

Clínica Médica de la Facultad de Asunción

Paludismo; alveolitis catarral de tendencia hemorrágica; adenitis cervical verosimilmente tuberculosa

por el Prof. G. Delamare
de la Academia de Medicina de París

SUMARIO: El neumopaludismo; criterios bacteriológico, anatomopatológico, terapéutico y evolutivo.—Observación de un caso de plasmodiasis a falciparum con alveolitis catarral de tendencia hemorrágica y adenitis cervical verosimilmente tuberculosa.—Discusión del diagnóstico: a) malaria de primera invasión; b) alveolitis catarral con hemóptisis de naturaleza neumocócica, palustre, bacilar o mixta; c) adenitis tuberculosa; eliminación de las otras adenías y del bubón tropical. — Pronóstico. — Evolución. — Conclusiones.

Es suficiente abrir algunos tratados de Medicina Exótica para darse cuenta que se imputan todavía al paludismo casi todas las afecciones del pulmón y de la pleura (bronquitis asmátiforme o nó con tos quintosa, edema agudo, neumonía, bronconeumonía, congestiones, esclerosis pulmonares con o sin dilatación de los bronquios, pleuresías secas). El polimorfismo de los accidentes reunidos bajo el nombre de **neumopaludismo**, la frecuencia en regiones varias de la neumonía y de la malaria, hacen pensar que una investigación sistemática permitiría eliminar numerosas manifestaciones pleuropulmonares que, por

haber sido observadas en palúdicos, no son necesariamente de naturaleza palustre. Interesante, a este respecto, es recordar las líneas siguientes escritas, hace mucho, por Osler: "Numerosos observadores han descrito una neumonía malárica y admitido que ella hace estragos particularmente en ciertas regiones de los Estados Unidos. Se hace además cuestión de esta enfermedad en regiones donde se observa solo raramente una verdadera malaria. A pesar de nuestra grande experiencia en malariología (hemos estudiado de dos a tres mil casos) y el gran número de neumónicos que tratamos cada año, hemos observado solamente algunos casos de neumonía en los que la neumonía comenzó en el curso de la malaria o al contrario comenzó la malaria en el curso de la neumonía. De un modo u otro la malaria cura pronto, bajo la influencia de la quinina. No se conoce una forma especial de neumonía causada por el parásito de la malaria. Sin embargo Creig y otros señalan casos de infección malárica aguda cuyos síntomas hacen pensar en una neumonía en sus comienzos; los parásitos se encuentran en la sangre y bajo la influencia de la quinina cae la fiebre y desaparecen los síntomas. Personalmente hemos observado el caso siguiente: el 16 de marzo de 1894 ingresa al servicio un enfermo con una fiebre malárica terciana. Los pulmones estaban intactos. Treinta y seis horas después de su ingreso se produce un comienzo de neumonía. Se da quinina en la misma tarde y los hematozoarios desaparecen de la sangre. La neumonía en cambio invade sucesivamente el lóbulo medio del pulmón derecho y luego el lóbulo inferior del pulmón izquierdo. La temperatura cae en crisis el 24 de marzo sin que ningún síntoma hiciera pensar en la malaria. En otros casos hemos observado en el curso de una neumonía ordinaria, un escalofrío procedente de una infección malárica, en estos casos la quinina hizo desaparecer pronto los parásitos de la sangre".

Más recientemente Vincent y Rieux, en su notable artículo sobre el Paludismo en el Tratado de Medicina de Roger, Widal, Teissier (1924), escriben a propósito de las complicaciones pulmonares de la malaria: "No hay porqué fijarse mucho tiempo sobre ellas. Se debe sin embargo citar la tos quintosa, rebelde y penosa que sobreviene de vez en cuando al comienzo del acceso, la bronquitis aguda y la congestión pulmonar que le acompañan algunas veces y desaparecen espontáneamente a

su fin, el neumopaludismo (de Brun), en fin la neumonía crónica de los caquéuticos palustres. Se han descrito, en esta última, hemóptisis y signos de dilatación brónquica que pueden simular la tuberculosis pulmonar". Y un poco más lejos, a propósito de la asociación del paludismo con otras infecciones, los mismos autores notan: "Como para la disentería, los autores antiguos han descrito una neumonía palustre, una fiebre perniciosa neumónica. Pero aquí hay todavía abuso del lenguaje; la neumonía es debida al neumococo; durante el curso de la enfermedad el hematocrito desaparece de la sangre periférica (A. Laverán). La malaria prepara solamente el terreno a la neumonía. Por eso la neumonía se observa sobre todo en los caquéuticos palustres y reviste excepcional gravedad".

En el Précis de Médecine coloniale de Joyeux (1927) se encuentra una simple mención de la neumonía y de la bronconeumonía de los maláricos llegando a la conclusión siguiente: "Estas afecciones no tienen particularidades clínicas; evolucionan en terreno palúdico".

En lo que concierne a las bronquitis agudas que comienzan y desaparecen con los accesos, debe señalarse que son bastante frecuentes, pueden sobrevenir en sujetos robustos, exentos de rino-faringitis o de alteraciones cardiovasculares y renales. Las unas son generalizadas, las otras parciales, atacando los bronquios grandes y medios, localizándose en uno de los vértices o en las bases, dan lugar a esputos mucosos o mucopurulentos ocasionalmente estriados con sangre cuando la tos es quintosa.

Con respecto a las determinaciones de mayor interés (neumonía, congestión), notemos que existen algunas neumonías verdaderamente maláricas, en la expectoración de las cuales Marchoux ha podido poner en evidencia glóbulos rojos parasitados y que de este modo son etiológicamente aproximables a la **neumonía intermitente** de Davidson, Scheube y Manaberg. En lo referente a las congestiones recordaremos que son de tipos muy variados: pulmonares o pleuropulmonares, basales o apicales, agudas, subagudas o crónicas. En la forma "princeps" (de Brun, de Beyrouth), se trata de una congestión pulmonar aguda, muy intensa como para simular una neumonía, pero que no dura sino tres o seis días y cuyos síntomas desaparecen en muy pocas horas.

En las formas sub-agudas ó crónicas, localizadas en uno

de los vértices, a veces en los dos, se registra una cierta submáxicés, rudeza respiratoria, muchas veces un soplo expiratorio, así como cierta resonancia de la voz sin broncofonía. La tos, matinal, es quintosa, seca o seguida de expectoración purulenta o sanguinolenta. En presencia de un síndrome tan neto de condensación apical se suele pensar en la tuberculosis o en una espiroquetosis. La desaparición, muchas veces rápida, de los signos sospechosos y la ausencia del bacilo de Koch justifican la eliminación de la primera suposición. Debe notarse a este propósito que en un caso de Arnaud, las constataciones de la autopsia habrían justificado la eliminación clínica de la tuberculosis. La ausencia de espiroquetas dirime sin dificultad la segunda posibilidad. Algunas veces la naturaleza palustre queda demostrada por el descubrimiento de algunos glóbulos rojos parasitados en los esputos (Leques, Marchoux). A defecto de una semejante constatación, la evolución permite ciertas veces admitir el origen malárico de la congestión sin conducir a pensar por ello, de acuerdo a la antigua opinión ya fuera de moda de Crespin y Mailfer, que se trata de accidentes de orden reflejo. Apenas es necesario agregar que en tales circunstancias el recurso del criterio terapéutico sería muy delicado a causa de la curabilidad espontánea de las congestiones y de las bronquitis agudas o sobreagudas de los maláricos. Debemos sin embargo notar que hace poco Caussade y Tardieu han insistido, a propósito de un caso personal, parecido al publicado en 1908 por Letulle y Nattan Larrier y en el cual la esclerosis pulmonar fué diagnosticada gracias a la radioscopia, sobre las complicaciones lejanas del paludismo, los errores de diagnóstico que ellas pueden ocasionar así como su curabilidad notable por el polvo de quinquina amarillo. En la observación de Caussade y Tardieu se trataba de un argelino de 33 años, viejo palúdico, hospitalizado dos veces por una bronquitis febril con expectoración purulenta muy abundante cuya flora microbiana era muy variable. El suero antineumocócico, la autovacunoterapia fueron ineficaces. Esta bronquitis fué seguida de una "poussée" congestiva que hizo pensar, a pesar de una baciloscopia tres veces negativa, en una tuberculosis de la base. En este momento se notó la presencia de accesos febriles regulares, matinales, de tipo cotidiano y que presentaban los tres periodos clásicos de escalofríos, calor y sudor. Se instituyó inme-

diatamente un tratamiento específico (polvo de quinquina amarillo, según la fórmula de Trousseau). Bajo la influencia de esta medicación los accesos febriles desaparecieron completamente tardando más largo tiempo en curar la complicación pulmonar.

Ahora, una alveolitis basal con hemóptisis observada en un malárico atacado, por otra parte, de adenitis cervical, va a permitirnos ver cómo, a defecto de la constatación del bacilo de Koch o de los hematozoarios en los esputos, la evolución favorable conduce a excluir, casi sin reservas, la tuberculosis pulmonar, dejándonos, por el contrario, vacilando entre los diagnósticos de **alveolitis neumocócica en un malárico** y de **alveolitis palustre o mixta (neumocóccicapalustre)**.

* * *

P. O., 18 años, paraguayo de raza blanca, originario de Asunción, ejerce la profesión de albañil.

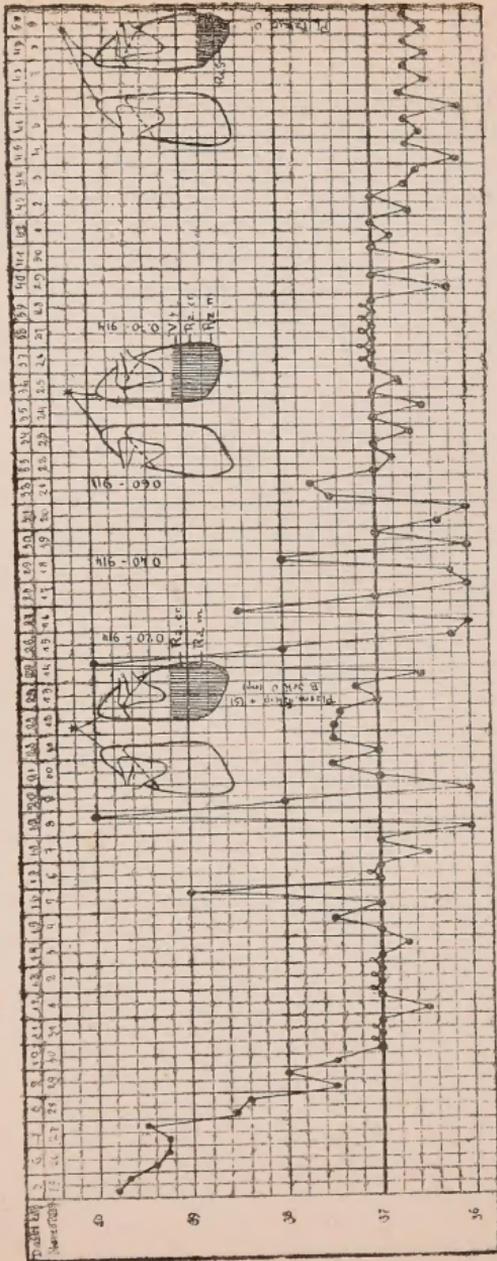
En sus antecedentes hereditarios nada de notable. Su padre y su madre son sanos y no parecen haber estado afectados nunca por la sífilis o la tuberculosis. Sus hermanos gozan de buena salud.

En sus antecedentes personales se encuentran: 1) un traumatismo violento del hemitórax izquierdo sobrevenido a la edad de tres años y que no ha dejado secuelas apreciables; 2) manchas acrómicas, no anestésicas, vitiliginosas que habrían sido notadas durante la primera infancia; 3) una fiebre eruptiva cuya naturaleza no puede ser precisada pero que no ha dejado cicatrices; 4) accesos de fiebre que duraron más o menos tres semanas, a los siete años de edad, y una semana en el noveno año de edad; 5) una gripe a la edad de once años. No hay por otra parte estigmas apreciables de afección venérea adquirida o hereditaria. Es de notar también que P. O. podía hasta estos últimos tiempos dedicarse a sus ocupaciones profesionales y practicaba algunos deportes.

El 20 de marzo de 1927, a las 8 de la mañana, en plena salud, fué preso de escalofríos, fiebre y vómitos. Poco después sintió un punto de costado agudo en la parte media del hemitórax derecho y presentó una tos bien pronto seguida de espec-

toración sangrienta. Habiendo perdido sus fuerzas tuvo que guardar cama.

Como los síntomas expresados persistían, el enfermo se decidió a ingresar en el hospital el 24 de marzo, es decir, cuando el servicio de medicina no pertenecía a nuestra clínica.



El examen de la hoja de temperatura muestra que del 25 al 29 de marzo (del 5º al 7º día de enfermedad), se trataba de una fiebre relativamente alta ($39^{\circ}8 - 39^{\circ}3$), continua, de tipo varias veces inverso que terminó el décimo día, después de una caída en tres tiempos, interrumpida en la tarde del noveno día por una ascensión a 38° . A esto siguió un periodo apirético durante el cual el termómetro se mantuvo en general a 37° ; se nota en efecto una sola caída a $36^{\circ}5$, la mañana del décimo día y una ascensión a $37^{\circ}5$ la tarde del décimo quinto día. Del 5 al 21 de abril, por el contrario, sorprende la aparición de cinco accesos febriles aislados y de cuatro ascensiones térmicas insólitas. En el acceso del 5 la temperatura alcanza a 39° , en los accesos del 8 y del 14 sube a 40° , en los del 16 y 18 (después del tratamiento) no sobrepasa de $38^{\circ}5$ y 38° . Las ascensiones térmicas insólitas ($37^{\circ}3$ o $37^{\circ}6$) fueron notadas los días 10, 11, 12 y 21 de abril. Sin insistir sobre la distribución muy irregular de los accesos, notamos que cada uno de ellos comienza hacia las 11 de la mañana con escalofríos importantes a los cuales sigue una sensación de calor intenso. Algunas horas más tarde sobrevienen sudores profusos y una caída de temperatura a 36° , de suerte que, en el mismo día, se pueden registrar oscilaciones térmicas de cuatro grados.

Al comienzo del tercero de estos accesos sorprendió la presencia de una expectoración mucopurulenta con estrías de sangre y la presencia en la base derecha de una lesión en foco (submacicés, respiración soplante, numerosos crepitantes y algunos subcrepitantes).

Del 22 de abril al 9 de mayo, fecha en que el enfermo sale de la Clínica, los máximum y mínimum térmicos, comprendidos entre 37° y 36° , son incontestablemente normales. Es por otra parte suficiente examinar el trazado térmico de éste periodo para sorprenderse por su irregularidad y por la diversidad de los tipos sucesivamente registrados. Del 22 al 25 la temperatura es francamente inversa y presenta oscilaciones cotidianas muy amplias, alcanzando varias veces a medio grado. Del 21 al 28, el termómetro se estabiliza a 37° ; el trazado se hace rectilíneo. Del 29 de abril al 2 de mayo, reaparecen las oscilaciones pero sin inversión y con una disminución progresiva de amplitud. En fin un día de temperatura inversa, el 2 de mayo, conduce a un tipo fisiológico que, después de la reducción de la am-

plitud de las oscilaciones cotidianas, varía solamente entre 36°4 por la mañana y 36°6 por la tarde.

El 25 de abril, en plena apirexia y treinta y cinco días después del comienzo del episodio mórbido que condujo a P. O. al servicio, se constata todavía la existencia de una zona de submacicés que ocupa la mitad inferior del hemitórax derecho. La amplitud de los movimientos respiratorios está disminuida a este nivel mientras que el aumento de las vibraciones vocales es neto. No hay pectoriloquía áfona ni egofonía. Se percibe solamente en la parte inferior del pulmón algunos rales crepitantes y muy numerosos sub-crepitantes finos. En el resto del pulmón derecho y en toda la extensión del pulmón izquierdo la respiración presenta los caracteres de intensidad y tonalidad de la respiración suplementaria. No existe disnea; el número de respiraciones no sobrepasa de 20. La tos es rara. La expectoración poco abundante y solo matinal. Poco después de despertarse el paciente emite algunos esputos supurados, ligeramente verdosos y de un tiempo a otro estriados de sangre.

El 9 de mayo, ligera submacicés de la base derecha y respiración todavía soplante. Corazón y vasos, hígado, aparato digestivo, sistema nervioso y órganos de los sentidos, órganos genitourinarios normales. El bazo es indoloro e inaccesible por la palpación; se lo percute a nivel del octavo y noveno espacios intercostales sobre la línea axilar media. La palpación permite descubrir en el cuello, en las axilas y en las ingles pequeños ganglios duros indoloros y móviles. Anemia notable a juzgar por la palidez de la cara, la decoloración de las mucosas conjuntivales y gingivales. De talla y desarrollo normales para su edad P. O. pertenece al tipo morfológico longilíneo. Es bastante flaco y su tórax más bien estrecho.

Algunas semanas después de su salida del hospital P. O. volvió a consultarnos. La fiebre no había reaparecido pero el paciente presentaba una notable tumefacción, indolora y no supurada de los ganglios submaxilares izquierdos sin alteraciones de la boca. P. O. cuenta también haber esputado varias veces cantidades apreciables de sangre roja.

* * *

Abstracción hecha del vitiligo, evidentemente fuera de relación con el ciclo mórbido que nos ocupa, y de la anemia, ma-

nifiestamente secundaria, se discierne sin dificultad en este enfermo tres series de hechos: a) accesos febriles aislados; b) una lesión en foco de la base pulmonar derecha, y c) una adenopatía cervical independiente de toda ulceración labiobucal.

Los accesos febriles aislados que comenzaban hacia las 11 de la mañana, con escalofríos violentos, para terminar cinco o seis horas más tarde con sudoración abundante, evocan casi irresistiblemente la idea de paludismo aún cuando ellos no revisten un tipo francamente cotidiano, terciano o cuartano y no se acompañan de esplenomegalia notable. Ya admisible sin reservas esta suposición, por el hecho de la ausencia de toda infección de las vías biliares y urinarias, se ha verificado por la presencia en la sangre de un cierto número de esquizontes anulares identificables como elementos jóvenes de **Plasmodium falciparum** a causa de sus pequeñas dimensiones y de la talla normal de los hematíes que le contienen. Admitiendo que la respuesta dada por el laboratorio concierne exactamente a la sangre de nuestro enfermo, se está, en consecuencia, fundado a admitir en él la existencia de una **plasmodiasis a falciparum (malaria maligna** de unos, **tropical** de otros). La proveniencia local de esta infestación no es dudosa puesto que P. O. nació en Asunción y no salió jamás de esta ciudad, en la cual por otra parte no faltan los anófeles y los portadores de virus venidos de las numerosas regiones notoriamente palustres del país. La ausencia de crecientes habla por otra parte de una infestación reciente y permite excluir más o menos completamente la hipótesis de una reviviscencia de la fiebre antecedente cuya naturaleza verdadera no parece haber sido controlada nunca por el examen microscópico de la sangre. Esta ausencia de crecientes, aparente o real, explica hasta un cierto punto la paradójica rapidés con la cual han desaparecido las manifestaciones febriles después de la ingestión de 15 gramos de sulfato de quinina y de la inyección intravenosa de 1 gr. 90 de 914. Definitivo o nó el carácter de su curación, la existencia de la malaria nos permite interpretar de manera, que no puede ser más satisfactoria, las manifestaciones febriles registradas durante la convalecencia.

Queda pues por definir la lesión en foco de la parte inferior del pulmón derecho, primera manifestación en data del proceso mórbido más bien polimorfo, al desarrollo de parte del

cual acabamos de asistir. Es claro que el comienzo brusco, en plena salud, por un gran escalofrío acompañado de vómitos y seguido de una fuerte elevación térmica, de un intenso dolor intercostal, de una expectoración sangrienta, de una pérdida rápida de las fuerzas impone, en cierto modo, la idea de **condensación pulmonar aguda**.

La existencia durante siete días de una fiebre elevada y continua, que se mantiene en las inmediaciones de 39°5 y 39°8, el descenso en lisis rápida que comienza al octavo día para terminar al décimo confirma esta primera impresión, y es apenas necesario agregar que el diagnóstico de **neumonía** aparece de los más plausibles. La inversión de la temperatura observada el sexto, octavo y décimo días sería insuficiente para poner en duda la naturaleza verosimilmente neumocócica de esta neumonía de apariencia banal hasta ese momento. Debe notarse además que las temperaturas inversas del octavo y décimo días están en relación manifiesta con la defervescencia y por consiguiente no pueden dar indicaciones valederas con respecto a la intervención eventual de un factor etiológico de naturaleza palustre o tuberculosa. Si carecemos de datos positivos sobre la sintomatología física de esta neumonía cuya realidad parece de las más probables, sabemos, por otra parte, de manera cierta que al vigésimo quinto día de la enfermedad, el momento preciso en que comienza el tercero de los paroxismos febriles aislados que han perturbado la convalecencia, hubo un despertar del foco de la base pulmonar derecha cuya existencia indudable está atestiguada por la expectoración mucopurulenta estriada de sangre, la sub-macicés, una ligera exageración de las vibraciones vocales sin egofonía ni pectoriloquía áfona, una respiración soplante así como una lluvia de rales crepitantes. Si la submacicés y la exageración de las vibraciones vocales pueden en rigor ser consideradas como secuelas de la lesión primitiva, la expectoración sanguinolenta y los crepitantes prueban sin duda la existencia de una condensación reciente y activa. La ausencia de punto de costado, de dispnea y de cianosis prueban la extensión reducida del proceso.

Constataciones hechas, por otra parte, el 25 de abril, al trigésimo sexto día de la enfermedad, en plena apirexia, demuestran que la submacicés, un cierto aumento de las vibraciones vocales, algunos crepitantes y sub-crepitantes eran todavía

péceptibles a nivel de la base del pulmón derecho, región en la cual la amplitud de los movimientos respiratorios estaba disminuida. En la mitad superior del pulmón derecho y en toda la extensión del pulmón izquierdo, la única anomalía registrada en esta época consistía en la existencia de una respiración de caracteres de fuerza y rudeza relativa de la respiración suplementaria. La disminución de la amplitud de los movimientos respiratorios en la zona enferma hacen pensar en la existencia de un proceso córtico pleural del que los sub-crepitantes indicarían tal vez la inminencia de la resolución. En efecto los ruidos adventicios han desaparecido el 9 de mayo, el quincuagésimo día de la enfermedad, cuando el paciente abandonó la Clínica. Solo permanecía en ese momento la submacicés. Después P. O. ha presentado algunas pequeñas hemóptisis de sangre roja.

Ateniéndose a las constataciones puramente objetivas se encuentra, como se vé, en presencia de un síndrome de condensación ligera, superficial, córtico pleural, activa aunque lenta, sobrevvenida durante la convalecencia y en el mismo sitio de lo que fué casi seguramente un bloc neumónico agudo. Este síndrome de condensación ligera y verosímilmente de la misma naturaleza bacteriológica que el bloc neumónico anterior, presenta entre otras particularidades dignas de nota la mayor parte de los caracteres esteto-acústicos de las **alveolitis**, que no sobrepasando del estadio de ingurgitación interesan más o menos la pleura, y que numerosos autores encuentran útil separar de las neumonías bajo la designación de **congestiones pulmonares o pleuropulmonares**. Esta opinión fundada en la ausencia de hepatisación o en la participación de la pleura o sobre la evolución o variabilidad de los signos estetoacústicos no tiene, a verdad decir, gran interés desde el punto de vista etiológico, si se admite que la **alveolitis catarral (congestión pulmonar a forma neumónica o no)** releva siempre y solamente del mismo germen que la **alveolitis fibrinosa (neumonía lobar típica, abortiva o recidivante)**. En lo que concierne al origen de la alveolitis con tendencia hemorrágica de nuestro enfermo, tres hipótesis se presentan al espíritu y son la de **neumococcia pulmonar** por el modo de comienzo y de la duración de los primeros accidentes, la de **neumopaludismo** a causa de la existencia de la plasmodiasis a falciparum, así como de la intermitencia evolutiva, y la de

tuberculosis, por la persistencia de las hemóptisis después de la curación del paludismo y de la aparición subsecuente de una adenitis cervical verosímilmente tuberculosa. En defecto de exámenes bacteriológicos, la naturaleza neumocócica no puede ser completamente excluida, pero es necesario reconocer que esta naturaleza neumocócica no explicaría de manera verdaderamente satisfactoria la persistencia de las hemóptisis. La naturaleza palustre, imposible de ser afirmada o negada, por falta también de examen microscópico de los esputos sangrientos, permite comprender, hasta un cierto punto, las "poussées" pulmonares sin explicar por lo demás mejor que la hipótesis precedente las últimas hemóptisis. Habiendo aparecido éstas después de la curación de la malaria, era imposible recurrir al criterio terapéutico. Es por otra parte innegable que semejantes sangrías se pueden, por lo menos en apariencia, aproximar a las que traducen la tuberculización de ciertas "congestiones pleuropulmonares" de comienzo agudo y de naturaleza, tal vez, puramente neumocócica en sus comienzos. Por consiguiente, se debe considerar la posibilidad de una eventual tuberculización de marcha insólita. Apenas hay necesidad de notar que en principio la coexistencia del paludismo y de la bacilosis no tendría nada de sorprendente; el antagonismo entre el hematozoario y el bacilo de Koch antiguamente admitido por Boudin y por De Brun no cuenta ya con partidarios. La localización basal no constituiría por lo demás una objeción definitiva contra una semejante posibilidad. La investigación negativa del bacilo de Koch no tendría a este respecto un valor decisivo hasta que no haya sido repetida varias veces y puede por otra parte que la inoculación resulte ahí donde la investigación microscópica fracasa.

La idea de la tuberculosis parece encontrar desde luego una confirmación indirecta pero no despreciable en la existencia de la adenitis cervical tórpida que cierra por el momento el cuadro clínico y cuya naturaleza tuberculosa no parece dudosa. La retrocesión recientemente constatada de esta adenopatía, el mejoramiento relativo del estado general autorizan a no discutir ahí los diagnósticos de **linfoma tipo Trousseau** u **Hogdkin (linfogranuloma de Sternberg)**. Se ha sin duda notado una ligera eosinofilia en la sangre, pero al no acompañarse de prurito, esta eosinofilia no impone el examen de una semejante even-

tualidad aunque ciertos tumores del mediastino podrían, según Barbier y Monard, revelarse durante la vida solo por signos de "congestión pulmonar". Se sabe por otra parte que en el grupo verosíblemente etereogéneo de hechos reunidos bajo el nombre de **bubón tropical**, se encuentran sin duda algunas raras adenitis cervicales (el bubón tropical es casi siempre inguinal, muchas veces axilar, excepcionalmente maxilar o carotídeo) constituyendo grupos mamelonados exentos de adherencias cutáneas e indoloros fuera de las "poussées" febriles. Estas adenitis imputadas otras veces al paludismo, sin motivos plausibles, pertenecen frecuentemente a la sífilis y a la tuberculosis sinó a las dos juntas o a la lepra, sin hablar de los raros bubones tropicales clasificables entre las formas atenuadas de la peste (Thiroux) y de aquellos que supuran presentando fístulas múltiples y pertenecen casi seguramente a la **poradenia (linfogranulomatosis de Nicolás y Fabre)**, unos y otros bien evidentemente fuera de causa aquí.

La benignidad habitual de la tuberculosis ganglionar no supurada de los jóvenes, permite esperar que bajo la influencia del tratamiento apropiado (cura de aire, sobrealimentación discreta, cacodilato de soda y jarabe yodotánico) la curación será verosíblemente rápidamente obtenida. El pronóstico es en suma más bien favorable comportando ciertas reservas solamente a causa de la tuberculización posible de la base derecha, sitio de la **alveolitis catarral a tendencia hemorrágica** que dá a este caso todo su interés.

* * *

Hoy parecen carecer de fundamentos estas reservas. En marzo de 1928 se ha, en efecto, constatado la desaparición completa no solo de la adenitis sino también de las hemóptisis, de la fiebre y del adelgazamiento. El estado de los pulmones y el estado general, eran desde todo punto de vista satisfactorios.

A pesar de la persistencia de las hemóptisis después de la curación de la fiebre y de la desaparición casi completa de los signos físicos, particularidad la más notable de la presente observación, la evolución no es ciertamente la de una tuberculización progresiva del antiguo foco basal. Este foco es, como los focos—basales o apicales—de muchos otros maláricos, más

bien **pseudo tuberculoso** antes que realmente **pretuberculoso**. De esto se puede inferir hasta un cierto punto, que la alveolitis congestiva de los palúdicos comporta generalmente, cualquiera que sea su naturaleza bacteriológica, un pronóstico lejano más bien favorable que el de las alveolitis neumocóccicas de los no palúdicos y por consiguiente merece todavía un sitio aparte en el cuadro nosológico.

Comparando las conclusiones firmes, susceptibles de ser opuestas "d'emblée" sobre la naturaleza neumocócica de la neumonía lobar (1) y las inciertas relativas a la naturaleza (neumocócica, palustre, tuberculosa o mixta) de esta alveolitis catarrales de las alveolitis fibrinosas. Tendremos además ocasión de volver ulteriormente sobre este tema, tan importante desde el punto de vista práctico como teórico. La ausencia de trasudación fibrinosa parece, en efecto, permitir, hasta un cierto punto, la no admisión sin reservas de la patogeneidad exclusiva del neumococo y suponer la presencia efectiva del bacilo de Koch, por lo menos cuando está con seguridad fuera de causa el hematozoario.

(1) V. **Revista Sanidad Militar**, N. 6, abril de 1928.