



Tratamiento
de la
Coughache
por la
Antipirina

Lima 11 de Mayo 1893.

Señor Decano

Señores Catedráticos

En cumplimiento de las disposiciones reglamentarias vigentes, vengo ante tan respetables jueces à dar lectura al modestísimo trabajo que he podido preparar. Al tratar de iniciarme en la noble e ilustre carrera de la Medicina no es posible que yo, que carezco de la experiencia y bastos convencimientos que distinguen à tan respetable auditorio pueda presentar un trabajo digno de él; pero no dudo que mis indulgencias y dignos maestros, haciendo uso de la benevolencia que les distingue disimularan los defectos que inindudablemente ha de tener este trabajo de uno de sus más modestos discípulos.

Con muestra venia entraré en materia:

Historia.

La palabra coqueluche viene de Cuculio, capuchón con que se cubrían las personas atacadas de este padecimiento, ó quizá también del uso del jarabe de amapola (coquelicot) contra esta enfermedad.

Esta enfermedad la vemos aparecer por la primera vez en el año 1510 descrita por Mezeray.

En la relación de la epidemia catarral de 1578 por Baillou, a la cual dí el nombre de quinta ó quintosa, parece que era caracterizada por accesos ó paroxismos que se repetían cada cinco horas, la tos era violenta dice Baillou y que los enfermos arrojaban sangre y vomitaban en seguida.

Este nombre de quinta ha sido dado después a epidemias catarrales que han reinado en 1580 a 1590 y hasta 1695.

En fin sobre todo en el siglo XVIII cuando vemos reaparecer la coqueluche y que después de ha

ber invadido toda la Europa invadió el Perú en el año 1732 a 1733 habiendo sucedido a una constitución cataral y reumática.

Patogenia

La naturaleza de la enfermedad ha sido diversamente apreciada. Para los unos es una neurosis, para los otros es un catarro. En realidad es uno y otro por que el elemento nervioso y el cataral se encuentran siempre. Para Troussier y Sei, la coqueluche es una enfermedad de una especie aparte es un catarro pulmonar específico. En efecto el elemento cataral existe invariablemente, es un carácter que sirve para distinguir el género de la enfermedad. El elemento nervioso que se agrega, los fenómenos nerviosos que le acompañan y que pertenecen exclusivamente a la coqueluche le imprimen un sello de especificidad.

Aunque ampliamente conocida en casi toda la Europa desde el siglo XV. el origen parasitario de la coqueluche solo fue deslumbrado en 1867 por Paulet en Francia y por Cezari en Italia. Pero estos primeros estudios

se olvidaron muy pronto, hasta que seis años después, varios investigadores se coronaaron al reconocimiento del microbio generador de esta enfermedad.

Fue así como Lietzsch, en 1873, y después Henke, Techamer, de Gratz en 1874 y Burger de Bonn en 1883, pretendieron, cada uno, haber descubierto un germen, a que atribuían el origen del mal; trabajo todos contradictorios entre si, y más que insuficientes para admitir una conclusión definitiva.

En 1873 el Dr. C. Moncorvo publicó el resultado de sus primeras investigaciones relativas a la naturaleza, asiento y tratamiento de la coqueluche; siendo las siguientes las principales conclusiones de su trabajo.

"Que la enfermedad puede ser atribuida a la presencia de los micrococcus, que proliferan en gran número en la mucosa, que tapiza la región supraglótica de la laringe, infiltrándose entre las células epiteliales, que parece ser el sitio preferido para su reproducción"

"que mediante la resorcina aplicada directamente sobre la mucosa laringea, consiguió en todos los casos disminuir muy rápidamente

mente el número de los quistes, cuya intensidad disminuía. También, obteniéndose muy pronto la curación definitiva sin la intervención de otro agente terapéutico".

"Estos micro-organismos que le parecieron entonces simples micrococcus, a causa del pequeño aumento y de la insuficiencia de la técnica entonces empleada, desaparecían en las mucosidades arrojadas por los enfermos, a medida que la coqueluche se yugulaba bajo la influencia del tratamiento tópico por la resorcina.

Mas tarde en 1886, disponiendo de mejores elementos, reconoció que eran verdaderos bacilos que cultivó e inoculó en animales en los que reprodujo la enfermedad.

En el mismo año un bacteriólogo ruso, el Dr. Afanasiev, examinando las producciones catarrales de sus hijos, atacados por la coqueluche, encontró también un bacilo, que cultivado e inoculado determinó en los animales idéntica enfermedad.

Los estudios de Moncorvo y Afanasiev, completamente acordes en cuanto el germen designado, necesitaban la confirmación de otros observadores que practicaran en igualdad de condiciones.

Continuando Asturio Moncorvo los tra-

bajos por encargo de su padre el Dr. C. Morevoo el resultado de sus investigaciones es el siguiente: prescindiendo de la Patogenia ya conocida. Dice: "En las producciones catarrales de los individuos que sufren esta enfermedad, existen además de muchos gérmenes comunes de la saliva humana, tales como el espíritu salival, el leptothrix buccalis, la sarcina ventriculi tr^{α} , un bacilo de dos milésimos de milímetro de diámetro (un poco mayor que la bacteria difterica) acompañada de esporas más pequeñas que las del leptothrix buccalis. Hay también globulos de pus ó de sangre, y como elemento constante, células epiteliales casi siempre infiltradas por el bacilo patógeno."

"A la simple vista, se descubre en el espuma, algo diseminadas, colonias de color amarillo aurífero; en las mismas que se observan, por el examen miscoscópico, un gran número de esporas muy amarillas y refringentes, de forma variable, ovoide ó redonda, provistas de una membrana de cubierta, no muy delgada.

"He tenido oportunidad de observar al bacilo en el momento de su salida de la

espora bajo la forma de una granulación, que poco a poco se diferencia para formar el bacilo adulto; cuya dimensión varia conforme al medio ~~en~~ que se le cultiva.

Las conclusiones del trabajo del Dr. Arturo Morello acerca del Microbio de la coqueluche son las siguientes:

- 1.^o "Que la coqueluche es causada por un bacilo, señalado y cultivado por mi señor padre hace 10 años;"
- 2.^o "Que la residencia principal de este microorganismo es la cavidad buco-laringea, cuyas células epiteliales parece ser su sitio de predilección;
- 3.^o "Que en las producciones catarrales extraídas de la laringe, en los cauces de coqueluche avanzada, se encuentran gran número de corpúsculos amarillos, en los que mediante el examen microscópico se descubren muchísimas esporas que comunican ese color amarillo de oro,"
- 4.^o "Que siguiendo su evolución, sea en la misma producción catarral, sea en los diversos modos de cultivo, se ve que estas esporas llenas de granulaciones se rompen, extrayéndose las granulaciones que alargándose progresivamente llegan a constituir el bacilo;
- 5.^o "Que este puede también resultar de la

germinación de la espora, ó de la segmentación de un bacilo preexistente.

6º "Que en las diversas inoculaciones practicadas en animales se ha reproducido siempre la coqueluche con todos sus caracteres, notándose mayor virulencia en los animales jóvenes, que por lo general mueren;"

7º "No se puede definitivamente afirmar la indudable eficacia de la resorcina en el tratamiento de la coqueluche; eficacia ampliamente probada por las numerosas investigaciones bacteriológicas rigurosamente practicadas"

Etiología

La coqueluche se desarrolla bajo la forma de epidemias, frecuentemente ligadas a la de sarampión; es muy contagiosa, y se transmite a veces a las personas que cuidan a los pequeños enfermos. Las influencias atmosféricas, las posiciones sociales, el temperamento, tienen poca influencia en su producción; pero es de notar que el cambio de residencia la curan muchas veces.

Bajo el punto de vista de la edad, la

coqueluche es sobre todo una enfermedad de la infancia. Pocos niños escapan y en general es en la primera infancia cuando sobreviene con más frecuencia.

La edad adulta no excluye absolutamente la aptitud a contraer la coqueluche, se han visto ejemplos en personas de toda edad, lo mismo los viejos; pero estos últimos casos son muy raros.

Sintomatología.

Entre el momento del contagio y la impresión de los primeros síntomas morbovos transcurre el período llamado de incubación, que en la fórmula convulsiva dura proximamente una semana. Los pacientes se encuentran bien apesar de llevar en si el germen de la enfermedad; pero ésta va adquiriendo incremento, y al fin estallan los trastornos morbovos. Hay diferencia de duración del período incubatorio, y depende entre otras causas, de la energía de resistencia en general, así como de la cantidad y vitalidad de la materia infectante.

Todos los autores distinguen en el curso de la coqueluche tres períodos. Aunque un poco arbitrario, como todas las distinciones de este género, admitiremos voluntariamente estos períodos, teniendo al menos la ventaja de faci-

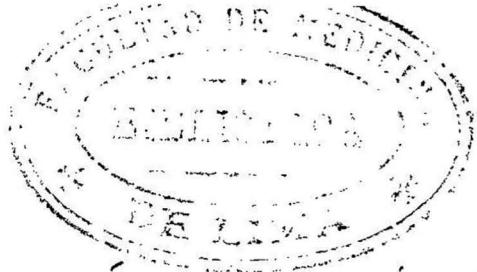
litar la descripción, ellos corresponden á los mismos los dos primeros bastante bien á los elementos constitutivos principales de la enfermedad, el catarro y el espasmo.

En el mayor número de casos, la coqueluche comienza por algunos vagos calofrios, seguidos ordinariamente de un cierto grado de malestar, que se traduce sobre todo en los niños por abatimiento. Un ligero movimiento febril se manifiesta con carácter remitente, al mismo tiempo sobreviene un eructo cincineto, una tos seca, un poco ruidosa, que se repite por accesos mas ó menos aproximados. En algunas circunstancias el movimiento febril es un poco más marcado y la Tós se acompaña de estornudos, con un poco de intropulsión de los párpados, y de lagrimeo. A estos diferentes fenómenos se agrega la falta de apetito y de sueño. En el primer caso no se vé más que el principio de un catarro simple, de una estagio-bronquitis catarral común. Cuando se acompaña de fenómenos de irritación oculo-nasal, se puede creer la presencia de una fiebre eruptiva inexistente.

En algunas circunstancias sumamente raras, (pues Rousseau solo ha encontrado doce

dos casos) el elemento nervioso puede presentarse solo. En los primeros días de su enfermedad los niños son presa de accidentes espasmódicos del lado de la garganta, de una especie de hipo, que consiste en que durante la inspiración se produce un súbito laringotraqueal, análogo al que más tarde se producirá a cada quinta de la coqueluche, y que tendrá alguna cosa verdaderamente patognomónica. Una singular particularidad hace notar Mr. Trouseau en uno de los niños a que hace referencia, es que las quintas tenían lugar al momento de la inspiración. Así el niño tenía tres ó cuatro pequeñas sacudidas de los estínciles acompañada de este súbito y la inspiración no era en nada modificada; después, algunos días más tarde, este súbito era precedido de sacudidas de los que tenían lugar al momento de la inspiración, y bien pronto la coqueluche tomaba su marcha y manera de ser acostumbrada.

La tos toma poco a poco ó repentinamente el carácter espasmódico que vamos a describir, verdadera característica de la enfermedad. Las quintas de tos se hacen más violentas y más largas; al mismo tiempo que parecen ser un poco alejadas



ellas se acompañan de una viva ansiedad precordial, y cuando se trata de niños que pueden dar cuenta de sus impresiones, acusan ante, de cada acceso una sensación de cosquillas en la laringe, prolongándose muchas veces a la traqueo-arteria. Se une bien pronto a esta sensación, una aclaración visible de los movimientos respiratorios, que se hacen al mismo tiempo irregulares, más cortos, como si un dolor vivo los detuviera, obligando al enfermo a detener voluntariamente su respiración. Despúis que ha tenido lugar el acceso, los enfermos víctimas de una ansiedad extrema y como presentando las dificultades que han tenido que recorrer para respirar, se aproximan a las personas que están cerca de ellos, apoyándose en los objetos que encuentran a su paso. En este momento la cara se vuelve turgente, violacea los ojos injectados pareciendo salir de sus óbitas, las venas del cuello se inflaman y el cuello mismo parece tumefacto, las arterias laten con fuerza. En fin muchas veces un sudor frío se esparce sobre la cara y parte superior del cuerpo.

Esta ^{se} gira llena de emoción para el enfermo y los asistentes, se termina bien pron

to por algunas pequeñas espiraciones, sacudiéndose más tarde por una gran inspiración profunda, prolongada, acompañado de un sibilo característico. Si durante el acceso se aplica el oido sobre el pecho, no se percibe el ruido vesicular de la respiración, y el aire penetra apenas en el pulmón. El fin del acceso se determina por la expulsión de una materia viscosa, mezclada por lo común con materias alimenticias por que es arrojada á la vez por tos y vomitos. Esta escena dura algunos minutos.

El acceso Una vez que ha terminado el acceso el niño pasa de su estado de crisis paroxística, de plena agitación, dun estado de calma completo y entra de algún modo á su estado normal.

La calma no dura mucho tiempo, algunas veces bajo la influencia de la menor causa excitadora, por el hecho de la simple plenitud del estomago por ejemplo, ó de una impresión de frío, de una contrariedad, ó de un dolor pasajero, mas frecuentemente sin que ninguna causa exterior apreciable, y bajo la sola impresión de su mismo estado mórbido, un nuevo acceso puede venir que se comportará y terminará del mismo modo que el precedente

Su número es muy variable, suele contarse por término medio 20 en las 24 horas pero puede llegar hasta 60 y 80. A partir de 40, los pronósticos se hacen muy serios.

III Cuando la enfermedad llega a su tercer período, las quintas se hacen más y más raras, de menor, ~~esporádicas, intensidad, de menor, de~~ menor duración. El silbido característico de la inspiración final se debilita poco a poco y cesa completamente. Muchas veces, cuando, por una causa cualquiera, la impresión del frío, una emoción moral, ~~el~~ el frío que había permanecido varios días sin fijar, las quintas vuelven a empeorar, semejantes a la del segundo período. En este período de declinación, la expectoración cambia completamente de carácter, en lugar de un moco claro, viscoso que forma hebra, son los espumas espesas, verdosas puriformes de la bronquitis catarral que ha llegado al período de cocción.

La coqueluche no es una enfermedad de ciclo definido, su duración muy variable, puede fijarse por término medio en 50 ó 60 días. Este período sufre sin embargo numerosas excepciones; así se le ha visto curar en 8 días, y por el contrario lo que es desgraciadamente más

comien, prolongarse durante muchos meses. Por la duración de los prodromos podía prescindirse la de la coqueluche; cuanto más corto son aquéllos, menos durará ésta (Trousseau).

Las complicaciones que sobrevienen en el curso de la coqueluche son de varias clases. Las más son inherentes a la naturaleza misma de los dos elementos principales de la enfermedad, que para Trousseau y G. Séé es un catarro específico, caracterizado por fenómenos nerviosos particulares, en ciertas circunstancias, el elemento catarral toma una agudeza, una intensidad exagerada, y sobre viene un estado inflamatorio que modifica la marcha regular de la enfermedad, e introduce complicaciones que pueden hacerse fatales.

Entre las complicaciones de primer orden, los accidentes torácicos, las congestiones pulmonares, la bronquitis capilar y la bronco-neumonia, son las más frecuentes.

Pilliet y Barthet dicen: "que estando un niño en el periodo ascendente o en el periodo de estadio de la coqueluche, se ve de un golpe disminuir bruscamente, no el número de accesos, pero si cambiar las quintas de carácter, el soplido desaparece, la fórmula cambiada hace temer la invasión de una complicación".

En efecto es así como se revelan la mayor parte de las complicaciones, y en particular la de las flegmacias, de la bronquitis capilar ó de la neumonia.

Sobre 40 casos de coqueluche diversamente complicados, Blache ha encontrado 12 veces la neumonia y 10 veces la bronquitis. La neumonia se anuncia por la invasión de la fiebre, si el enfermo no la tenía, ó por el aumento de esta si ya existía, opresión más y más considerable, y con frecuencia por uno ~~punto~~^{de las} costillas cuando los enfermos lo pueden manifestar. El oido aplicado sobre el pecho hace percibir estertores mucosos, livos al principio, mas tarde estertores subcrepitante, y bien pronto, el sopló bronquico, la fisionomía del enfermo cambia de aspecto. Las quintas disminuyen á la vez de frecuencia y de intensidad, ellas parecen como alejándose y debilitándose, al mismo tiempo atestigian ~~el apaciguamiento~~^{la calma} del elemento nervioso de la enfermedad, á medida que el elemento inflamatorio se desarrolla y se hace mas y mas predominante. Es en efecto lo que tiene lugar. La especie de equilibrio en el cual se hallan como asociados y fusionados, se rompe; de donde uno de ellos

15

viene a predominar.

En algunos casos, en lugar de una bronquitis ó de una neumonía, es una congestión pulmonar que se produce; otras veces, aunque más raramente, una pleuresia con derrame, cuya gravedad, en esta circunstancia, no lecede a la de la neumonía.

En los casos en que las flegmacias torácicas no han producido la muerte, sea por si mismas, sea por el hecho de afecciones consecutivas, que ellas han podido ser el punto de partida, como la tisis tuberculosa, por ejemplo, se veí, a medida que la mejoría continua, la flegmacia entra en vía de resolución, es el elemento nervioso que había sido como comprimido por el estado febril se revela y manifiesta de nuevo, y persiste ahora hasta el periodo de declinación de la enfermedad.

Otras complicaciones menos frecuentes que las precedentes, pero que tienen un resultado análogo, agravación del estado en general y redacción momentánea del elemento espasmódico, son las que resultan por el hecho de una fiebre eruptiva.

Las alteraciones de la nutrición, privando a la sangre de sus materiales reparadores, entran de algún modo en la producción de hemorragias, a las cuales están sujetos los

individuos atacados de ergueluche.

De estas hemorragias, la mas comun es la epistaxis. Es muy frecuente en efecto ver niños en medio de un acceso de gripe sa-
lirle sangre de la nariz.

Asi se puede ver desprendido de sangre los
cuales ~~que~~ ^{que} tienden en algunos casos es verdad,
por causa, la membrana mucosa de la boca,
las encías, la faringe, y la cavidad poste-
rior de las fosas nasales, pero en otros casos,
la superficie de los bronquios. Estas hemorragias
bastantes frecuentes, aunque se halla preten-
dido lo contrario, para algunos autores, consti-
tuyen un síntoma desfavorable augurio.

La hemorragia por los oídos es un acci-
dente mas raro; Triquet la ha observado sobre-
todo niños.

En un cierto número de casos se han obser-
vado alteraciones notables del estado psiquico,
que pudiera llamarse psicopatias. Menos fre-
cuentes si producen a consecuencia de estas
hemorragias de la cavidad cranea-
na, y recientemente ha señalado Barrier un
caso de muerte repentina por hemorragia
subdural (aracnoidea).

En fin la ergueluche a consecuencia de

18

las sacudidas tan energicas de la Tos ha provoado la formacion de hernias, la presion del recto H.C.

Anatomia Patologica.

No conocemos alteracion alguna anatomica que puede considerarse como especifica de la Tos ferina, y lo que se ha dicho respecto de este punto, partiendo casi siempre de ideas preconcebidas, carece de credito, o se refiere a lesiones puramente accidentales (hiperhemia de la medula oblongada) del vago ó del simpatico hiperplasia de los ganglios traqueo-bronquicos.

La membrana mucosa de las vías aereas, se encuentra las mas de las veces en estado de tumefaccion y de inyeccion y que generalmente contiene abundante cantidad de productos segregados. Tengase en cuenta, no obstante que estos ~~estomas~~ pueden estar muy poco pronunciados en el cadaver.

Los ganglios linfaticos traqueo bronquiales suelen estar tumefactos y perfectamente hiperemicos. La hiperemia puede extenderse tambien al nervio vago.

Con frecuencia se han encontrado alteraciones patologicas en los pulmones, al paso que

los lobulos superiores y los bordes internos de los pulmones están palidos y muy inflamados; en las porciones posteriores ó inferiores del pulmón hay puntos hiperhemicados, aplastados y desprovistos de aire, muertos por atelectasía, y otros por neumonía catártica.

Algunas veces se encuentran neumonías fibrinosa; en algunos casos se hallan restos de inflamación fibrinosa de las vías aéreas.

En el cerebro pueden existir hemorragias de las meninges, y parenquimatosas.

Diaognóstico

El carácter espasmódico de la tos y la duración del padecimiento son dos signos tan precisos que es imposible equivocarse respecto de la naturaleza del mal.

En presencia de un niño en quien las quintas de tos se repiten a intervalos de mas ó menos regulares, 10, 20, 30 veces en un día, y presentan este doble carácter de saenzadas repetidas e interrumpidas de tiempo en tiempo por una grana inspiración sibilante, hace que reconocer la enfermedad. Pero no es lo mismo en el curso del primer periodo de la enfermedad

en que nada la hace distinguir de un catarrro bronquico simple. Lo que la hace presumir es, si la enfermedad existe ya en la familia ó en la vecindad, ó si reina epidemicamente. La primera quinta caracteristica que sobre viene quita todas las dudas. Sin embargo el suplo de la quinta suele faltar algunas veces; pero visto el carácter de la tos acompañada de sofocacion, de la espusion mucosa, y de los vomitos, no es posible desconocer la coqueluche.

Algunos autores con Brun, Bruck, Shmydt en Alemania habian señalado como un signo, susceptible de asegurar el diagnostico en caso de duda, la existencia de una pequeña ulceracion en la cara inferior de la lengua. Bouchut, en 1859 ha mostrado una prueba de esta enfermedad en un niño que habia sucumbido al tercer mes de una coqueluche, con tuberculos en los pulmones, en el mesenterio y en los intestinos. Se veia, en la parte inferior, al nivel del frenillo, una ulceracion transversal, teniendo 8 milimetros sobre 6. El fondo estaba formado por el musculo lingual, en la superficie del cual se veia descubierto las ramas terminales del hipoglos. La presencia de esta lesion podia sin duda ayudar al diagnos.

tico en los casos dudosos.

La auscultación ayuda poco para quitar las dudas que pueden existir acerca del diagnóstico, no revelando sino los signos de una bronquitis ligera.

Además, las enfermedades con las cuales la coqueluche puede ser confundida son poco numerosas. Las fiebres eruptivas, que en su principio tienen la mazonanalogia con ~~el~~ de la coqueluche, se revelan muy fácilmente después de 3 ó 4 días de fiebre, para que la confusión dure mucho tiempo. Una bronquitis capilar acompañada de quintas, puede confundirse con la coqueluche; pero la bronquitis se traduce a la auscultación por estertores más abundantes que se oyen en los intervalos, como en las quintas, indistintamente; la bronquitis presenta rarezas ~~de~~ ~~los~~ intermitencias características de la coqueluche; en fin la expectoración es diferente y no presenta el carácter ^{de tos} ~~de tos~~ seco de la expectoración, que tiene la coqueluche.

La tuberculización de los ganglion bronquicos ha sido indicada como presentando síntomas bastante semejantes a los de la coqueluche. Wölley dice haber visto un ejemplo de esta confusión

posible; pues la marcha descendente de la enfermedad, no tarda en demostrar que se trata de otra afección. En fin en ciertas tuberculosaciones pulmonares, en que la Tos quintosa con congestión violacea de la cara y opresión, puede algunas veces confundirse con la coqueluche. Pero en todos estos casos las quintas no son seguidas de vomitos y de la violeta sibilante característica.

Tratamiento

El tratamiento de la coqueluche es en extremo difícil, apesar de los progresos de la terapéutica. No hay propiamente hablando remedio para la coqueluche, es decir, ningún agente ó medio capaz de evitar al principio su desarrollo, de detener su evolución natural, y de impedir las manifestaciones sintomáticas. La coqueluche, en una palabra, no tiene ahora un específico. Tenemos medio de atenuar los síntomas, de moderar la intensidad, de los órdenes principales de fenómenos que la constituyen, de prevenir y de combatir las complicaciones ó las consecuencias graves que pueden producirse. Pero los dos elementos constitutivos principales de la enfermedad

el catarrro y el espasmo, no predominian ni ~~están~~ en el mismo grado, ni ^{en} el mismo momento, y es algunas veces necesario separar de alguna manera el orden y la consideración de las indicaciones; así, en el primer periodo, por ejemplo, se encuentra uno al frente de una bronquitis simple, ó tráqueo-bronquitis catarral, la que hay que combatir, mientras que en el segundo periodo será sobre todo, el elemento espasmodico, convulsivo, el que reclamará, de preferencia toda atención.

Algunos síntomas ó accidentes inherentes á la coqueluche, algunos epifenomenos, pueden adquirir en ciertos casos un predominio tal que ello dà lugar a indicaciones especiales. Será lo mismo en ciertos accidentes intercurrentes.

En fin las complicaciones de donde depende la gravedad de la afeccion merecerán una atención especial. -

El tratamiento de la coqueluche presenta cuatro indicaciones principales. Primero calmnar los accesos de Tós; Segundo prevenir la acumulacion de mucosidades en los bronquios; Tercero oponerse á las complicaciones flegmáticas; Cuarto sostener la fuerza del enfermo.

Expondremos aunque a la ligera las lista de los agentes y medicaciones recomendadas, para luego deducir dentro de todos ellos cuales son los mas útiles y por lo tanto los que debemos emplear.

Tratamiento Tópico El mas importante es el de Michel, que, considerando la coqueluche como una neurosis de origen reflejo de los nervios de la nariz, recomienda la aplicación de ciertos polvos medicamentosos sobre la superficie nasal. Los agentes de que se han valido son la quinina, el tanino, el iodoformo, el bicarbonato de soda etc pero el que mas recomienda es el benjui llevado al cornete inferior. El mismo autor recomendaba el uso de duchas nasales de soluciones de acido fénico, bórico etc. pero esta práctica ha sido desechada por haber producido graves accidentes. Grancher alaba también las insuflaciones de acido bórico y café tostado, práctica que recomienda á su vez Guerber; por su parte Letznerich encinia las de quinina; Bachen las de clorhidrato de quinina y benjui. Huchard las de sulfato de quinina y benjui; y Gensler las de acido benzoico y naftol.

Fridel ha ensayado en 300 casos la cocaína mezclada con goma, según él con grandes resultados. Esta misma sustancia la emplean en tó-

ques Labie y Gallias, este ultimo mezclada con la resorcina. Prior tambien la usa al 10%. Labbe encoria a su vez los toques de tintura de iodo. El Dr. Mancorvo del Rio Janeiro ensalza el empleo de la resorcina en toques al 5 y 10%, metodo que apoya el Dr. Guerra. A pesar de esto el Dr. Pérez Valdés confia muy poco en la utilidad de estos medios, en atencion a que los pequeños enfermitos se resisten a su empleo.

Inhalaciones medicamentosas. El capitulo de agentes es numerosissimo. Entre ellos merece consignarse el acido sulfuroso, que en manos del Dr. Mohon de Cristiania ha dado buenos resultados, asi como las de los Doctores Weingber y Bourry.

El Dr. Weingber hace quemar mañana y tarde 10 gramos de azufre en polvo en un platillo y somete al viento durante una hora, cada vez, a la accion del acido sulfuroso desprendido.

El Dr. Bourry emplea este otro procedimiento: toma azufre en barras tantas veces 25 gramos, como metros cúbicos tiene la alcoba, hace quemar este azufre en medio del cuarto, del que se cierran todas las aberturas; la pieza se abre

despues de 5 ó 6 hora, y se aísla durante 5 minutos ó 10; se introduce entonces al enfermo y se le deja toda la noche. El metodo de Mohr fue: puesto en práctica por el Dr. Pérez Valdés en cinco niños sin resultado alguno, razón por la que se propone ensayar el de los Doctores Bouvy y Weisger. Ha usado también las inhalaciones de ácido fúlvídico, obteniendo buenos resultados, pues con ellos se modifican los síntomas molestos.

El Dr. Chibret dice haber obtenido resultados notablemente en la coqueluche espolvoreando iodoformo sobre la almohada del enfermo para que este lo inhale.

Se han preconizado también las inhalaciones de ácido fénico por Lewis Smith, Thörner y Lockner. El Dr. Schid ha obtenido buenos resultados con una disolución de ácido fénico, mentol, y cocaína en las proporciones siguientes: Ácido fénico - 0³⁰, Mentol al 4% 24 - cocaína al 3% - 12 - Glicerina 100 una pulverización cada tres horas ó mas si es necesaria. El extremo del pulverizador debe introducirse lo mas profundo que sea posible en la boca del enfermo. El tratamiento no debe suspenderse aunque las mismas pulverizaciones exacerben la tos. El autor dice haber obtenido con ese tratamiento resultados

superiores a las obtenidas con los demás.

Las inhalaciones de cloroformo empleadas por Gullot y Churchill fueron al principio muy marcador los resultados, en una enferma del Dr. Churchill que tenía 13 años de edad y después de un mes de numerosos accesos sobre todo en la noche, respirando una gota de cloroformo hechadas en su pañuelo al aproximarse cada acceso, en dos días los accesos con el sibilo habían desaparecido, y no quedaba sino un poco de tos que no dura sino de 8 a 15 días.

Según Wer la inhalación del cloroformo a la aproximación de cada quintal le presta grandes servicios.

La inhalación de cloroformo tiene en efecto entre otros inconvenientes, des ser aplicación difícil, a los pequeños niños, y la facilidad con que se establece la tolerancia cuando se repite varias veces, además es peligroso en uso. Se recomienda también las inhalaciones de timol por Poulet y Heating; las de bromo, Vogelsau; la de sulfuro de amonio por Grathan; las de aceite esencial de trementina por Fatti y Guisan, las de Benzoato de soda, Monthon; las de ácido carbólico

por Kniatoliukki, las de oxígeno por Hanke, las de vapores de petróleo por Lissner, las de amoniaco por Liberman y las de salicilato de soda por Otto H.C. & C. Ademas se han recomendado las pulverizaciones de Ether por Lubelski y las de bromuro de potasio Wintherberg, así como el aire comprimido por Boeller.

Otros agentes hay, en concepto del Doctor Pérez Valdés, que modifican algo la enfermedad: tales son las revulsiones del neumogastrico, paralización del mismo nervio, ya que según Gueneau de Mussy, la coqueluche es una afección específica de los bronquios, no determinada, que afecta los ganglios bronquiales infartándolos y que viendo dí comprimir el neumogastrico, excita este nervio y produce así la tos espasmódica; la hidroterapia es también otro medio que dado bueno resultado.

Tratamiento General. Medicación interna. En este grupo hay que descartar gran numero de sustancias perfectamente inútiles.

La belladonna, recomendada por Schepfer en los primeros años de este siglo, muy ensalzada en ésta misma época por Wideman, Micheli y Hufeland, que la consideraban casi como un específico, ha tenido igualmente poco tiempo después

muchos partidarios en Francia. Haënnec ha considerado la belladona como uno de los más que contribuyen más eficazmente a calmear las quintas y abbreviar la duración de la coqueluche Goursat, Jadelot, Blachebohan adoptado en su práctica, y a ejemplo de Takson que ha sido uno de los primeros que la ha empleado en América, ellos han llevado la dosis hasta que el medicamento manifieste su acción sobre la pupila, haciendo notar, que la coqueluche no sufre una modificación apreciable hasta que no se haya obtenido este efecto sobre la pupila. Esta práctica ha prevalecido, a pesar de la opinión contraria de Wendt y de Coelis, que recomiendan evitar el dar la belladona en dosis susceptibles de producir la sequedad de la garganta y las alteraciones de la vista, diciendo haber visto la belladona administrada á la dosis necesaria para la manifestación de estos efectos; produjeron accidentes cerebrales graves; además Coelis y en esto lo han imitado Friseau y Pindoux asocian la belladona al opio; Bretoneau en la misma preocupación aconseja comensar la medicación un tanto inferior á la que

30

sea necesaria para ejercer una influencia favorable y de aumentar en seguida progresivamente la doris, llevandola hasta un grado en que el principio de la accion medicamentosa se deje percibir. A pesar de haber sido tan encendiada la belladona por los D.D. Julio Simón y Roger, no merece ocupar el lugar tan preferente que algunos le asignan; lo mismo sucede con los bromuros tan recomendados por Gerhard, Fireday, Pizner y Harley. De esta misma opinion participa Henoch, que considera como mas util la morfina.

La quinina, que tan excelente la consideran Binz, Stoffen y Tawson; el acido fenico que alaba Ortíz yodo y los yoduros han sido empleados por el Dr. Pérez Valdés en mas de doscientos casos sin resultado alguno.

El acido cianhidrico tan usado por Wiesneria dieminiar la doris casi inmediatamente Blache haciendo recordar la facilidad con que este acido se descompone y sobre todo ante los accidentes que produce a pesar de las precauciones mas minuciosas no lo ha empleado. M. Pilliet y Barthéz han observado la misma abstencion prudente. Otro tanto puede decirse del cloroformo del hidrato de coral, del hidrato de terpina, que tanto

elogia Manassey por su acción anticeptica y
baja motriz.

El bromoformo introducido por Neuman que
se administra en dosis de 2 a 5 gotas debe darse
con cuidado por producir somnolencia y torpeza
cerebral. Ademas el Dr. Loewenthal ha pu-
blicado un caso de muerte por su empleo.

El oximiel oscilítico tan presonizado
por Weeter en un principio y mas tarde
por los D.D. Lewis, Smith, Remy, Julio Simon
y Hecht, es un excelente remedio que el Dr.
Perez Valdes ha empleado en mas de 100 niños
obteniendo un 40% de aliviados y un 14% de
curaciones y sin resultados en los demás casos.
La hora de administración del oximiel debe
elegirse de modo que no haya en el estomago
alimentos ó bebidas; así, si el niño ha toma-
do alimento a las 3 no debe comer ni beber
nada hasta las siete, el remedio debe pres-
cribirse entre 5 y 6 p.m. Administrado por la tarde
tiene la ventaja de evitar los accesos de noche.
El Dr. Perez Valdes la prescribe a cucharaditas
de café por cada año de edad que cuenta
el enfermito.

V. Por ultimo se emplea la antípirina de cuyo tratamen-
to me voy a ocupar en este trabajo, describiendo ante-

a pequeños ragos las propiedades de este agente.
La antípirina descubierta por Ludwig Knorr de Erlangen en 1884 se obtiene por la reacción del ether acético sobre la fenilhidracina, y después por la de una mezcla de yoduro de metilo y de metilalcohol sobre el resultado de ésta primera reacción.

La antípirina es un polvo blanco, cristalino y sin olor, muy soluble en el agua; tanto, que se disuelve en menor de un peso de agua fría, siendo muy terminantes sus propiedades básicas, y, al modo del amoniaco, se une directamente á los ácidos, para formar sales.

La antípirina ofrece dos reacciones principales; color rojo ocurre por el picrocloruro de fierro; y verde azulado por el ácido nítrico.

Acción fisiológica. - La acción antimicrobica de la antípirina es débil (Bronnardel, Hoye, Engel) pero C. A. Robin la estima bastante marcada, y no despreciable para la explicación de sus efectos terapéuticos.

La antípirina no ejerce en los tejidos mas que una acción ligeramente excitante, soportando muy bien el hipodermis una disolución a partes iguales de antípirina y agua, casi sin mayor molestia que la que produce el agua sola; pero 1 centígramo de cocaína por centímetro cúbico de disolución, basta para volverla completamente indolora.

La grandísima solubilidad de la antípirina hace muy fácil su absorción. Cuando la administración por la boca produce dolor y vómitos, la vía rectal, si es tolerante el intestino, dà resultados igualmente seguros, aunque algo menor pronto. La antípirina no parece dañar a la sangre; conduciéndose, por lo demás, como si representase una combinación tan estable como la quinina; pero es difícil atribuirla, como Biss a esta, una acción paralizadora cualquiera sobre los globulos de la Sangre.

Estudiemos las acciones elementales de la antípirina, aquellas que ejerce sobre los diferentes órganos, aparatos o sistemas; colocándonos, sobre todo, en el punto de vista de sus cualidades antidiáfraxica y analgésica.

Con razón trataba Lépine de dejar bien sentado que la antípirina posee un efecto sedante, que es modificador de los centros cerebro-máquicos de los centros vasomotores y de los térmicos. En inyección intravenosa se comienza a producir, desde luego un estado catalepsico (Henocque) ó de rigidez general (Bouchard), ejecutándose libremente los movimientos voluntarios, pero volviendo la rigidez tan pronto como estos concluyen. Tal efecto es efecto de una acción central, puesto que la Sección del nervio ciático impide

que se produzca en los músculos correspondientes.

La antípirina no escapa a la ley común de las acciones contrarias por culpa de la idiosincrasia ó de la intolerancia morbosa. En poca dosis, la antípirina disminuye la excitabilidad refleja; y por el contrario, a dosis fuertes la exaspera; al revés que con la estriennina. Por lo demás, Chouuppe admite un verdadero antagonismo entre la antípirina y la estriennina.

Según Lépine, G. Sei es quien mas ha hecho por vulgarizar el merito de la antípirina, como medicamento del dolor.

La acción sobre el sistema vascular es importante de conocer, por que se refiere a la historia de su acción antitérmica. Las investigaciones practicadas con el termómetro, aplicado a la piel a la vez que al recto, lo propio que con el calorímetro ó con el plethysmografo de Masso, parecen enseñar que la antípirina produce una vaso-dilatación de la superficie cutánea (Coppola) y que aumenta la perdida del calorico en la periferia. Al propio tiempo que baja la temperatura central, aumenta la de la piel, dilatándose la red vascular de esta, en oposición a los grandes vasos, a los vasos profundos, que se constrinen, la resultante de esta oposición entre la profundidad y superficie, es el aumento

de la presión vascular.

La antípirina, en dosis tóxica, parece matar paralizando el corazón. El pulso, primeramente acelerado, se retarda después. Parece, no obstante, que, a dosis terapéuticas, apenas si es de temer una mala influencia sobre el corazón, puesto que se puede originar el efecto antitérmico sin cambio de la presión arterial; que, si acaso, estará más bien aumentada.

La eliminación de la antípirina parece verificarse principalmente por la orina, que se pone de color anaranjado oscuro, rojizo; admitiéndose, por lo común, que está allí en sustancia. El percloruro de hierro la desciende, produciendo un color pardo rojizo ó purpúreo. Esta eliminación empieza lo mas tarde a las cuatro horas y media de verificada la ingestión, y concluye de treinta a tres a cincuenta y seis horas después (Reiklen). Terapéutica. La antípirina ha sido considerada desde luego como antipiréxico (Tilhene), que es de donde le viene el nombre. Pero en Francia, y gracias sobre todo de Lépine y G. Seé, se la mira con justa razón más bien como un medicamento del dolor, y de aquí el título de analgesina que ha sido propuesto para ella, aunque sin éxito.

El primero que experimentó la antípirina, como antipiréxico, fue Huchard en 1884, diciendo de ella que era un medio prodioso y seguro.

de bajar la temperatura en casi todos las enfermedades febiles, excepto las intermitentes, y asegurando, sobre todo, que es el único medio conocido de combatir eficazmente la hipertensión de los tuberculosos.

La antípirina quita los dolores reumáticos, porque, como decimos, en cualidad maestra es la anodina. Con razón, pues, se ha tratado en París de quitarla su nombre y cambiarsela por el de analgesina. En efecto, esta acción analgésica la ejerce lo mismo cuando es administrada por la boca, que cuando se le aplica localmente en inyecciones hipodérmicas, lo mas cerca posible del sitio del mal. Y. Sei las ha prescrito particularmente a la dosis de 50 centigramos, disueltos en otros tanto de agua, ó mejor en cantidad suficiente de agua para dar la medida de una jeringuilla de Pravaz.

→ El título de modificador sedante es como parece curar la antípirina la torperina.

Las dosis que he empleado en el tratamiento de los casos de Coqueluche que he tenido ocasión de observar son las que emplea el Doctor Pérez Valdés en el Hospital General de España, en la siguiente fórmula:

Agua destilada	100 gramos
Antipirina	"
Jarabe de grosella	20 "
Dinelvase	

Esta dosis proximamente, de un decigramo se repiten tantas veces como años tiene el enfermo, hasta llegar a 1 gramo ó 1.50 como máximo, en las 24 horas cuidando de darlas por la tarde, para evitar los accesos de la noche que perturba el sueño.

En los niños menores de un año, puele producir cierto grado de aplastamiento, que exige la vigilancia del medico y la supresión del medicamento si se acentúa demasiado. Pero por regla general, se tolera bien, y a pesar de haberlo empleado el Dr. Pier Valdés en mas de 200 enfermos de todas las edades, no ha tenido que lamentar ningún contratiempo serio.

Asegura el Dr. Pier Valdés que con este tratamiento se curan algunos enfermos, y, positivamente, se alivian mucho, todos, siendo excepcional que ocurra lo contrario.

Consigno a continuación las historias clínicas de los cinco casos de coqueluche que he tenido ocasión de observar.

Observacion 16^o

O. H. Miranda de siete años de edad, mestiza natural de Lima entró al Hospital de Santa Ana el 1º de Marzo del 1893 á ocupar la cama N.º 20 de la Sala de la Merced perteneciente al servicio del Dr. S. Corpachos.

Examinada la enferma presentaba el siguiente cuadro sintomatico, fiebre de $38\frac{1}{2}$ tos seca, con un ligero enrojecimiento, estornudos un poco de enrojecimiento de los párpados y de lagrimos la respiración es corta ansiosa á percusión la sonoridad del torax es casi normal a la auscultación se notan estertores sibilantes mas numerosas hacia la base del pecho, ansiedad, mucha sed.

El cuadro de síntomas anterior revelaba una bronquitis y se le administró una poción estofante y continuó con este tratamiento por espacio de dos días. Al tercer dia los accesos de tos se hacen mas violentos y mas largos acompañados de una viva ansiedad precordial, la enferma acusa un ligero esguille en la laringe y dolor en el pecho, los movimientos respiratorios irregulares la inspiración un poco larga que la enferma quiere contener, las sacudidas y el silvado

característico, nos dice que la coqueluche ha estallado.

La sometí desde luego al regimen de 10 centígramos de antípirina por 10 gramos de agua destilada y 8 gms de jarabe de grosella, 3 veces al dia y Pectoral por bebida por la tarde la fiebre ha disminuido a 38°. El dia 5 de Marzo cla enferma esta asintética y ha pasado mejor la noche. Los días siguientes continua con el mismo regimen los accesos van disminuyendo, la expectoración cambia de carácter desfilante que era los espitus se presentan opacos, verdosos, francamente catárales.

En el intermedio de cada acceso de los catárales se nota muy de tarde en tarde, un acceso un sibido inspiratorio como si conservara la impresión de los accesos precedentes.

La fisionomía de la enferma ha cambiado de carácter, se nota la alegría en ella, la apetencia y el sueño han aumentado.

Con el regimen tónico ha recuperado su salud saliendo completamente curada sin haber sobre venido ninguna complicación el dia 3 de Abril del mismo año.

Observacion N° 2

J. S. de tres años de edad de constitución robusta, sin antecedente morbos de ninguna clase y habiendo gozado de la mejor salud ingresó al Hospital de Santa Ana el 10 de Marzo del presente

año a ocupar la cama N° 8 de la Sala de La Merced perteneciente al servicio del Dr. J. Corpachio atacada de tos, disnea, anorexia, mucha sed, espetoracion mucosa abundante, fiebre en la tarde y en la noche que alcanzaba hasta 39°, a la percusion se notaba submatite en los dos tercios superiores de ambos pulmones; a la auscultacion estertores mucosos subcrepitantes en casi la mitad superior de ambos pulmones, tambien se notaba un ronquido constante en los movimientos de inspiracion y expiracion. La contipacion intertinal era frecuente. Al principio crei que se trataba de una bronquitis aguda y principie por suministrarle un vomitivo de jarambe de hipeca con una posion espetorante, y sulfato de quinine en las noches, como revulsivo sin apriomo en las espaldas; siguió con este regimen por espacio de 8 dias.

El 18 de Marzo ha disminuido la fiebre pues la temperatura en las noches era cuando mas de $37\frac{1}{2}^{\circ}$ ó 38° ; la disnea disminuye lo mismo que la sed, el sueño era mas tranquilo pues no despertaba sino una ó dos veces en la noche siendo asi que al principio de la enfermedad despertaba 6 y 7 veces con accidentes de evolucion. Pero la tos tomo todo el tipo caracteristico de

la coqueluche y era acompañada de vómitos, expectoraciones abundantes y el sibilo característico. Entonces me vi obligado a cambiar de régimen suministrandole 5 centigramos de antipirina tres veces al dia segun la formula del Dr. Pérez Valdés. Continuo con este régimen por espacio de 15 días. El dia 2 de Abril los accesos han disminuido de intensidad y apenas conservan las sacudidas y el carácter de la coqueluche. así como los espuma se han vuelto puramente catarrales.

La fisionomía del enfermita ha cambiado y sale completamente curada el dia 10 de Abril.

Observación 16^o 3

S. G. de cinco meses de edad de constitución robusta e hijo de padres sanos entró a ocupar la cama N° 8 de la Sala de La Merced perteneciente al servicio del Dr. J. Corpachos. Le principió la enfermedad con mal estar, fiebre especialmente en las noches, tos que se acentuaba también en las noches muy pertinaz, en una palabra presentaba casi todos los síntomas de la anterior enfermita de quien era hermano. Siguiendo la enfermedad su marcha, no tardó ~~en~~ presentarse la tos quintosa, característica de la coqueluche, pero por supuesto haciendo mayores estragos en el organismo tierno y delicado de una criatura de 5 meses; pues el aniquilamiento que le produjo la amo-

rexia hacia temer de la vida de la criatura y la fiebre y vomitos no dejaban de agravar el pronostico. Como tratamiento segui el mismo que el anterior 5 centig de antipirina dos veces al dia. Continuando con este tratamiento hasta fines de Marzo en que se encuentra completamente restablecida.

Observacion 16^o 4

Guillermina N. de 9 meses de edad india natural de Lima, de constitucion revuelta, hija de padres sanos, entro al hospital de Santa Ana el 15 de Abril de 1893. a ocupar la cama N° 22 de la Sala de San Jose perteneciente al servicio del Dr. J. Campodonico Morales.

La madre de la enfermita dice que hace 4 dias que tiene fiebre. Examinada la enfermita presentaba los siguientes sintomas fiebre 38°, tos pertinaz, entre cortada por una inspiracion ruidosa, e hipo que le impide mamar, a la auscultacion no revela ningún síntoma; en la parte inferior de la lengua al nivel del frenillo se nota una ulceracion transversal de 8 milimetros sobre 6, con este signo se puede afirmar que se trata de la coqueluche.

El mismo dia la someti al tratamiento por la antipirina a la dosis de 5 centig 3 veces al



dia y para la ulceracion de la lengua un toque con la solucion de Bórato de Soda y miel roizada partes iguales

El tercer dia de este tratamiento se nota la mejoría la fiebre ha desaparecido y la ulceración de la lengua. Con este tratamiento ha continuado hasta el 30 de Abril que salió curada

Observación N° 5

M. Quijpe de seis años de edad, indio, natural de Farma entró el 10 de Marzo á ocupar la cama N° 16 de la Sala de la Merced perteneciente al servicio del Dr. Juan Corpachos.

La enfermita dice que hace más de ocho días está con Tos. Examinada presenta los síntomas siguientes, tos frecuente quintos, con sacudidas y vomitos y el sibrido característico durante el acceso de la Tos, tiene vomitos mucosos filantes mezclados con materias alimenticias, la fiebre 38°, a la auscultación ligeros estertores sibilantes, cefalalgia, mucha sed. En vista de los síntomas le administré la antípirina a la dosis de 10 centig 3 veces al día.

El dia 15 no tiene fiebre sigue el mismo régimen hasta el dia 20 en que sube una fuerte epistaxis y se le administró una dosis de 20 centig de Sulfato de quinina

El dia 21 está mejor ya no vomita los alimen-

y los accesos se van retirando, la expectoración cambia de carácter, en lugar de un moco claro viscoso que forma hebra, son los espuma espesos, verdosos; puriformes de la bronquitis que ha llegado al periodo de cocción, el carácter espasmódico de la Tos ha desaparecido
La enferma sale completamente curada el 14 de Abril de 1893

De la relación hecha de los cinco casos de coqueluche que he tratado por la antípirina como se vé me ha producido muy buenos resultados.

Muy respetados y dignos profesores
he terminado el pobre trabajo que mis
pocos conocimientos, y escasa inteligencia
me han permitido hacer; y os suplico
no mireis en él ^{mas que} ~~reñamente~~ deseos del alumno
que deslumbrado por el brillo de tan noble
profesión, como es la medicina, pretendo llegar a
pertenece a ella aunque convencido de que no oca-
pará nunca sino uno de los últimos lugares -
Sed pues indulgentes con este modesto discípulo

Lima, Mayo 14 de 1893.

Luis B. Maya

F. B.

K. M.

R. B. M.

L. B. M.

Proposiciones =

Dr. J. G. Martínez
" Tomás Godoy
" V. Fernández Gómez

