Año 1909 **Núm. 1980**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA COQUELUCHE Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

BERNARDO BRUCK

Ex - practicante de la Asistencia Pública (años 1907 á 1909)

BUENOS AIRES
IMPRENTA Y CASA EDITORA DE ADOLFO GRAU
MORENO 960
—
1909

La Coqueluche y su Tratamiento

Año 1909 **Núm. 1980**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA COQUELUCHE Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

BERNARDO BRUCK

Ex - practicante de la Asistencia Pública (años 1907 á 1909)

BUENOS AIRES

IMPRENTA Y CASA EDITORA DE ADOLFO GRAU

MORENO 960

1909

—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento General).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Eufemio Uballes

Vicepresidente

Dr. D. Pedro N. Arata

Académicos

1. Dr. D. José T. Baca
2. » » Rafael Herrera Vegas
3. » » Jacob de Tezanos Pinto
4. » » Eufemio Uballes
5. » » Pedro N. Arata
6. » » Roberto Wernicke
7. » » Pedro Lagleyze
8. » » José Penna
9. » » Luis Güemes
10. » » Eliseo Cantón
11. » » Enrique Bazterrica
12. » » Antonio C. Gandolfo
13. » » José M. Ramos Mejía

Secretario Académico

Dr. D. Jacob de Tezanos Pinto

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. Antonio C Gandolfo

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón.
» » Luis Güemes.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio C. Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Baldomero Sommer.
» » G. Aráoz Alfaro.
» » José R. Semprún.
» » Abel Ayerza.
» » Eufemio Uballes.
» » Francisco Sicardi.
» » Telémaco Susini.
» » Nicasio Etchepareborda.
» » Eduardo Obejero.

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).
Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSE ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSE M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUAN R. FERNANDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSE GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSE BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSE F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermat.ª Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSE A. ESTEVES
	» JOSE R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GOMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE DEMARIA
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSE ARCE
Clínica Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
Clínica Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSE T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica.	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
	» UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR. LEON PEREYRA
	» N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

DOCTOR ADOLFO ROUVIER GARAY

A MIS PADRES

A MI HERMANA

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Presento á vuestra consideración, este modesto trabajo, llenando con él el último requisito que marca el reglamento, para obtener el diploma de doctor en medicina.

Al egresar de la Facultad, debo expresar mi más sincero agradecimiento á todos los sabios maestros, que me han guiado en mi preparación médica.

Mi más profundo reconocimiento al doctor Adolfo Rouvier Garay, que me dispensa el honor de acompañarme en este acto.

CAPITULO PRIMERO

Definición

Se da el nombre de coqueluche, á una enfermedad infecciosa, específica, contagiosa, caracterizada por quintas de tos convulsiva con inspiraciones sibilantes y expectoración de esputos filantes, transparentes, más ó menos abundante y acompañada de una inflamación ligera de las vías respiratorias superiores.

La palabra coqueluche, aparece en el lenguaje medical, recién en el siglo XV, y se la aplicaba á diversas afecciones, como: bronquitis, asma, grippe, crup, etc.

La etimología de la palabra coqueluche, se presta á diferentes interpretaciones, sin embargo, la opinión más generalmente aceptada, es la de Valleriola, que dice que viene de coqueluchón, nombre de un gorro con que en otro tiempo, los atacados por este mal se cubrían la cabeza, porque tenían la idea que él era debido á un humor que bajaba del cerebro al

pecho, motivo por el cual era necesario tener la cabeza y el pecho abrigados.

Entre las muchísimas nomenclaturas que la enfermedad ha recibido, figuran las de tos quintosa, catarro convulsivo, catarrus farinus, tussis farinus, tos convulsiva, etc.

Estas diferentes denominaciones, han sido poco á poco abandonadas y en la actualidad la palabra coqueluche es la que goza de mayor favor.

Historia

El origen de la coqueluche es muy obscuro.

No sabemos nada de preciso sobre su país de origen, ni sobre su data de aparición.

Se cree generalmente, que los médicos de la antigüedad no tuvieron conocimiento alguno sobre esta entidad mórbida. Sus escritos, nada nos dicen sobre su historia y es necesario llegar al año 1578, para encontrar noticias de ella.

Fué en esta época, que Baillon, describió por primera vez, con el nombre de tussis quinta ó quintana, una epidemia catarral particular, que consistía en una tos violenta por accesos con vómitos, epístaxis, fiebre, terrible dispnea, y que los niños morían con una terrible dificultad de respirar. Esto se puede muy bien aplicar á la coqueluche febril con el nombre de puerorum, convulsiva.

Más tarde, en 1682, Thomas Willis, dió una descripción suficientemente detallada de la coqueluche, con el nombre de tussis pnerorum convulsiva.

Posteriormente Sanvages, Rosen, Landó, etc., han descripto algunas epidemias que aparecieron en Europa, por los años de 1751 á 1806.

En el siglo XIX, la coqueluche se hace endémica en las grandes ciudades, presentando de tiempo en tiempo, despertamientos epidémicos más ó menos prolongados.

Entre nosotros, no se puede afirmar con seguridad en que año apareció esta enfermedad.

Los primeros trabajos sobre el punto, son los de Fernández, en el año 1823, publicados en la revista «Vieja América».

Ha habido varias epidemias en los años 1827, 1828, más tarde, en 1856 y 1857.

En la actualidad, reina entre nosotros de una manera endémica y no se presenta, que al estado esporádico ó bajo forma de pequeñas epidemias de familia, de casa, de escuela, etc.

CAPITULO SEGUNDO

Etiología

La coqueluche es una enfermedad que ataca con más predilección á los niños y especialmente á los de 2 á 5 años, es más rara antes y después de estas edades.

La menor frecuencia en el adulto, puede explicarse por haber tenido coqueluche en su niñez y por lo tanto, se encuentran inmunizados.

La menor frecuencia en los niños menores de 2 años, se explica, por estar continuamente con la madre, alejados de los juegos de los demás niños, y por lo tanto, el peligro del contagio, disminuye en ellos.

El sexo, no juega ningún rol en la contagiosidad de la coqueluche.

Se observa en todos los climas y en todas las estaciones, pero las estaciones húmedas, favorecen las complicaciones broncopulmonares.

Las habitaciones mal aereadas y húmedas, la aglomeración de personas en una misma pieza, malas condiciones higiénicas, favorecen el contagio.

La coqueluche es esporádica, endémica y por momentos epidémica.

No existe antagonismo entre la coqueluche y otras enfermedades infecciosas, como sarampión, escarlatina, etc., con las cuales es frecuente asociada.

Ella es muy contagiosa, basta que un niño sano esté algunos minutos con uno enfermo, ya sea que juegue con él, ó que converse, para que la infección sea posible.

El gérmen se transmite de una manera directa, probablemente se efectúa por intermedio del aire expirado ó por las secreciones brónquicas. ó nasales.

El aire expirado parece poder, á una débil distancia, llevar el gérmen con los productos de expectoración.

A veces, el contagio se produce indirectamente, por los objetos contaminados, por los vestidos, los juegos, las manos del médico, etc., pero estos hechos son más raros.

El gérmen de la coqueluche es poco resistente fuera del organismo y los locales habitados por los niños no le retienen mucho tiempo.

Para la mayor parte de los autores, la coqueluche es contagiosa desde el principio. Su máximum de contagiosidad parece residir en el período de las

quintas, para disminuir y desaparecer en el de declinación.

Según Weill, ella es contagiosa solamente durante el período catarral, y deja de ser transmisible pocos días después de la aparición de las quintas.

La inmunidad que da la coqueluche es absoluta en la mayor parte de los casos.

Patogenia

Diversas teorías han sido emitidas para probar la naturaleza de la coqueluche, que se pueden reducir á tres: 1ª La Catarral; 2ª La Nerviosa y 3ª La Infecciosa.

Teoría La Catarral

Para Watt, Marcus, etc., la coqueluche es una inflamación catarral no específica, á frigore, de la mucosa respiratoria, sobre todo laringo-traqueal.

Para Gendrin, Bean, es una laringitis supraglótica, la caída sobre la glotis de las mucosidades segregadas por la mucosa enferma, provoca por mecanismo reflejo el estrechamiento del orificio glótico, la inspiración sibilante y la tos quintosa destinada á provocar la expulsión del exudado. Pero esta teoría no tiene en cuenta los caracteres de epidemicidad y de contagiosidad de la coqueluche.

Teoría nerviosa

Según esta teoría, la coqueluche es una afección nerviosa y se basa en el carácter espasmódico de las quintas.

Unos autores, partidarios de esta teoría, sostienen que se trata de una neurosis, sin lesiones constatables del sistema nervioso, análoga al asma.

Para otros, la coqueluche es debida á lesiones nerviosas de los centros cerebrales ó bulbares, de los nervios pneumogástrico, frénico, y gransimpático.

Esta teoría tampoco explica la contagiosidad y y la ausencia de recidividad de la coqueluche.

Teoría infecciosa

Boeme, en 1788, formuló la hipótesis, que la coqueluche es una enfermedad infecciosa, epidémica, contagiosa y que es debida á la acción de un miasma sobre los nervios de la laringe, tráquea y de los bronquios.

Ramherg, See, Geneau de Mussy, etc., partidarios de esta teoría, sostienen que se trata de una infección general y lo asimilan á una fiebre eruptiva á localización predominante tráqueo-brónquico; la bronquitis de la coqueluche respondería á una especie de enantema fijado sobre las vías respiratorias.

Según Gueneau de Mussy, debido al enantema, los ganglios tráqueo-brónquicos vecinos se tumefactan, comprimen, irritan los pneumogástricos y esta irritación determina la tos especial.

Para Trousseau, Rillet, etc., se trata de una infección primitivamente local, un verdadero catarro específico de la mucosa respiratoria.

Según ellos, se puede suponer que el microbio específico está dotado por él mismo ó por sus productos de secreción de propiedades particulares capaces de engendrar una tos refleja de un modo particular.

Para Machael, Hack, la localización primitiva se haría al nivel de la mucosa nasal, de ahí partirían los reflejos provocando la tos.

Springer, asociando las dos teorías, nerviosa é infecciosa, hace de la coqueluche una neuritis infecciosa de las terminaciones nerviosas de la mucosa respiratoria; es decir, para él, el territorio anatómico directamente alcanzado por el gérmen mórbido, no es la mucosa respiratoria misma, sino las terminaciones nerviosas que se distribuyen en ella.

La teoría infecciosa es la más aceptada y se funda sobre el contagio, la evolución de la afección y sobre el examen microscópico de las mucosidades que espectoran estos enfermos.

Bacteriología

Se ha descripto numerosos gérmenes como agentes patógenos de la coqueluche.

Mancorvo describe un coco, pero en sus trabajos no hace cultivos y, por otra parte, el coco no ha sido confirmado.

Poulet y Letzerich han aislado microbios cuya inoculación ha dado resultados negativos.

Afanasiew ha descripto un microorganismo bastante parecido al de la influenza, que se presenta aislado en diplococo ó streptococo.

El microorganismo de Afanasiew no ha sido confirmado.

Laurier ha descripto un microorganismo que tiene la propiedad de producir pus. Cree haber llegado á la producción de un suero anticoquelúchoso.

Ultimamente, Bordet y Gengon han aislado en culturas puras un bacilo ovoideo, de pequeñas dimensiones y que presenta el mismo aspecto en las culturas y en la expectoración.

La presencia de hemoglobina es necesario á su cultura y es, sobre todo, abundante en el exudado de las primeras quintas.

CAPITULO TERCERO

Anatomía patológica

Las lesiones propias de la coqueluche consisten en una inflamación catarral banal de la laringe, de la tráquea, de los bronquios y en la congestión de los ganglios tráqueo-brónquicos.

Las autopsias practicadas muestran la mucosa de la laringe, tráquea y bronquios recubierta de un exudado catarral que no presenta nada de específico.

Ciertos observadores como Desruelles, Copland, Killian, etc., han señalado alteraciones, lo más á menudo congestivas, del encéfalo, del bulbo, de la médula, de los pneumogástricos, etc., pero estas observaciones, sobre todo macroscópicas, no tienen que poco valor, pues muchas de las pretendidas lesiones eran consecuencias de la imbibición cadavérica.

Algunas veces se encuentran los ganglios tráqueo-brónquicos hipertrofiados.

Las alteraciones que resultan de las complicaciones, consisten principalmente en focos de congestión ó hepatización pulmonar, dilataciones brónquicas, enfisema y atelectasia.

CAPITULO CUARTO

Sintomatología

Se puede dividir la evolución de la coqueluche en cuatro períodos: el de incubación, el catarral, el de las quintas y el de declinación.

Incubación

La incubación se extiende desde el momento del contagio hasta la explosión de los accidentes.

La duración de este período no es absolutamente determinado, pero se le puede dar generalmente, 7 días, como término medio.

Parece que no hay ninguna relación entre la duración del período de incubación y la gravedad ulterior de la enfermedad.

Período catarral

El período catarral es variable, unas veces simula una coriza con estornudos repetidos, otras veces comienza por una tos ligera con sibilancias en el pecho; pero la mayor parte de las veces comienza

con una tos seca, más frecuente de noche que de día, acompañada generalmente de una sensación dolorosa detrás del esternón, con una ligera elevación de temperatura (37º 5 - 38º), á remisión matinal y exacerbación vesperal, con malestar general, anorexia, sed, ligero insomnio, conjuntivas inyectadas, ojos lagrimeantes, pupilas dilatadas, frecuentes estornudos acompañados de ronquera y coriza.

Si se ausculta se oyen rales de bronquitis diseminados en el pecho.

El período catarral dura generalmente de 8 á 15 días, raramente se prolonga más allá, algunas veces se abrevia y á veces puede faltar completamente, comenzando la enfermedad por la tos espasmódica.

A veces el período catarral comienza con síntomas febriles intensos y fenómenos generales, simulando el comienzo de una viruela ó una fiebre tifoidea.

Período de las quintas ó espasmódico

En este período la fiebre cae, los rales de bronquitis disminuyen y desaparecen, pero aparece la quinta, que es el elemento característico de la coqueluche.

Algunos minutos antes que la quinta llegue, el niño experimenta algo como un cosquilleo en la laringe y tráquea que le provoca la tos, entonces el

enfermito trata de hacer abortar la quinta, retiene su respiración, le parece que el aire le hace mal al entrar en las vías respiratorias, pero como á pesar de su buena voluntad no puede impedir que la quinta estalle, entonces abandona cuanto tiene entre manos, busca donde apoyarse y sobreviene una serie no interrumpida de espiraciones convulsivas en número de 5, 10, 20, á las cuales sucede una inspiración brusca, larga y sibilante, comparada al grito del gallo, que termina la quinta.

El silbido es producido por la entrada brusca del aire á través de la glotis espasmódicamente estrechada.

Esta inspiración característica se llama la reprise.

Tras ella viene inmediatamente una nueva serie de movimientos espiratorios convulsivos, seguida de otra reprise y el ciclo se renueva así, tres, cuada de otra reprise y el siclo se renueva así, tres, cuatro ó más veces. Esta sucesión de quintas constituye el acceso.

La terminación de este último se caracteriza por una abundante expectoración de mucosidades filamentosas que siguen inmediatamente á la última re-

Muchas veces estas mucosidades van mezcladas con sustancias alimenticias que resultan de vómitos que acompañan á menudo á la tos.

Durante la crisis el niño tiene la cara roja, congestionada, los párpados se ponen tumefactos, los ojos se inyectan y una secreción abundante de lágrimas tiene lugar; la boca está abierta, los labios violáceos, la lengua proyectada contra los incisivos inferiores y las venas del cuello se hinchan.

Después del acceso, todo vuelve al estado normal.

La duración del acceso es en general de medio minuto á un minuto, pero á veces se prolonga hasta 10, 15 minutos.

Mas el acceso es largo, mas hay reprises, se ha podido contar hasta 10, 15, 20, 30 reprises en el mismo acceso.

Durante el acceso é inmediatamente después de él, el pulso es muy frecuente, puede llegar hasta 160 pulsaciones por minuto, luego se hace más lento y presenta á veces irregularidades é intermitencias.

Pueden las quintas aparecer expontáneamente, pero lo más á menudo la quinta es provocada por causas diversas: emociones morales, ruido, olor de tabaco, deglución, repleción de estómago, la simple audición de una quinta, etc.

La quinta de la coqueluche no es siempre tan característica, hay también quintas anormales.

En los niños menores de un año, la reprise es

menos neta, los fenómenos asfíxicos son más graves.

Estornudos pueden sobrevenir al curso ó al final de los accesos y aun reemplazar á la quinta.

La quinta puede consistir en una especie de hipo, con espasmo glótico, que dura algunos segundos y se termina por un silbido inspiratorio.

El número de los accesos es variable, sin embargo, se puede decir en general que en los casos benignos la cifra cotidiana de los accesos oscila alrededor de 10; en los casos medianos, de 20 á 30, y en los casos graves, de 40 á 45.

Más allá de 60, es muy grave.

La duración de este período quintoso es generalmente de 30 á 40 días, pero puede prolongarse debido á recaídas.

Período de declinación

En este período la quinta disminuye gradualmente, tanto de número como de intensidad, el silbido inspiratorio se atenúa poco á poco hasta desaparecer. Al mismo tiempo, los síntomas catarrales se acusan, entre las quintas aparecen sacudidas de tos con una expectoración que de mucosa primero, pasa á muco-purulenta, que permite asegurar que se encuentra al final del período de declinación, el estado general mejora y el apetito se aumenta.

En general, después de 15 ó 20 días, quintas

y tos catarral desaparecen y el enfermo es curado.

Si la tos y el catarro persisten semanas y meses, el caso no es más simple, la coqueluche se acompaña entonces de bronquitis crónica, de enfisema, de dilatación de los bronquios, de adenopatía traquea brónquica ó de tuberculosis pulmonar, que puede muy bien injertarse sobre una coqueluche en convalescencia.

La coqueluche mediana, no complicada, evoluciona generalmente en un mes y medio á dos y medio meses.

Pero no siempre es así, pues puede variar de algunas semanas á varios meses.

Análisis de ciertos síntomas

El examen laringoscópico muestra un enrojecimiento difuso de la mucosa laríngea, sobre todo en la región inter-aritinoideana.

Las orinas son oscuras, aumentadas de densidad y ricas en ácido úrico.

El examen de la sangre durante el período quintoso es muy importante, pues constata una leucocitosis constante, que alcanza su máximum (16.000-24.000) hacia la segunda semana del mismo período.

En cuanto á la fórmula leucocitaria, es de menos valor, pues unas veces predominan las mononucleares y otras veces las polinucleares.

CAPITULO QUINTO

Accidentes

Las quintas de la coqueluche por la violencia de los esfuerzos que provocan, determinan mecánicamente una serie de accidentes, como ser: la ulceración del frenillo de la lengua, vómitos, salida involuntaria de materias fecales, caída del recto, hernias, hemorragias diversas, enfisema pulmonar, etc.

La ulceración del frenillo de la lengua consiste en una úlcera transversal, linear ú ovalar, superficial y grisácea.

Esta úlcera es debida, ya sea á la proyección repetida de la lengua contra los incisivos, ya sea un traumatismo que dejan los dedos de las personas que tratan de desprender las mucosidades viscosas que vienen á la boca al final de las quintas.

Esta lesión simple y sin gravedad lo más á menudo, puede en ciertos niños extenderse tanto en superficie como en profundidad, complicarse de hemorragias, de funguosidades y de ulceraciones.

Los vómitos son accidentes frecuentes en la

coqueluche. Sobrevienen en el medio ó al final del acceso.

Es un accidente en general poco serio, pues la quinta termina, el niño puede comer de nuevo y digerir esta comida.

Hay casos donde los vómitos se repiten á cada quinta, la situación es entonces más seria y si se prolonga, el niño palidece, se enflaquece, se debilita y se caquectiza.

Estos vómitos pueden ser debidos, ya sea á una compresión del estómago por el diafragma durante la quinta, ya sea á una irritación de los filetes gástricos del vago.

Es frecuente observar durante la crisis la incontinencia de la orina y de las materias fecales, hernias y prolapso del recto; todo esto es debido á un aumento de la tensión abdominal durante el acceso.

Pueden observarse hemorragias de toda naturaleza, como epistaxis, hemorragias, gingivales, otorragias por ruptura del tímpano, hemoptisis, etc.

Las epistaxis pueden hacerse peligrosas por su abundancia, las demás hemorragias son poco importantes, reducidas generalmente á algunas gotas y son debidas á la ruptura de los capilares por exceso de tensión en los vasos durante la quinta.

El enfisema pulmonar puede presentarse con sus dos variedades: alveolar ó interlobular.

El alveolar no es raro, y es debido á una distensión excesiva de las vesículas pulmonares, bajo la presión enorme del aire encerrado por la glotis espasmódicamente estrechada y en estado de espiración forzada durante la quinta, es generalmente poco seria.

El enfisema interlobular en una complicación rara, pero mucho más grave, y es debido á la desgarradura de las vesículas distendidas, puede propagarse al mediastino, al cuello, etc., y determinar accidentes graves.

COMPLICACIONES

Aparato respiratorio

Entre las complicaciones del aparato respiratorio es la bronco-neumonía la más frecuente y la más grave.

Si el niño coqueluchoso muere, es nueve veces sobre diez, debido á la bronco-neumonía.

Se desarrolla á menudo bajo forma epidémica en las salas de hospital y aparece generalmente hacia la tercera ó cuarta semana de la coqueluche y se traduce por la dispnea, fiebre (39º y más), aceleración de pulso (120-160), gravedad del estado general y por sus signos físicos, como ser: submatitéz, soplos y rales finos en focos.

Estos signos físicos son variables, movibles, apa-

recen y desaparecen sucesivamente en diferentes puntos de los pulmones.

La evolución de la bronco-neumonía en la coqueluche es rápida, muy á menudo mata en cuatro ó cinco días, sea por asfixia progresiva, sea por complicaciones convulsivas.

Cuando cura, lo que es raro, se prolonga durante diez ó quince días.

A veces la bronco-neumonía pasa á la cronicidad y mata al cabo de algunos meses por caquexia.

La bronco-neumonía es una afección secundaria, streptocócica, stafilocócica, etc., injertada sobre un terreno preparado por la decadencia del estado general y por las alteraciones del epitelio bronquico-pulmonar que la coqueluche suscita.

La congestión pulmonar es generalmente benigna.

La pneumonía franca es excepcional.

La pleuresía es muy rara.

La tuberculosis pulmonar sucede bastante á menudo á la coqueluche.

Aparato circulatorio

En las quintas violentas y prolongadas, el corazón derecho se deja dilatar debido á la molestia circulatoria pulmonar que resulta de la perturbación de la respiración.

Riñón

La nefritis es excepcional.

Sistema nervioso

La coqueluche tiene complicaciones nerviosas, como ser: el espasmo de la glotis, convulsiones, parálisis, etc.

El espasmo glótico ataca preferentemente á los enfermitos de los primeros años y á aquéllos que sufren de una coqueluche violenta.

Nunca se ha observado en niños de una edad mayor de cuatro años.

Aparece bruscamente en medio de una quinta excesiva y produce generalmente la muerte por sofocación y asfixia.

Convulsiones

Esta complicación ataca preferentemente á los enfermitos que padecen de una coqueluche intensa y aparece ordinariamente del 18º al 35º día de la enfermedad.

Las crisis convulsivas pueden ser parciales, no interesando más que la cara ó un miembro ó pueden ser generalizadas, ocupando el cuerpo entero.

Las convulsiones son primero tónicas, luego clónicas y la crisis se termina á veces por un estado comatoso más ó menos prolongado.

Las convulsiones, en la coqueluche, son de un pronóstico serio.

Pueden ser únicas, pero generalmente son múltiples y son debidas ya sea á una exageración de la tensión intercraneana y congestión cerebro meníngea en el momento de las quintas, ya sea á una inflamación meníngea al curso de una bronco-neumonía ó á una meningitis aguda.

Las parálisis sobrevienen de preferencia en los niños que sufren de una coqueluche grave, febril, con quintas intensas y prolongadas.

Son generalmente raras en el curso de la coqueluche.

Pueden tener un origen cerebral, medular, periférico ó meníngea.

Se cree generalmente, que estas parálisis son producidas por hemorragias debidas á lesiones vasculares, ya sea de origen infeccioso, ya sea de origen mecánico, por las quintas violentas y repetidas de las coqueluches graves.

También se puede atribuir estas parálisis á las toxinas segregadas por el bacilo de la coqueluche, pues estas toxinas pueden obrar sobre los centros nerviosos ó sobre el sistema nervioso periférico y producir parálisis, como las toxinas segregadas por el bacilo de Lôffler en la difteria.

La duración de estas parálisis es generalmente muy corta y varía entre 8, 15 días á un mes.

Tubo digestivo

Pueden producir vómitos, diarrea, estomatitis ulcerosa, aftosa, osteitis alveolar del maxilar, gangrena bucal, etc.

La coqueluche puede ser asociada á la escarlatina, difteria, viruela, varicela, tifóidea, etc.

Ella es muy frecuentemente asociada al sarampión.

Las enfermedades infecciosas que vienen á complicar la coqueluche agravan singularmente su pronóstico.

Los coqueluchosos están muy predispuestos á ser atacados por el bacilo de Koch.

Los coqueluchosos curados de su coqueluche pueden quedarse á veces con otitis crónica, con sordera, parálisis, dilatación crónica de los bronquios, enfisema pulmonar, esclerosis en placas, epilepsia verdadera, etc.

CAPITULO SEXTO

Pronóstico

La coqueluche mediana no complicada, es de un pronóstico generalmente benigno.

La coqueluche intensa y complicada, es de un pronóstico grave.

El pronóstico general de la coqueluche depende de varios factores, como ser: la virulencia de la enfermedad, la edad, las infecciones secundarias, etc.

La virulencia de la enfermedad se traduce por el número de las quintas y su intensidad.

Debajo de 15 quintas por 24 horas, el pronóstico es benigno, encima de 60 la situación es crítica.

La edad es también un factor muy importante, pues en los recién nacidos la coqueluche es fatal; en el primer año, es muy grave; hasta 3 ó 4 años, es bastante seria; encima de 9 años, es benigna.

Las infecciones secundarias, como la bronconeumonía, la tuberculosis etc. agravan singularmente la enfermedad.

La coqueluche epidémica es más grave que la esporádica y el pronóstico varía con cada epidemia.

Diagnóstico

En el período catarral, el diagnóstico puede ser muy difícil con la laringotraqueitis y la bronquitis simple.

En este período la noción de contagio y de epidemicidad tiene más valor al punto de vista del diagnóstico, que los signos mórbidos mismos.

Al catarro inicial de la coqueluche se le puede confundir con el del sarampión, pues en ambos se observa la participación de las mucosas ocular y nasal y la repetición de la tos es también un carácter común, pero la erupción característica distinguirá bien pronto al catarro sarampionoso.

En el período quintoso, la constatación de las quintas y la expectoración de mucosidades viscosas al final del acceso no dejará ninguna duda.

La expectoración es especialmente muy importante para el diagnóstico, pues en un niño de menos de cinco años, la coqueluche es la única enfermedad donde la tos es acompañada de expectoración.

Además podemos tener en cuenta para el diagnóstico en este período á los estigmas de coqueluche, como la tumefacción de la cara, la ulceración del frenillo, las equimosis subconjuntivales, la epistaxis, etc.

Cuando se desea presenciar una quinta, el médico puede provocarla, introduciendo un poco pro-

fundamente el baja lengua en la boca, ó haciéndole beber un trago de agua fría ó introduciéndole el dedo índice en la laringe.

En el período de declinación es suficiente generalmente para emitir una opinión, valiéndose de los conmemorativos.

Hay ciertas afecciones como el aneurisma de la aorta, adenopatías traqueo brónquicas, tumores diversos, etc., que por su asiento en el mediastino, irritan á los nervios pneumogástricos, recurrentes y determinan una tos muy parecida á la quinta de la coqueluche y por eso se le llama tos coqueluchóidea.

Pero á la coqueluchóidea se le puede distinguir por la ausencia de la reprise y de la expectoración al final del acceso.

Además debemos tener en cuenta la disfonía, la matitez, los signos de compresión, la cronicidad, la respiración brónquica, el estado general etc.

Los coqueluchosos están muy predispuestos á contraer la tuberculosis; si en un coqueluchoso se constata que los ganglios axilares, inguinales, cervicales, etc., están infiltrados y grandes, hay una presunción considerable que su sistema linfálico periférico está ya invadido por el bacilo de Koch.

Si en un coqueluchoso vemos aparecer una fiebre marcada con dispnea, debemos pensar siempre en una complicación bronco-neumónica.

CAPITULO SEPTIMO

Profilaxia

La coqueluche es una enfermedad infecciosa, contagiosa y eminentemente transmisible, pues la simple presencia momentánea de un niño indemne cerca de un otro niño alcanzado de esta infección, es suficiente en la mayoría de los casos, para que el primero de estos niños contraiga la enfermedad, por lo tanto es necesario someter al enfermo á un aislamiento absoluto y tan precoz como sea posible, pues la coqueluche es contagiosa desde el período catarral y se le debe tener aislado mientras duren las quintas y la expectoración, pues durante todo este tiempo, la coqueluche es contagiosa.

En vista de la virulencia de la expectoración es prudente esterilizar los esputos y materias vomitadas con una solución de sublimado al 1 por 1000 ó con ácido fénico al 50 por 1000.

Es necesario separar de los coqueluchosos normales á los complicados de infecciones de las vías

respiratorias, á fin de evitar la propagación de estas últimas.

Curado el enfermo, se le debe desinfectar sus vestidos, ropa, pieza y los objetos de la pieza.

Todas las personas que se aproximan al enfermo, deben tomar las precauciones de uso en caso de enfermedades infecciosas: cambio de vestidos, lavaje de cara y manos con soluciones antisépticas, etc.

TRATAMIENTO

Higiene

El niño debe habitar una pieza vasta, suficientemente caliente (18º), bien aereada y se le debe poner al abrigo de las corrientes de aire.

Cada día se practicará sobre su cuerpo lociones de agua tibia ligeramente alcoholizada y se le debe limpiar la boca y nariz con agua boricada.

Se evitará todo lo que puede favorecer la explosión de las quintas: emociones, juegos violentos, cambios bruscos de temperatura, etc.

La alimentación debe ser de pequeña cantidad y de fácil digestión, como leche, caldo, huevos, jugo de carne, etc., con el objeto de aumentar la tolerancia del estómago.

Si hay vómitos, se nutrirá el niño inmediatamente después de la quinta; si hay intolerancia abso-

luta, hay que recurrir á lavativas de peptonas ó de leche 150 gramos, 1 amarillo de huevo y un poco de sal.

En caso de vómitos incoercibles, el lavaje de estómago debe ser ensayado.

Cuando la quinta comienza, si el niño está acostado, es necesario sentarle y sostenerle la cabeza; si no puede expulsar las mucosidades que le vienen á la boca, se le ayudará su expulsión con el dedo ó con un hisopo de algodón.

Es también necesario que los niños no sean molestados por vestidos ajustados que ejercen una constricción al nivel del cuello ó del torax.

Todo esto tiene por objeto, protegerle contra las consecuencias de los esfuerzos muy violentos.

En las quintas intensas con asfixia y cianosis, será bueno flagelar la cara, aplicar sinapismos sobre las piernas, hacerle inhalar algunas gotas de eter ó cloroformo; en casos de síncope, se podrá ser obligado á recurrir á la respiración artificial y á las tracciones rítmicas de la lengua.

Terapéutica

En el período catarral se debe tratar al enfermo como si padeciese de una simple bronquitis: bebidas calientes, leche azucarada, balsámicos ó expectorantes, tales como el tolú, benjuí, benzoato de sodio ó polígola.

Se podrá agregar á estas prescripciones, una pequeña poción calmante, como por ejemplo:

Jarabe de codeína: 5 á 10 gramos.
Julepe gomoso: 60 gramos.
A tomar en el día.

En los casos donde la hipertermia es bastante pronunciada, se podrá prescribir en la poción precedente, antiperina á dosis variables, según la edad del niño.

También esta otra fórmula es muy buena para calmar la tos en el período catarral.

Julepe gomoso: 100 gramos.
Agua de laurel cerezo: 5 gramos
Jarabe de codeína: 5 gramos.
Tintura de belladona: XX gotas.
A tomar de 2 á 5 cucharadas de sopera por día.

En el período quintoso, el médico se encuentra desarmado.

La mayor parte de los agentes antisépticos, nervinos, anestésicos, anticatarrales han sido empleados, ya sea en bebidas, ya sea en insuflaciones, inhalaciones, pulverizaciones ó tocamientos, según la naturaleza del agente.

Se ha aconsejado las inyecciones de suero anti-

diftérico, la vacunación, la revacunación, el uso de un vendaje apretado, torácico abdominal, etc.

Se ha propuesto varios sueros para la curación de la coqueluche, pero hasta ahora todos ellos han resultado absolutamente ineficaces.

En una palabra, más de cien remedios diferentes han sido empleados y casi todos preconizados como específicos por sus inventores, han sido reconocidos muy pronto como absolutamente ineficaces.

En resumen, hasta ahora, no tenemos todavía un tratamiento específico de la coqueluche, ninguno de los tratamientos es capaz de reducir la duración de la enfermedad. Solamente, hay algunos medicamentos, que disminuyen la intensidad y el número de los accesos y son la belladona, la antiperina, el bromoformo y clorhidrato de fenocol.

Pero el mejor de todos ellos es la belladona.

Hay varias maneras de administrar la belladona.

El doctor Pérez Avendaño del Hospital Muñiz, emplea esta fórmula:

Extracto de belladona: 0.30 gramos.
Agua de laurel cerezo: 30 gramos.
A tomar por gotas.

La fórmula de Cadet y Gassicourt, es también muy buena y que consiste en:

Jarabe de belladona: 50 gramos.
Jarabe de Tolú: 150 gramos.

Se le da á dosis variables, según la edad, se comienza por una á dos y media cucharadas de café y se aumenta progresivamente cada día de media cucharada, hasta obtener el adormecimiento del enfermo.

La tintura de belladona, se da á la dosis de 5 gotas á niños de un año; de 5 á 6 gotas, tres veces al día, en niños de dos años; es necesario aumentar en seguida de una gota á cada toma, de manera de hacer tomar 20 y aun 30 gotas en las 24 horas.

Se puede prescribir por ejemplo, la fórmula de H. Gilet, que consiste:

Tintura de belladona: 1 gramo.
Tintura de escila: 3 gramos.
Tintura de quinquina: 8 gramos.

Se da una gota todas las tres horas, antes de de seis meses, 2 gotas á un año; 4 gotas á dos años; 6 gotas á tres años.

Se puede aumentar esta dosis, sea una vez al día, sea á cada toma, según la intensidad de las quintas.

El tratamiento de la belladona, necesita una vigilancia continua del enfermo. Cuando aparecen los primeros fenómenos de intoxicación que consisten en dilatación pupilar, sequedad de la garganta, rubicundez de la cara, eritema escarlatiniforme, etc., se debe suspender inmediatamente la medicación.

Antiperina

Marfan emplea la fórmula siguiente:

Antiperina: 3 gramos.
Jarabe de belladona: 20 gramos.
Agua destilada: 100 gramos.
Una cucharada de café, representa 0.10 gramos.
Una cucharada de sopa, representa 0.40 gramos.

A aun niño de menos de 2 años, se da de 0.20 gramos á 1 gramo, por día; después de dos años, la dosis inicial es de un gramo. La dosis máxima es de tres gramos.

Una buena fórmula es también la siguiente:

Antiperina: 10 gramos, según la edad.
Jarabe de frambuesa: 20 gramos.
Agua de Vichy: 80 gramos.
A tomar en el día.

Bromoformo

La fórmula que se emplea, generalmente, es la de Marfán, que consiste en:

Aceite de almendra dulces: 15 gramos.
Bromoformo: 48 gotas.
Goma arábiga: 15 gramos.
Agua de laurel cerezo: 4 gramos.
Agua destilada c. s. para 120 c. c.

Se mezcla primero el bromoformo y el aceite, se agita fuertemente y se agrega el resto.

Cada cucharada de café de esta poción, contiene dos gotas de bromoformo.

A un niño de menos de 5 años, se comienza por dar tantas veces cuatro gotas, cuantos años cuenta; de 5 á 10 años, se comienza por 20 gotas por día.

Se aumenta en seguida de 2 gotas por día, hasta 18 gotas, para un niño de un año; á 58 gotas, de 2 á 4 años; á 72 gotas, de 4 á 5 años; á 80 gotas, de 5 á 8 años.

Es necesario agitar bien la botella antes de dar el medicamento, pues el bromoformo se deposita á menudo.

Si no hay accidentes, se podrá continuar hasta la desaparición de las quintas, luego se disminuye progresivamente la dosis.

A la menor amenaza de intoxicación, como somnolencia, diarrea, etc., se debe suspender inmediatamente la medicación.

El clorhidrato de fenocol, se prescribe á dósis diarias de 0,50 gramos á 1 gramo á niños menores

de un año y hasta 3 gramos á mayores de 1 año.

Según la edad del niño, puede darse en sellos ó en paquetes para ser disueltos en una cucharada de agua azucarada en el momento de darlo.

Se fracciona la dósis diaria en cuatro á cinco veces.

Si la orina se hace negra, se suspende la medicación.

En los niños nerviosos predispuestos á las convulsiones, se puede prescribir á los bromuros:

Bromuro de potasio 10 gramos.
Jarabe c. n. a. 200 gramos.
de 1 á 5 cucharadas de café en las 24 horas.

El método de Moncorvo que consiste en pincelar la faringe y la entrada de la laringe con una solución de resorcina al 2, 3 ó 10 por 100, parece que atenúa la enfermedad y acorta su duración, pero este tratamiento es poco practicado, debido á la resistencia que los niños oponen á la operación y por la inconveniencia de tener que repetir cada 2 ó 3 horas.

Tratamiento del período de declinación

En este período, el niño tiene en el día algunos accesos de tos muy cortos, no acompañados de reprises y sin vómitos, nos queda pues poca cosa á hacer: de una parte continuar á luchar contra

el elemento espasmódico y para esto estará indicado de dar al niño cotidianamente una poción con un poco de bromuro de potasio; de otra parte, fortificar este niño sobre todo si parece predispuesto á la tuberculosis y alimentarle lo mejor posible.

Como fortificante podemos darle aceite de hígado de bacalao, que es el remedio de elección, á la dósis cotidiana de una á cuatro cucharadas de las de café á menores de cinco años, y de una á tres cucharadas soperas á mayores de cinco años de edad.

También podemos darle el jarabe iodotánico á la dosis de 1 gramo por año de edad; las pociones á la tintura de iodo, etc.

En cuanto á la alimentación, se encuentra muy bien, sobre todo en los debilitados, el tratamiento por la carne cruda y por el jugo de carne.

En este período el médico debe recomendar á los padres, cada vez que sea posible, de hacerle cambiar el aire al niño, ya sea enviándole á otra ciudad, ya sea á la campaña lo que es preferible ó á la orilla del mar durante el verano.

En ciertos casos, cuando habrá adenopatía tráquea brónquica ó bronquitis crónica, tratarle con tónicos de hierro, arsénico, etc.

Tratamiento de las complicaciones

En el caso de vómitos alimenticios tenaces es bueno darle una media gota de laudanum de Sy-

denham ante las comidas en un poco de agua ó de leche.

Se buscará á prevenir las infecciones secundarias de los bronquios y de los pulmones, por la antisepsia sistemática de las primeras vías: boca, nariz y garganta.

Si la fiebre asciende, y la bronconeumonía se declara, se aplicará ventosas secas, cataplasmas sinapismadas sobre el tórax, ó mejor compresas de agua fría renovadas todas las horas, ó dos veces por hora, se dará café, alcohol, etc.

Si el niño está cianótico habrá necesidad de hacerle inyecciones subcutaneas de eter, cafeína, hasta 10 centígramos por día, aceite alcanforado 2 á 3 inyecciones de 1 c. c. por día, etc.

Contra el espasmo de la glotis, ó el síncope, se empleará las tracciones rítmicas de la lengua, la respiración artificial, la flagelación, el martilla Mayor, el tubaje de la laringe.

Las complicaciones del sistema nervioso, como la agitación, el insomnio, las convulsiones, etc., se combatirá con bromuro de potasio.

BERNARDO BRUCK.

CAPÍTULO VIII

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Presento aquí una serie de observaciones clínicas efectuadas en la sala 12ª del Hospital Muñiz á cargo del doctor Pérez Avendaño.

Todos los enfermitos han sido tratados por la belladona bajo la fórmula de extracto de belladona 0,30 gr. y agua de laurel cerezo 30 gr.; tratamiento que si bien no acorta la duración de la enfermedad, disminuye considerablemente su intensidad.

OBSERVACIÓN I

Luciana B., de dos años y medio, argentina, ingresa al Hospital el 28 de setiembre de 1908.

Setiembre	29,	durante las 24 h.	ha tenido	16	accesos
”	30,	”	”	14	”
Octubre	1,	”	”	12	”
”	2,	”	”	13	”
”	3,	”	”	13	”
”	4,	”	”	10	”
”	5,	”	”	11	”
”	6,	”	”	10	”
”	7,	”	”	10	”
”	8,	”	”	9	”
”	9,	”	”	11	”
”	10,	”	”	8	”
”	11,	”	”	8	”
”	12,	”	”	8	”
”	13,	”	”	6	”
”	14,	”	”	6	”
”	15,	”	”	6	”
”	16,	”	”	6	”

Octubre	17,	durante	las 24 h.	ha tenido	5 accesos
”	18,	”	”	6	”
”	19,	”	”	5	”
”	20,	”	”	5	”
”	21,	”	”	4	”
”	22,	”	”	4	”
”	23,	”	”	4	”
”	24,	”	”	4	”
”	25,	”	”	3	”
”	26,	”	”	2	”
”	27,	”	”	3	”

OBSERVACIÓN II

Constancio O., dos años, argentino, ingresa al Hospital el 12 de octubre de 1908.

Octubre	13,	durante las 24 h.	ha tenido	19	accesos
"	14,	"	"	22	"
"	15,	"	"	18	"
"	16,	"	"	18	"
"	17,	"	"	16	"
"	18,	"	"	17	"
"	19,	"	"	15	"
"	20,	"	"	15	"
"	21,	"	"	16	"
"	22,	"	"	14	"
"	23,	"	"	15	"
"	24,	"	"	13	"
"	25,	"	"	13	"
"	26,	"	"	11	"
"	27,	"	"	9	"
"	28,	"	"	9	"
"	29,	"	"	7	"
"	30,	"	"	10	"

Octubre	31,	durante las 24 h. ha tenido		6	accesos
Noviembre	1,	”	”	4	”
”	2,	”	”	5	”
”	3,	”	”	3	”
”	4,	”	”	3	”

OBSERVACIÓN III

Victorio M., ocho años, argentino, ingresa al Hospital el 30 de octubre de 1908.

Octubre	31,	durante las 24 h.	ha tenido	18	accesos
Noviembre	1,	"	"	18	"
"	2,	"	"	20	"
"	3,	"	"	19	"
"	4,	"	"	17	"
"	5,	"	"	18	"
"	6,	"	"	15	"
"	7,	"	"	15	"
"	8,	"	"	13	"
"	9,	"	"	13	"
"	10,	"	"	14	"
"	11,	"	"	13	"
"	12,	"	"	12	"
"	13,	"	"	10	"
"	14,	"	"	10	"
"	15,	"	"	9	"
"	16,	"	"	8	"
"	17,	"	"	6	"

Noviembre 18, durante las 24 h. ha tenido 6 accesos
" 19, " " 6 "
" 20, " " 5 "
" 21, " " 5 "
" 22, " " 4 "
" 23, " " 3 '

OBSERVACIÓN IV

Mario N., seis años, argentino, ingresa al Hospital el 11 de noviembre de 1908.

Noviembre	12,	durante las 24 h.	ha tenido	17	accesos
”	13,	”	”	19	”
”	14,	”	”	15	”
”	15,	”	”	15	”
”	16,	”	”	14	”
”	17,	”	”	16	”
”	18,	”	”	15	”
”	19,	”	”	12	”
”	20,	”	”	13	”
”	21,	”	”	11	”
”	22,	”	”	12	”
”	23,	”	”	9	”
”	24,	”	”	9	”
”	25,	”	”	7	”
”	26,	”	”	6	”
”	27,	”	”	6	”
”	28,	”	”	6	”
”	29,	”	”	4	”

Noviembre	30,	durante las 24 h. ha tenido	4	accesos
Diciembre	1,	"	4	"
"	2,	"	6	"
"	3,	"	3	"
"	4,	"	3	"
"	5,	"	3	"

OBSERVACIÓN V

José A. P., tres años, argentino, ingresa al Hospital el 14 de noviembre de 1908.

Noviembre	15	durante las 24 h.	ha tenido	14	accesos
”	16,	”	”	14	”
”	17,	”	”	16	”
”	18,	”	”	13	”
”	19,	”	”	14	”
”	20,	”	”	13	”
”	21,	”	”	12	”
”	22,	”	”	10	”
”	23,	”	”	11	”
”	24,	”	”	10	”
‘	25,	”	”	9	”
”	26,	”	”	8	”
”	27,	”	”	7	”
”	28,	”	”	6	”
”	29,	”	”	6	”
”	30,	”	”	5	”
Diciembre	1,	”	”	5	”
”	2,	”	”	5	”

Diciembre	3,	durante las 24 h.	ha tenido	4	accesos
”	4,	”	”	4	”
”	5,	”	”	”	3
”	6,	”	”	3	”
”	7,	”	”	3	”
	8,	”	”	3	”

OBSERVACIÓN VI

Adela P., cuatro años, argentina, ingresa al Hospital el 4 de diciembre de 1908.

Diciembre	5,	durante las 24 h.	ha tenido	22	accesos
”	6,	”	”	21	”
”	7,	”	”	21	”
”	8,	”	”	17	”
”	9,	”	”	16	”
”	10,	”	”	15	”
”	11,	”	”	15	”
”	12,	”	”	13	”
”	13,	”	”	14	”
”	14,	”	”	12	”
”	15,	”	”	12	”
”	16,	”	”	12	”
”	17,	”	”	10	”
”	18,	”	”	9	”
”	19,	”	”	8	”
”	20,	”	”	8	”
”	21,	”	”	6	”

Diciembre	22,	durante las 24 h. ha tenido	5	accesos
"	23,	"	5	"
"	24,	"	4	"
"	25,	"	4	"
"	26,	"	3	'

BIBLIOGRAFIA

Brouardil, Gilbert y Thoinot.—Nuevo tratado de Medicina y de Terapéutica.

Charcot, Bouchard y Brissaud.—Tratado de Medicina.

Grancher y Comby.—Tratado de las enfermedades de la infancia.

Rothschild.—Tratado de higiene y de patología del mamón y de los niños de la primera infancia.

Balthazard, Cestan, Claude, etc.—Precis de Patología interna.

Nobecourt.—Precis de medicina infantil.

Roques Maurice.—Los tratamientos de la coqueluche (Tesis) Paris.

Villa José.—La coqueluche y su tratamiento (Tesis) Buenos Aires.

Gregorio Araoz Alfaro y M. Santas.—Estudio sobre la coqueluche y especialmente sobre su tratamiento.

Gaston Lion.—Tratado elemental de clínica terapéutica.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Tratamiento de las complicaciones de la coqueluche.

J. R. Semprún.

II

Peculiaridades de la coqueluche en el recién nacido.

Centeno.

III

Accidentes comunes en el momento de las quintas.

M. Acuña.

Buenos aires, Abril 17 de 1909.

Nómbrase al señor Consejero doctor José R. Semprún, al Profesor titular doctor Angel M. Centeno y al Profesor suplente doctor Mamerto Acuña, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón.
Decano

R. S. Gómez.
Secretario

Buenos Aires, abril 20 de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 1980 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza en vigencia.

E. Cantón.
Decano

J. Larguía,
Secretario