

*De la Clínica de Niños e Infecciosos de la Academia de Medicina de Düsseldorf (Directors Prof. Dr. A. Eckstein),*

## Sobre el estado actual de la terapéutica de la coqueluche

*Por el Dr. Hünemann, Médico en Jefe.*

Seguramente no existe en nuestras latitudes otra enfermedad infecciosa cuyo tratamiento preocupe tanto a los médicos, como la coqueluche. Según las estadísticas, la coqueluche es la enfermedad que todavía causa más víctimas entre los **niños**. Continuamente se están haciendo nuevos ensayos para combatir con eficacia esta enfermedad, más por desgracia no se dispone de medio alguno de actividad segura después de la declaración de la enfermedad. Por esta razón el médico general ha de cuidar mucho de evitar contagio, sobre todo tratándose de niños de pecho y pequeñitos, y de **que** niños adultos enfermos de coqueluche no entren en contacto con estos últimos. Importa saber el tiempo que la coqueluche es contagiosa. Es seguro que una coqueluche en vías de curación, o sea en estado decreciente, no es ya infecciosa. El cambio, no se sabe todavía el tiempo que se puede considerar como infeccioso el estado convulsivo, cuestión esta muy importante, sobre todo cuando el estado convulsivo se prolonga mucho. Tomando como punto de apoyo, para la determinación de la duración de la infecciosidad, la comprobación de la presen-

cia de los bacilos de Bordet-Gengou. se puede decir que a las cinco a seis semanas del comienzo del estado convulsivo la coqueluche no parece ser contagiosa ya, porque en este tiempo no se consigue la comprobación de los bacilos de Bordet Gengou por cultivo en la placa expuesta a la tos.

Esta afirmación es sostenible y refutable con la hipótesis de que el bacilo de Bordet-Gengou sea el agente de la coqueluche. Hasta ahora no ha podido ser aclarada por entero esta **cuestión**. Pero los trabajos realizados últimamente en este sentido nos convencen cada día más de que ello debe de ser así, sobre todo en vista de que se ha conseguido la diferenciación **segura** del **verdadero** bacilo de la influenza (Langer - Wildtgrube, H. Kleinschmidt, Manteufel-Dress-ler, Gundel-Schlüter). El resultado de esta investigación es extraordinariamente importante para el tratamiento etiológico de la coqueluche, pues así ha sido creada una base segura, p. ej. para conseguir efectos inmuno-biológicos específicos con una vacuna.

Como es bien sabido, la vacuoterapia de la coqueluche mereció en los últimos años el prin-

cial interés, después de haber sido vuelta a recomendar en Alemania en 1930 por Rietschel y de los informes favorables publicados sobre ella por autores holandeses y daneses. Se trató principalmente de vacunas de alta concentración, como las confeccionadas en Alemania por la Casa Bayer-Meister Lucius en tres diversas concentraciones de 4, 6 y 8 millones de gérmenes por C. c. Pero los resultados de este tratamiento fueron en parte contradictorios, que solamente a base de observaciones personales es posible formarse una idea de la actividad de las vacunas. Era de suponer desde un principio, que un efecto franco sobre el curso de la enfermedad sólo tenía que poderse esperar con una vacunación oportuna, o sea en el período de incubación o a lo sumo en el estado catarra, y que la vacunación en estado convulsivo no podía ser otra cosa que un ensayo encaminado a disminuir el número y la intensidad de los accesos de tos. Pero al proceder de acuerdo con este punto de vista, se comprobaba de continuo que los niños pasaban una coqueluche extraordinariamente grave. Esta razón de que muchos médicos rechazaran o abandonaran la vacunoterapia. A esto se añade que los niños reaccionaban a menudo con fuertes aumentos de la temperatura y sensaciones dolorosas en el sitio de la inyección, con lo que los familiares no solían entusiasmarse, mucho con esta clase de tratamiento.

Hace poco ha vuelto a exponer Rietschel su parecer sobre

la vacunoterapia, recalcando que esta clase de tratamiento se debe emplear en primer término como profilaxis de la coqueluche. Los fracasos del empleo profiláctico de las vacunas anteriores, se debieron muchas veces a que las mismas contenían razas de bacilos que según las últimas investigaciones, se tienen que considerar como inactivas. Ahora, que ya se ha adelantado bastante en la diferenciación de las diferentes razas de bacilos de la coqueluche (véase Gundel y Schlüter) se demostrará lo que puede el tratamiento en la profilaxis de la coqueluche. También será necesario volver a ensayar la vacunoterapia con bacilos irreprochables en el estado convulsivo, tarea que debe dejarse por de pronto a la clínica.

Degkwitz recomienda el empleo profiláctico de suero de convalescientes o de sangre de adulto, como en la profilaxis del sarampión, aunque los resultados no son tan seguros como en ésta, ya que la inyección sólo suele poderse aplicar poco antes del comienzo del estado catarral. Pero si pocos días después del contagio se le inyecta al niño suero de convalescientes o sangre de adulto, es segura la protección contra la enfermedad o ésta llega a ser sólo muy leve, si no se administró una dosis entera.

El problema es muy difícil cuando el tratamiento se empieza en el punto culminante de la enfermedad y en las semanas siguientes. Como hemos dicho, no se dispone de ningún medio de acción específica, del

En el tratamiento de la coqueluche en el estado convulsivo y en el de la declinación de los ataques, los médicos suelen conocer demasiado poco, a mi parecer, un punto muy esencial, o sea que a menudo se presentan en los niños alteraciones pulmonares que nosotros solemos calificar de específicas del virus de la coqueluche. En vida, estas alteraciones sólo pueden comprobarse roentgenológicamente, mientras el hallazgo clínico no puede ofrecer ninguna base segura sobre su extensión. Según las investigaciones anatómicas-patológicas de Feyrter, de Gottche y de Eros, en sitios **circunscritos** de los pulmones, de preferencia en las partes basales posteriores de los lóbulos superiores o inferiores o en la llingula así como basalmente en el lóbulo medio, se **presentan** inflamaciones productivas del tejido **peribronquial y perivascular**, que se afirman ya muy pronto en el intersticio. Estas alteraciones pueden ser **tan** pronunciadas hasta en los casos más

recientes como las que se registran según Fervert sólo excepcionalmente en el sarampión y otras afecciones específicas del pulmón. También se han comprobado inflamaciones productivas de la pleura. Estos hallazgos automático-patológicos coinciden con los cuadros roentgenológicos, que se distinguen casi siempre por la forma de una "sombra triangular basal". Es una cinta espesa que va desde ambos hilos hasta los campos paravertebrales y puede ser tan espesa que desaparezcan los límites cardíacos. La base del "triángulo basal" es formada por diafragma y el vértice corresponde a la línea media a la altura del hilus. Estas alteraciones pulmonares pueden ser tan pronunciadas que aparezcan ensombrecidos todos los campos inferiores. El cuadro de la lesión pulmonar de la coqueluche no comprende fiebre; caso de registrarse ésta, tendría que ser atribuida a complicaciones (neumonías focales). En los casos de

pronunciada lesión pulmonar, puede estar alterado el estado general de *los niños* .**aunque** no haya fuertes y numerosos accesos de tos y vómitos. A base de numerosas investigaciones, hemos confirmado los resultados de Gottche, pues también en casos leves de coqueluche hemos negado a comprobar cosa de 40 por cien de las alteraciones roentgenológicamente visibles; en los casos graves y duración prolongada de la enfermedad, se comprobaron siempre estas alteraciones roentgenológicas (Hünemann.) El diagnóstico roentgenológico de la lesión pulmonar de la coqueluche, supone la correspondiente experiencia, ya que a veces no es fácil la diferenciación de otros estados patológicos específicos o no. Considero muy importante esta advertencia sobre los daños pulmonares causados por el **virus** de la coqueluche, pues de ellos podemos deducir terapéuticas. Hemos de preguntarnos si la clase de duración de los accesos de tos podrían depender en parte de esta lesión pulmonar, ya que de ninguna manera se pueden explicar por influencias

nerviosas la gravedad y duración de la enfermedad.

Según nuestras experiencias, las lesiones pulmonares reaccionan muy bien, junto al tratamiento de aire libre, a las medidas físicas en forma de caja térmica de luz eléctrica y aplicaciones de Antiflogistina, **Pisan** y Enelbina, que tienen la ventaja de la prolongada acción calórica. También la **diatermia** prudente de los pulmones puede ser muy buena. No debemos dejar de citar, que también los expectorantes tienen acción favorable, sobre todo cuando hay esputo purulento.

Teniendo en cuenta los aquí expuestos puntos de vista, en el tratamiento de la coqueluche, se podrá conseguir ya algo, sobre todo en los casos graves, prolongados, muy dañados en su estado general. Por lo demás debemos esperar que las investigaciones experimentales y clínicas nos permitan adelantar más en el tratamiento eficaz de la coqueluche.

(Revista Germano-Ibero Americana.)