

EDITORIALES

EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y PROFILAXIS DE LA TOS FERINA

Hay una enfermedad, casi universal, a la cual los padres, los médicos y hasta los mismos higienistas no conceden a menudo toda la atención que merece. Nos referimos a la llamada variamente tos ferina, tos convulsa y coqueluche, cuya importancia puede deducirse del hecho de que epidemias de la misma motivaran aumentos inusitados de la mortalidad general en el Perú en los años 1923 y 1925; que en el Brasil, en la ciudad de Río de Janeiro de 1903 a 1926 el número de defunciones por coqueluche (4,281) fué casi tres veces mayor que el de difteria (1,520), casi el doble que el de tifoidea (2,416), no muy inferior al de escarlatina y casi igual al de disentería (4,449), y en el Estado de S. Paulo en 1927 el número de esos óbitos (764) más que redoblará el de los ocasionados por la difteria (321) y superará incomparablemente el de los motivados por la escarlatina (18), y en Buenos Aires en el quinquenio 1922 a 1926 en los niños hasta la edad de 12 meses, la coqueluche produjo más muertes (204), que el sarampión (100), la escarlatina (7), y la difteria (76); en la Habana, Cuba, el número de defunciones por tos ferina (64) en el sexenio 1921-1927 casi igualó el de las motivadas por el sarampión y la escarlatina combinadas (65); y en la República del Uruguay el número de casos denunciados (621) de julio, 1927, a junio, 1928, fué muy superior al de los de escarlatina (384); y en la República de México las muertes por tos ferina (3,305) en el primer trimestre de 1928 fueron decenas de veces mayores que las de difteria (274) y escarlatina (27).

En lo tocante a los higienistas, el gran problema consiste en la profilaxis de la enfermedad, para lo cual precisa el diagnóstico precoz. Como el estridor característico quizás no aparezca hasta de 8 a 10 días después de iniciarse la enfermedad, y como algunos casos son tan leves los médicos frecuentemente no reconocen la dolencia en su primer período, es decir, cuando es más contagiosa. A fin de resguardar, pues, a los otros niños, tanto padres como médicos deben mostrarse recelosos de cualquier inexplicada tos paroxística, sobre todo si la acompañan vómitos.

Un método reciente que permite a menudo hacer el diagnóstico desde el principio en los casos dudosos y leves consiste en el cultivo

del bacilo. Introducido en Dinamarca bajo la inspiración de Madsen,¹ a Meyer, en Copenhague, el procedimiento le rindió 75 por ciento de positivas en el período catarral, en tanto que sólo encontró el bacilo en 9 por ciento de 1,106 casos después de la cuarta semana. Lawson y Mueller,² de Boston, que también ensayaron el método, descubrieron 59 por ciento de positivas en 533 casos durante el período catarral, a veces hasta 24 horas antes de iniciarse el estridor, y una constante disminución de ese porcentaje mientras más avanzaba la enfermedad. El último cultivo positivo descubierto por ellos fué descubierto a los 36 días de aparecer el estridor y 60 días de comenzar la tos. Morquio³ también ha probado el método en el Uruguay, según declara, con óptimos resultados.

Claro está, y así lo reconocen casi todos los reglamentos relativos a enfermedades transmisibles, que los coqueluchosos deben ser alejados de los niños indemnes todavía, y por supuesto excluidos rigurosamente de la escuela durante todo el período infeccioso. La pertusis es transmitida principalmente de persona en persona, como las demás afecciones del aparato respiratorio, por las secreciones bucales y nasales, pero también por pañuelos, vasos, tazas, juguetes, toallas y otros objetos semejantes que contamine el enfermo.

En las cuarentenas habituales, Lawson y Mueller, así como otros higienistas y los reglamentos aprobados por la Asociación Americana de Sanidad Pública, recalcan la importancia de imponer el aislamiento tempranamente, por ser el período catarral casi seguramente el más infeccioso, en vez de esperar a que aparezca el estridor. Según ellos, teóricamente por lo menos una cuarentena de 30 días desde la iniciación de los síntomas catarrales permitirá controlar 94 por ciento de los posibles portadores, o sea un número muy superior al vigilado actualmente. Los reglamentos aprobados por la Asociación Americana de Sanidad Pública⁴ consideran como período transmisible el que abarca desde 7 días después de la exposición a un sujeto infectado hasta 3 semanas después de aparecer la tos característica, en tanto que en Dinamarca rehusan el alta hasta después de transcurrir cuatro semanas del comienzo de enfermedad y de obtenerse dos cultivos negativos.

Hay que hacer notar que el método de los cultivos sólo dará los resultados esperados en las grandes ciudades provistas de laboratorios y en países pequeños como Dinamarca y Uruguay. En otras partes, precisará la cooperación más eficaz de parte de médicos y padres con las autoridades de sanidad, a fin de despistar cuanto antes los casos y de proteger a los pequeños inocentes. Claro está que no conviene mantener demasiado encerrados a los niños coqueluchosos, pues

¹ Madsen, Thorvald: *Boston Med. & Surg. Jour.* 192: 50 (eno. 8) 1925.

² Lawson, G. M., y Mueller, Mary: *Jour. Am. Med. Assn.* 89: 275 (jul. 23) 1927.

³ Véase este número del *BOLETÍN*, p. 36.

⁴ Véase el *BOLETÍN* de abril, 1927, p. 348.

necesitan aire libre y sol, y de no haber fiebre y ser el tiempo apacible, puede dejárseles que salgan, llevando brazales, y sin mezclarse con las demás criaturas. Exclusión de la escuela durante todo el período infeccioso es, por de contado, de rigor. Las casas en que existan tales casos deben ser debidamente marcadas con carteles.

AVISOS A LAS MADRES

La coqueluche es peligrosísima para los niños que tienen menos de 5 años. Impedid que vuestros hijos contraigan la enfermedad, siempre si es posible; si no, mientras más tiempo podáis.

Prohibid a vuestros hijos que se aproximen a otros niños que tosan.

Prohibidles también que empleen y hasta toquen pañuelos, vasos, tazas, juguetes, toallas y objetos semejantes utilizados por sus compañeros de escuela o de recreo.

En caso de duda, llamad al médico.

LA PRÓXIMA REVISIÓN DE LA NOMENCLATURA INTERNACIONAL DE LA MORTALIDAD

Allá por el otoño de 1929 va a celebrarse, como de costumbre en París, la conferencia decenal que se encarga de revisar la Clasificación Internacional de las Causas de Muertes y Enfermedades. Como varias Repúblicas Americanas se harán sin duda representar en esa ocasión, vale la pena mencionar algunos puntos que se ventilarán entonces.

Entre los temas más importantes figura la proposición de dividir la clasificación en tres subdivisiones, en vez de dos como ahora. Habría así primero, una extensa lista pormenorizada que capacitaría a ciertos países, por ejemplo Cuba y los Estados Unidos de América, a tabular las causas de muerte de una manera mucho más meticulosa que otros; segundo, una lista abreviada que sólo abarca las causas más importantes, como la que ya utilizan en muchos países; y tercero, una clasificación intermedia, muy necesaria, que servirá a las naciones para las cuales la primera lista peca por exceso, y la segunda, por deficiencia, de datos.

Esta conferencia internacional de demografía va a estudiar también los cambios necesarios, a fin de que la clasificación se conforme a los nuevos hechos establecidos en medicina y patología. Por ejemplo, hay quienes piden que el reumatismo agudo sea trasladado de las "enfermedades generales" a "las enfermedades epidémicas, endémicas e infecciosas."

Todos saben que la clasificación internacional tiene por fin primordial el facilitar a estadistas, demógrafos y médicos de sanidad con un modelo capaz de reflejar la mortalidad y morbilidad de todos los países