1043

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA COQUELUCHE

(TOS CONVULSA)

TÉSIS

PARA OPTAR AL GRADO

DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FEDERICO M.x CABRERA

Practicante Mayor Interno del Hospital de Niños de San Luis Gonzaga, ex practicante de vacuna humana, Miembro activo del Círculo Médico Argentino, etc. etc.

BUENOS AIRES

—

Imp de Ostwald y Martinez, Florida 136

—

1880

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA COQUELUCHE

(TOS CONVULSA)

TÉSIS

PARA OPTAR AL GRADO

DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FEDERICO M. CABRERA

Practicante Mayor Interno del Hospital de Niños de San Luis Gonzaga, ex practicante de vacuna humana, Miembro activo del Círculo Médico Argentino, etc. etc.

BUENOS AIRES

Imp de Ostwald y Martinez, Florida 136

1880

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Doctor Don Manuel P. de Peralta

VICE-DECANO

Doctor Don Manuel Arauz

TESORERO

Doctor Don Mauricio Gonzalez Catan

ACADÉMICOS

Doctor Don Nicanor Albarellos
« « Manuel A. Montes de Oca
« « Manuel P. de Peralta
« « Mauricio G. Catan
« « Cleto Aguirre
« « Santiago Larrosa
« « Ernesto Aberg
« « Pedro A. Pardo
« « Manuel Arauz
« « Leopoldo Montes de Oca
« « Eduardo Wilde
« « Pedro A. Mattos
« « José T. Baca
« Domingo Parodi
« « Rafael Herrera Vegas

SECRETARIO

Doctor Don Jacob de T. Pinto

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS
Anatomía descriptiva y topográfica	Dr. D.	Mauricio Gonzalez Cata
Histología y Anatomía Patológica	« «	Ignacio Pirovano
Fisiología general y humana . . .	« «	Santiago Larrosa
Patología general	« «	José T. Baca
Materia Médica y Terapéutica . .	« «	Pedro A. Mattos
Higiene pública y privada	« «	Guillermo Rawson
Patología esterna, operaciones y vendages	« «	Leopoldo Montes de Oca
Patología interna, enfermedades mentales y de niños	« «	Manuel Arauz
Clínica Quirúrgica y operaciones	« «	M. A. Montes de Oca
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	« «	Cleto Aguirre
Clínica médica.	« «	Manuel P. de Peralta
Medicina legal y Toxicología . . .	« «	Eduardo Wilde
Obstetricia y Clínicas respectivas	« «	Pedro A. Pardo

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica		Vacante
Histología y Anatomía Patológica	Dr. D.	Cárlos Lanús y Dr. Don Juan Borbon
Fisiología general y humana . .	« «	Fco. Tamini (en ej.)
Patología general é Historia de la Medicina	« «	Jacob de T. Pinto .
Materia Médica y Terapéutica . .	« «	Pablo M. Santillan y Dr D. Enrique del Arca
Higiene pública y privada . . .	« «	Pedro Mallo
Patología esterna, operaciones y vendages	« «	Lucio Melendez
Patología interna, enfermedades mentales y de niños	« «	Manuel Podestá
Clínica Quirúrgica y operaciones	« «	Juan A. Argerich y Dr. D. Julian Aguilar.
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	« «	Pedro F. Roberts
Clínica médica	« «	Juan B. Gil y Dr. Don Cárlos Villar
Medicina legal y Toxicología . . .	« «	Manuel Blancas
Obstetricia y Clínicas respectivas.	« «	Antonio T. Ballester y Dr. D. S. Molina

DISECTORES

Juan J. Naon y Felipe Basavilbaso.

PRESIDEETE DE TÉSIS

DOCTOR D. MAURICIO GONZALEZ CATAN

Á MIS PADRES

A LOS MIOS!

Á la Sociedad de Beneficencia

Al recibirme del Internado en el Hospital de niños, lo hice con la esperanza de poder dar exacto cumplimiento á los deberes que esto imponía.

Creo haber llenado en gran parte mi cometido, empleando todos mis esfuerzos para llegar á este fin.

Solo me resta, al despedirme de las dignas matronas que la forman, enviarles el testimonio de mi mas alta consideracion.

A la Sra. Doña Petrona V. de Cordero

Perdonad, señora, si al frente de estas páginas me atrevo á colocar vuestro nombre. Al dedicaros este humilde recuerdo, cumplo con el deber de gratitud que he contraido para con la noble matrona á quien tanto debo.

Á MI PRIMER MAESTRO

DOCTOR DON MAURICIO GONZALEZ CATAN

DOCTOR MATTOS:

A la mitad de mi carrera me sentía flaquear, las fuerzas me abandonaban.

Vos me inspirasteis fe en el porvenir. Ingrato sería, si no lo recordára mientras viva!

DOCTOR PIROVANO

Os he visto operar muchas veces, y os he acompañado no pocas en la clínica del Hospital San Luis, y lo confieso ingenuamente, no he podido librarme de ese sentimiento de profunda admiracion que inspirais á todos los que se os acercan.

DOCTOR GUTIERREZ

A vuestro lado aprendí á reconocer el sufrimiento del niño, en su lenguaje mudo; podeis estar seguro que no olvidarè nunca vuestras sábias lecciones y que ellas serán mi guia en el áspero sendero de la medicina.

Á MIS MAESTROS

RESPETO Y ADMIRACION

AL CIRCULO MEDICO ARGENTINO

Señores Académicos

Señores Catedráticos:

Sucesos imprevistos me han colocado en el caso de presentaros como mi última prueba, este trabajo que no fué escrito para Tésis.

Si él no contiene ideas nuevas, por lo ménos es el resultado de la observacion diarias á la cabecera del niño enfermo.

Más de una vez, afectado con el aspecto de inmenso sufrimiento, que ofrecen en ciertos momentos, los tiernos séres, en quienes se ceba esta cruel enfermedad, formulé con mi conciencia el compromiso de estudiarla detenidamente, buscando el modo de calmar sus angustias ya que no de hacerlas desaparecer por completo.

Es con este fin que principié á levantar obser-

vaciones, muchas de ellas incompletas aun, pero que tarde ó temprano publicaré como un apéndice á este trabajo

Cuento; pues, con vuestra indulgencia.

COQUELUCHE

I

Creo necesario, antes de entrar de lleno en el estudio de esta afeccion, tratar de definirla, y esto por varios motivos:

Primero — Porque de esta manera, establecidas mis ideas á este respecto, me evitaré el entrar en discusiones interminables.

Segundo — Porque me parece conveniente, tratándose de una enfermedad como esta, cuyo génesis está aun en discusion, traer la mayor suma de claridad posible, á fin de que no se interpreten torcidamente mis opiniones.

Tercero y último—Porque la mayor parte de los autores, que han escrito sobre esta enfermedad, han hecho lo mismo, y no he de ser yo quien venga á destruir una práctica que está conforme con mis ideas.

Pero, para emitir mi opinion, no me parece

inoficioso, el estudiar préviamente las definiciones que otros autores han dado de esta enfermedad.

Para Bauchut, la *Coqueluche* es «una flegma-«sia catarral de la faringe y de la epíglotis, que «reconoce por causa la influencia incontestable «de un agente específico, sobre los polículos epi-«glóticos.

«Sus caractéres son los accesos de tos, con «inspiracion sibilante, espectoracion mucosa, y «una ulceracion sub-lingual.

Larga, confusa é inexacta, esta definicion dada por uno de los autores notables de enfermedades de la infancia, bajo la forma bombástica del afo-rismo, contiene, como veremos, muchas inexacti-tudes.

En efecto:

La flegmasia catarral de la coqueluche, si algu-na vez tiene su asiento en la faringe, esto no sucede sinó por estension del catarro de los bron-quios á esas partes: otro tanto diré de la fleg-masia de la epíglotis. Son hechos que demuestra la esperiencia, pues en cerca de cuarenta casos en que he examinado detenidamente la gar-ganta, en el Hospital de Niños, no he encontrado sinó rara vez la flegmasia de lo faringe. Algo

más comun es la de la epíglotis; pero como quiera que sea, lo que llama siempre la atencion del práctico es el conjunto de síntomas del catarro bronquial.

Aún mas; coloca entre los signos patognomónicos de la coqueluche, la ulceracion sub-lingual, lo que no es sinó un accidente sobrevenido á consecuencia de la propulsion de la lengua, hácia fuera sobre los dientes incisivos, durante los accesos de tos, y tan cierto es esto, que la ulceracion falta en los niños de pecho, que aun no han dentado.

Jacoud trae una definicion mas aceptable, « está « constituida —dice— por un catarro laringo-bron- « quial, caracterizado por accesos de tos convul- « siva, entrecortada, y terminada por inspiracio- « nes prolongadas y sibilantes.»

Perfectamente; pero no hay duda, falta aquí algo para que la definicion sea exacta, y es la nocion de la especificidad y del contagio, sin esto no hay coqueluche posible.

Rilliet y Barthez formulan su definicion con bastante exactitud, pero se estienden demasiado en detalles, lo que la imperfecciona; sin embargo,

creo que es la única que dá cuenta de todos los hechos; héla aquí:

« La tos ferina, está caracterizada por una tos « convulsiva que se presenta por accesos con in- « tervalos variables, consiste en una série de « espiraciones muy cortas seguidas de una inspi- « racion prolongada, sibilante, sonora, vá acom- « pañada de una congestion considerable de la « cara y se termina con frecuencia por la espul- « sion de mucosidades filamentosas.

« Es apirética, contagiosa, esporádica ó epidé- « mica y no ataca mas que una sola vez á los « mismos individuos.»

Yo la definiría como sigue:

La *coqueluche* es una afeccion específica y contagiosa, (1) constituida por uu catarro laringo bronquial y caracterizada por accesos de tos convulsiva, entrecortada, terminados por una inspiracion sibilante y prolongada.

La *coqueluche* reina de una manera endémica sobre las poblaciones, manifestándose bajo forma epidémica en ciertas épocas. En nuestro pais esto

(1) Endémica y epidémica.

sucede generalmente en la primavera, época en que yo he visto el mayor número de casos.

La frecuencia de esta afeccion se comprenderá por los siguientes datos sacados de los libros del Consultorio del Hospital de Niños, llevados con toda minuciosidad por el Médico interno, Doctor Jorge.

« Durante el año de 1880 hàn sido asistidos en « este Consultorio, de afecciones de las vias res- « piratorias 728 niños, de los que 104 presenta- « ban los síntomas de la coqueluche.» Resulta de esto, como se vé, que esta afeccion ha estado en una relacion de un 14 p. ⁰⁄₀ sobre el total de las afecciones de las vías respiratorias, término medio que aumenta durante las epidemias.

Ataca indistintamente á los dos sexos, á pesar de que Picot asegura ser esta afeccion más comun en las niñas que en los niños. Por mi parte, no puedo afirmar lo mismo, pues una diferencia de 5 ó 6 en 104 casos, no es tan notable como para autorizarme á ello.

Es mas comun en los dos primeros años de la vida, que en el lapso de tiempo, comprendido entre 2 y 8 años como puede verse por el cua-

drito siguiente sacado de los libros del consultorio.

Sobre los 104 niños afectados de coqueluche he encontrado:

38 casos durante el primer año de la vida.
26 casos de 1 á 2 años,
18 « « 2 « 3 «
13 « « 3 « 5 «
9 « « 5 « 7 «

Es raro que el niño no haya sido atacado antes de los diez años, y como esta afeccion parece establecer cierta indemnidad en los que la han sufrido ya, resulta que es raro se manifieste pasada dicha edad, aun cuando por escepcion se le pueda observar por segunda vez.

Ahora, bien definida esta afeccion ¿cual es su patogenia? y ¿cual es el mecanismo de la produccion de los fenómenos, que en ella se observan? Es lo que trataré de elucidar en las páginas siguientes.

II

La fisiología nos enseña que en la produccion de la tos entran, por una parte el espasmo de los músculos constrictores de la glotis, y por otra la convulsion clónica de los músculos espiradores; ahora bien, en el acceso de tos convulsa se produce este mismo fenómeno, pero no aislado, sinó acompañado de otros, siendo ya su mecanismo mas complejo.

Tenemos, es cierto, el espasmo de la glótis y la convulsion más ó ménos clónica de los músculos espiradores que dá lugar á la tos; pero á más tenemos tambien el espasmo convulsivo de los músculos inspiradores, que produce la inspiracion sibilante.

¿Cuál es la causa fisiológica, si me es permitido espresarme así, que produce estos trastornos notables en los fenómenos respiratorios? Desde

las esperiencias de Rosenthal, sabemos que la relajacion del diafragma y como consecuencia la detencion de la respiracion, y el espasmo espiratorio y glótico (tos), son producidos de un modo reflejo, por la irritacion centrípeta del ramo interno del nervio laringeo inferior.

Jacoud crée además que, aunque no sea posible aislar los filetes bronquiales del nervio vago, estos por su irritacion deben tomar la parte más activa, talvez, en la produccion de todos estos fenómenos. Yo por mi parte no me detendré mucho tiempo en estas cuestiones, pues no es mi ánimo lanzarme á teorizar sobre puntos que no puedo resolver por la esperimentacion, sinó, como he dicho antes, ofrecer observaciones y apuntes que he reunido á la cabecera del enfermo.

Voy sí, á detenerme sobre la interesante cuestion de la patogenia de esta afeccion.

Vemos continuamente que la irritacion bronquial producida por el catarro simple, no hace nacer los fenómenos espasmódicos al alto grado en que los manifiesta la Coqueluche. Indudablemente aquí, en su produccion, hay algo que reviste un carácter especial, hay algo que, teniendo su *modo irritable* propio, dá orígen en el aparato

respiratorio á los grandes trastornos que en él se notan. Trataré de esplicarme, y si me detengo en esto, es que quiero dejar sentadas bases que me sirvan como indicaciones para el tratamiento de esta afeccion.

Vamos á pasar en revista algunas de las teorías con que se ha pretendido esplicar su *genesis*.

Para unos, esta afeccion es una *neurósis*, es decir, que su causa productriz está en la hyperestésia de los nervios laringeos y vagos. Otros, como Guenau de Mussy, aceptan una irritacion del Pneumogástrico consecutiva á un infarto de los ganglios bronquiales. Estas hypótesis, sí bien pueden esplicarnos un hecho aislado, como es la produccion de los fenómenos espasmódicos de la coqueluche, no podrán esplicarnos el porqué del contagio.

Las teorías á que se atienen la mayor parte de los autores modernos, son las que han tenido su orígen en los estudios de Henke y de Letzerich. Segun estos autores ciertos bacterios y esporos que se encuentran en los esputos serian los agentes vectores y productores de la coqueluche, y para esto se fundan en que estos bacterios no se encuentran en los esputos del catarro bron-

quial simple, y en las esperiencias hechas en animales en los que se ha producido esperimentalmente la coqueluche, introduciendoles los esputos en la garganta, y en cuya autopsia ha encontrado reproducidos en número considerable estos elementos en los bronquios. Para Poulet estos bacterios pertenecen al *bacterium termo.*

Por mi parte, confieso que acepto en todo, la *especificidad* del principio generador de la coqueluche. Ella me esplica todo; los fenómenos espasmódicos, por su accion irritante especial sobre los elementos nerviosos de los bronquios; y el contagio, por su trasporte de un ser á otro, de cualquier modo que este se lleve á cabo.

En cuanto á las lesiones anátomo-patológicas de esta enfermedad, solo diré, que son las del catarro bronquial mas ó menos intenso, y de las complicaciones que sobrevienen.

III

Algunos autores dividen el proceso de la enfermedad en tres períodos; (Despine y Picot, West, Rilliet y Barthes etc.)

El primero ó catarral, período de incubacion; el segundo de infeccion en que los síntomas se manifiestan en todo su esplendor y el tercero ó de declinacion en que todos estos signos desaparécen para dejar su sitio á los síntomas del catarro bronquial. Es esta una division puramente convencional; pues, como veremos en seguida, el primer período, ó falta del todo, ó es muy poco notable en los niños de pecho y de corta edad. Lo mismo sucede con los otros períódos, los que á veces son de tan corta duracion que pasan desapercibidos. Sin embargo no encuentro inconveniente en aceptarla, pues cuando menos tiene la ventaja de facilitar la esposicion de los síntomas y marcha de esta enfermedad.

Un niño se encuentra en el período de incubacion de la coqueluche; desde luego, he dicho ya, que ofrece los síntomas de un catarro bronquial, más ó mènos intenso; pero hay algo, que parece revelar hasta cierto punto que lleva el sello de la coqueluche; esto por lo mènos es seguro en los últimos dias.

La tos se hace ligeramente convulsiva, toma un timbre particular, es sonora, dura más tiempo hasta el punto de hacerse sofocante, á veces es una tos casi eructante; la cara se pone roja, á cada acceso y el niño se agita con la violencia de la tos; esta es más frecuente de noche que de dia, pero no hay el silbido característico. La duracion de este período no puede determinarse exactamente, varía mucho de un caso á otro; segun West en unos casos es de 35 dias y en otros solamente de dos.

Mi esperiencia me ha demostrado que en el mayor número de casos la duracion es de 10 á 14 dias, antes que se manifieste la inspiracion sibilante.

El cuadrito siguiente demostrará mejor los hechos; es el resultado de 28 casos en que he podido verificar la duracion de este período.

de 4 á 6 dias— 8 casos

« 10 « 15 « — 16 «

« 14 « 20 « — 4 «

Sucede á veces, que la enfermedad principia por fiebre, difnéa y un conjunto de perturbaciones generales casi aterrantes; lo que ha sucedido, se esplica por la produccion de una bronquitis de mayor intensidad y así se vé que poco à poco á medida que van desapareciendo con un tratamiento adecuado, los fenómenos catarrales, la tos toma el carácter distintivo de esta afeccion.

Pero á medida que la enfermedad va entrando en su segundo período, la tos se hace mas convulsiva; la inspiracion aparece; los accesos que van aumentando en intensidad y número (suelen llegar hasta cien, yo no he visto que hayan pasado de treinta), se presentan en todo su esplendor.

Entónces «estan compuestas de una série de «espiraciones bruscas de corta duracion, seguidos «de una larga inspiracion acompañada de un silvido sonoro *(West)* Su duracion es más ó ménos larga de algunos segundos á varios minutos y aun un cuarto de hora; en este caso son

accesos compuestos, en los que uno sigue al otro, sin dejar producir el silvido hasta el fin.

La produccion del silbido indica la entrada del aire al pulmon, por lo tanto es un buen signo é indica la terminacion del acceso.

Poco á poco todos estos fenómenos van acentuándose ; el niño se pone rojo á cada acceso y á su conclusion esputa mucosidades más ó ménos espesas, sembradas á veces de estrias sanguinolentas, ó sobrevienen vómitos de materias alimenticias, á consecuencia de la violencia de la tos ; la cara toma un aspecto vultuoso que muchas veces lleva al médico hácia el diagnóstico de esta afeccion.

El niño, conociendo que se aproxima un acceso de tos (que puede ser provocado por cualquier causa, un movimiento brusco, una emocion violenta), se halla agitado y he visto un caso en que era tal la espresion de ansiedad que se pintaba en el rostro del pequeño enfermito, al sentir la llegada del acceso, que inspiraba honda compasion ante los que le observaban.

En este momento es cuando aparece la ulceracion sub-lingual de que Bouchut hace un signo patognomónico de la coqueluche; las frecuentes

epístasis y las equímosis conjuntivales que tanto trastornan á las madres y que no son sinó simples accidentes de complicacion, facilmente curables.

Los accesos mas violentos suelen terminarse por la espulsion involuntaria de orina, ventosidades y aun materias fecales, como he observado algunas veces; son, como en el período anterior, mas comunes por la noche que durante el dia; su número aumenta durante las dos primeras semanas, permanece estacionario 6 ú 8 dias para desaparecer al cabo de tres ó cuatro semanas.

Todo esto puede presentar los matices mas variados, así, vemos casos en que es muy débil el silbido ó casi falta por completo, predominando la difnéa y cyanósis de la cara. Pero en estos casos vigilando atentamente los enfermos, llega un momento en que se reconoce el silbido, que de otro modo hubiera pasado desapercibido.

Hay otro fenómeno que sirve á veces de mucho para el diagnóstico, y es el perfecto estado en que se encuentra el niño durante los intérvalos de los accesos; se divierte, no se queja de nada y auscultándolo apénas si se sienten los síntomas de un catarro bronquial simple que no está en

relacion con la intensidad de la tos; en la pneumonía, á causa de la resistencia vital que presentan los niños á estas afecciones, suele verseles en pié, aun cuando esta sea doble; y no se me diga que invento, porque es un hecho de obsrvacion, pero en este caso, estan los signos físicos y aún los síntomas generales que la distinguen.

Entramos al 3er período: este está caracterizado por la desaparicion más ó ménos brusca de la inspiracion sibilante, por la disminucion de la intensidad y número de los accesos; que pierden su carácter convulsivo; volviendo el niño mas ó ménos lentamente á su estado normal.

La duracion de este período depende del estado de postracion en que haya quedado el niño y de los medios higiénicos en que vive.

Hasta aquí solo hemos examinado la forma típica de la coqueluche. Hay sinembargo, otras formas más leves en las que faltan uno ó más signos patognomónicos, en estos casos queda al práctico el recurso de hacer un tratamiento que podremos llamar preventivo, y de que nos ocuparemos mas adelante.

IV.

Hasta ahora he estudiado á la coqueluche completamente aislada. Pero suele verse amenudo, durante el curso de la afeccion, sobrevenir ciertos accidentes y complicaciones que agravan los trastornos de que es objeto la organizacion del niño.

De los accidentes que sobrevienen ya he hablado antes, son la ulceracion sublingual, las diversas hemorragias, principalmente las epístasis, las equímosis y los vómitos, los que en ciertos casos pueden comprometer la vida del niño, haciendo casi imposible su alimentacion, que se producen especialmente cuando los accesos son muy violenos y repetidos.

Esto mismo sucede con las epístasis y equímosis, y como la mayor violencia de la tos corresponde generalmente al período álgido de la afeccion,

es en esta época que se manifiestan con mayor frequencia.

Quedan ahora otras complicaciones que revisten un carácter mas sério; tales son, la produccion de hernias; el enfisema, convulsiones esternas, accesos sofocantes, las pneumónias y bronconeumonias, la tuberculosis pulmonar y meningea congestion cerebral y las perturbaciones digestivas, diarrea, irritabilidad del estómago. He visto en un caso complicarse la coqueluche con difteria.

El *Enfisema* es poco frecuente y cuando se produce es intersticial.

Los *accesos de sofocacion*, no he podido observarlos; por lo que trascribiré lo que de ellos dice Du Custel.

« Cuando las sacudidas convulsivas de la tos « van seguidas de una inspiracion brusca y sibi- « lante durante mas ó menos tiempo; aniquilado « el pequeño enfermo por los esfuerzos espirato- « rios, tarda en recobrar aliento y se desarrollan « todos los fenómenos de la asfixia.

« Por regla general, pone término á la sofoca- « cion una inspiracion sibilante y prolongada, y « se revela el peligro por esa suspension momen- « tánea de la respiracion que se repite antes d

« cada acceso; pero algunas veces puede prolon
« garse esa suspension de los movimientos respi-
« ratorios hasta el punto de producir la muerte.
« Sobrevienen igualmente los fenómenos de so-
« focacion, sin ir acompañados de accesos convul-
« sivos.»

Picot ha visto un caso en que estos accesos se repetian muchas veces durante el dia, trayendo por fin la muerte del niño.

Las convulsiones externas bien estudiadas por Rillet, Barthez y West, son una de las complicaciones mas graves que pueden sobrevenir; el niño muere generalmente al cabo de pocos dias y raro es el que logra salvarse. De ordinario se presenta en los niños cuyos accesos ofrecen la forma sofocante, y su producion podría esplicarse por la accion del ácido carbónico de la sangre sobre el bulbo y por una congestion espinal.

Las perturbaciones digestivas, la diarrea y cierta irritabilidad del estómago que no permite conservar ningun alimento, son complicaciones bastante sérias, pues traen la demacracion rápida y el debilitamiento del niño, cuando mas necesita de sus fuerzas para luchar contra la enfermedad que lo aqueja.

La *Neumonia* y *Bronco-Neumonia*, tàn bién estudiadas bajo todas sus formas clínicas por Cadet de Gacicourt, son tambien complicaciones bastante graves; se presentan sobre todo al final del segundo período; sin embargo la gravedad de la neumonía es menor que la de la bronco-neumonía, la que ya es bastante grave de por sí; he visto morir un niño, cuya coqueluche se habia complicado con esta última afeccien, mientras he visto curar varias coqueluches en cuyo curso se habian presentado congestiones pulmonares y Pneumonias.

Felizmente estas complicaciones son poco frecuentes, á tal punto, que yo las he observado pocas veces. Sucede á veces con las afecciones febriles que se presentan como complicaciones, que, al desaparecer esta, desaparece tambien la coqueluche, realizando la verdad del aforismo de «febris espasmus solvet.»

West cree; que hay cierta relacion entre la existencia de las epidemias de coqueluche y las de viruela benigna ó sarampion; yo no he tenido ocasion de observar nada al respecto, pero no encuentro inconveniente en aceptar esta acersion como verídica.

El *Diagnóstico* de esta afeccion resalta de lo espuesto anteriormente, no me detendré pues, en él.

Su *Pronóstico* es grave, y esto por muchas causas:

Primero, por su duracion; segundo por el estado de deterioro orgánico en que deja al niño; y tercero, por las complicaciones que suelen traer la violencia de los accesos, complicaciones, la mayor parte tan sérias que se puede decir que «no se muere de coqueluche sinó de sus complicaciones.»

V.

Difícilmente se encuentra otra enfermedad para cuya curacion se haya aconsejado igual número de medicaciones, muchas de ellas contradictorias unas á otras; y esto se esplica por su rebeldía al tratamiento, su larga duracion y la estrema inquietud, que esta afeccion produce en los padres.

El tratamiento ha cambiado segun la opinion que los autores se han formado sobre la naturaleza de la enfermedad, fuera de esto, depende del período á que ha llegado, de su benignidad ó gravedad, de las complicaciones que sobrevengan, de su forma, de la edad del niño y de su fuerza de resistencia á la medicacion.

Antes de entrar á enumerar lijeramente los tratamientos aconsejados, deteniéndome sobre aquellos, que me parecen mas razonables, creo prudente repetir aquí los prácticos consejos de Rilliet y Barthez:

« Manejar bien los agentes terapéuticos: no « empezar por los mas activos; hacer sucederse « hábilmente unos remedios á los otros; mirar « por el porvenir, evitando el empleo de las medi- « caciones debilitantes, son preceptos que no debe « olvidar nunca el médico práctico.»

Estos mismos autores dividen el tratamiento en profiláctico y curativo.

Profiláccio — El mejor tratamiento profiláctico, consiste en sacar á los niños del foco productor de la coqueluche. Se ha aconsejado la vacunacion y el uso de los desinfectantes, sin que aun se hallan obtenido resultados prácticos satisfactorios.

Por lo que se refiere al uso de la belladona al interior como preservativo de la coqueluche, creo que no debe abondonarse sinó, por el contrario, estudiarse detenidamente; solo puedo citar el caso siguiente:

Hace dos años en el Hospital San Luis, habiendo entrado dos niños atacados de tos convulsa en distinta época, se administró durante algun tiempo y con el fin de evitar el contagio en los demás pequeños enfermitos, la tintura de belladona á la dósis de *una* á *tres* gotas, segun la edad y la

resistencia del niño; pues bien, en el primer caso no hubo ningun niño contagiado y en el segundo solo hubo uno. Creo pues, que vale la pena esperimentar mas detenidamente. (1)

---

(1) Como no siempre son exactos los datos que dán las madres, no se puede asegurar si los niños que en ese momento existian en el Hospital habian padecido anteriormente de esta afeccion; creo útil apesar de esto, él que se çontinúen estas esperiencias con datos mas exactos.

TRATAMIENTO CURATIVO

I

Mientras la enfermedad se halla en su primer periodo, el tratamiento debe ser el del catarro bronquial.

Es conveniente mantener una temperatura uniforme en la habitacion del niño y tenerlos á una dieta ligera no estimulante. West aconseja una pocion que contenga pequeñas dosis de ipeca, vino antim, unas gotas de laúdano y tintura compuesta de alcanfor; no la he usado nunca.

En el Hospital de Niños se usa generalmente una pocion balsánuca con Ioduro de potasio, á pequeñas dósis, y Jarabe de belladona. Se estrañará probablemente el uso del Ioduro de potasio y á pequeñas dósis en las afecciones de las vias respiratorias; pero, los resultados no pueden ser mas felices.

Sabemos la predisposicion que presenta en los

niños el catarro bronquial para transformarse en neumonia; casi se puede decir que no hay neumonía sin que haya existido previamente un catarro bronquial, pues bien, por medio de este tratamiento se ha conseguido en el Hospital de niños, en gran número de casos de bronquitis, el impedir esta transformacion.

Como obra íntimamente este medicamento para producir este resultado?

Esto se esplica satisfactoriamente como sigue:

El Iodo, resultado de la descomposicion del Ioduro, en la economia, eliminandose por la superficie pulmonar, modifica localmente la mucosa respiratoria, poniendola en condiciones de la fácil resolucion del catarro; es una accion local, independiente de la general que el Ioduro de potasio tiene sobre el organismo humano.

Pero lo que es verdaderamente notable es la accion del Ioduro á tan pequeñas dósis.

El Dr. Gutierrez en una de sus conferencia en el Hospital de Niños, nos hacia notar, que no era la primera vez que se veia la saturacion del organismo por pequeñisimas dósis de este medicamento, y nos citaba el caso que Trousseau refiere, al tratar del bócio exoftálmico, de un indi-

víduo que presentó los síntomas de la saturacion habiendo tomado solo 5 centig. de Ioduro de potasio.

Puede ayudarse esta accion con un vomitivo de ipecacuana, cada vez que se sienta aumentar la intensidad del catarro.

Una vez la enfermedad en su seguido período, la medicacion, al mismo tiempo que se dirige sobre el catarre bronquial, se aplica especialmente á disminuir la intensidad y el número de los accesos, como tambien á acortar su duracion.

Si los accesos no son ni muy intensos, ni muy numerosos, se puede uno dispensar de toda medicacion activa ó establecer una medicacion espectante tratando solo el catarro bronquial.

Uno de nuestros mas antiguos especialistas en enfermedades de la infancia, cuya competencia en esta materia ès incontestable, el Dr. Blancas, nos ha asegurado tener numerosos casos de curacion de coqueluche en un termino de 15 á 20 dias, tratada simplemente con la espectacion, manteniendo los niños libres de toda corriente violenta de aire, pero renovandolo constantemente.

Como se vé, para dicho señor, el tratamiento

por la espectacion no puede haber dado mejores resultados.

Practicamente este tratamiento tendrá siempre un grave inconveniente, y es el colocar al médico en una situacion exepcional, ante los sufrimientos del niño y la ansiedad de la familia.

Por otra parte vemos á otros prácticos usar el gran aire con resultados análogos (segun ellos dicen.)

Solo diré dos palabras sobre el tratamiento por la respiracion en la atmósfera de las Usinas de gas, este procedimiento está actualmente abandonado y no es otra cosa que una mera espectacion.

No puedo ménos de desechar con todas mis fuerzas el tratamiento espectante que suele seguirse en ciertas partes, de encerrar á los niños en una atmósfera de aire confinado. Este tratamiento, que solo he visto aplicado una vez, duró 45 dias y el pobre niño salvado milagrosamente de los peligros que esto ofrecia, permaneció por largo tiempo despues, ofreciendo los signos del miserable estado en que lo habia sumido semejante tratamiento.

Cuando los accesos ofrecen mayor violencia, se

recurre entónces á las diversas medicaciones que indico.

Rilliet y Barthez dividen las medicaciones propuestas para la curacion de la coqueluche, segun la seguridad de su accion en mas ó menos activas, y aconsejan, como hemos visto, empesar en los casos poco intensos por los menos activos; entre estos últimas, colocan el azufre, el subcarbonato de fierro, el óxido de zinc, el café, la cochinilla y los anti-espasmodicos.

Vamos á pasarlos en revista.

1. *El Asufre* se dá á la dósis de 15 centíg. á 75 centíg. tres veces por dia, segun la edad del niño, añadiendo á veces 5 cent. de almizcle si predomina la forma convulsiva y 3 á 5 centig. de polvo de ipeca si predomina la forma catarral.

Los resultados de esta medicacion dejan mucho que desear, así es que hoy se usa poco ó nada.

2. *El Subcarbonato de fierro,* aconsejado por Steyman no dá mejores resultados que el azufre.

3. El *óxido de zinc* se dá á las dósis de 5 á 15 centig; en su administracion hay que tener algunas precauciones, cuales son las de darlo, empezando por pequeñas dósis aumentando pro-

gresivamente y suspendiendo el medicamento una vez que se observen vómitos ó diarrea. (Franskel y Guersant.)

4. La administracion del *cafe*, sinó apresura la terminacion de la coqueluche, por lo ménos tiene sus ventajas disminuyendo ó haciendo cesar los vómitos, cuando estos existen, y permitiendo de este modo la alimentacion de los niños

5. En cuanto á la *cochinilla*, aconsejada por Rilliet, la que se administra á pequeñas y repetidas dósis en las 24 horas, alcanzando á dar 50 y aun 90 centig. en este lapso de tiempo, y esto durante 10 ó 15 dias consecutivos, debo confesarlo, apesar de ser esta la opinion de Rilliet, no me atrevo á aconsejarla, pues tiene el inconveniente de producir á alta dósis (90 centig.) segun la idiosincrasia del niño, estranguria y hematuria bastante intensa á veces.

Se ha usado tambien el *asafoetida* y el *almizcle*, pero sin resultados prácticos notables.

Entre las medicaciones mas activas colocaremos los bromuros y el hydrato de cloral, el ácido cyanhydrico, la belladona y en otro órden de ideas el sulfato de quinina y el ácido fénico intus et extra; los cinco primeros obrarian sobre el

elemento nervioso moderando su irritacion; los últimos tendrían una accion mas bien local que general, hiriendo de muerte los gérmenes de esta terrible afeccion.

El bromuro de potasio y el de alcanfor creo que producirían por lo menos una disminucion en los fenómenos espasmódicos y sé de algunos prácticos que los han usado con buen éxito (segun ellos), cuando las accesos aumentando en intensidad ponian en peligro la vida del pequeño enfermito.

Gerard que aconseja el bromuro de potasio, lo administra al interior y en inhalaciones.

Los resultados que dá no son del todo satisfactorios.

Creo tambien que el uso de los bromuros, asociados al cloral daria buenos resultados en los mismos casos, trayendo al enfermo y á voluntad del práctico, una trégua á la tempestad que lo agita.

Otro tanto diré del *ácido cyanhydrico* que West aconseja usar en esta enfermedad, á la dósis de 3 centig. á 4 cada tres horas, ó de 1 1|2 centig. cada dos horas, en una pocion adecuada.

Hé aquí su fórmula:

Acido cyanhydrico [al 2 p⅏.] 0 gr. 24
Jarabe simple..... 5 } gramos
Agua destilada.. ..... 25 }

ó bien la misma cantidad de ácido en 30 gramos de una pocion gomosa.

Esta medicacion si bien es cierto que calma con más ó ménos prontitud la violencia de la tos tiene el inconveniente de las anteriores cual es el de no obrar directamente sobre el elemento generador de la enfermedad y á mas el de producir á veces segun las idiosincracias de los niños, fenómenos de intoxicacion, de modo que se vé uno en la necesidad de suspender la administracion del medicamento. Y ya que se me presenta la ocasion, haré notar de paso la rara susceptibilidad que tienen los niños para soportar dósis relativamente altas de ciertos medicamentos y no poder admitir otros *sin presentar serios trastornos, aun á las dósis mas pequeñas*; así he visto dormir un niño durante 24 horas bajo la influencia de 2 gotas de láudano — mientras que sufren sin manifestar perturbaciones notables dósis, relativamente altas de *otros* medicamentos.

West aconseja tambien acompañar la administracion del ácido Cyanhidrico ds una medicacion evacuante, vómitivos repetidos todas las tardes,

para expeler las mucosidades acumuladas en los bronquios y dejar libres las vias respiratorias durante la noche.

Por mi parte, creo que la administracion de vomitivos solo puede ser conveniente en la proximidad de accesos de sofocacion y en el caso en que el niño no pudiéra espulsar por su propio esfuerzo las mucosidades bronquiales; cosa rara por otra parte, pues la tos misma se encarga de espulsarlas siendo la coqueluche casi la única enfermedad en que el niño esputa; del otro modo se espone uno á irritar inútilmente el estómago y facilita la produccion de los vómitos en cada acceso de tos.

Antes de entrar á estudiar los tratamientos que se han usado con más éxito, en el mayor número de casos en el Hospital de niños, diré una palabra scbre algunos que considero, uno irracional y los otros bastante peligrosos.

Geneau de Musey aconseja las aplicaciones de *tintura de oido* sobre la region de gánglios bronquiales, á fin de obrar sobre la adenopatía que el supone ser la causa productiva de la coqueluche.

Otros autores Autenrieth entre ellos han usado revulsivos mas poderosos como los compues-

tos antimoniales especialmente el *tártaro estibiado* con el resultado desagradable del caso que cita RILLIET en su obra—El niño murió á consecuencia de este tratamiento dos meses y medio despues de su primer empleo.

Por mi parte, he visto tan desagradables resultados, como el anterior, á causa de la aplicacion de vesicatories en niños de tierna edad, que estoy dispuesto á usar de ellos lo ménos posible, para apoyar mi opinion citaré el caso siguiente.

Un niño de dos años de edad domiciliadado en la calle Cangallo núm. presentando una constitucion algo delicada, atacado de pneumonia fué asistido por un médico estrangero quien le aplicó un vesicatorio de nueve centímetros cuadrados de estension, poco más ó ménos, sobre la region esternal; cuando lo ví presentaba sobre el esternon y cartílagos costales, una ulceracion del tamaño del vesicatorio, en parte ulcerada y en parte gangrenada, á los seis dias el niño fallecia con todos los signos de la gangréna pulmonar; desgraciadamente no tuve ocasion de hacerle la autopsia.

WATSON aconseja la cauterisacion laringea con una solucion de nitrato de plata, que varia de 0 gr. 75 á 2 gr. 40, en 30 gramos de agua. Esto

ha producido accesos de sofocacion que han puesto en sério peligro la vida del enfermo por lo que está completamente abandonado.

Esto último sucede con la administracion al interior del nitrato de plata propuesta por BERGER

El tratamiento seguido con mayor frecuencia en el Hospital de niños á cargo del Dr. Gutierrez, es el de TROUSSEAU ligeramente modificado.

Se administra el estracto y el polvo de belladona, primeramente á la dósis de 5 miligramos de cada uno y de una sola vez, en las veinte y cuatro horas y se va aumentando progresivamente de cinco en cinco miligramos hasta llegar á dar en este lapso de tiempo quince ó veinte centig, segun la edad del niño, la intensidad de la tos y la tolerancia del enfermo á esta medicacion, suspendiéndose inmediatamente de ver accidentes tóxicos.

El modo de administrarlos es por la mañana en una cucharada de jarabe de DESSESARTZ, generalmente se dan bajo la forma de polvos, con azúcar de leche; pues la esperiencia demuestra que las píldoras una ves endurecidas son muy difilmente degeribles y pasan á lo largo del tubo

digestivo produciendo su accion de cuerpo estraño. A veces se las suele encontrar en las heces....

Es bueno administrar la belladona por la mañana en ayunas para no entorpecer la digestion y á mas, para examinar bien el resultado de la absorcion del medicamento, que se hace mas fácilmente por la circunstancia de estar el estómago vacío.

Y aquí es bueno tambien hacer notar las idiosincracias que cada enfermito presenta á la accion de la belladona.

He visto un niño de tres años de edad presentar la erupcion escarlatiniforme bajo la influencia de una sola dósis, es decir, de cinco milígramos de polvo y estracto de belladona (aa), mientras otros soportan perfectamente y durante algun tiempo sus 15 y aun 20 milígramos sin presentar ningun síntoma de saturacion.

La duracion de este tratamiento ha sido por termino medio de 25 dias.

Para facilitar el estudio de la marcha de esta afeccion bajo el tratamiento de la belladona en el Consultorio externo, se dá á las madres un cuadro análogo al que aeompaño y que ha sido

mandado hacer exprofeso por el Dr. Jorge y don-de éstas apuntan el número de accesos diarios y todo aquello que le llame la atencion.

Se ha administrado tambien el sulfato de quinina que West aconseja dar á alta dósis con el fin de obrar sobre el espasmo y sobre la causa de la afeccion pero se ha usado asociado á la belladona, de este modo á dado buenos resultados.

Hubiera deseado ocuparme de un tratamiento, el más moderno y en el que tengo más ó ménos fundadas esperanzas; quiero hablar de la administracion del ácido fénico al interior y en inhalaciones, pero el corto número de observaciones que he podido recojer hasta este momento me ponen en el caso de abandonar por el momento esta idea, con la esperanza de hacerlo mas tarde.

El tratamiento de las complicaciones no es el sitio este de darlo á conocer, solo diré respecto á los accesos sofocantes que casi son mas bien un accidente que complicacion de la enfermedad que se pueden usar las aspersiones y compresas frias sobre el esternon [Haunay], se puede hacer la respiracion artificial etc. Las convulsiones exter-

nas por el empleo del cloroformo y los antiespasmódicos,

Es conveniente dar á los enfermos una alimentacion escencialmente nutritiva, leche, chocolate, candiales, carne y dejar de lado los alimentos hydro-carbonados. Sacar los niños al gran aire, llevarlos á la campaña por ejemplo.

Con esto termino este pequeño trabajo que espero será bien mirado por vosotros.

V.º B.º

Mauricio Gonzalez Catan.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Anatomía

Cuáles son los órganos contenidos en el torax y aparatos de que hacen parte?

Patología general

Cuáles son las causas de las epidemias?

Terapéutica

Absorcion de los medicamentos.

Patología externa

Clasificacion de las heridas bajo el punto de vista quirúrgico.

Medicina legal

¿Está obligado un Médico á denunciar á la autoridad el nombre y domicilio de un herido en asistencia?

Clinica medica

Diagnóstico diferencial entre la nefritis parenquimatosa y la nefritis catarral.

Higiene

Condiciones de nuestros hospitales.

Obstetricia

Operacion cesárea.

Hospital de Niños

COQUELUCHE

AÑO 188__

Nombre _____

Edad _____

Nacionalidad _____

DIA	MES	NÚMERO DE ACCESOS de 6 a. m. á 6 p. m.	NÚMERO DE ACCESOS de 6 p. m. á 6 a. m.	DIA	MES	NÚMERO DE ACCESOS de 6 a. m. à 6 p. m.	NÚMERO DE ACCESOS de 6 p. m. á 6 a. m.