

El *ioduro potásico* preconizado por los médicos americanos para los casos de asma con catarro, ha producido en manos de Trousseau y de Aubrée éxitos que inducen á ensayar su uso. Horacio Green (1), ha adoptado la siguiente fórmula:

T. De iodo potásico. . . . .	8 gram.
Cocimiento de poligala. . . . .	100 gram.
Tintura de lobelia y de opio alcanforada. . . . .	25 gram.

Para tomar dos ó tres cucharadas de las de sopa al día.

Trousseau ha simplificado esta fórmula y la de Aubrée, consignada en la clínica y emplea la siguiente solución:

Ioduro potásico. . . . .	40 gram.
Agua destilada. . . . .	200 gram.

El enfermo deberá tomar cada día una cucharada de las de café antes de la comida.

*Aguas minerales.* Durand-Fardel y Eugenio Le Bret (2) solo conceden una importancia secundaria á las aguas minerales en el tratamiento del asma, no teniendo acción en su juicio sobre la nevrose simple; combatiendo el catarro concomitante pueden ejercer una acción indirecta y ventajosa sobre el elemento nervioso. Cuando el asma se encuentra en un sugeto que presenta una diátesis determinada escrofulosa, herpética, gotosa ó reumática, pueden tener buen resultado las aguas minerales aplicadas al estado diatésico.

Las aguas sulfurosas se han recomendado especialmente: Enghien, Bonnes, Luchon, Caunterets, Amelie, Vernet, Allevard, Ems, y sobre todo Mont-Doré. El doctor Niepce ha obtenido en Allevard buenos efectos con las inhalaciones sulfurosas frias en el asma húmedo, y con los vapores sulfurosos en el asma seco. Bertrand aconseja las aguas de Mont-Doré para el asma catarral y las rechaza para el convulsivo, Boudant (3) las acepta en ambas.

Cualquiera que sean las ventajas de la medicación termal, es lo cierto que pueden tener inconvenientes cuando existen complicaciones de parte del corazón ó de los grandes vasos. En semejante circunstancias las *aguas minerales sulfurosas* están formalmente contraindicadas á causa de sus propiedades existentes, así es que los asmáticos antes de ser remitidos á estas estaciones balnearias deben sufrir una exploración muy escrupulosa. Beau, á falta de las aguas minerales naturales, preconiza los baños sulfurosos artificiales (4).

(1) Horacio Green, *Formules favorites des praticiens américains*, trad. Neiro, 1860.

(2) Durand-Fardel y Eugenio Le Bret, *Dicti. general des eaux minerales*, 1860, t. I, p. 134.

(3) Boudant, *Ann. de la Soc. de hist. med. de Paris*, t. V.

(4) Beau, *De l'asthme et du bain sulfureux* (*Journ. de med. et de chir. prat.*, t. III, 1803).

*Resúmen.*—1.º *Tratamiento del acceso.* Fumigación de papel nitrado, de cigarrillos de estramonio, de arseniato sódico; administración del tártaro estiviado ó de la ipecacuana á dosis eméticas; inhalación de vapores amoniacales, etéreos, de cloroformo; prescripción de preparaciones opiadas, de bromuro potásico.

2.º *Tratamiento preventivo.* Evitar las causas determinantes de los accesos, habitar una localidad cuyo aire esté en calma, condensado y nebuloso.

El uso largo tiempo continuado del azufre (Duclos), de estramonio y de belladona (Trousseau), del ioduro potásico (Trousseau y Aubrée), de bromuro potásico (Sée).

*Asma catarral y herpético.* Emigración á los países cálidos, arsenico, aguas sulfurosas en bebida, en baños y en inhalación.

*Asma gotoso y reumático.* Alcalinos y régimen vegetal; ejercicio.

## ARTÍCULO II.

### COQUELUCHE.

Esta es una de las enfermedades que desde la mas remota antigüedad ha debido llamar la atención de los médicos, pues presenta los caracteres mas marcados y notables. Sin embargo, aunque se hayan buscado en los escritos de Hipócrates y de Avicena noticias de esta enfermedad, no se puede hacer remontar su primera descripción algun tanto exacta mas allá del último periodo del siglo XVI.

Una de las grandes dificultades que presenta la historia de la coqueluche, es que la palabra que ha servido para designarla no ha tenido siempre la misma significación. En el siglo IV se designaba con este nombre una especie de catarro epidémico, del que hacen mención en sus obras Mezeray, de Jhon y Estéban Pasquier. Una de estas epidemias, descrita por Valleriola, no presenta ninguna semejanza con la enfermedad observada en nuestros días, refiriéndose mas á la gripe (1). La observación de Bauchut es justa; la historia de la coqueluche se ha confundido durante mucho tiempo con la de la gripe.

Willis, el primero, dió una idea precisa de esta afección, bajo el nombre de *tussis purrorum convulsiva suffocativa*.

Desde dicha época se han publicado sobre ella numerosos trabajos; pero no se encuentran ni en los tratados generales de medicina, ni en las colecciones particulares, muchas observaciones de esta afección.

### § I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

Es, pues, una enfermedad caracterizada por una tos convulsiva, notable por sus accesos, durante los cuales se suspende la respiración,

(1) Bauchut, *Maladies des nouveau-nés*, 4.ª edición, 1862, p. 363.

y que terminan por una larga inspiracion sibilosa con expectoracion de mucosidades filamentosas.

Esta enfermedad ha recibido un gran número de nombres diferentes; así, pues, se la ha llamado *tos convulsiva*, *por accesos*, *los azul*, *tussis suffocativa*, *ferina*, *convulsiva*. Los ingleses la designan principalmente con el nombre de *hooping-cough*, etc., etc.

Esta afeccion es bastante *comun*, pero su frecuencia varia mucho segun las épocas, es decir, que en ciertos momentos ataca á un gran número de niños como si hubiese una verdadera epidemia, que otras veces no puede dudarse de su carácter epidémico, y que algunas veces no se ven sino casos aislados.

## § II.—Causas.

### 1.º Causas predisponentes.

La coqueluche acomete especialmente á los niños, y sobre todo á los que se hallan en la primera infancia. Sin embargo, los niños de pecho se libran por lo comun. De 35 enfermos de menos de dos años de edad, solo seis tenian menos de dos meses y tres solo tenian un mes. (Bouchut, p. 546). Su máximun de frecuencia se observa entre dos y siete años. De ciento treinta niños que padecian esta enfermedad, Blache ha contado ciento seis de uno á siete años de edad, y solo veinticuatro de ocho á catorce años (1). Tambien pueden ser acometidos de ella los adultos, aunque muy rara vez. Guibert y Blache (2) han citado varios ejemplos; pero hay pocos médicos que no hayan observado alguno en el curso de su práctica. Segun el mismo Blache y los resultados obtenidos por Constant, esta afeccion es algo mas comun en el *sexo* femenino que en el masculino. Por nuestra parte lo que podemos decir, es que de diez y seis observaciones que hemos reunido, solo cinco pertenecian al sexo masculino. De treinta y tres observaciones de Bouchut veintiuna eran niñas y doce niños. Segun opina un gran número de autores, la *constitucion* del enfermo presentaria algunas circunstancias que harian creer que existe una predisposicion á contraer la coqueluche; pero Rilliet y Barthez han visto que esta enfermedad ataca indiferentemente á todas las constituciones. Nada sabemos tampoco de positivo acerca de la influencia del *temperamento* ni de su trasmision por *herencia*.

Respecto de las *condiciones higiénicas*, la mayor parte de los autores consideran como causas predisponentes de la coqueluche el habitar en un lugar húmedo, sombrío, mal ventilado, una mala alimentacion, el escaso abrigo, en una palabra, casi todas las condiciones higiénicas que pueden llamarse nocivas. No puede menos de reconocerse la exis-

(1) Blache. *Dict. de med.*, 1828, t. IX, art. COQUELUCHE.

(2) Blache, *Arch. gen. de med.*, 1833, 1.ª série, t. XVI; y 2.ª série, t. III.

tencia de estas causas, pero no está rigurosamente comprobado cuál sea su grado de influencia en la produccion de esta enfermedad. Segun dicen Rilliet y Barthez, la coqueluche ataca indiferentemente en todas las *estaciones*, y todos los autores convienen en que se la ve manifestarse en todos los *climas*.

Ozanam (1) pretende que no se presenta nunca entre los trópicos. Hirsch (2) señala epidemias de coqueluche en todas las partes del mundo conocido. La Australia, las islas del Océano Indio, las islas de Sandwich han sido recientemente visitadas por esta afeccion.

El invierno y la primavera parece predisponen á las epidemias de coqueluche, pues de 363 epidemias (Hirsch, p. 410) 96 comenzaron en la primavera, 79 en verano y 214 en invierno.

### 2.º Causas ocasionales.

El carácter contagioso de esta enfermedad se halla demostrado por numerosos hechos y por la falta de toda recidiva; de manera que en la actualidad nadie tiene duda sobre este punto. Algunos autores creen que no se puede verificar el contagio sino en el momento en que la enfermedad ha llegado al mas alto grado de su desarrollo; y otros por el contrario, opinan que se efectúa en el periodo de declinacion.

Es difícil indicar el modo de verificarse el contagio; algunos autores han supuesto que la *irritacion* era suficiente para transmitir la enfermedad; pero es mas probable que un principio virulento gaseoso se desprenda de los enfermos y se absorba por la mucosa pulmonal de las personas sanas colocadas en el foco de la epidemia.

## § III.—Síntomas.

Se han admitido en la coqueluche tres períodos; el primero es el periodo catarral ó *catarro precursor*; el segundo es el espasmódico ó la coqueluche confirmada, y el tercero está caracterizado por una remision notable de todos los síntomas.

A estos tres períodos habria que añadir el periodo de incubacion, cuya duracion es indeterminada; sin embargo, algunos hechos parecen probar que no es demasiado largo. Blache (3) y Bouchut (4) refieren observaciones; el primero de un niño que sufrió la invasion de la enfermedad un dia despues del primer contacto; el segundo el de un recién-nacido, en el que apareció la tos al tercer dia de la infeccion.

(1) Ozanam, *Maladies epidemiques*, t. I, p. 218.

(2) Hirsch, *Historisch.-geographische Pathologie*. Erlangen, 1864, t. II, p. 106.

(3) Blache, *Dictionnaire de medecine*, t. IX, p. 24, art. COQUELUCHE.

(4) Bouchut, *Maladies des nouveau-nés*, 1862, p. 366.

**Catarro precursor.** En la mayor parte de los enfermos empieza esta afección como un simple catarro. En quince casos solo dos veces ha visto Trousseau que falte este *catarro inicial*; y de diez y seis observaciones que yo he reunido, catorce hacen mención del estado del enfermo en los primeros tiempos, y catorce veces se ha notado dicho catarro inicial. Este catarro se anuncia por síntomas algo diferentes de los de la bronquitis común. En efecto, además de los que son propios de esta última, hay *abatimiento, tristeza, adormecimiento y cierto grado de ansiedad y de irritación*. Algunos autores han creído encontrar desde este momento un carácter particular en la tos, pero no han descrito convenientemente este carácter. Como se ve, estos signos son poco distintivos, y se concibe bien que en esta época debe ser muy difícil sospechar la aparición de la coqueluche á no mediar circunstancias particulares.

Este catarro que no ofrece por lo común nada de particular presenta á veces algo de especial (1): Trousseau ha visto una joven afectada de pronto de una fiebre ardiente con tos pertinaz, sin estertor mucoso considerable. Se creyó en la posibilidad de una tisis aguda, cuando aparecieron los síntomas característicos de la enfermedad. Instruido por este caso y otros semejantes ha establecido este observador el principio de que podrá reconocerse el período inicial del coqueluche en la *pertinacia de la tos*. Cuando veo, dice, un enfermo con un constipado con tos que produce quintas repetidas quince, veinte ó treinta veces por minuto; cuando veo á este constipado persistir cuatro, seis, ocho ó diez días seguidos acompañado de fiebre intensa, me basta esto para reconocer el catarro específico.

**Invasión de la tos convulsiva.** En el mayor número de casos esta tos particular ha sido, como acabamos de decir, precedida de los síntomas de la bronquitis; pero algunas veces también se ve que se declara repentinamente la enfermedad, y empieza por un acceso de tos ó por algunos fenómenos espasmódicos particulares, sobre los cuales Trousseau ha llamado la atención. Por lo general las quintas de tos son al principio leves, cortas y están separadas por intervalos bastante largos: pero bien pronto adquiere la enfermedad su más alto grado de intensidad y se presenta con los caracteres siguientes:

**Coqueluche confirmada.** Es esencialmente intermitente y consiste, como ya se ha dicho, en golpes de tos sumamente fuertes, que se manifiestan con intervalos más ó menos largos. Estos golpes de tos empiezan entonces de un modo repentino y acometen al enfermo en el momento en que menos lo esperaba; otras veces por el contrario son precedidos de cosquilleo en la garganta y de dolores vagos en el pecho; pero estos signos precursores del acceso de tos se han notado principalmente en las observaciones de los adultos, y Rilliet y Barthez han visto á algunos niños que se hallaban en la más completa tran-

(1) Trousseau, *Clinique medicale de l'Hotel Dieu*. Paris, 1865, t. II, p. 414.

quilidad, ponerse de pronto irritables, agitarse y precipitarse sobre la escupidera. Semejante estado es por lo regular muy corto, pero algunas veces dura muchos minutos, y anuncia la invasión de un golpe de tos. Lombard, citado por estos autores, ha visto que algunos minutos antes de la aparición de la los convulsiva la precedían náuseas muy violentas.

Bien pronto el niño se sienta en la cama, procura asirse á un punto de apoyo sólido, é inmediatamente empieza una serie rápida de sacudidas de tos cortas y reiteradas que se verifican por movimientos bruscos de espiración. Habiéndose espelido durante este tiempo todo el aire contenido en el pecho y no pudiéndose efectuar ya la hematosis, se ven aparecer síntomas notables de asfisia; la cara está como hinchada y amoratada, los ojos se ponen prominentes y lagrimosos, las venas dilatadas, los latidos de las arterias anuncian la gran dificultad de respirar, y por consiguiente la que experimenta la circulación: entonces es cuando se ve que se presentan por la nariz, boca y oídos *hemorragias* de las cuales han tratado estensamente los autores de los últimos siglos, y que según recientes investigaciones solo se presentan en casos excepcionales ó quizás en ciertas epidemias de forma particular. En dos casos observados por Trousseau ha habido hemorragias notables: uno de los dos niños tenía un flujo de sangre por la conjuntiva, y el otro una epistaxis bastante abundante para inspirar serios temores (Trousseau, p. 424).

Tales son los principales caracteres de cada golpe de tos; sin embargo, hay algunos otros fenómenos que sin tener la misma importancia merecen mencionarse. En efecto, se ha notado en los casos en que los golpes de tos eran muy fuertes, un sudor frío que cubría todo el cuerpo, y más particularmente la cabeza, el cuello y los hombros (Blache), vómitos de materias alimenticias ó de simples mucosidades, y más rara vez evacuaciones involuntarias, la formación de hernias, y en una palabra, los accidentes que pueden resultar de la violenta contracción de los músculos abdominales. En otros casos aun menos comunes se han observado movimientos convulsivos generales y síncope frecuentes en un adulto cuya historia refiere Blache. Algunos autores, y en particular J. Frank, han insistido mucho sobre el estornudo, que sin embargo no es un fenómeno importante en esta enfermedad.

Al cabo de un tiempo generalmente bastante corto, estos signos de sufocación principian á disiparse. Se manifiestan algunas pequeñas inspiraciones entrecortadas, después de una *inspiración larga y sibilante*, durante la cual se incorporan los enfermos y dilatan su pecho, y termina el golpe de tos. Sin embargo, no se puede considerar al acceso como enteramente acabado, si no se observa la expectoración de un *liquido sin color filamentosos*, más ó menos abundante, y acompañado con frecuencia de vómitos de materias alimenticias. En efecto, se ha visto la quinta dividirse, por decirlo así, el golpe de tos en dos

partes, de tal suerte que despues de un instante de calma aparecia de nuevo la tos convulsiva.

Cuando las quintas de tos se reproducen á cortos intervalos durante cierto número de minutos, se dice que constituyen una accesion. La quinta de tos no dura mas de un cuarto á tres cuartos de minuto, siendo raros los casos en que pasa de estos límites. El número de golpes de tos varía mucho; Rilliet y Barthez han visto con frecuencia unos veinte en las veinticuatro horas, algunas veces menos y otras mucho mas, y así han llegado á contar hasta 48 y 72 en un caso excepcional. Trousseau ha obtenido resultados muy parecidos (1). Los golpes van generalmente aumentando hasta una época que Rilliet y Barthez han notado que corresponde ordinariamente del dia vigésimo octavo al trigésimo noveno de la enfermedad; en llegando á este máximo quedan estacionarios durante un número variable de dias, y despues disminuyen rápidamente. Estos mismos autores han observado que durante el periodo en que los golpes de tos tienen mayor violencia eran tambien mas frecuentes por la noche: en el caso contrario son mas frecuentes por el dia. En cuanto á la duracion total del periodo de los golpes de tos, la han visto variar desde quince á setenta y cinco dias; pero ordinariamente solo ha sido de treinta á cuarenta.

La causa de estos golpes de tos es muchas veces difícil de conocer. Segun Blache bastan para escitarlos la impresion del frio, los gritos, el llanto, una carrera rápida, una contrariedad y la distension del estómago. A esto es preciso agregar los olores fuertes, las emanaciones penetrantes y la vista de otro enfermo que tambien tose. Pero aun queda á la observacion mucho por hacer para determinar la influencia de estas causas. En el tiempo que media entre las accesiones y los golpes aislados, la respiracion se hace enteramente normal, y parece que los enfermos no experimentan alteracion alguna en su salud, á no ser que exista una complicacion.

Durante el golpe de tos mismo se han observado algunos fenómenos que merecen indicarse. Por medio de la *auscultacion* se ha examinado lo que pasaba en el pecho durante los grandes esfuerzos del niño para hacer penetrar en él el aire, y durante la inspiracion sibilosa. Es inútil decir que en lo mas fuerte del golpe de tos, no se oye el ruido respiratorio, porque entonces no hay mas que movimientos de espiracion; en el momento mismo en que se producen las inspiraciones entrecortadas, no se percibe en la periferia del pulmon el murmullo vesicular, ni penetra el aire mas allá de las primeras divisiones bronquiales. Durante la inspiracion sibilosa que se verifica en la laringe, el aire no llega tampoco á las vesículas; pero inmediatamente despues se oye en ellas el ruido respiratorio con todos sus caracteres normales.

Sin embargo, los fenómenos quimicos de la respiracion están sin-

(1) Trousseau, *Loc. cit.*, t. II, p. 449.

gularmente modificados, y como sucede casi generalmente se encuentra glicosuria (1). Este es un hecho sobre el que Gibb llamó especialmente la atencion en 1855. Lo mas frecuente que la glicosa no existe, solo existe en corta proporcion en la orina; sin embargo, en ocasiones se encuentra muy cargada; su peso específico está muy aumentado y presentan todos los caracteres de las orinas diabéticas.

Despues del acceso, los enfermos sienten en el pecho dolores mas ó menos vivos. En los casos en que se ha determinado el asiento de estos dolores, se los ha visto ocupar principalmente las inserciones del diafragma. Se ha notado tambien pesadez de cabeza, abotagamiento de la cara, un mal estar mas ó menos marcado, aceleracion de la respiracion y del pulso, y temblor convulsivo de los miembros; pero como ha hecho observar Blache, estos fenómenos no se observan sino en los golpes de tos intensos y de corta duracion.

El fondo de la garganta está siempre un poco rojo, la ubula, las amígdalas están tumefactas. «Un hecho curioso en las coqueluches bien caracterizadas es la presencia de una vesícula amarillenta formada por la epidermis espesada y mortificada, cerca del frenillo de la lengua, dando lugar un flujo de líquido á una ulceracion gris, lardácea, que se cura en el descenso de la enfermedad. Hay algo de verdadero en esta observacion de Braune, Bruck, Zitterland, Lersch y Schmidt. En efecto, existe en gran número de niños afectados de coqueluche una ulceracion lineal ú oval, perpendicular al frenillo de la lengua ó colocado en la base de la lengua en las inmediaciones del frenillo; pero no es este un fenómeno constante: de 109 niños afectados de coqueluche, Bouchut (2) solo le ha encontrado sesenta veces.» Este observador, de acuerdo con Schmidt, refiere estas ulceraciones al contacto de la lengua con los dientes y rechaza por consiguiente la idea de especialidad que le concede Lersch.

El estado *general* nada presenta de notable cuando la enfermedad es sencilla y no muy antigua; pero en el caso contrario se observan ya los síntomas de la complicacion, ya otros fenómenos que no se pueden referir sino á la misma coqueluche. Blache ha visto niños que padecian coqueluches de muy larga duracion, y han perdido sus fuerzas y caido en consuncion. Tambien ha notado síntomas nerviosos graves, delirio, calentura y una timpanitis que á pesar del mas atento exámen no pudo atribuir á ninguna complicacion. En un niño de trece meses, observado en las salas de Trousseau (3), sobrevinieron *convulsiones* seguidas de la muerte.

Cuando la enfermedad tiende á curarse y se halla en el *periodo de declinacion*, el número de golpes de tos disminuye sensiblemente, al mismo tiempo se hacen menos largos y menos penosos, y la expectoracion que los termina se efectúa con mas facilidad. Mas adelante la

(1) Gibb, *The lancet*. Enero de 1855.

(2) Bouchut, *Loc. cit.*, p. 372.

(3) Trousseau, *Bull. thér.*, octubre de 1847.

tos se va haciendo mas húmeda, pierde entonces el carácter de aparecer por accesos que caracteriza á la coqueluche, ó bien solo le presenta momentáneamente, y en fin, es reemplazada por los síntomas de un catarro comun que no tarda en terminarse, cuando no hay complicacion, por el restablecimiento de la salud.

En la coqueluche son frecuentes las *complicaciones*. Las mas comunes de todas son el catarro pulmonar agudo y la pulmonia; despues siguen la bronquitis, las hemorragias, los tubérculos, ciertas hidropesias, la pleuresia, la enteritis, la meningitis, etc., pero Rilliet y Barthez, fundándose en su observacion, no han admitido entre las complicaciones de la coqueluche el enfisema que algunos autores han querido incluir en ellas.

Trousseau considera como casi constante el enfisema vesicular; este es consecuencia de la violencia de la tos; pero solo constituye una lesion transitoria que desaparece espontáneamente despues de la curacion de la coqueluche, á menos que el enfermo no sea de edad avanzada. Se ha demostrado tambien el desarrollo del enfisema interlobular y aun de un enfisema subcutáneo generalizado. La opinion de Rilliet y Barthez dista mucho de ser verdadera.

Un hecho notable cuando las complicaciones inflamatorias se desarrollan es la desaparicion de las quintas de tos (*febris spasmos solvit*, dijo Hipócrates). Lo que prueba que el elemento nervioso es completamente independiente del elemento inflamatorio en la coqueluche puesto que el desarrollo del uno está en razon inversa del desarrollo del otro.

Las hemorragias mas frecuentes son las hemotisis, las epistaxis y la estomatorragia. Bouchut ha visto hemorragias por la mucosa ocular, pero el flujo de sangre, mas curioso y quizá el mas importante porque es á veces sintoma de una grave lesion, es el que se verifica por el orificio esterno del oido. Friquet en 1860 y Gibb en 1861 (1) tuvieron ocasion de observar estos hechos en número de seis. En todos los casos habia una rotura lineal de la membrana del tímpano, ya sea en el centro ya en la circunferencia. Casi siempre la cicatrizacion de la pequeña herida se verifica sin inconveniente para el enfermo, escepto en un niño (Gibb) que tuvo una sordera rebelde á consecuencia de una inflamacion supurada del oido medio.

El mecanismo de esta rotura se comprende fácilmente; durante los esfuerzos de la tos el aire violentamente rechazado á la caja del tímpano al través de la trompa de Eustaquio distiende hasta rasgar la membrana del tímpano en los accesos violentos de tos.

La coqueluche se observa tambien en los *adultos*. La edad introduce algunas diferencias en sus síntomas. Guibert es el autor que mas se ha ocupado de esta cuestion, y de los hechos que ha recogido, ha deducido que la principal diferencia era la falta en los adultos de la

(1) Gibb, *British med. Journ. y London Gazette*, noviembre, 1861.

inspiracion sibilosa, tan notable en los niños. Pero esta diferencia no es constante, y Guibert mismo lo ha reconocido así, puesto que ha observado un caso en que la inspiracion sibilosa era muy marcada. Blache ha citado tambien un hecho del mismo género. Sin embargo, no es menos digno de llamar la atencion el que pueda faltar en el adulto un sintoma tan característico. Bajo este punto de vista se encuentra naturalmente una analogia entre la coqueluche y el crup, en el que hemos visto muchas veces que no hay en el adulto las alteraciones de la respiracion que son tan notables en los niños. En el adulto, la *inspiracion* de la coqueluche es solo muy prolongada.

#### § IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

En el mayor número de casos la coqueluche tiene un curso, primero de incremento, despues estacionario, y por último de declinacion. Algunas veces este curso es mas irregular, y despues de algun tiempo de una mejoría pasagera, se ve que se reproducen los síntomas con una nueva intensidad; pero no se han citado casos en que hubiese una periodicidad bien marcada. Guibert ha visto que el parto suspende momentáneamente los golpes de tos, y Trousseau, y antes que él muchos autores antiguos, han observado que producen el mismo efecto las afecciones febriles intercurrentes.

Como se ha dicho ya, la *duracion* de la enfermedad varia mucho; muy rara vez se termina en menos de quince días, y algunas veces se prolonga por espacio de dos meses y aun mas. En ciertas ocasiones uno de estos períodos es muy corto, al paso que los demás son muy largos.

La duracion de las epidemias es tambien muy variable como se manifiesta en el cuadro siguiente (1):

#### *Duracion de las epidemias sobre 154.*

14 epidemias han durado 2 meses	6 epidemias han durado 7 meses.
19 — — — 5 — 6 — — 8 —	
25 — — — 4 — 5 — — 9 —	
12 — — — 5 — 7 — — 10 —	
27 — — — 6 — 1 — — 11 —	
8 — — — 7 — 15 — — 1 año y mas.	

La *terminacion* de la enfermedad es muy diferente, segun que la coqueluche es simple ó se complica con otra afeccion. En el primer caso se termina casi constantemente de un modo favorable; sin embargo, ciertos médicos han visto sucumbir á algunos niños en medio

(1) Hirsch, *Historisch geographische Pathologie*, Erlangen, 1864, t. II, p. 108.  
VALLEIX.—TOMO II. 65

de un golpe de tos (1). En los casos de complicacion sobreviene la muerte con frecuencia, sobre todo si se manifiesta una enfermedad grave de pecho como la pulmonia ó la tisis.

Despues de la curacion de la coqueluche, se observa que los niños pueden aun por algun tiempo tener quintas de tos características de esta afeccion bajo la influencia de una impresion moral, de la cólera y de toda escitacion nerviosa un poco intensa; pero está probado que recidiva muy rara vez, así como las fiebres eruptivas con las que tiene mucha afinidad.

#### § V.—Lesiones anatómicas.

En la actualidad se admite generalmente que no existen lesiones anatómicas propias de la coqueluche. Las inflamaciones de los bronquios, del pulmon, de los nervios neumogástricos, etc., que se han observado algunas veces, son complicaciones ó simples coincidencias, lo cual ha hecho decir á la mayor parte de los autores, que esta enfermedad es una verdadera neurosis de las vias respiratorias. No se puede desconocer el carácter espasmódico de la enfermedad.

#### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de la coqueluche es fácil en los mas de los casos; sin embargo, Rilliet y Barthez han creído que se la podria confundir con la bronquitis aguda con golpes de tos, y la tuberculizacion de los gánglios bronquiales. Generalmente la coqueluche tiene un período catarral que precede á los accesos de tos, y estos se determinan por la inspiracion sibilosa, por la espectoracion de la materia filamentosa y los vómitos. Cuando la afeccion es simple, es apirética, y la respiracion es natural entre los accesos. Esta enfermedad no se padece mas de una vez en la vida. La *bronquitis aguda con tos*, que repite por accesos, empieza muchas veces de un modo repentino por golpes de tos; estos son menos intensos y no se terminan por la inspiracion sibilosa, la espectoracion filamentosa y el vómito; desde el principio hay una calentura intensa, estertor sibilante, mucoso ó subcrepitante, y estos síntomas son continuos. Por último, esta enfermedad puede padecerse varias veces durante la vida.

Los *tubérculos de los gánglios bronquiales* se distinguen de la coqueluche en que no son contagiosos ni epidémicos, no tienen períodos distintos, y los golpes de tos que son de poca duracion no se terminan por la inspiracion sibilosa, ni por la espectoracion filamentosa, ni por el vómito; además hay sudores, enflaquecimiento, y en una palabra, los síntomas de la tisis; por último, algunas veces el metal de la voz es apagado. Se ve pues, que este segundo diagnóstico tiene menos importancia que el primero.

(1) Lancisi, *De subit. mort.*, lib. I, cap. XVIII, Roma, 1707, y Combes Brassard, *Essai sur les malad. des enfant.*, Paris, 1819.

#### CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

##### 1.º Signos distintivos de la coqueluche y de la bronquitis aguda con accesos de tos.

COQUELUCHE.	BRONQUITIS AGUDA CON GOLPES DE TOS.
Catarral inicial.	Con frecuencia la <i>invasion es repentina</i> por accesos de tos.
Quintas de tos terminadas por la <i>inspiracion sibilosa, espectoracion filamentosa y vómitos</i> .	Quintas de tos menos intensas; no hay <i>inspiracion sibilosa, ni espectoracion filamentosa, ni vómitos</i> .
Afeccion <i>apirética</i> , cuando es simple.	<i>Calentura intensa</i> desde el principio.
Respiracion <i>natural</i> . Murmullo respiratorio en el intervalo de los golpes de tos.	<i>Diversos estertores</i> en el pecho.
No se padece <i>mas de una vez</i> .	Puede padecerse <i>varias veces</i> .
Síntomas <i>intermitentes</i> .	Síntomas <i>continuos</i> .

##### 2.º Signos distintivos de la coqueluche y de los tubérculos de los gánglios bronquiales.

COQUELUCHE.	TUBERCULIZACION DE LOS GÁNGLIOS BRONQUIALES.
Afeccion <i>contagiosa</i> , frecuentemente epidémica.	No es contagiosa ni epidémica.
Quintas de tos prolongadas que se terminan por la <i>inspiracion sibilosa, espectoracion filamentosa y vómitos</i> .	Quintas de tos muy cortas, que no terminan ni por <i>inspiracion sibilosa, ni por espectoracion filamentosa, ni por vómitos</i> .
No hay <i>síntomas generales</i> cuando es simple.	<i>Síntomas de calentura hética</i> .
Voz <i>natural</i> .	En algunos casos <i>voz alterada</i> .

**Pronóstico.** Toda la gravedad del pronóstico depende de la existencia de las complicaciones. Por lo general ofrece tanto mayor peligro cuanto mas joven y mas delicado es el enfermo; pero ¿se puede acaso, en vista de ciertos síntomas ó del curso de la afeccion, juzgar de su gravedad? Trousseau ha notado que por lo comun era tanto mayor la duracion de la enfermedad, cuanto mas se habia prolongado el catarral inicial. Sin embargo, esta es una regla que tiene numerosas excepciones. Por último, la coqueluche es mucho mas grave en el esta-