infartado, lijero tinte sub-ictérico de las escloróticas i lijero edema pretibial. Se fatiga al menor ejercicio.

T. Dijestivo.

Lengua: mui saburrosa.

Higado: normal.

Bazo: hipertrofiado, 6 dedos de macicez en la vertical axilar.

Vientre: lijeramente doloroso a la presión, constipado.

A. Cardio pulmonal.

Pulmones: nada de particular.

Corazón.—Percución: normal.

Auscultación: en el apéndice xifoides un ruido presistólico, rasposo i prolongado hasta el primer ruido, irradiándose a la punta i a la base. Cuando el enfermo se ajita es sustituido por un galope pre-sistólico.

Punta: en el 5º espacio intercostal a 2 dedos del mamelón.

Pulso: débil i algo frecuente, 88 p. p. m. Se aumenta con el movimiento.

Presión arterial: término medio 15½ c.d.m.

Examen hematolójico: hematozoarios (medias lunas i anulares).

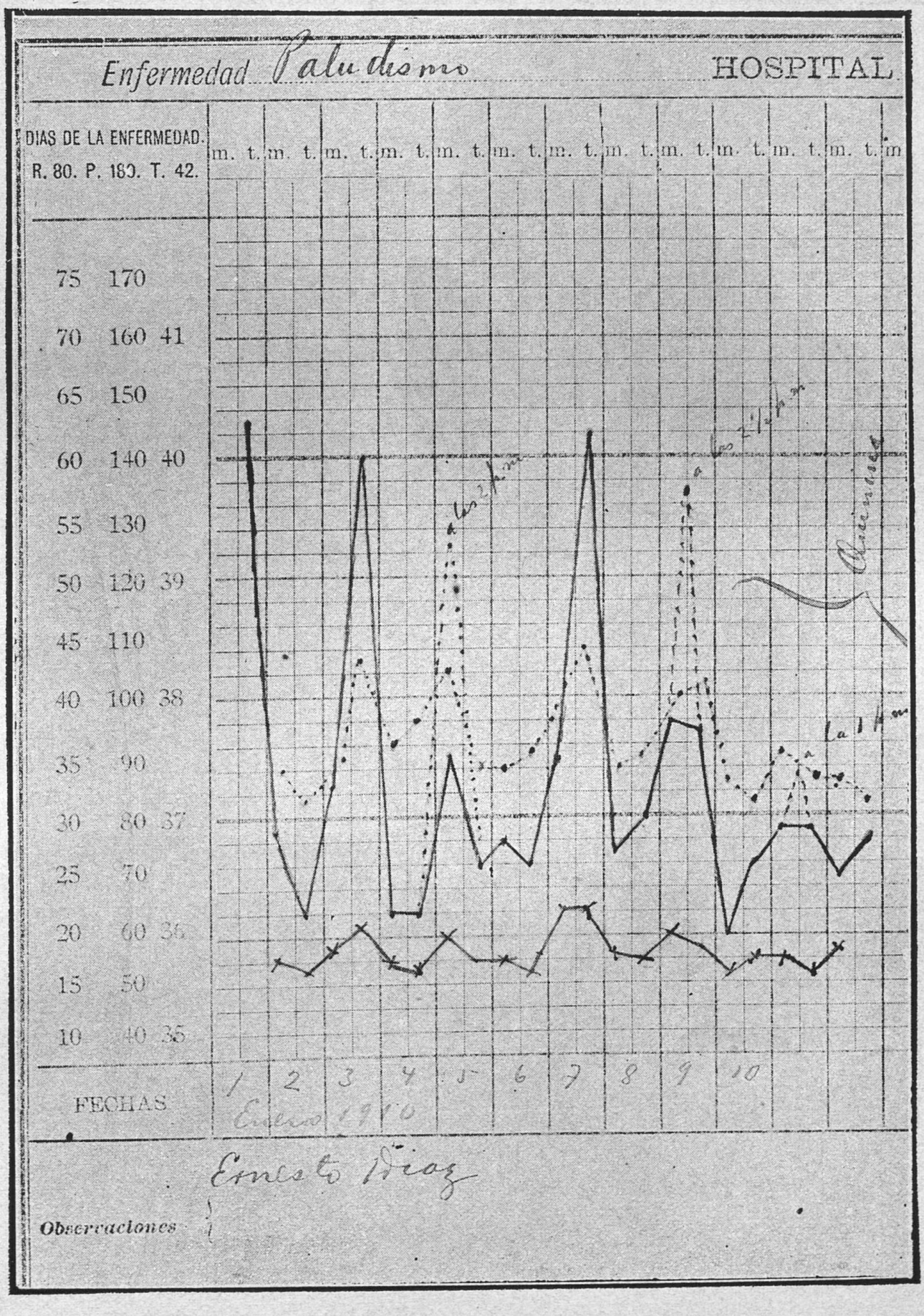
Organo Genito-urinarios: Nada de particular.

OBSERVACION No. 2.

Observación Personal. *Enero 4-1910*

J. M. A. 20 años, indio, agricultor, de la Vega, militar.

Residencia: siempre en La Vega. Siendo militar tres meses en Montecristi.



Fiebres tercianas de la observación Nº 1.

A. H.—PADRE: sano.

MADRE: sana.

HERMANOS.- Cuatro hembras y tres varones, sanos.

A. P.—*Antes de ser militar*: bronquitis i fiebres intermitentes lijeras.

Siendo militar; (2 años): siendo recluta le dió sarampión, después no ha sufrido sino de fiebres lijeras.

Hará cuatro meses fué á Montecristi de guarnición i a los dos meses de estar allí, cayó con fiebres diarias, dandole a veces dos accesos al dia. Al regresar a la capital se le quitaron, pero le reaparecieron a los doce dias. Entró al Hospital la tarde del dia 4 con 39° 9 de fiebre.

Día 5.—Examen.

Estado: delgado, pálido, edema pre-tibial

T. Dijestivo.

Higado: normal.

Bazo: hipertrofiado 6 dedos de macicez en la vertical de la axila.

A. Cardio pulmonar.

Pulmones: bien.

Corazón.—Percución, normal.

Auscultación; un ruido presistólico, un poco suave, prolongado hasta perderse en el primer ruido sistólico, en el foco tricuspidiano. En la punta se siente menos.

Punta: en el 4o espacio intercostal a 2 dedos del mamelón i a un dedo por encima de la horizontal del mismo.

BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA REPÚBLICA DOMINICANA

Pulso: algo frecuente 87, p. p. m.
Presión arterial: término medio 16.
Examen hematológico: hematozoarios (pequeñas hemamibas).

Or. Genito-urinarias: nada de particular.

OBSERVACION Nº 3.

Observación personal. *Enero 6 1910.*

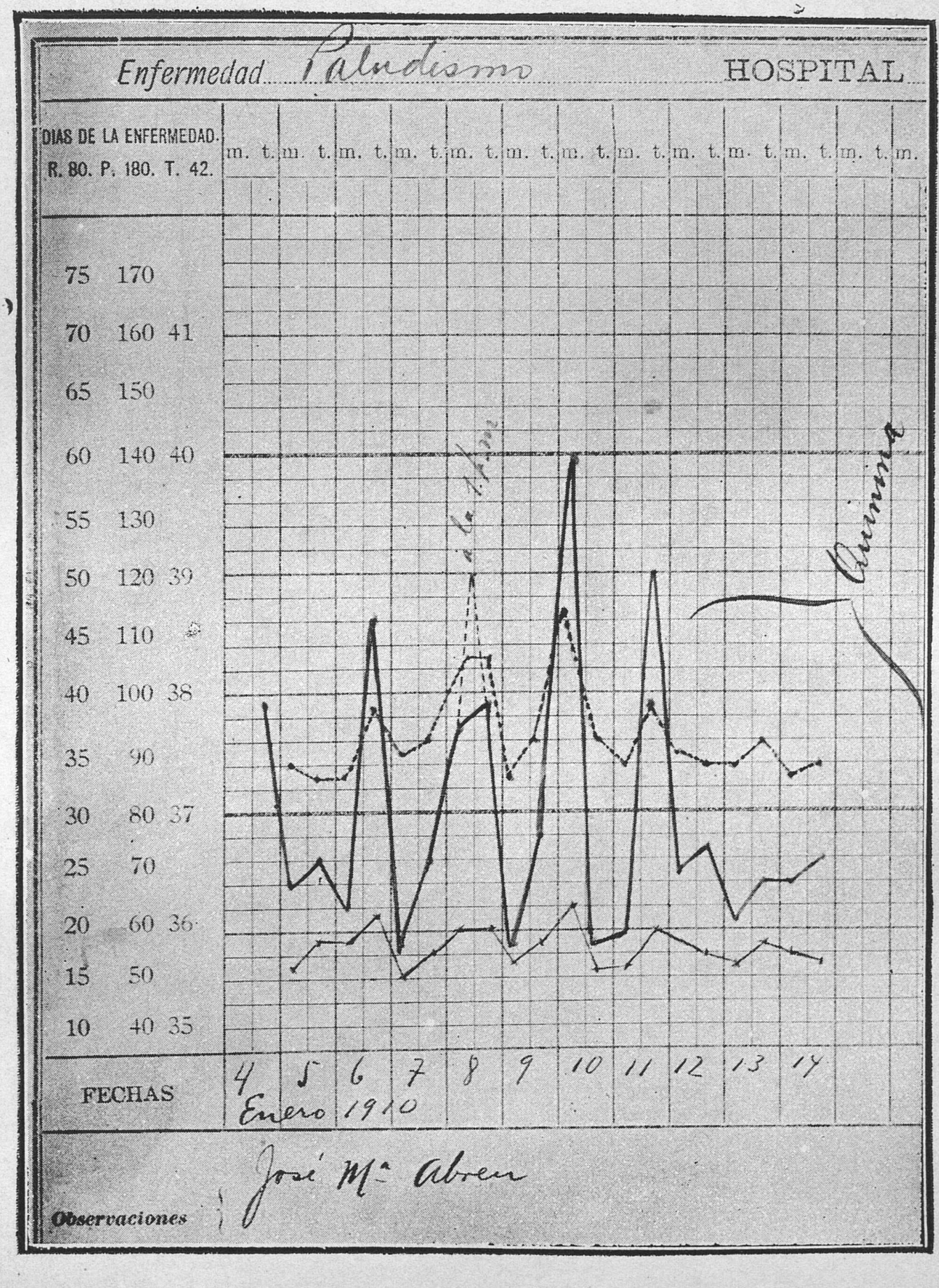
S. C.—21 años, negro claro, de Petit Trou (Barahona), agricultor, militar.

Residencia: siempre en Petit Trou, cuatro meses antes de ser reclutado, en Barahona. Siendo militar tres meses en Monte Cristy.

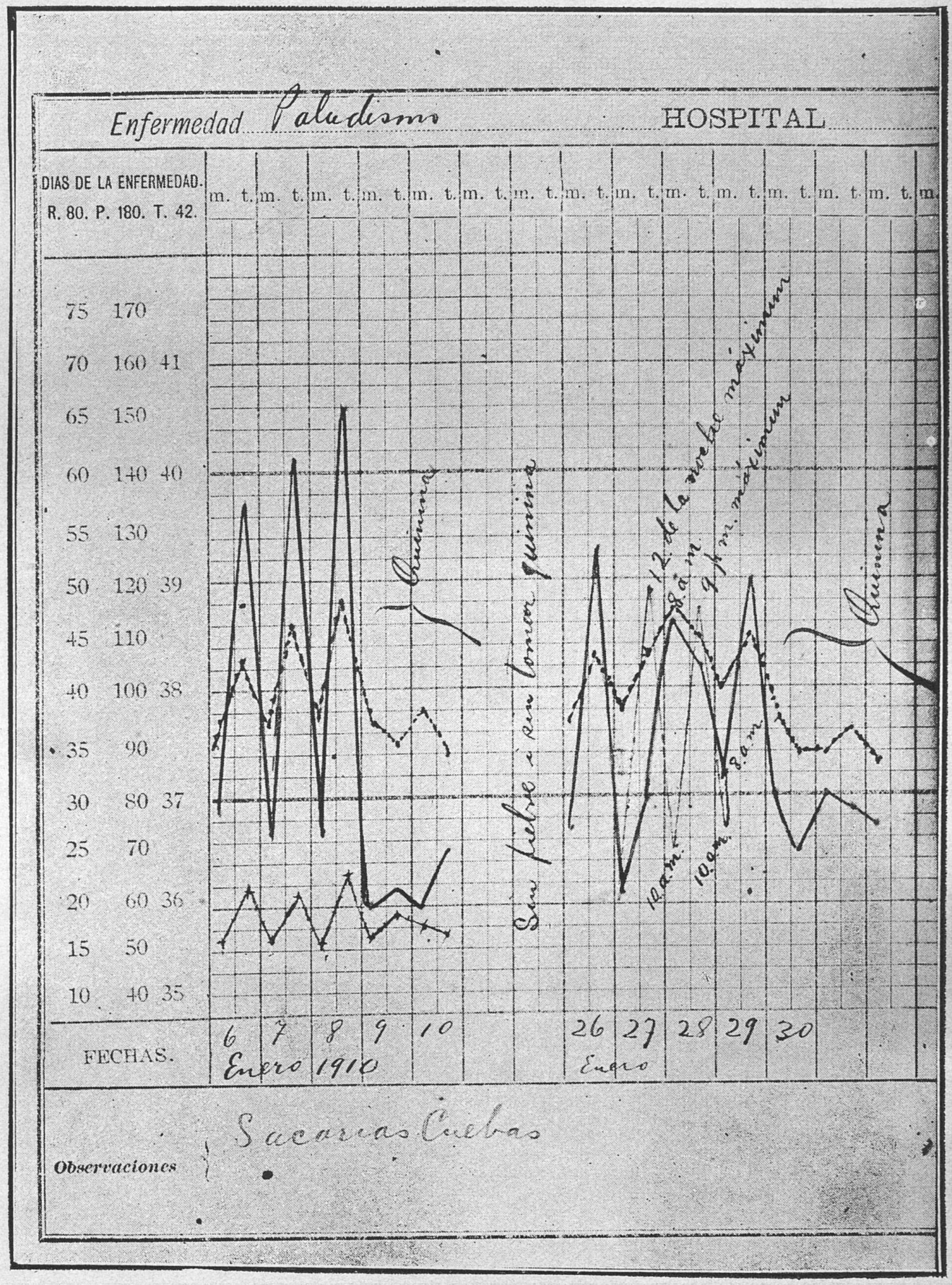
A. H.—*Padre*: murió de tuberculosis pulmonar hace tres años.
Madre: tuberculosa.
Hermanos: dos hembras i tres varones, sanos.

A. P.—*Antes de ser militar*: desde pequeño ha sufrido mucho de fiebres continuas i tercianas; se ha pasado más de un mes con ellas, sufriendo mucho del bazo. A los 18 años, varicelas; de tiempo en tiempo bronquitis lijeras.

Siendo militar (2 años): recluta aún, se pasó quince días con fiebres diarias, de las cuales curó tomando quinina. A los cinco meses de tener fiebre fué asistido en el Hospital por una neumonía biliosa; a los tres meses de salir curado del Hospital le dió sarampión. No había sufrido de más nada hasta hará un mes que, estando en campaña en Montecristy, fué atacado de nuevo por las fiebres que le entraban con calofrío, do-



Fiebres tercianas de la observación Nº 2.



Fiebres diarias de la observación Nº 3.

lores metastásicos i que lo postraron rápidamente. La última fiebre le dió a bordo del crucero que lo conducía a la Capital. Entró al Hospital a convalecer i a los siete días fué atacado de un gran calofrío, preámbulo de un acceso que le subió á 40 grados.

Dia 6 Exámen.

Estado: muy delgado, pálido, lijero edema pretibial, escleróticas amarillas i ganglios inguinales infartados. Se fatiga al más lijero ejercicio

Tuvo-dijestivo.

Higado: lijeramente doloroso a la presión.
Bazo: mui hipertrofiado; sale tres dedos del borde costal.

A. Cardio-pulmonar..

Pulmones: nada de particular.

Corazon. *Percución*: diámetro transverso un poco aumentado.

Auscultación: *galope presistólico* mui claro en el apéndice xifoides.

Punta: en el 4º espacio intercostal a 2 dedos del pezón i en lo horizontal del mismo.

Pulso: pequeño, frecuente 93 p. p. m., cuando se ajita el enfermo, se hace a veces arrítmico.

Presión arterial: término medio 14 c. d. m.

Exámen hematolójico: hematozoarios (Semilunares i anulares)

Or. Genito urinarios: ligero varicocele izquierdo.

Observación Nº 4.

Observación personal, *Enero 7 1910.*

A. R.—20 años, blanco, agricultor, Moca, militar.

Residencia: siempre en Moca. Siendo militar tres meses en Montecristi.

A. H.—PADRE: etílico.
MADRE: sana.
HERMANOS: cuatro pequeños, sanos.

A. P.—*Antes de ser militar*: a los 14 años se pasó dos meses con fiebres diarias i mui elevadas. A los 16 años paperas, después catarros lijeros i fiebres.
Siendo militar (3 años): sarampión, gonorrea i fiebres lijeras. Fué de guarnición a Montecristi i al mes de su llegada le dieron fiebres que le duraron un mes. Regresó a la Capital i le continuaron, teniendo que entrar al Hospital el día 7 con 40°-2 de fiebre.

Día 8 Exámen:

Estado: no mui delgado, manchas rojas en las manos i edema pre-tibial mui pronunciado.

T. Dijestivo:

Higado: normal.
Bazo: hipertrofiado, siete dedos de macicez.

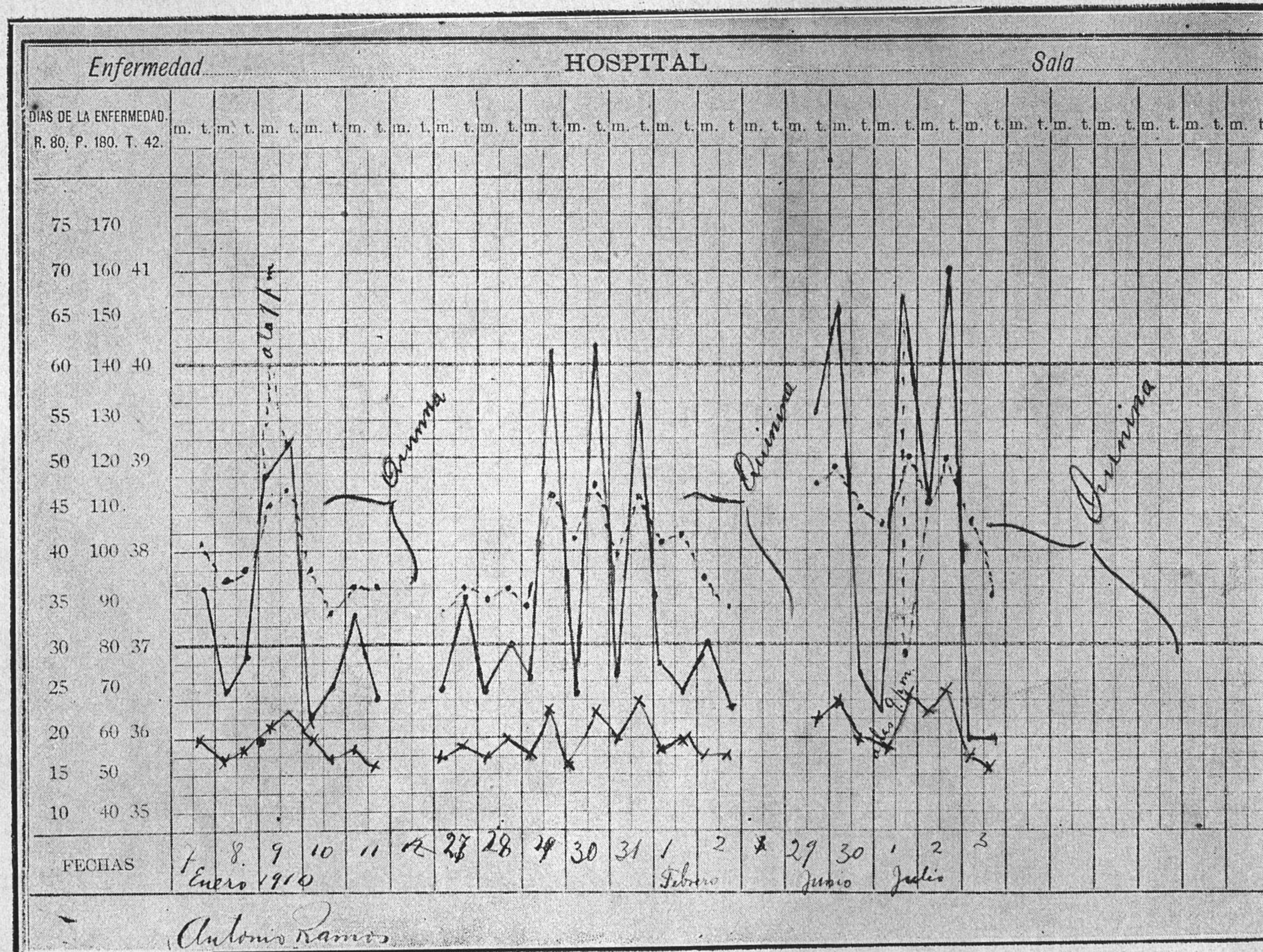
A. Cardio Pulmonar:

Pulmones: bien.

Corazón.—Percución: normal.

Auscultación: en el foco tricuspidiano un ruido pre-sistólico prolongado hasta el primer ruido normal, se siente un poco en la punta.
Punta: en el 4° e. i. a un dedo del pezón.
Pulso: 82 p. p. m.
Presion arterial: termino medio 17 c. d. m.

BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA



Fiebres tercianas i diarias de la observación Nº 4.

Exámen hematológico: hematozoarios: (Rosáceas) (Rosáceas i anulares) (Anulares i esquizontes)
1º. exámen. 2º. exámen. 3º exámen.

Org. Genito-urinarios: nada de particular.

Observación Nº 5.

Observación personal. *Enero 14-1910.*

M. M.—20 años, indio, agricultor, azua, Guardia.

Residencia: siempre en Azua, de donde salió para engancharse en la Guardia Republicana. Siendo guardia, cuatro meses en San P. de Macorís.

A. H.—Padre: sano.
Madre: sana, sufre de una neuralgia del ojo izquierdo.
Hermanos: seis, sanos.

A. P.—*Antes de ser militar*: ninguna enfermedad, catarros i fiebres mui lijeras, (de año en año) *Siendo Militar* (1 año 3 meses): solamente ha sufrido de fiebres cuando estaba en Macorís.
El día 1º de Octubre lo mandaron para San P. de Macorís i el día 15 del mismo mes le dió la primera fiebre. Se repitió quince días seguidos i desaparecieron con quinina. A los ocho días después reaparecieron para quitárseles a los siete días i así estuvo hasta que regresó a la Capital, alternando con períodos febriles i períodos afebriles:
El 18 de Noviembre regresó a la Capital donde no había sentido más que lijero males-

BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA REPÚBLICA DOMINICANA

tar de cuando en cuando. El día 14 de Enero le reaparecieron i el día 15 ingresó al Hospital con 39º-6 de fiebre.

Dia 16 Exámen:

Estado: no mui delgado (dice se ha repuesto mucho), pálido, ganglio epitrocleano izquierdo infartado.

T. Dijestivo:

Higado: normal.

Bazo: lijeramente hipertrofiado.

A. Cardio Pulmonar:

Pulmones; bien.

Corazon.—Percucion: normal.

Auscultacion: un ruido presistólico, arrastrado i prolongado hasta el primer ruido normal, se propaga a la base donde se siente menos. Ajitándose el enfermo, se propaga también a la punta.

Punta: en el 5º espacio a tres dedos del mamelón i a dos por debajo de su horizontal.

Pulso: débil, algo frecuente e irregular.

Presión arterial: termino medio 16 c. d. m.

Exámen hematolójico: hematozoarios: (Anulares) (Anulares i semi-lunares)
1º. exámmen. 2º. exámen.

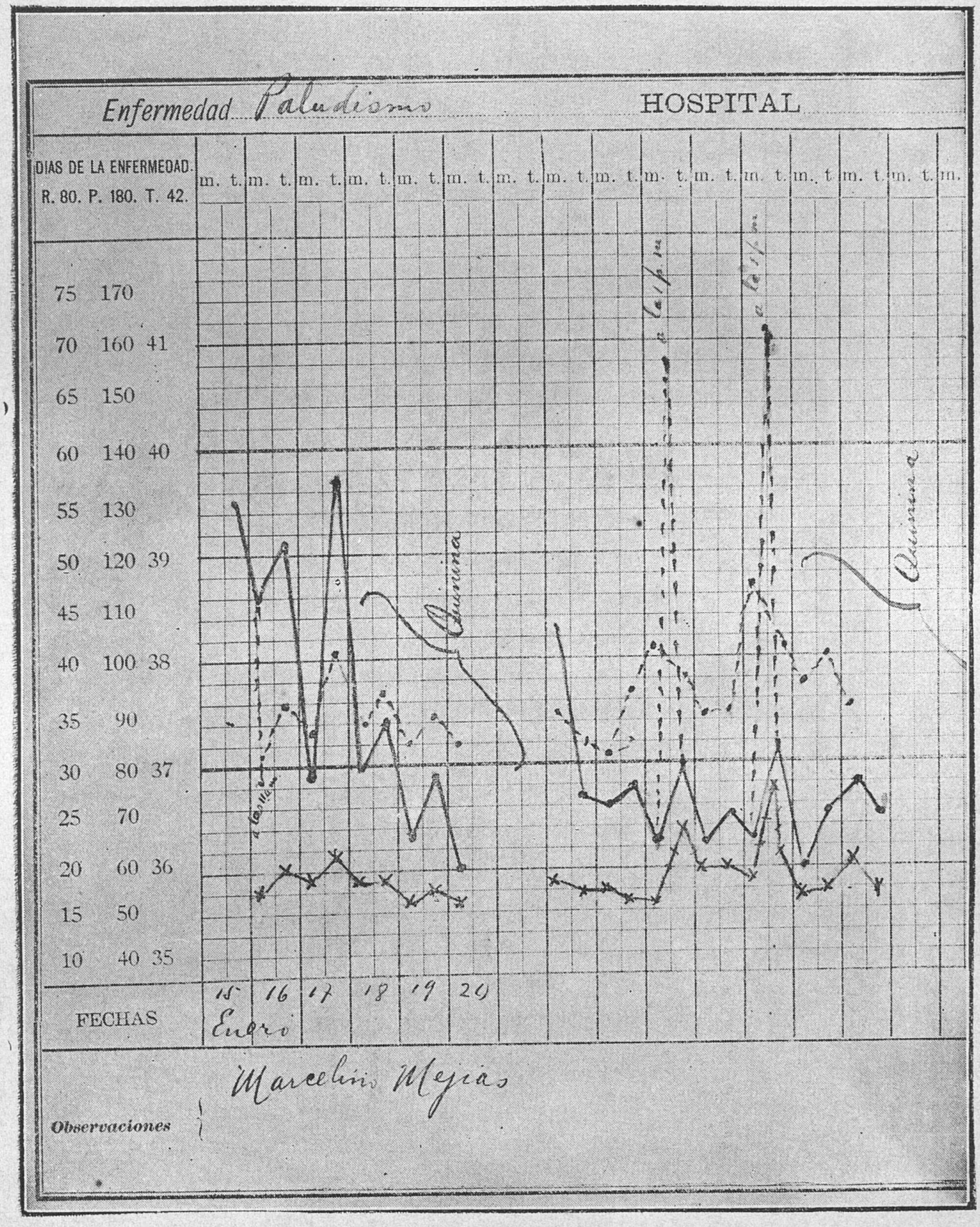
Org. Genito-urinarios: nada de particular.

Observación Nº 6.

Observación personal. *Enero 16-1910.*

A. M.—20 años, blanco, agricultor, Puerto Plata, militar.

Residencia: Siempre en Puerto Plata. Siendo militar tres meses en Montecristi.



Fiebres diarias que se hacen tercianas de la observación Nº 5.

A. H.—PADRE: sano, etílico.

MADRE: murió de neumonía hace cuatro años.

HERMANOS: seis hembras i dos varones, sanos. Hace ocho meses perdió un hermano, ignora la causa, pero sabe que sufría mucho de fiebres.

A. P.—*Antes de ser militar*: á los 13 años, sarampión; a los 14, varicelas; hasta los veintes solamente de fiebres i catarros mui distanciados.

Siendo militar (1 año 5 meses): no ha enfermado, se sentía a veces mui cansado i con ninguna voluntad para el trabajo. Hace un mes i quince dias, que regresó de Monte cristi donde pasó dos meses i donde le dieron fiebres todo el último mes. De 11 a 12 m, dice, le daba un fuerte calofrío seguido de una gran elevación de la temperatura que descendia de 5 a 6 p. m. con gran crisis sudoral. Esta fiebre era diaria i la última le dió a bordo del crucero que lo traía a la Capital. No tuvo más novedad hasta los diez i siete dias, que estando en el Hospital restableciendose, le dió a las 11 a. m. un gran calofrío seguido de uu acceso de fiebre que llegó a 40°5,

Día 16 *Exámen.*

Estado: mui delgado, anémico, el cuerpo lleno de melanodermias, lijero tinte sub-ictérico en los ojos i edema pretibial.

T. Dijestivo.

Hígado: lijeramente doloroso á la presión.

Bazo: mui hipertrofiado, sale 2 dedos del borde costal.

A Cardio-pulmonar.

Pulmones: bien,

Corazón—Percución: diámetro transverso parece un poco aumentado.

Auscultación: en el foco tricuspidiano, un ruido presistólico, fuerte, rasposo i prolongado hasta el primer ruido, se siente mui claro, aunque menos fuerte, en la punta, donde tiene un sonido más musical. Se convierte al menor ejercicio en un galope en el mismo lugar.

Punta: en el 5o. espacio intercostal, mui afuera, en la vertical del mamelon i a dos dedos de este.

Pulso: débil, irregular i frecuente 92 p. p. m.

Presión arterial: t. m. 15 c. de m.

Exámen hematolójico: hematozoarios (Rosáceas i cuerpos pigmentados).

O. Genito-urinarios.—Nada de particular.

Observación Nº 7.

Observación personal. *Febrero 4-1910.*

F. H.—20 años, indio claro, albañil, San Carlos (Capital), militar.

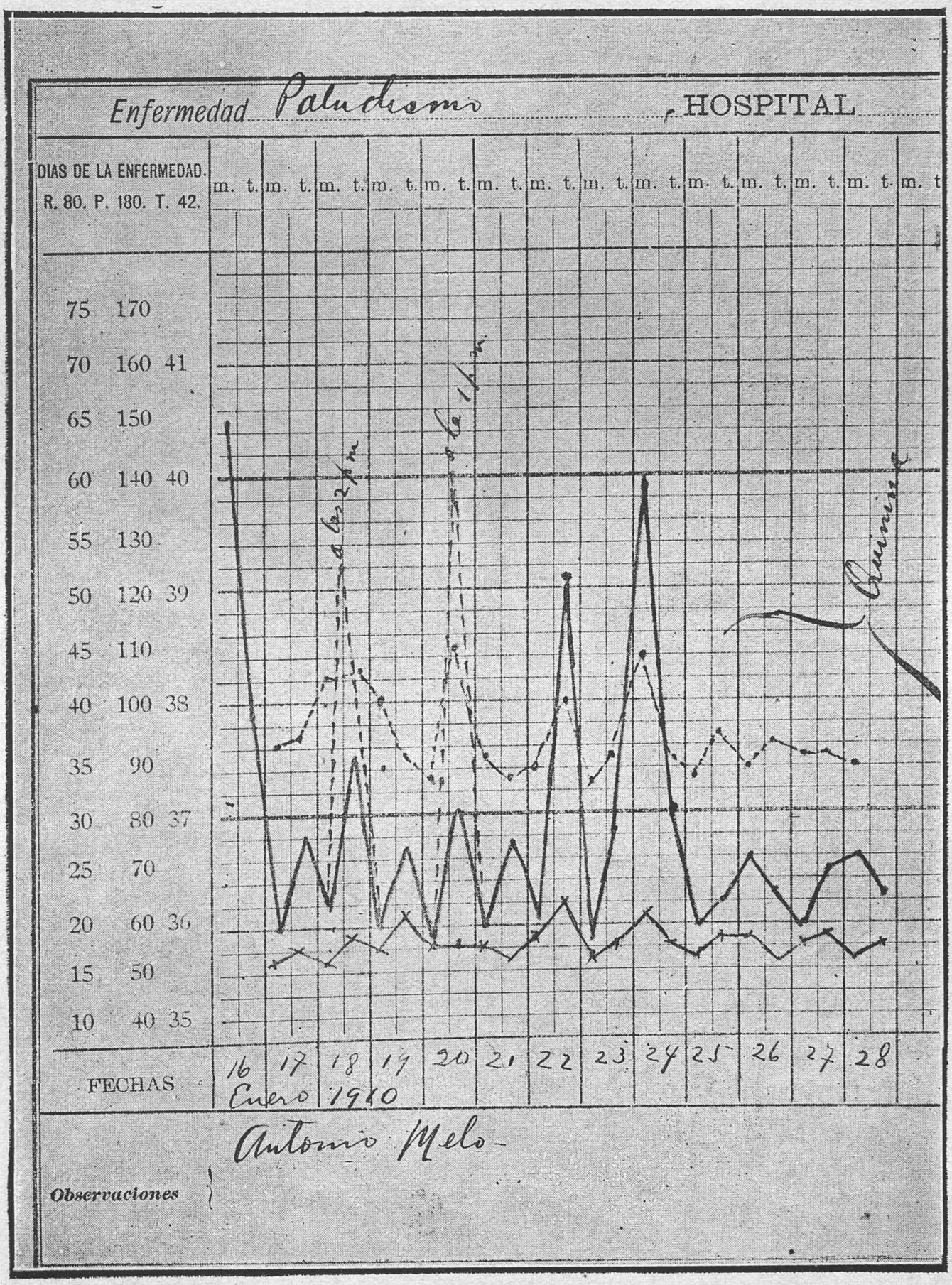
Residencia: Siempre en San Carlos. Siendo militar tres meses en Montecristi.

A. H.—Padre: murió (causa ignorada).

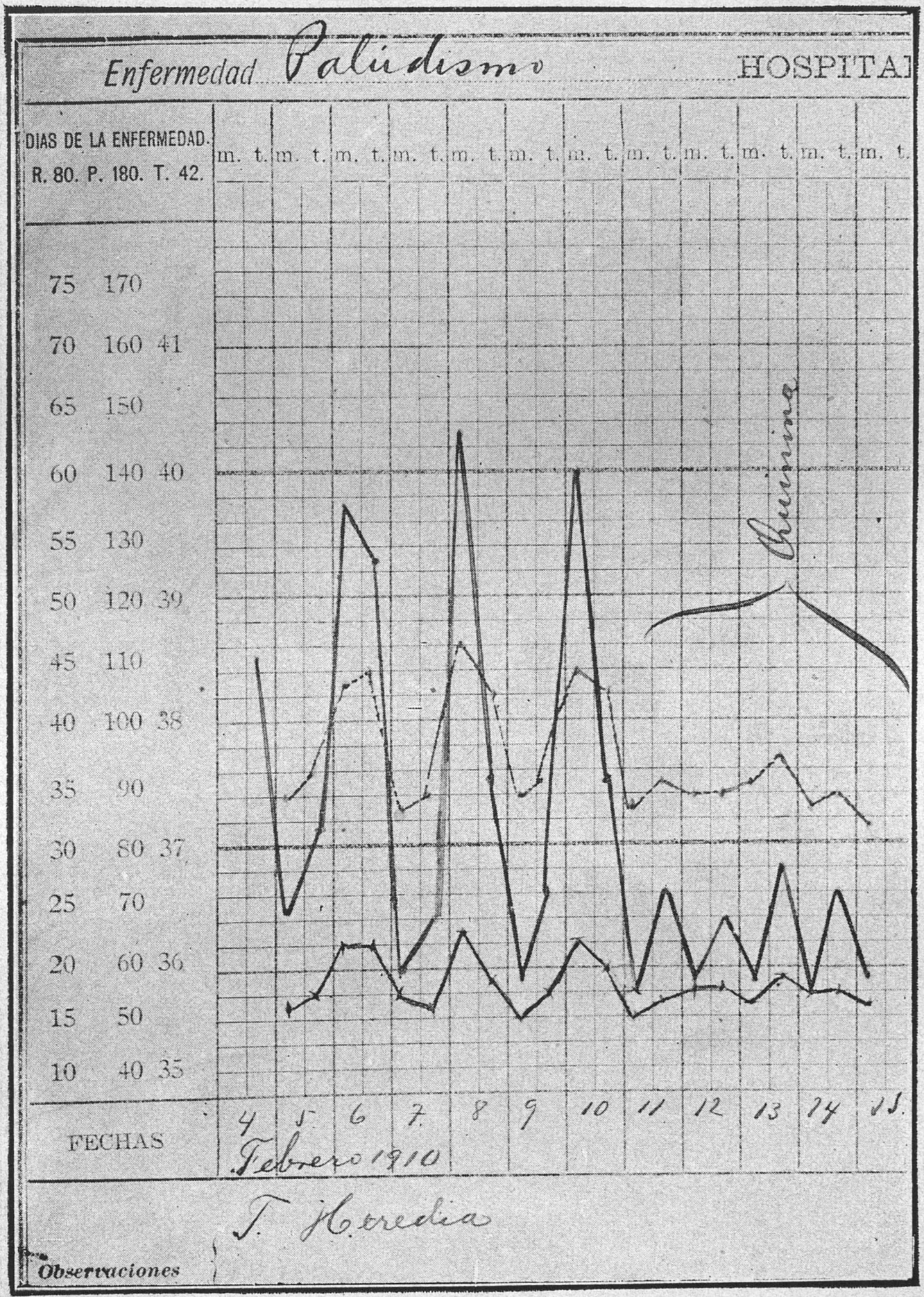
Madre: sana.

Hemranos: uno, sano.

A. P.—*Antes de ser militar*: a los 14 años, sarampión;



Fiebres tercianas de la observación Nº 6.



Fiebres tercianas de la observación N? 7.

desde los 16 años sufre de fiebres intermitentes con mucha frecuencia. Bronquitis lijeras i distanciadas.

Siendo militar (2 años): varicelas, blenorragia i fiebres con el mismo caracter que le daban en Sar Carlos.

Hará cuatro meses que fué a Montecristi donde se pasó un mes sufriendo de fiebres. Cuando regresó a la Capital hacían diez días que no le daban i en ésta se hicieron esperar cuatro días para reaparecerles. Entró al Hospital el día 4 con 40 grados de fiebre.

Día 2 Exámen.

Estado: fuerte, con el cuerpo mui limpio i lijero edema pre-tibial.

T. Dijestivo.—

Hígado: normal,

Bazo: 6 dedos, en la vertical de la axila, de macicez.

A. Cardio-pulmonar.

Pulmones: bien.

Corazón: Percución normal.

Auscultación; en el apéndice xifoides un ruido presistólico, rasposo i prolongado hasta la sístole, se propaga un poco a la base.

Punta: en el cuarto espacio intercostal a un dedo i a la misma altura del mamelón.

Pulso: no mui fuerte, 88 pulsaciones por minuto.

Presión arterial: normal, t. m. 18 c, de m.

Exámen hematolójico: hematozoarios (rosácas i anulares).

Or. Genito-urinarios: bien.

OBSERVACION Nº 8.

Observación personal. *Junio 3 1910.*

F. V.—27 años, indio, agricultor, Samaná, militar.

Residencia.—Ha vivido temporalmente en casi todo el Cibao. A los 18 años salió de Samaná, vivió tres años en un campo de Santiago i fué reclutado en Sabana de la Mar. Siendo militar, tres meses en Montecristi i un año cinco meses en Barahona.

PADRE: ha sufrido varias veces de disentería, es alcohólico.

MADRE: escrofulosa.

HERMANOS: cinco hembras i un varon, sanos.

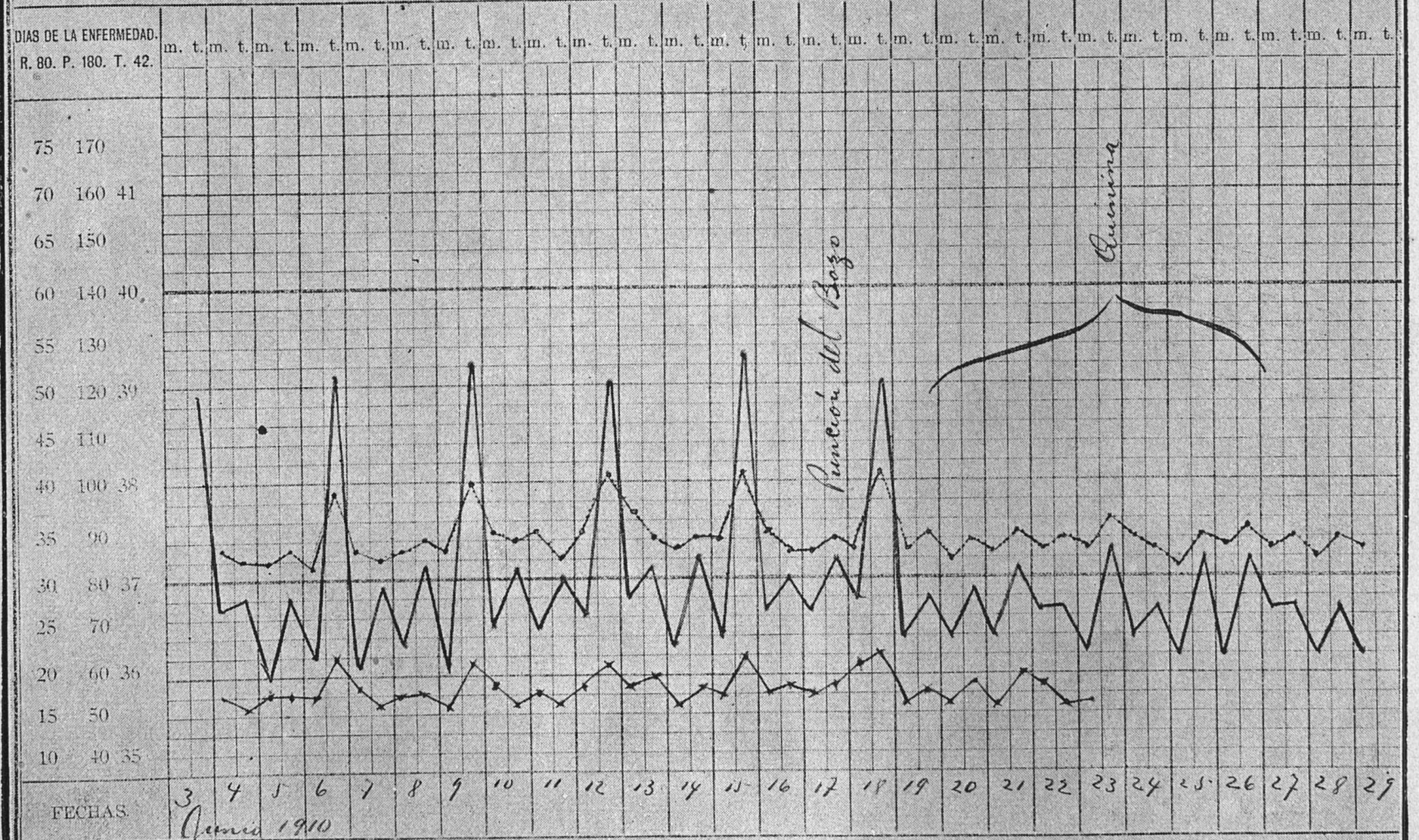
A. P.—*Antes de ser militar*: a los 18 años; blenorragia; después bronquitis i fiebres distanciadas. Asmático desde los 12 años, pero hace cinco que no se manifiesta. Por temporadas ha tomado alcohol.

Siendo militar (13 años 8 meses): diarreas frecuentes i fiebres lijeras. A los siete meses de reclutado fue de guarnición a Barahona por un año i cinco meses; se pasó diez días con fiebres en esta temporada. A los cuatro meses de regresar de Barahona lo mandaron a Montecristi, donde pasó tres meses; le dieron algunos accesos grandes de fiebres i aún después de regresar a ésta le siguieron dando cada tres días. Así se pasó un tiempo, hasta que, viendo que se debilitaba i no se le quitaban las fiebres, entró al Hospital el día 3 con 39 grados de fiebre.

Día 4 Exámen:

Estado: no mui delgado, anémico, con un co-

Enfermedad Paludismo HOSPITAL Sala



Francisco Velazquez

lor amarillo sucio, manchas blancas en las piernas, edema pre-tibial acentuado i lijero tinte amarillento en las escleróticas. Se fatiga con la marcha.

T. Dijestivo:

Hígado: normal.

Bazo: algo hipertrofiado, 4 dedos en la v. de la axila.

A. Cardio pulmonar.

Pulmones: lijeros estertores diseminados en la base, bronquitis de hace veinte días.

Corazón.—Percución: normal.

Auscultación: en el apéndice xifoides, ruido presistólico prolongado hasta el primer ruido, débil i comenzando inmediatamente antes que éste; se siente en la punta.

Punta: en el 4º espacio intercostal a 2 dedos del mamelón i en su horizontal.

Pulso: pequeño, depresible i algo frecuente, 86 p. p. m.

Presión arterial: término medio 14 c. de m.

Exámen hematolójico: Siempre que se le hizo el examen de la sangre periférica fué negativo. Le hice una punción en el bazo i se encontró hematozoarios. (Esquizontes, granulación de Suffner i rosáceas mui irregulares).

Or. Genito-urinarios: nada de particular.

OBSERVACION No. 9.

Observación personal. *Febrero 10-1910*

P. B.—19 años, indio, agricultor, Samaná, militar.

Residencia: siempre en Samaná. Siendo militar tres meses en Montecristi.

A. H.—PADRE: sano.

MADRE: murió dejándolo mui pequeño (causa ignorada).

HERMANOS: cinco, sanos.

A. P.—*Antes de ser militar*: sólo sufrió de fiebres i catarros lijeros i distanciados.

Siendo militar (3 años i un mes): ha sufrido de prurito parasitario generalizado, gonorrea i fiebres que le daban entre días. Hace tres días que regresó de Montecristi, donde permaneció tres meses. Al mes i medio de estar allí, cayó con fiebres altas i diarias que le duraban ocho o diez días, para reaparecer al cabo de un período apirextico de más o menos igual tiempo. Estuvo así alternando, hasta que regresó a la Capital donde se sentía bien. Al mes i días de estar en ésta le reaparecieron i entró al Hospital en la tarde del día 9 con 40 grados de fiebre.

Día 10. Exámen.

Estado: delgado, pálido, demacrado, melanodermias i huellas del prurito en el cuerpo. Los ganglios inguinales i epitrocleanos infartados. Ligero edema pre-tibial. Se fatiga a la marcha.

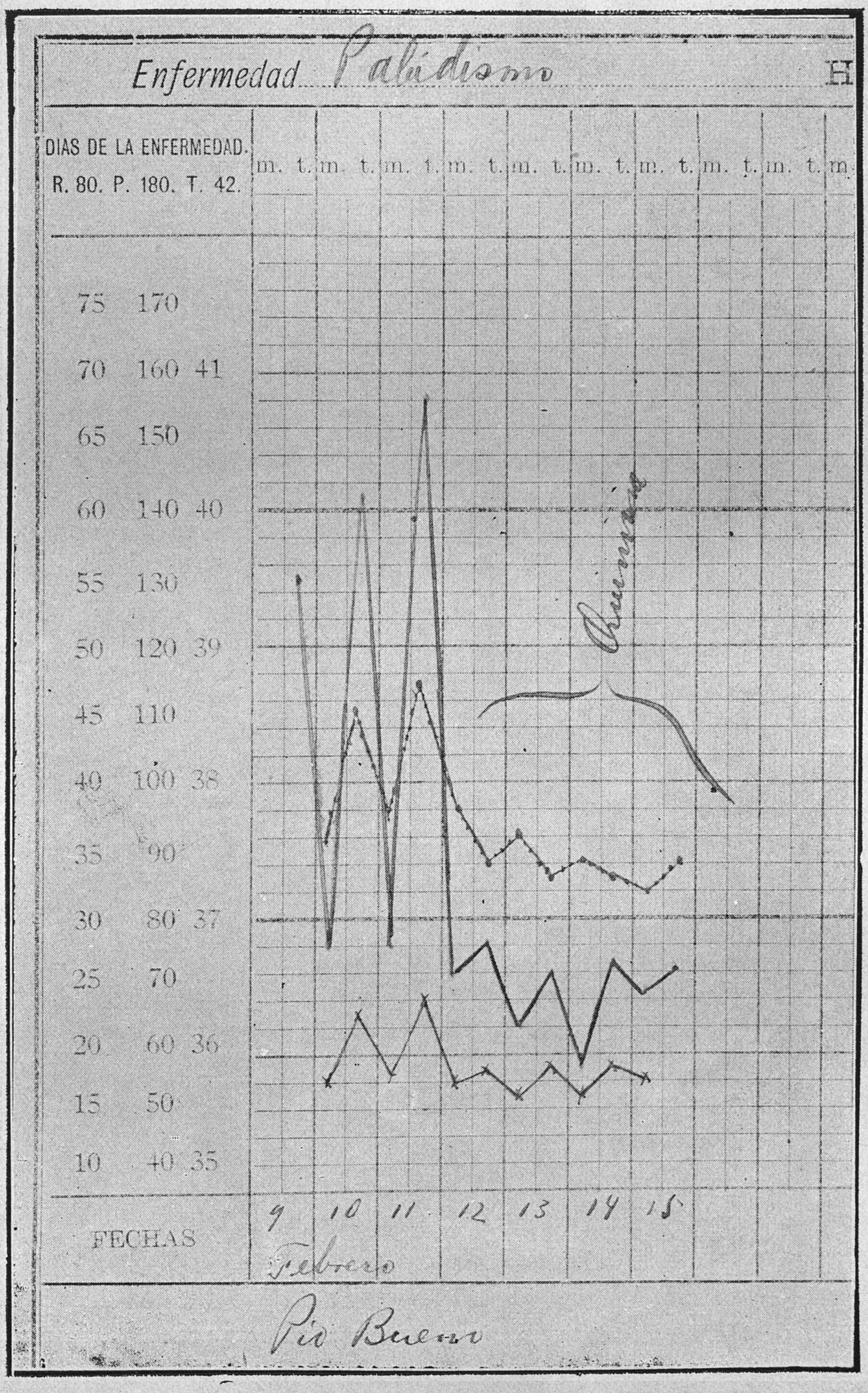
1. Dijestivo.

Hígado: normal.

Bazo: hipertrofiado, 5 dedos en la vertical axilar.

A. Cardio-pulmonar:

Pulmones: nada de particular.



Fiebres diarias de la observación Nº 9.

Corazón.—Percución: diámetro transverso aumentado.
Auscultación: galope pre-sistólico claro en el apéndice xifoides.
Punta: 5º espacio intercostal, a 3 dedos del mamelón i a 2 por debajo de la horizontal del mismo.
Pulso: pequeño, irregular i frecuente 90 p. p. m.
Presión arterial: término medio, 14 c. de m.
Exámen hematolójico: hematozoarios (Rosáceas únicamente)
Org. Genito-urinarios.—Bien.

OBSERVACIÓN Nº 10.

Observación personal. *Febrero 9–1910.*

F. S.—21 años, negro claro, agricultor, Fundación (Barahona), militar.

Residencia: siempre en Fundación. Siendo militar tres meses en Montecristi.

A. H.—PADRE: murió (causa ignorada).
MADRE: murió cardiaca.
HERMANOS: dos hembras i cuatro varones, sanos.

A. P.—*Antes de ser militar*: a los 12 años, sarampión; a los 18 fiebre urliana. Después, catarros lijeros i fiebres frecuentes con calofríos i dolor en la región esplénica.
Siendo militar (1 año 7 meses): no ha sufrido sino de fiebres i una gonorrea. Pasó tres meses en Montecristi i en la última semana le dieron fiebres diarias mui fuertes.
A su regreso a la Capital le continuaron i en-

tró al Hospital en la tarde del día 8 con 40 grados de fiebre.

Día 9. Exámen.

Estado: delgado, pálido, lijero tinte sub-ictérico de las escleróticas, lijero edema pre-tibial. Bronquitis de algunos días.

T. Dijestivo.

Hígado: lijeramente doloroso a la presión el lóbulo izquierdo.

Bazo: enormemente hipertrofiado, pasa del lado derecho de la línea blanca. Forma una prominencia a simple vista, dolorosa a la presión.

A. Cardio-pulmonar.

Pulmones: estertores gruesos en las bases.

Corazón. Percución: diámetro transverso aumentado.

Auscultación: galope pre-sistólico en el apéndice xifoides.

Punta: detrás de la quinta costilla.

Pulso: débil i algo frecuente 88 p. p. m.

Presión arterial: término medio 14½ c. de m.

Exámen hematolójico: hematozoarios (anulares).

Org. Genito-urinarios.—Gonorrea reincidente de hace diez i ocho días.

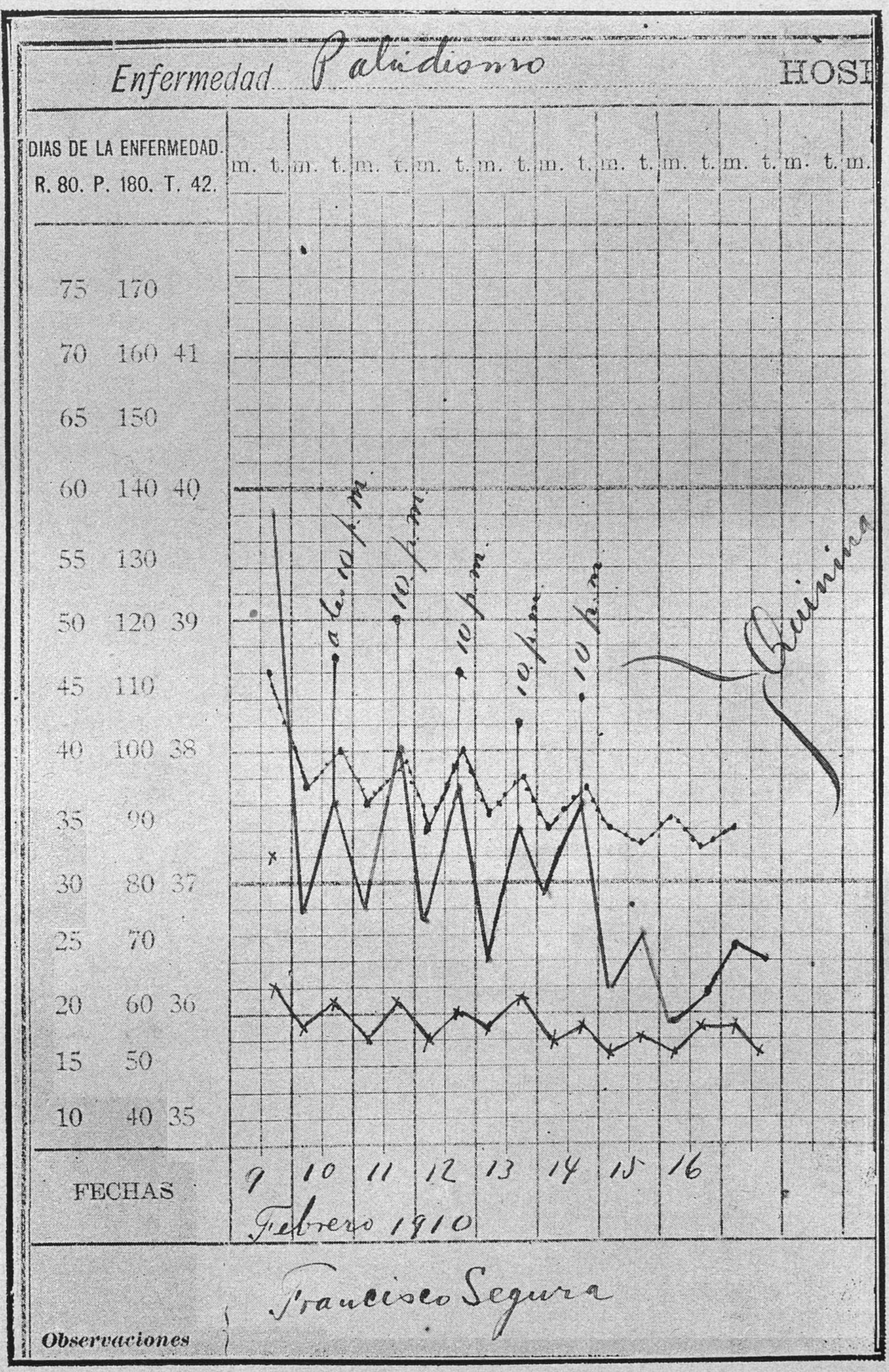
OBSERVACIÓN Nº 11.

Observación personal. *Fbro. 14-1910.*

A. B.—22 años, indio, agricultor, Barahona, militar.

Residencia:—siempre en Barahona. Siendo militar tres meses en Montecristi.

A. H.—PADRE; murió de fiebres.



Fiebres diarias de la observación Nº 10.

MADRE: murió, (causa ignorada). Tuvo dos abortos.

HERMANO: tres hembras i cuatro varones, sanos. Hace cuatro años murió un hermano tuberculoso.

A. P.—*Antes de ser militar*: ha sufrido solamente de catarros lijeros i de muchas fiebres; se pasó una vez cuatro meses con ellas, contínuas al principio, tercianas después. No pasaba un mes que no le dieran tres ó cuatro accesos.

Siendo militar (8 meses): ningún quebranto. Hará cuatro meses fué a Montecristi i al mes de estar allí cayó con fiebres idénticas a las que le daban en Barahona: con frío, diarias i mui elevadas; en cuanto regresó a la Capital, se les quitaron, pero les reaparecieron a los doce días, entrando al Hospital en el segundo acceso la tarde del 13 con 39° 4 de fiebre.

Día 14. Exámen.

Estado: delgado, anemiado i lijero edema pre-tibial.

T. Dijestivo.

Hígado: normal.

Bazo: hipertrofiado, cinco dedos de macicez.

A. Cardio pulmonar:

Pulmones: bien.

Corazón.—Percución: normal.

Auscultación: en el apéndice xifoides ruido presistólico prolongado hasta el primer ruido, rasposo i con propagación a la punta donde se oye menos.

Punta: 5º espacio a 2 dedos del mamelón.
Presión arterial: termino medio 16½ c. d. m.
Exámen hematolójico: hematozoarios: (Medias lunas (anulares).

Org. Genito-urinarios: nada de particular.

OBSERVACIÓN Nº 12.

Observación personal. *Febrero 14 1910.*

M. P.—20 años, indio claro, agricultor, Santiago de los Caballeros, militar.

A. H.—Padre i hermanos, sanos.

A. P.—Sólo ha sufrido de cefalalgias i fiebres lijeras. Le comenzaron estando en Montecristi, hace tres meses.
Estado: fuerte, algo pálido, lijero edema pre-tibial. Se fatiga cuando hace ejercicio.

T. Dijestivo.—Nada. Su *Hígado* está bien i su *Bazo* hipertrofiado.

A. Cardio Pulmonar.—*Pulmones*, bien. *Corazón*, un galope claro en el foco triecuspidiano.
Pulso: débil i frecuente, 88 p. p. m. Hipotensión.

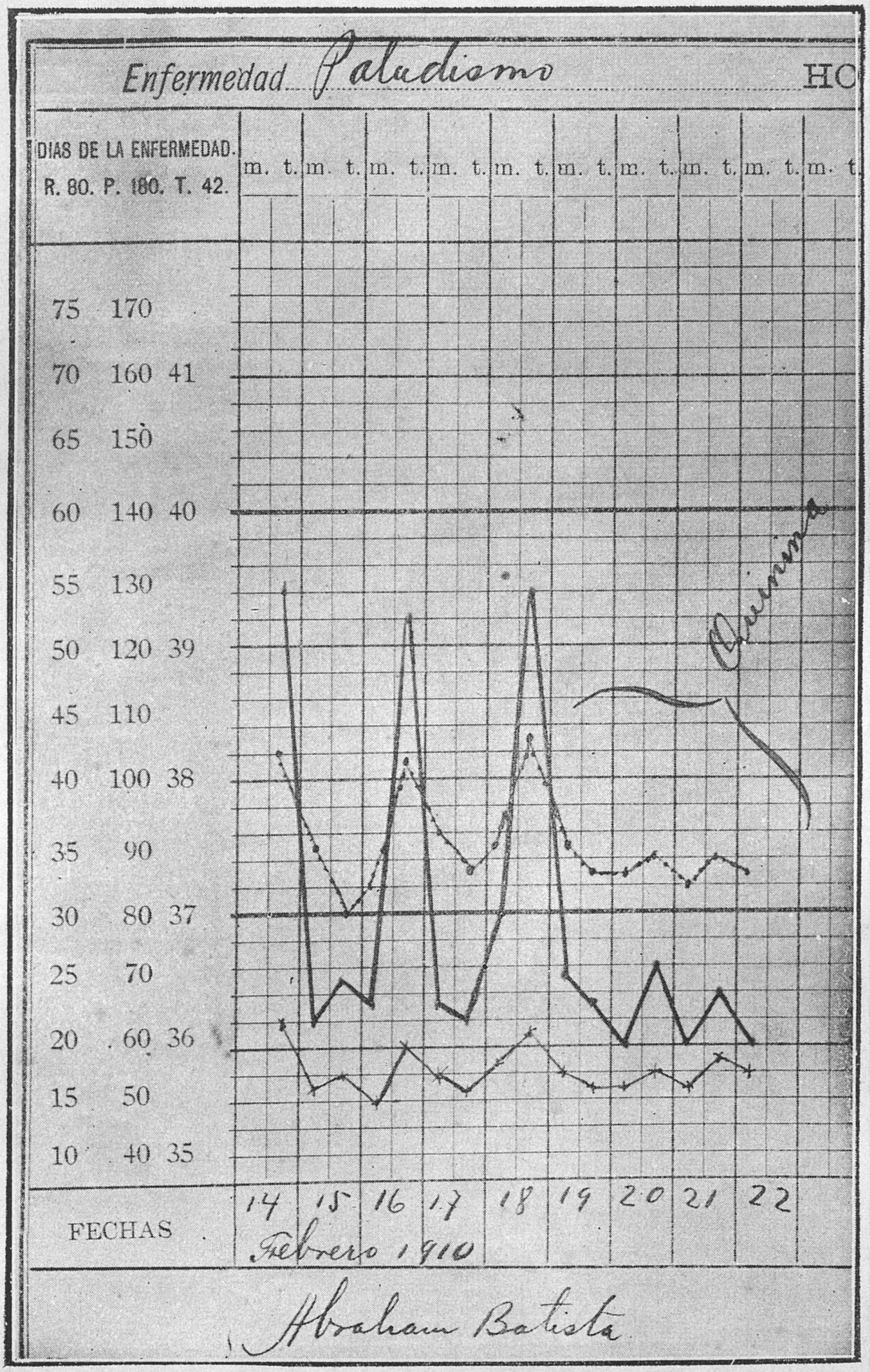
Exámen hematolójico: hematozoarios (Semilunares.)

OBSERVACIÓN Nº 13.

Observación personal, *Febrero 2-1910.*

O. P.—21 años, negro claro, agricultor, San Cristobal, militar.

A. H.—De lo único que ha sufrido es de fiebres i un dolor en la región precordial, que le da a vececes jnnto con la fiebre. Le comenzaron



Fiebres tercianas de la observación Nº 11.

éstas en Montecristi, donde pasó tres meses.

Estado: algo fuerte, lijero edema pre-tibial, dice no sentirse nada.

T. Dijestivo.—Nada en su *Hígado.* Su *Bazo* hipertrofiado, 5 dedos de macicez en la vertical axilar.

A. Cardio pulmonar: A la *Auscultación*, un ruido prolongado i presistólico en el apéndice xifoides. *Pulso*: debil i regular 82 p. p. m. La presión arterial disminuida, término medio 16 c. d. m.

Exámen hematolójico: hematozoarios anulares.

Org. Genito-urinarios: lijera fosfaturia.

OBSERVACIÓN DEL DR. O. DEL POZO.

Nº 1 (BIS.)

E. M.—19 años, trigueño, de Montecristi, Guardia.

A. H.- Sus antecesores son sanos, no pesa sobre él ninguna tara nerviosa.

A. P.—Antes de ser Guardia no sufría sino de fiebres mui frecuentes. Siendo militar no ha sufrido de ningún quebranto. Estando en la Gobernación sintió dolor de cabeza i el cuerpo ardiendo; al otro día, fiebre elevada. *Estado*: fuerte, la cara congestionada i una erupción muy discreta de pequeñas pápulas de las dimensiones de una lenteja o más grandes, con un color de rosa vivo. Ni tos ni diarrea.

T. Dijestivo:—Nada de particular.

BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA REPÚBLICA DOMINICANA

Hígado: lijeramente hipertrofiado; *Bazo* hipertrofiado.

A Cardio-pulmonar.

Nada en sus pulmones, en el corazón un ruido sordo, corto, agregado inmediatamente antes de la sístole. 84 pulsaciones por minuto.

Exámen hematolójicó:—Hemamibas grandes i medianas. No hai albúmina.

A los tres días, la erupción había casi desaparecido i la fiebre declinó sin haber tomado quinina. El día siete estaba completamente bien, pero tenía su galope derecho, su bazo grande i lijero edema pre-tibial.

OBSERVACION DEL DR. O. DEL POZO.

Nº 2 (BIS)

(*Mui extractada.*) *Azua, Fbro. 1910.*

R. G. D.—17 años, azuano.

A. H.—Padre sano, sufrió últimamente de una dilatación aguda del corazón mui grave. Madre muerta súbitamente durante el sueño; siete hermanos sanos.

A. P.—En sn infancia fué sano; de ocho años pasó una temporada en la Coriana (rigolas del Jura) donde tuvo que salir por sufrir mucho de fiebres. Desde entónces, con intervalos irregulares, a veces de un año, sufre de fiebres.

Cuando me vino a consultar, hacía diez i siete dias que le daban.

Estado: fuerte, color un poco anémico, lijero tinte amarillento de las escloróticas i edema pre-tibial. Bronquitis de 23 días.

T. Dijestivo;—Nada que llame la atención. *Hígado* normal. *Bazo* hipertrofiado.

A. Cardio-pulmonar.—En los pulmones, estertores secos en las bases. En el corazón un *galope presistólico* en el *apéndice xifoides.*

Exámen hematolójico: hemamibas irregulares.

Muchas observaciones con exámen hematolójico positivo podría hacer figurar en ésta, sin contar un número superior de observaciones donde no se pudo hacer dicho exámen, i que estamos seguros de que son palúdicos, por presentar el sujeto, a más de las manifesraciones que denuncian el sindroma en cuestión, todas las manifestaciones del paludismo.

BIBLIOTECA NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA REPÚBLICA DOMINICANA

CONCLUSIONES.

1º. Las dilataciones cardíacas poco acentuadas son frecuentes en nuestro país.

2º. El sindroma revelador de la dilatación del corazón derecho, es una manifestación clínica del paludismo casi tan frecuente como la anemia i la hipersplenia.

3º. El sindroma en cuestión se manifiesta a la auscultación, no sólo por el ruido de galope, sino también por un ruido prolongado presistólico.

4º. Su misma frecuencia le dá una importancia clínica i terapéutica que hace indispensable el exámen sistemático del corazón en los palúdicos.

Wenceslao Guerrero hijo.

Santo Domingo.—Julio 22 de 1910.

Admittatur:

El Presidente del Jurado,
Dr. O. del Pozo.

N. B.—El Instituto Profesional no se hace solidario de las opiniones emitidas en las tesis, debiendo entenderse que estas opiniones corren por cuenta del sustentante.
(Rosolución del Consejo, fecha 9 de Diciembre de 1899).

BIBLIOGRAFIA.

BEZANSON (F.) ET LABBÉ (M). Traité D' Hématologie.

CASSAEL (E.) Precis d' Auscultación et de Percussion.

DEBOVE (G. M.) ET SALLARD (A.) Traité Elementaire de Clinique Medicale.

DUVAL (M.) ET GLEY. Cours de Phisiologie.

FRÉDÉRICQ ET NUEL. Elements de Phisiologie humaine.

JANSELME (E.) ET RIST (E.) Precis de Pathologie exotique.

LAVERAN (A.) Traité du Paludisme.

LITTRÉ (E.) ET GILBERT (A) Diccionnaire de Médecine.

LE DANTEC (A.) Precis de Pathologie exotique.

LEGRAIN (E.) Introduccion á l'etude des Fievres. des Pays Chauds.

MANSON (P.) Maladies des Pays Chauds.

MARCHOUX (E.) ET GRALL (CH.) Paludisme

MAYET (F. O.) Traité de Diagnostic Médical et de Séméiologie.

POTAIN (D.) Clinique de la Charité.

" " La pression arterielle de l'homme

POZO. El paludismo en Santo Domingo. Artículo publicado en el «Listín Diario» Nº 6220 i en la «Revista Médica».

ROUX (F.) Traite pratique de Maladies des Pays Chauds.

STEPHENS (J. W. W.) ET CHRISTOPHERS (S. R.) Etude pratique du Paludisme et des Parasites du sang

THIROUX (A.) ET D'ANFREVILLE. Le Paludisme au Senegal.

WURTZ (R.) ET THIROUX (A.) Diagnostique et Semeiologie des Maladies Tropicates.

BIBLIOTECA NACIONAL

FE DE ERRATAS.

PAG. Nº	DICE	LEASE
13	hemotisis	hemoptisis.
14	flevitis	flebitis.
"	rubéolicas	rubéolicos.
31	pirectico	pirextico.
32	corrosis	cirrosis.
"	vencerlas	vencerlos.
45	postrados	portadores

" donde dice: excepción con los pulmones i con el hígado, léase: exepción de los pulmones i del hígado.

65 donde dice: encontró, léase: encontraron.

Donde se vea percución, léase: percusión.

BIBLIOTECA NACIONAL
PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA
REPÚBLICA DOMINICANA