

que al angioendotelioma, que de pronóstico tan grave permite el triunfo, quizá transitorio (diez años no despreciables) de la Medicina y sobre el cual la Cirugía podía decir la última palabra, contribuyendo a eliminar en lo posible la presencia de una recidiva.

### RESUMEN

Se realiza un estudio sobre las características generales, clínicas, radiográficas, histopatológicas y terapéuticas de los angioendoteliomas óseos, tumores poco frecuentes.

Se expone un caso interesante, por su evolución, de angioendotelioma de extremidad superior de tibia. Se hace la descripción radiográfica, histopatológica y terapéutica del tumor, con lo que se añade una página al capítulo dedicado a su estudio.

Su evolución benigna, la influencia del radio y las descripciones radiográficas y micrográficas, constituyen la base de esta publicación.

Es preciso llamar la atención sobre la fácil confusión de los angioendoteliomas con los sarcomas óseos. La biopsia, que tiene sus peligros en esta clase de tumores, es la que nos decide en definitiva el diagnóstico.

Creemos que la cirugía y el radium, contrariamente a lo que sostienen otros autores, deben ser armas definitivas en la lucha contra este tipo de tumores, de evolución lenta, entañando con ello cierta benignidad.

## RELACIONES PALUDICOTUBERCULOSAS

(*Paludismo respiratorio*)

T. MARTÍNEZ SÁNCHEZ

No es nuestro propósito entablar discusión con aquellos compañeros que piensan de manera distinta a la nuestra, en el estudio, tan sugestivo, de las relaciones que existen entre las dos enfermedades cuyos nombres sirven de título a este trabajo, sino exponer nuestros puntos de vista fundados en nuestra experiencia personal y, que, tal vez en algún momento, estén en desacuerdo con opiniones más autorizadas y, sobre todo, con una casuística mayor que la nuestra. Aunque, bien mirado, este último punto, de casuística mínima, puede tener un valor tal vez de importancia, por cuanto si nuestra experiencia en tuberculosis-paludismo es pequeña, en paludismo sólo, es bastante extensa y en tuberculosis sola, no es despreciable. Y esta casuística, así distribuida, sirve para poder formar un juicio aceptable de la frecuencia con que se presentan juntas ambas enfermedades.

El estudio geopatológico de la región en que estamos llevando a cabo nuestros estudios (primeras estribaciones de Sierra Morena, en el límite de las pro-

vincias de Ciudad Real y Córdoba), muestra como muy frecuente la tuberculosis pulmonar (T. P.). No sabemos si la causa será la que indica MARAÑÓN, al referirse a las relaciones de la tuberculosis con el tiroides o será otra. Desde luego, esta región en que ejercemos no se debía prestar a que la tuberculosis pulmonar se desarrolle de una manera tan floreciente como se desarrolla. Colocado el pueblo en un rincón de la Sierra en forma de anfiteatro, resguardado de los vientos fríos del Norte y de los cálidos del Sur y del Oeste, abierto y no del todo, a Levante, ni en invierno se sufren grandes fríos, ni en verano grandes calores. Asimismo son poco frecuentes los cambios bruscos de temperatura, que pueden ser causa de enfriamientos, predisponentes, al colocar las vías respiratorias en condiciones de inferioridad, para que anide y se desarrolle en ellas el temido y temible bacilo de Koch. Por otra parte, la altura de estas montañas en el lugar habitado ronda los 900 metros y a esta altura el aire reúne, como es sabido, especiales condiciones para curar la tuberculosis pulmonar, y cuanto más, a impedir la impregnación. Añadamos a esto los bosques que rodean al pueblo y que también influyen en la purificación del aire.

A pesar de todo, existe y ha habido, en estos últimos años, una verdadera epidemia, dándose el caso curioso de que los sujetos atacados han sido, en general, aquellos que por sus condiciones de vida y alimentación, menos expuestos han debido estar a la tal infección: individuos de las familias más pudientes del pueblo, propietarios de las casas mejores y mas ventiladas y de cortijos en el campo, han sido los que mayor tributo han pagado a la enfermedad.

Esto podría tener por causa la que cita MARAÑÓN en sus estudios sobre el tiroides y sus relaciones con la tuberculosis. Y digo podría, pues si bien abunda aquí el tipo hipertiroideo, el bocio, con síntomas clínicos apreciables, es poco frecuente.

Tal vez influya en el desarrollo de la tuberculosis pulmonar en este lugar, el pasado conflicto guerrero, que habiendo producido una mayor debilitación de los organismos por las peores condiciones de vida y alimentación les ha colocado en mejores condiciones para ser infectados.

Mas, sea la causa la que sea, el hecho cierto y real es que, el último período de la guerra y desde que ésta terminó hasta hoy, han muerto bastantes tuberculosos y han enfermado muchos más.

Respecto al paludismo, bastará con decir que, no de ahora, sino de antes, mucho antes de la guerra de 1936-1939, es endémico en esta región, a pesar de las condiciones topográficas, que no son las mejores para que se desarrolle, por las grandes pendientes que hay, que obligan a las aguas a resbalar rápidamente, impidiendo su estancación, con la consiguiente formación de charcas en las que el mosquito pueda desarrollarse. Bien es verdad que en lo hondo de un barranco que lame al pueblo, hay un río que la mayor parte del año viene sin agua, especialmente en verano, por lo que se forman grandes charcas, en las que el mosquito abunda extraordinariamente. Asimismo el terreno éste es muy rico en aguas subterráneas que brotan en forma de fuentes unas veces y otras en forma de sábanas, que tienen el suelo húmedo y con ligeras charcas. Y así ocurre que los

focos principales de paludismo están limitados, hasta cierto punto, a algunas zonas del pueblo.

Pero de todas formas, lo cierto es que el porcentaje de enfermos de paludismo durante los meses de verano es muy grande y alcanza, seguramente, una cifra de un 60 a un 75 por 100.

Con todo esto, era muy lógico y natural que formas mixtas de paludismo-tuberculosis se dieran con mucha frecuencia.

Tres tendencias se encuentran hoy en el campo de la Medicina, tratando de dilucidar la cuestión de si el paludismo excluye la tuberculosis; si, por el contrario, una infección favorece la otra, y una tercera, la más ecléctica, que se queda en un discreto término medio, aceptando la posibilidad de la existencia de ambas enfermedades en un mismo enfermo, pero sin que esta asociación sea muy frecuente.

Respecto a la primera tendencia, defendida por BOUDIN hace más de un siglo, se ocupan, no hace mucho, algunos autores, con una visión tan exclusivista del problema, que no vacilan en preconizar el tratamiento de las tuberculosis con la paludización. Naturalmente que este procedimiento tisioterápico no ha tenido aceptación y, por el contrario, se han alzado voces en contra de la malarioterapia en aquellos casos en que, estando indicada (parálisis general, principalmente), coexiste una tuberculosis.

Esta manera de ver las cosas, aceptando un antagonismo real y evidente entre ambas enfermedades, parece ser que se podía aceptar por nosotros, dada la coexistencia de paludismo y tuberculosis en Fuen-caliente y la rareza de los casos mixtos en un mismo enfermo. Sin embargo, nosotros no aceptamos, en todo, esta teoría, porque los palúdicos han sido raros, no sólo en los tuberculosos, sino que no se han paludizado tampoco los familiares y, por el contrario, en dos casos de paludismo, en dos de estas familias, enfermaron después de la misma enfermedad los tuberculosos que en las casas había. Una de estas historias la exponemos a continuación:

(Prescindimos de los nombres, ni aun las iniciales, por razones éticas.)

Varón, de 30 años de edad, soltero, de Fuen-caliente, empleado. No fumador ahora; antes de su enfermedad sí fumaba.

*Antecedentes familiares.*— Un familiar lejano muerto de tuberculosis pulmonar, pero no hubo contacto con él. Por lo demás, sin interés.

*Antecedentes personales.*— Sarampión; gastroenteritis grave. A los once años, paludismo, que duró cuatro años, quedando después bien completamente.

*Enfermedad actual: Antecedentes y curso.*— En septiembre de 1941 comenzó la enfermedad por destemplanza, anorexia, tos ligera y cansada. Entonces era fumador y notó que cuando fumaba se le calmaba la tos. Un día, el 23 de septiembre de 1941, estando acostado, en la siesta, notó en garganta un esputo de sabor salado y al expulsarlo observó que se trataba de sangre. Repitió la tos dos o tres veces más, con el esputo sanguinolento todas las veces. Al día siguiente se repitió la hemoptisis. Se llamó a un médico, el cual hizo un diagnóstico impreciso, mandándole a un especialista en enfermedades del pecho e instituyó un tratamiento sintomático. A últimos de octubre se le reconoció a rayos X y, según cuenta el enfermo, presentaba una lesión apical derecha. Fue tratado con calcio, vitamina C, etc. Guardó reposo en cama durante seis meses y en este tiempo se repitió la hemoptisis dos veces, ambas muy ligeras. Una en noviembre y la otra en mayo de 1942. En junio de este año salió a ser visto por otro especialista, el cual, después de verle radioscópica y radiográficamente corroboró el diagnóstico del anterior, apreciando la misma lesión en el vértice del pulmón derecho.

Se comienza entonces un tratamiento colapsoterápico, haciéndose veintiséis punciones desde esta fecha hasta agosto del año 1943, en que aparece el paludismo. El mes anterior enfermó de paludismo una hermana y días antes alojaron en su casa, durante horas, a una familia de palúdicos de un pueblo cercano. Hasta entonces nadie de la familia, ni vecinos, había padecido el paludismo. Así las cosas, tuvo tres accesos febriles, dos en días seguidos y el último a las cuarenta y ocho horas, con frío, sudor, etc. Tomó Atepe y volvió a la normalidad. Hasta entonces la lesión pulmonar siguió su curso mejorativo y no hubo modificación ninguna apreciable, ni clínica, ni radioscópicamente después de estos tres accesos. A los pocos días volvió a hacerse neumotórax y así ha continuado hasta estos días en que se hizo la última punción, en 15 de diciembre de 1943, siendo ésta la número treinta y uno.

Las consecuencias que se derivaron para su tuberculosis fueron nulas y el curso ulterior así lo demuestra, pues ni durante el tiempo que sufrió paludismo, ni después, el enfermo, ni el especialista, ni nosotros hemos notado modificación alguna en su tuberculosis.

El caso contrario, de palúdicos que se hayan tuberculizado, también hemos tenido ocasión de observarlo.

El caso más claro, en el que se ve instaurarse una tuberculosis después de un paludismo, es el siguiente:

Varón de 14 años de edad, de Conquista (Córdoba), sin profesión. Hijo único de familia pudiente.

Los antecedentes familiares carecen de interés.

*Antecedentes personales.*— Se ha criado siempre delgado y alto, pero contento y lleno de vida. Ya, a los padres, había llamado la atención esta delgadez y le llevaron, hace dos años, a ser visto por un compañero de Villanueva de Córdoba, donde, según cuenta el padre, después de un minucioso reconocimiento, incluso radiológico, de tórax, le aseguraron que estaba completamente sano. De niño paludismo. En el verano del año 1942, paludismo. En marzo de 1943, otra vez paludismo. Se trató con quinina y atepé y quedó completamente bien.

*Enfermedad actual.*— En abril de 1943, constipado, con tos seca y cansada, sin expectoración, que no influye en el estado general. En octubre se recrudece el constipado y desde entonces hasta diciembre, en que le vemos por primera y única vez, adelgaza muy rápidamente. Y hace unos quince días se acentúa tanto este estado de cosas, con tos, disnea, dolor en garganta y hemitórax derecho, astenia muy acentuada, sudores matinales y febrícula, que le obliga a estar en la cama. Es curioso que en todo este tiempo no haya consultado a ningún médico. Se levanta de la cama para venir a consulta y nos encontramos ante un chico alto, muy delgado y pálido. Disnea ligera. Temperatura en el momento de la exploración: 38°.

*Auscultación.*— Pulmón derecho: estertores finos y gran rudeza en el vértice, hasta la región mamaria, tanto por delante como por la espalda. Algún estertor y rudeza en el resto del pulmón. En la parte posterior, disminución en zona apical del murmullo respiratorio. Pulmón izquierdo: rudeza en vértice y algún estertor.

*Percusión.*— Pulmón derecho: matidez en la misma zona indicada en la auscultación. Transmisión de vibraciones vocales más aumentada en el mismo sitio, en relación con el resto del tórax.

*Diagnóstico.*— Tuberculosis pulmonar después de un paludismo.

Sería de debatir, si el paludismo crea, como tal paludismo, un estado especial del organismo para hacerlo propenso a la tuberculosis, o sí, lo que nos parece más lógico, el paludismo, sobre todo el crónico, como cualquier otra enfermedad que disminuya las defensas orgánicas, no colocaría al organismo en condiciones desfavorables para hacer frente a cualquier otra infección y más, si ésta está tan difundida y ataca con tanta facilidad como la tuberculo-



sis. Una joven, palúdica crónica, amiga y pariente de otros enfermos tuberculosos, contrae una tuberculosis cuando su paludismo crónico está a punto de ser curado:

Mujer de 26 años de edad, de Fuencaliente, de profesión sus labores.

*Antecedentes familiares.*— Madre, gripe y pulmonía. Padre, bronquitis crónica. Ictericia.

*Antecedentes personales.*— Han sido ocho hermanos. Dos murieron de gripe y otro de diarrea. Los cinco restantes, sin novedad.

Gripe a los seis años. Tos ferina a los ocho. Menarquia a los quince, normal. El año 1942, paludismo en su forma terciana. Varias recaídas en número no precisado. Se trataba con quinina a propia mano, hasta que le apretaron mucho las fiebres y fué a un médico que le recetó atepé. Lo tomó, pero no se consiguió la apirexia, mas tomando unos sellos de quinina después del atepé quedó curada, al parecer. Desde esta fecha (septiembre de 1942), no ha vuelto a tener fiebre hasta abril de 1943, en que sufre dos accesos febriles, con grandes frios y sudores. Tomó Atepé por cuenta propia en cantidad insuficiente. Primera recaída de este año en junio. Cura insuficiente de Atepé. Segunda recaída el 24 de julio. Tomó dos pastillas solamente de atepé y desapareció la fiebre. Desde que comenzó el paludismo desarreglos menstruales, consistentes en adelantos y ser más abundantes (polimenorrea). Desde la misma fecha mucha flojedad y pérdida de peso. Astenia grande. Pesa 43 kilogramos.

*Enfermedad actual.*— El 1.º de agosto de 1943 fui llamado para combatir los trastornos menstruales que aqueja y la astenia y gran extenuación que tiene. Poco apetito. Febrícula. No tos ni fatiga. Sudores matinales. En el reconocimiento practicado se observa: gran desnutrición, tristeza, tinte pálido de la piel y mucosa conjuntival. Aparato digestivo: anorexia, vómitos cuando tiene fiebre y toma alimento. No bazo, no hígado. Deposiciones diarias y normales. Orinas muy abundantes, incluso de noche. Circulatorio, bien. Respiratorio: ni tos ni disnea. Auscultación: en parte posterior vértice derecho, dureza respiratoria y ligeros estertores secos. Temperatura: 37.2º. Se establece un tratamiento antipalúdico y antituberculoso, por considerar el diagnóstico como de tuberculosis apical derecha implantada en un paludismo terciano, crónico, recidivante.

A los diez días la volvemos a ver. Nos dice que en este tiempo le han dado dos fiebres en días alternos sin apretarle mucho. Sigue el pulmón en las mismas condiciones. En vientre siguen sin apreciarse hígato ni esplenomegalia. Los días que siguen, febrícula. Los síntomas pulmonares aguantan el tratamiento, pero poco a poco desaparece la fiebre, se va limpiando el pulmón y el último reconocimiento, el 20 de diciembre de 1943, la damos de alta por curación.

En este caso, desgraciadamente, no se ha podido hacer la demostración radiológica ni de laboratorio de su tuberculosis, que como tal se ha comportado. Queda, realmente, la duda, de si se ha tratado de una forma respiratoria del paludismo, aunque nosotros nos inclinamos más a favor de la tuberculosis pulmonar, por el hecho de que, creyendo curada la malaria, se abandonó, a su terminación, el tratamiento antipalúdico, siguiendo sólo con el antituberculoso, consiguiendo con esto, al cabo de algún tiempo, la curación clínica de los síntomas pulmonares.

Esta cuestión, de la localización pulmonar del paludismo, ha sido muy debatida y, entre las dos tendencias, una que las niega en absoluto y otra que las acepta con gran frecuencia, hay la del término medio: que existen, pero que no abundan. En un trabajo nuestro, ya hemos hablado de esto, aunque a la ligera, decidiéndonos por la no aceptación de formas respiratorias, aunque admitiendo ciertos síntomas del aparato respiratorio, no preponderantes, que acompañan algunos casos de paludismo. En otro trabajo, nos hemos referido, y volvemos sobre ello,

a que el pulmón, lo mismo que cualquier otro órgano o sistema orgánico, predispuesto por enfermedades anteriores, es un sitio abonado para reaccionar ante el ataque palúdico. Dicho de otra manera: no es que ciertos hematozoarios tengan una especial predilección por el pulmón, sino que el pulmón, en ciertos sujetos "débiles pulmonares", tiene apetencia por cualquier hematozoario, como por cualquier otro germen que produzca cualquiera otra enfermedad.

Vistas así las cosas, tiene fácil explicación que muchos autores hayan descrito muy diversas formas de paludismo respiratorio y que, por el contrario, otros lo nieguen terminantemente. Entre los primeros FALCONE y ANDERSON y GRASSET y GRAU. Entre los segundos el propio LAVERAN.

Depende, a nuestro juicio, esta diversidad de criterios, de que los sujetos afectos, hayan tenido, por así decirlo, "encriptada" su predisposición pulmonar, pues para los segundos las afecciones respiratorias, en los palúdicos, son enfermedades intercurrentes, que no tienen nada que ver con el paludismo. Ni lo uno, ni lo otro. Ni en todo palúdico las reacciones pulmonares puede considerarse que la culpa de las mismas la tenga el parásito, ni tampoco se puede pensar, radicalmente, que nunca pueda, una reacción respiratoria, en un palúdico, ser producida por el hematozoario.

Aunque nosotros, por nuestra experiencia, no aceptemos estas localizaciones pulmonares, admitimos la posibilidad de que existan, más aún, si como dicen EPURE y FRICKER, que han estudiado hace poco este asunto, son posibles, pero excepcionales.

Respecto a la variedad de parásito capaz de producir este estado de cosas, después de lo expuesto, es fácil sacar la consecuencia de que cualquiera de ellos puede ser el responsable.

Si, pues, a pesar de todo lo que queda dicho, se dan casos de tuberculosis en palúdicos, esto no podría, en general, y salvo excepciones, tener más causas que la pobreza del organismo, debilitado por una enfermedad caquetizante y, por tanto, más fácilmente atacable por el bacilo de Koch.

Únicamente nos parece lógico hablar de formas respiratorias del paludismo cuando se den las tres condiciones que indica FRICKER, condiciones que nosotros por nuestra parte ya hemos indicado en otra ocasión, aunque refiriéndonos al diagnóstico del paludismo en general: presencia de hematozoarios en sangre, aspecto clínico y *test* terapéutico, cuando iniciada una terapéutica antipalúdica, ceden rápidamente las manifestaciones del aparato respiratorio.

Quiere todo esto decir que todo aquel que asista palúdico debe extremar su atención, en aquellos casos dudosos, en esforzarse en hacer un buen diagnóstico diferencial, si no quiere tropezarse con tristes sorpresas. Repetimos, resumiendo, que un paludismo no excluye una tuberculosis y que no todas las manifestaciones pulmonares en un palúdico sean achacables al paludismo, pero que pueden existir casos mixtos, los que si nos pasan desapercibidos, pueden tener un resultado fatal, con mengua y descrédito de nosotros mismos y de la ciencia médica. Conocemos, por referencia de la familia, el caso de una enferma que murió tuberculosa y que casi hasta su muerte fué tratada como palúdica, y conocemos

asimismo otro en el que se podía pensar en una tuberculosis, siendo realmente paludismo. Es el siguiente:

Juana A. M., de 32 años de edad, de Fuencaliente, soltera, profesión sus labores.

**Antecedentes familiares.**— Los abuelos paternos, muertos de enfermedad de la garganta, dice. El abuelo materno murió de enfermedad de la laringe, con gran ronquera (¿cáncer?, ¿tuberculosis?). Padre, ulceroso de estómago y anginas frecuentes. Han sido siete hermanos, uno muerto de meningitis a la edad de dos años, hace veintitrés. Dos hermanos con anginas flemonosas frecuentes. Otros dos hermanos, paludismo. Una prima hermana muerta de tuberculosis pulmonar. No hubo convivencia durante la enfermedad.

**Antecedentes personales.**— Paludismo y sarampión a los seis años. Algún catarro banal en los inviernos y gripe ligera los años en que más ha apretado la epidemia.

**Enfermedad actual.**— Antecedentes: Desde septiembre del año 1942, insomnio, flojedad y desgana grandes, que se fueron acentuando durante los dos meses de septiembre y octubre. Después mejoró hasta últimos de marzo de 1943, en que apareció la primera fiebre, con violento escalofrío, alcanzando hasta 41°. Después y con intensa sudoración, desapareció. Así pasó ocho días y entonces repitió la fiebre de la misma manera, pero añadiéndosele una urticaria. Se llamó a un médico, el que diagnosticó paludismo después de un frotis de sangre. Después de este segundo acceso, tomó quinina insuficiente y continuó así cinco días, que tardó en venir el resultado del análisis. Éste fué positivo. Aumentó la dosis de quinina a un gramo diario, pero no pudo hacer una buena cura por dificultades comerciales. A los ocho días, con fiebre moderada repite el acceso urticarial. Durante los ocho días febrícula. Se dió atepé a continuación de la quinina, y aunque desaparecieron los grandes accesos febriles, no dejó de sentir que, de cuando en cuando, le daba un poco de fiebre. Volvió otra vez la anorexia, flojedad, aumentó la delgadez y aparecieron molestias vagas, subjetivas, tos perruna y disnea. Gran decaimiento. La vió entonces un especialista de pecho, el cual, *a priori*, hizo un diagnóstico de tuberculosis pulmonar, pero después de reconocer pecho, con excepción de rayos X, quedó dudoso, ya que no encontró nada sospechoso a la auscultación y percusión. Se llevó sangre para buscar el parásito palúdico y el análisis resultó negativo. En vista de ello se aferró a la idea de tuberculosis pulmonar y recomendó que fuera la enferma a su consulta a hacerse análisis de esputos y verla a rayos X, instituyendo, mientras, un tratamiento a base de calcio, vitaminas y antianémicos. A mitad de este tratamiento, a últimos de agosto de 1943, apareció un nuevo brote febril, con escalofrío y fiebre moderada, sin sudores y entonces fué llamado a asistirlo. El cuadro que presenta la enferma es el siguiente: temperatura, 38°. Cien pulsaciones al minuto, postración, tos ligera y seca. Bazo grande y doloroso. No hepatomegalia. Pálidez de piel y mucosas. Ligero bocio. Ni a auscultación ni a percusión nada de particular. Sacamos sangre para investigación del parásito palúdico y a los pocos días viene el resultado: paludismo crónico.

La fiebre, esta vez, con nuestra fórmula quinina-efedrina, dura tres días y desaparece por lisis. Sigue con este trata-

miento durante quince días, disminuyendo de cinco en cinco días la cantidad de quinina-efedrina y al terminar se da neosalvarsán de Bayer. A la segunda inyección, 30 centigramos, fiebre moderada con moderado escalofrío. Se repite a los cuatro días la misma dosis de neo, con repetición de lo que ocurrió en la anterior.

Aconsejo que se la vea a rayos X, aunque sigue sin apreciarse nada en pecho, se hagan aglutinaciones, velocidad de sedimentación y análisis microscópico de sangre y esputos. Los resultados fueron:

A rayos X, nada anormal.

Recuento globular: Hematíes por mm. cúbico, 3.740.000. Leucocitos, 7.200. Hemoglobina, 67 por 100. Valor globular, 0.90.

Hemograma de Schilling: Basófilos, 0 por 100; eosinófilos, 1 por 100; linfocitos, 12 por 100; monocitos, 9 por ciento; neutrófilos, 78 por 100. Éstos, distribuidos así: mielocitos, 1; juveniles, 3; cayados, 7; segmentados, 67.

Formas anormales y alteraciones de la serie eritrocítica: megalocitos, escasos; microcitos, existen; policromatofilia, marcada; anisocromia, intensa.

Examen parasitológico al hematozooario: negativo.

Velocidad de sedimentación por el método de Westergreen: a la hora, 83 milímetros. A las dos horas, 103 milímetros. Índice de Katz: 62,50. Cociente de Lutz y Wahl: 3,32.

Habiendo resultado negativa la investigación del parásito en este primer análisis, se busca en un segundo, previa reactivación con adrenalina y entonces resulta: anillos y esquizontes (formas en media luna) del *plasmodium falciparum*.

Aglutinaciones: todas negativas.

Fechas de estos análisis: 23 y 24 de octubre de 1943.

Asegurado el diagnóstico se instituye un tratamiento a base de quinina-efedrina, arsénico no en forma de neo, plasmoquina simple y reconstituyentes y antianémicos. Desaparece la fiebre y hasta hoy, 29-XII-1943, sigue bien.

Como se ve claramente en esta historia la confusión sintomatológica es tal que se puede confundir verdaderamente con una tuberculosis, aunque es de notar que en ningún momento y salvo la tos, no se ha encontrado por parte de aparato respiratorio nada de particular.

Y terminamos repitiendo una vez más: ¿Paludismo? ¿Tuberculosis? ¿Ambas cosas? Clínica, laboratorio y resultados al tratamiento antipalúdico. Estos son los tres puntales en que fundamos el diagnóstico en las dudas y hasta ahora no nos podemos quejar del resultado obtenido, añadiendo que, en los casos dudosos, y puesto que estamos separados de centros importantes que nos hagan las pruebas de laboratorio, y mientras esperamos los resultados y el del tratamiento, instituímos un tratamiento general reconstituyente que, en el peor de los casos, da energías al enfermo para sobrellevar y vencer más fácilmente a la enfermedad que le aqueja.