3002

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PAROTIDITIS EPIDÉMICA

TESIS INAUGURAL

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MODESTO BARCIA
Ex interno de los hospitales, 1894-1898

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE P. E. CONI É HIJOS
680 — CALLE PERÚ — 680
1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PAROTIDITIS EPIDÉMICA

—

TESIS INAUGURAL

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MODESTO BARCIA
Ex interno de los hospitales, 1894-1898

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE P. E. CONI É HIJOS
680 — CALLE PERÚ — 680
—
1898

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

(Art. 162 del Reglamento.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Doctor ENRIQUE E. DEL ARCA

VICE-DECANO

Doctor Pedro Mallo

ACADÉMICOS TITULARES

Doctor Leopoldo Montes de Oca
» José T. Baca
» Rafael Herrera Vegas
» Pedro Mallo
» Jacob de T. Pinto
» Eufemio Uballes
» Juan R. Fernandez
» Enrique E. del Arca
» Pedro N. Arata
» Manuel Blancas
» Roberto Wernicke
» Pedro Lagleyze
» José Penna
» Luis Güemes
» Eliseo Cantón.

ACADÉMICOS HONORARIOS

Doctor Ernesto Aberg
» Pablo Marengo
» Eduardo Wilde
» Martin Spuch
» Telémaco Susini
» Emilio R. Coni
» Edmundo Nocard

Secretario titular : Dr. Luis M. Acuña
Prosecretario : Dr. Zenón Aguilar

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía Descriptiva	Doctor Juan José Naón.
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	» Rodolfo de Gainza.
Fisiología General y Humana	» Pedro J. Coronado.
Higiene Pública y Privada	» Melitón Gonzalez del Solar.
Patología General y Ejercicios clínicos	» Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma.
Patología Externa	» Obdulio Hernandez.
Patología Interna	» José Penna.
Anatómía Patológica	» Telémaco Susini.
Bacteriología	» Carlos G. Malbrán.
Medicina Operatoria	» Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica.	» Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	» Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica.	» Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su clínica	» José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	» Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	» Julián Aguilar. » Antonio C. Gandolfo. » Alejandro Castro.
Clínica médica	» Gregorio N. Chaves. » Luis Güemes. » Abel Ayerza. » Francisco A. Sicardi.
Obstetricia y clínica respectiva	» Samuel A. Molina.
Medicina Legal	» Eduardo M. Perez.
Enfermedades génito-urinarias	» Federico Texo.
Toxicología	» Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata.
Química analítica	» Atanasio Quiroga.
Física Médica	» Jaime R. Costa.
Zoología médica	» Eliseo Cantón.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Baldomero Sommer.
Laringología, otología y rinología	» Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	» Juan A. Boeri.
Botánica médica	» Martín Spuch.
Botánica farmacéutica	» Adolfo Mujica.
Farmacia práctica	» J. Manuel Irizar.
Obstetricia para alumnas parteras	» Juan R. Fernández.
Odontología	» Nicasio Etchepareborda.
Dentistería operatoria	» León Pereyra.

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Anatomía Descriptiva	Doctor Juan D. Piñero.
Anatomía Topográfica	» Avelino Gutiérrez.
Histología teórico-práctica	» Samuel de Madrid.
Fisiología general y humana	» Vacante.
Higiene Publica y Privada	» Enrique Revilla » Ricardo Schatz.
Patología General y Ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	» Enrique E. del Arca. » Angel M. Centeno.
Patología Externa	» Daniel J. Cranwell. » Pascual Palma.
Patología Interna	» Marcial V. Quiroga.
Anatomía Patológica	» José Badía.
Medicina operatoria	» Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde. » José F. Molinari.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero. » Facundo Larguía,
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	» Francisco Barraza. » Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su clínica	» José A. Estevez. » Jose R. Semprun.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	» Benjamín T. Solari.
Clínica Quirúrgica	» Juan B. Justo. » Diógenes Decoud.
Clínica Médica	» Julio Mendez. » Ignacio Allende. » Patricio Fleming.
Física médica	» Juan J. Galiano.
Obstetricía y su clínica	» Luis F. Vila. » Fanor Velarde.
Medicina legal	» Francisco de Veyga. » Domingo Cavia.
Toxicología	» Juan Alba Carreras.
Química aplicada á la Medicina	» Francisco P. Lavalle.
Farmacia práctica	» Vacante.
Botánica médica	» Lucio Durañona.
Botánica Farmacéutica	» Roberto S. Kolbe.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Maximiliano Aberastury.
Laringología, otología, rinología	» Wenceslao Tello
Obstetricía para alumnas parteras	» Enrique Pietranera.
Dentistería operatoria	» Vacante.

PADRINO DE TÉSIS

ACADÉMICO DOCTOR DON JOSÉ PENNA

A MIS PADRES

Á MI ESPOSA

Señores :

Al presentar este trabajo, seguramente incompleto, lo hago sin más pretensión que cumplir con la última prueba que exige el reglamento de la Facultad de Medicina á sus alumnos.

Cumplo con el grato deber de hacer público mi profundo reconocimiento á los profesores que, con sus sabias lecciones, me han guiado por el camino de la ciencia, y al doctor Penna, que me acompaña en este acto, mi gratitud eterna.

PAROTIDITIS EPIDÉMICA

I

Durante largo tiempo ha sido desconocida la naturaleza íntima de la parotiditis epidémica, confundiéndola con la parotiditis simple y las adenitis de la región; creo, pues, necesario, á ejemplo de Dieulafoy, antes de abordar el estudio que motiva estas líneas, hacer una distinción entre las *parotiditis,* complicación que sobreviene algunas veces en la marcha de las enfermedades infecciosas ; y como ejemplos, tenemos las parotiditis por infección secundaria del sarampión, escarlatina, viruela, fiebre tifoidea, etc.; y las parotiditis ligadas á las estomatitis, debidas las más de las veces á la poca higiene que observan los enfermos y al descuido de

los encargados de cuidarlos, cuya negligencia facilita á los microorganismos, huéspedes habituales de la cavidad bucal, la emigración á través del conducto de Stenon é inflamando la glándula parótida, que no pocas veces está condenada á supurar, y que pone al enfermo en peligro de muerte, y la *parotiditis epidémica, paperas, fiebre glandular, fièvre ourlienne,* de los autores franceses, enfermedad infecto-contagiosa y que no solamente se localiza de preferencia en las glándulas salivales: parótida submaxilar y sublingual, sino que presenta otras localizaciones, aunque no constantes, en otras glándulas de la economía: testículos, ovarios, mamas, etc., que se acompañan de fenómenos generales más ó menos acentuados, y cuyo pronóstico es, generalmente, favorable.

La afección que nos ocupa ha sido descripta por Hipócrates, el cual no solamente había observado que atacaba de preferencia á los adolescentes y que la inflamación no se limitaba tan sólo á la región parotídea, sino que podía descender á los testículos; insistía también en la benignidad y en la poca reacción general de la enfermedad.

Estudiada por Capuron, en 1720, por Hamilton, en 1761, por Mangor, en 1773, los que en diferentes epidemias reconocieron la localización testicular y la naturaleza contagiosa de la enfermedad. Protolongo, en 1752, fué más allá, y trató de asimilar las paperas á las fiebres eruptivas, opinión que es sostenida hoy por Trousseau, Peter, Colin y Laverán.

II

La parotiditis epidémica, es, seguramente, producida por un agente microbiano, aunque los estudios practicados hasta hoy hayan sido infructuosos para descubrirlo.

En 1881, Capitan y Charrain, indicaron como agente morboso un microorganismo de forma esférica, extraído de la sangre de un enfermo atacado de paperas.

Olivier, en 1885, y Boinet, en la misma época, encontraron en la sangre y la orina microorganismos análogos á los estudiados por Capitan y Charrain.

Más tarde, en 1889, Bordas consiguió aislar un bacilo al que llamó *bacillus parotidis,* de la saliva y de las costras desecadas de la comisura labial, que tenían la forma de bastoncitos con extremidades

ligeramente curvas que se desarrollan rápidamente (8 horas), formando pequeñas colonias inmóviles, de color blanco grisáceo y que no liquidan la gelatina. El bacilo sería eliminado con la saliva y ésta, desecada sobre los labios y las ropas, pondrían los esporos en contacto del aire y éste los transportaría contagiando á los individuos sanos.

Laveran y Catrin (1893-1895), prosiguiendo los estudios de Bordas, encontraron, no solamente en la sangre y saliva sino también, extrayendo por punción la serosidad parotídea, periparotídea y testicular, diplococos de uno á cinco milésimos de milímetro, teniendo poca movilidad, coloreándose fácilmente con los colores de anilina, pero no tomando coloración por el método de Graam, y cultivándose en los medios nutritivos ordinarios.

En una comunicación hecha á la Sociedad de Medicina interna (*Semaine Médicale,* marzo 29 de 1897), Michaelis, demostró que en la sangre y pus de un abceso consecutivo á una parotiditis epidémica, había encontrado en las células del pus diplococos de pequeñas dimensiones, dispuestos en

cadenas, que gozaban de movimientos propios, cultivándose en caldo, gelatina, etc., y que se coloreaban con los colores de anilina y no por el método de coloración de Graam.

Como se vé, los diplococos estudiados por Michaelis, difieren de los diplococos encontrados por Laveran y Catrin, y tanto uno como los otros no han podido transmitir en sus experiencias la enfermedad á los animales.

Resulta de lo expuesto, que el agente productor de la parotiditis epidémica está aún por conocerse, ya sea porque los métodos de investigación del microorganismo sean defectuosos, en vista de la gran cantidad de bacterios que pululan normalmente en la saliva, especialmente diplococos y estreptococos, y que no se pueden evitar aun recogiéndola directamente del conducto de Stenon (Laveran), ó ya sea porque no se conoce aún el animal al cual esta enfermedad sea susceptible de ser transmitida. Pero como la naturaleza específica de la afección no puede negarse, pues presenta todos los caracteres de una enfermedad microbiana : contagiosidad, epidemicidad, inmunidad, etc., no será extraño

que la bacteriología, que día á día hace progresos, cuente en tiempo no lejano con un microorganismo más, no especificado todavía. La ciencia bacteriológica no ha dado ejemplos de hechos parecidos.

III

La parotiditis epidémica es rara en los dos primeros años de la vida y en la vejez. Soltman explica la casi inmunidad de los niños de pecho por la pequeñez del conducto de Stenon, y el poco desarrollo que tienen en esa edad las glándulas salivales. No sería dudoso que entrara también en causa lo invariable que es la alimentación del niño de pecho, no habiendo ocasión, como en los de más edad, de producirse la infección por medio de los diversos alimentos que ingieren. Se ha visto, no obstante, á un recién nacido, contraer la enfermedad de la madre, la cual estaba afectada de parotiditis epidémica (Gautier), y también se ha observado la transmisión de esta afección de la madre al feto (Human, Gerhardt).

La parotiditis epidémica se contrae con más frecuencia entre tres y veinte años de edad, notándose con más frecuencia entre los hombres que en las mujeres.

Aunque la parotiditis epidémica puede desarrollarse en cualquier época del año, la predisposición á contraer la enfermedad parece estar favorecida por los cambios de temperatura y la humedad atmosférica, así se notan entre nosotros que el número de los atacados de parotiditis epidémica, aumenta en la primavera y el otoño, estaciones del año en que los cambios atmosféricos son tan variables. Tenemos, como ejemplo, la epidemia que se desarrolló en julio de 1894, que se extendió á los alrededores de la ciudad, siendo notable el número de atacados (Dr Araoz Alfaro, *Anales del Círculo Médico,* agosto, 1894).

En nuestro ejército ha habido y hay epidemias en pequeño, especialmente en los soldados jóvenes. Según el doctor Francisco de Veyga, la existencia de la parotiditis epidémica en el ejército debe datar de hace mucho tiempo.

En los campamentos de Curumalán y del Tan-

dil se desarrolló la parotiditis epidémica, estas tropas fueron reunidas en 1896 y 1898 respectivamente y en la estación de otoño.

Algunos autores han encontrado cierta relación entre las epidemias de paperas y epidemias de sarampión, escarlatina y difteria.

La enfermedad se desarrolla de preferencia en las colectividades de sujetos jóvenes: colegios, cuarteles, etc.

La manera de difundirse el contagio es poco conocida. Algunos piensan, como Bordas, que la saliva desecada en las ropas del enfermo sería el vehículo del virus, los esporos serían entonces trasportados por medio del aire y llegarían á la boca del individuo sano, al que infectarían. Pero se ha demostrado que no es por el aire que el contagio se verifica, pues aislando de todo contacto á los enfermos, por sencillo que sea el aislamiento, como ser una simple separación en los lechos de un hospital (Queirolo), ó una pared ó una puerta en un colegio (Variot), son elementos suficientes para que el contagio no se produzca.

Así se explica la poca difusión de la enfermedad

y que las epidemias de parotiditis epidémica queden algunas veces reducidas à estrechos límites. En las epidemias de los campamentos citados más arriba, no todos los cuerpos fueron atacados por las paperas.

Se necesita, pues, un contacto directo entre el enfermo ó los objetos que han estado en contacto con él, para que pueda producirse el contagio. Se comprende fácilmente que la saliva ha de ser el vehículo que en la generalidad de los casos transporte el germen de la enfermedad. Un pañuelo, las ropas de la cama ú otros objetos humedecidos por la secreción salivar, serán los trasmisores del contagio. El doctor Aráoz Alfaro cita el caso de una señora que contrajo la parotiditis epidémica á consecuencia de haber tomado mate en compañía de una amiga que estaba afectada de paperas.

El contagio es posible, según Vacher, Rendu, Sevestre y otros, antes de que sobrevengan las manifestaciones características de la enfermedad y hasta que el organismo elimine totalmente el material infeccioso. Como en el sarampión, la contagiosidad es de temer al principio, en el período de

invasión, atenuándose en seguida hasta desaparecer completamente.

No se conoce todavía con seguridad la entrada del agente infeccioso al organismo. La variabilidad de localización que presenta la enfermedad nos demuestra que no es solamente el conducto de Stenon la sola vía accesible, aunque no obstante sea la más frecuente por la que el elemento morboso produzca la infección.

Trousseau, Guéneau de Mussy, Morssou, describen un estado congestivo de la mucosa bucal, del velo del paladar y alrededor del orificio del conducto de Stenon, y hacen de ese estado un exantema, comparándolo con el de las fiebres eruptivas, entre cuyo grupo colocan á la parotiditis epidémica.

Se encuentra, efectivamente, en ciertos casos, un eritema extendido al velo del paladar, á las amígdalas, etc., constituyendo una verdadera angina. Barthes y Sanne han notado la amigdalitis y la faringitis 30 veces en 230 casos ; Comby, que cita el caso de un niño que presentaba tres días antes de la aparición de la parotiditis epidémica una an-

gina difteroide ó estreptococos; Laveran y otros dudan de las alteraciones encontradas por Guéneau de Mussy y Morssou, y declaran que el citado exantema es muy raro. El doctor Aráoz Alfaro, en varios casos (epidemia de 1894), ha notado una vez una angina ligera y una rubefacción difusa de la mucosa de las mejillas.

IV

Se notan en el curso de la parotiditis epidémica síntomas generales y síntomas locales.

La duración del período de incubación no está bien determinada; así, Rilliet y Barthes le asignan una duración de 20 á 22 días, Trousseau la calcula entre 10 y 15, Soltman entre 9 y 18, Henoch hace oscilar este período de 14 á 22 días, Comby señala como duración media de la incubación tres semanas, siendo susceptible de acortarse ó alargarse más allá de 24, 25 y 26 días.

Durante el período de incubación, no se notan fenómenos morbosos de importancia, siendo tan silencioso que casi siempre pasa desapercibido, únicamente al fin del período aparece cierto malestar, principalmente en los niños.

El período prodrómico es también insidioso; se

observa, sin embargo, ligero aumento en la temperatura, postración, anorexia. Comby cita entre los fenómenos prodrómicos la otalgia uni ó bilateral, que precede á la tumefacción parotídea de doce á catorce horas.

La fiebre puede ser bastante elevada antes de la localización glandular, en los niños se notan temperaturas de 39 y 40°, pudiendo también haber vómitos, diarrea, convulsiones ; estos casos graves son raros.

El período prodrómico dura de doce á veinticuatro horas, al cabo de las cuales empiezan á notarse los síntomas locales que más llaman la atención del enfermo.

Los pacientes se quejan de dolores sordos, contusivos en las regiones de la mejilla y parótida, y que se acompañan de una sensación de tensión, se quejan asimismo de dolores en el oído y de sordera. Estos dolores se acentúan en los primeros dos ó tres días, durante los cuales se desarrolla la tumefacción glandular.

Procediendo al examen de un enfermo afectado de parotiditis epidémica, se observa que la tume-

facción se extiende desde la apófisis mastoides y parte superior del músculo externo-cleido-mastoideo á la rama ascendente del maxilar inferior; en ciertos casos invade también las regiones vecinas, como ser: los párpados, región temporal, cuello y llegando algunas veces hasta la parte superior del tórax.

A consecuencia del dolor y la tumefacción, el enfermo coloca su cabeza en diferentes posiciones; si la tumefacción es unilateral, la inclina hacia el lado enfermo, disminuyendo de esta manera la tensión y, por lo tanto, el dolor; cuando los lados están tumefactos, evita entonces todo movimiento á su cabeza y cuello, lo que da á sus facciones una expresión particular.

El tejido conjuntivo subcutáneo edematoso, contribuye también á aumentar más la tumefacción, y debido á las dos causas, tumefacción y edema, la piel se presenta tensa, de coloración un tanto roja, lisa y brillante.

Palpando la región tumefacta, se tiene una sensación pastosa, y queda impresa la pulpa de los dedos á la presión digital. Los enfermos acusan

dolores cuando se les palpan, y Rilliet señala como puntos sensibles :

1° Al nivel de la articulación témporo-maxilar;

2° Al nivel de la apófisis mastoides ; y

3° Al nivel de la glándula submaxilar.

Se despierta también dolor cuando el enfermo pone en movimiento la mandíbula inferior para comer ó hablar, siendo en algunos casos los dolores tan agudos, que los pacientes tienen que expresarse *entre dientes* y alimentarse con líquidos, pues los alimentos sólidos no podrían pasar entre las arcadas dentarias. Comby cree haya un verdadero trismus reflejo.

En general, la tumefacción se presenta de ambos lados, apareciendo primero de uno, y después del otro ; en la mayoría de los casos es á la izquierda donde primero se manifiesta.

La tumefacción invade, en algunos casos, las glándulas submaxilares y también, aunque rara vez, las sublinguales.

El examen de la cavidad bucal nos revela comunmente una ligera angina.

Mientras algunos autores han observado que la

secreción salivar ni aumenta, ni disminuye, como Rilliet y Laveran, otros admiten la diminución, como Bouchut y Trousseau. Finalmente, Comby, Simon, Protonio, han observado un aumento en la secreción.

He notado que á consecuencía del dolor que experimentan ciertos enfermos en los movimientos de deglución, la saliva, no pudiendo ser tragada, se acumula en la boca, produciéndose un babeo continuo, especialmente en los niños, lo que contribuye á que sea mayor la expresión de estupidez que presentan los atacados de parotiditis epidémica.

A estos fenómenos locales, se unen los fenómenos generales, tales como la fiebre que, aunque moderada, es constante, y que á veces no se acompaña de la reacción general del organismo, y tan es así, que en algunos casos, sólo con ayuda del termómetro se llega á conocerla, habiendo enfermos que siguen entregados á sus trabajos habituales. En general, la temperatura oscila entre 38 y 39°, con algunas remisiones matinales; el pulso y la respiración están en relación con la temperatura.

Se notan, sin embargo, fenómenos disneicos cuan-

do la tumefacción abarca el tejido submucoso de la laringe.

En otros casos, la fiebre se levanta acompañándose de fenómenos generales intensos, y que pueden hacer creer, en el primer momento, en la invasión de una enfermedad más grave.

Los enfermos pierden el apetito, hay tendencia al vómito y á la constipación.

Después de una duración de ocho á diez días, y en la mayoría de los casos, los síntomas disminuyen á medida que se inicia la resolución de la fluxión parotídea. La glándula vuelve á su estado normal, no notándose induración, ni nada que pueda revelar el estado patológico anterior.

No obstante, puede suceder que la glándula supure, siendo esto debido á la infección secundaria, esta complicación se observa en los adultos; en los niños es poco frecuente notarla.

Tal es la descripción de un caso de parotiditis epidémica de marcha normal; pero no siempre evoluciona así, pues puede presentar en su curso localizaciones y complicaciones varias.

Penzoldt, describe una variedad clínica en la

cual, con los síntomas comunes de la enfermedad que tratamos, la localización se hizo en las glándulas submaxilar y sublingual, quedando indemne la parótida, y que evolucionó como un caso normal de paperas.

Geulliot, describe un caso en que la tumefacción se hizo en la glándula tiroides, conjuntamente con las parótidas, desapareciendo aquélla una vez terminada la fluxión parotídea. Esta localización es muy rara, lo mismo que la describen Karth, Hirchberg, y otros, en la glándula lagrimal.

Una localización más frecuente de la fluxión glandular, es la que se nota en el aparato genital y anexos, siendo en orden de frecuencia las orquitis, ovaritis y mamitis. Algunos autores señalan también las prostatitis, como Gosselin y Comby.

La orquitis, que tanto ha preocupado á los médicos del ejército, por su frecuencia y los desórdenes que acarrea á los jóvenes soldados, aparece en el curso de la parotiditis epidémica, al cuarto ó quinto día del comienzo de la tumefacción parotídea. Se anuncia con elevación de temperatura, delirio, agitación, vómitos; otras veces dominan

la escena, síntomas de colapso : pulso pequeño y frecuente, extremidades frías, ansiedad, palidez extrema.

En la mayoría de los casos, es el testículo derecho el afectado ; el enfermo acusa dolores en el testículo, epididimo y trayecto del cordón, dolores que irradian al pliegue de la ingle y región lumbar ; esto, unido á los síntomas anteriores, hace creer en la invasión de una peritonitis. El testículo se encuentra aumentado de volumen, doble ó triple del normal, doloroso espontáneamente y á la presión, la piel del escroto se pone tensa y un tanto edematosa.

El epididimo y el cordón se encuentran en condiciones normales.

Después de dos ó tres días, durante los cuales la localización testicular se pone de manifiesto, los síntomas generales disminuyen de intensidad. La fiebre continúa oscilando ligeramente, hasta que, cuatro ó cinco días después, desciende bruscamente por crisis. Coincide este estado con la iniciación del proceso resolutivo de la tumefacción testicular, que se verifica completamente al cabo de diez á

quince días, quedando la glándula con su volumen normal.

Sin embargo, frecuentemente, el 35 °/₀, según Dogny *(Journal de Médecine et Chirurgie,* 1832), la resolución de la fluxión testicular trae consigo el reblandecimiento y la atrofia del testículo, que se establece lentamente y que, cuando la atrofia es bilateral, sobreviene en el individuo afectado, las modificaciones constitucionales inherentes á la falta de estos órganos, es decir, la impotencia, infecundidad, feminismo, etc.

Cuando la atrofia es completa, el testículo se presenta blando, muy reducido de volumen, pero conserva su forma, y no presenta, como el testículo sifilítico, ni induración, ni irregularidades en su superficie.

Esta localización fué señalada en 1761, por Hamilton, y estudiada después por Munt, Frank, Rilliet y otros.

Otra localización observada, pero no tan frecuente, es la ovaritis, que se manifiesta por renitencia, dolor y tumefacción en la región de los ovarios. Segun Vogt, se tiene la sensación de tumor pal-

pando la fosa ilíaca. Como en la orquitis, pueden enfermarse ó uno ó los dos ovarios.

Esta localización, como las otras que se observan, evolucionan de igual manera que las descriptas anteriormente.

V

En el curso de la parotiditis epidémica, especialmente en los casos graves, los autores han descripto complicaciones en diversos órganos.

Del lado del aparato respiratorio : la fluxión parotídea puede extenderse al tejido conjuntivo vecino y comprimir la laringe y producir, por lo tanto, accesos de sofocación. Se han observado el edema de la glotis, la bronco-neumonia y la congestión pulmonar. Estas complicaciones no están en relación directa con la infección fundamental.

En el aparato circulatorio, Jaccoud y Grancher han observado la endocarditis y la pericarditis, en el curso de la parotiditis epidémica, y que han desaparecido sin dejar trás de sí ningún trastorno funcional.

En el sistema nervioso : el delirio, la agitación,

convulsiones, estado comatoso, contracturas, se muestran en los casos de localización testicular.

Por otra parte, la tumefacción parotídea impidiendo la circulación de retorno, por la compresión que sufren las venas yugulares, hace que haya éxtasis venoso en los órganos contenidos en la cavidad craneana; de aquí síntomas de edema y compresión cerebral, como ser cefalalgia, vómitos, vértigos, etc.

Se ha señalado también la meningitis y las parálisis periféricas.

En el oído, la aparición de la sordera ha sido notada por Lemoine y Louvois. Cormor dice que esta sordera es producida por una lesión del laberinto, probablemente transmitida á éste por intermedio del oído medio.

En el órgano de la visión, aparte de la localización de la glándula lagrimal, se han observado la conjuntivitis y la keratitis, como también edema de la papila con ambliopía y parálisis de la acomodación.

En los casos graves de paperas se ha visto aparecer la abulminuria, aunque poco abundante.

Puede sobrevenir en el curso de la parotiditis epidémica un pseudo-reumatismo infeccioso, como lo prueban los diplococos estudiados por Catrin y hallados en la serosidad articular extraída por punción. Aparece la tumefacción, siempre moderada, en una ó varias articulaciones, no ofrece gravedad y desaparece de una manera rápida y completa.

Las mucosas pueden presentar signos de congestión más ó menos intensa. Han sido señaladas la uretritis y la vaginitis.

Muy pocos son los estudios que se han hecho para conocer la anatomía patológica de la parotiditis epidémica

Para Virchow, el proceso consiste en una inflamación canalicular primitiva, que se extendería después al tejido conjuntivo periglandular.

Para Trousseau, es una hiperemia de la glándula parótida.

Los estudios de Jacob y de Ranvier, practicados en un sujeto muerto de edema de la glotis consecutivo á parotiditis epidémica, muestran que no se trata de lesiones inflamatorias y que el proceso estaba reducido á la infiltración del tejido celular por un líquido seroso.

En cuanto á las lesiones testiculares se limitan,

según Malasses, á la diminución de volumen de los tubos seminíferos; en algunos de ellos se nota la túnica interna espesada, habiendo desaparecido el epitelio glandular de la luz de los mismos.

VII

La parotiditis epidémica es una de las enfermedades infecciosas, cuyo pronóstico es el más favorable.

Hay, evidentemente, casos en que, ya sea por la localización de la fluxión glandular ó por las complicaciones que se produzcan, ó por la constitución débil del sujeto afectado, en que el pronóstico deja de ser favorable, especialmente en tiempo de epidemia. Estos casos, raros siempre, se notan en los adultos, pues en los niños la parotiditis epidémica evoluciona de una manera regular, habitualmente sin complicaciones, y terminándose casi siempre por una resolución rápida (Comby).

El pronóstico debe ser reservado en los casos de orquitis y principalmente de orquitis doble, por la atrofia testicular que puede ser el resultado.

El diagnóstico de la parotiditis epidémica, antes de la aparición de la fluxión glandular, es imposible.

Una vez establecida, la tumefacción parotídea puede confundirse con las inflamaciones de las glándulas linfáticas, sintomáticas de la difteria y de la escarlatina, pero el sitio de la tumefacción, el examen de la garganta y los síntomas generales harán pronto desaparecer la duda en unos y otros.

En los casos de anómala localización : en las glándulas submaxilares, sublinguales, testículos, etc., en ausencia de la localización parotídea, el diagnóstico podrá hacerse estudiando la marcha de la enfermedad ó por la relación entre estos casos y otros de parotiditis epidémica desarrollados en el curso de una epidemia.

No se confundirá la orquitis de la fiebre glandular con la orquitis blenorrágica : la ausencia de lesiones en el epididimo y la falta de flujo uretral establecerán el diagnóstico.

En las formas habituales de la enfermedad, el tratamiento consiste en los cuidados higiénicos comunes á las enfermedades infecto-contagiosas.

Según la opinión de algunos autores, no debía ordenarse el aislamiento en los niños, en virtud de que en éstos la localización testicular es la excepción y que, confiriendo la parotiditis epidémica la inmunidad, los preservaba de esta localización temible en su mayor edad. Sin embargo, debe aconsejarse el aislamiento, pues no estamos autorizados á dejar contraer una enfermedad que, aunque benigna, no deja de ser molesta y de tener sus peligros.

Además de un purgante se ordenará el reposo, alimentación lactea, aplicaciones frías continuas en el sitio de la tumefacción glandular y la higiene rigurosa de la cavidad bucal.

En las formas graves, cuando sobrevengan síntomas tifóideos ó adinámicos, se dirigirá contra ellos una terapéutica sintomática.

Para contrarrestar la elevación de la temperatura se recurrirá á los antipiréticos ó á los baños frios.

En los casos de localización testicular está indicado un vendaje compresivo y suspensivo de las bolsas

OBSERVACIONES

I

Sala doctor Del Viso. — Cama número 140.

Gregorio Villalba, argentino, 30 años, soltero, marinero; procede del acorazado *9 de Julio*.

Antecedentes hereditarios. — Buenos.

Antecedentes individuales. — Siempre ha sido sano, salvo hace dos meses tuvo blenorragia y de la que actualmente está curado.

Principio de la enfermedad. — El día 9 de agosto, al dejar su trabajo, empezó á sentir dolor en el lado izquierdo de la cara y al poco tiempo notó que se le hinchaba. Tenía puntos en los cuales no podía tocarse porque le aumentaba el dolor y según los localiza, son : la apófisis mastoidea y la región de la glándula parótida; le dolían los oídos, pero oía bien; masticaba los alimentos con facili-

dad. Durante la noche tuvo fiebre, cefalalgia, insomnio y malestar general. Al día siguiente se reproduce la misma escena del lado derecho; desde entonces ya no puede masticar, los movimientos de abrir y cerrar la boca le producían dolor, como asimismo eran dolorosos los dientes, la boca y la garganta, los líquidos, sin embargo, los ingería con facilidad. Al cuarto día el dolor había disminuído un poco, se encontraba con apetito, dormía durante la noche, pero seguía con la cara hinchada y con decaimiento en todo el cuerpo.

Estado actual. — El día 18 de agosto, ingresa al hospital. Es un individuo bien constituído y con buen panículo adiposo. Presenta una tumefacción en ambos lados de la cara, un poco mayor en el derecho, situados por detrás de los ángulos de las mandíbulas, y que extendiéndose hacia atrás, levanta el lóbulo de ambas orejas; la glándula submaxilar se nota algo tumefacta en los dos lados. La piel de la región tumefacta está algo rojiza y edematosa. La tumefacción se extiende á ambos lados del cuello. No se nota nada de anormal en la mucosa bucal y anexos. Dolores poco marcados,

pues mastica con facilidad, tiene apetito, duerme bien y se queja de debilidad en todo el cuerpo.

Temperatura de la tarde, 38°5.

Se le administra un purgante de sulfato de sodio. Hielo en la región tumefacta. Lavatorios antisépticos bucales. Dieta lactea.

19 de agosto. — El enfermo sigue con fiebre, 39°5. Orinas 1000 centímetros cúbicos : su examen no denota nada de anormal. Se administra sulfato de quinina.

20 de agosto.— Temperatura 37°8. Empieza á disminuir la tumefacción, el dolor ha desaparecido.

Los días siguientes la fiebre ha desaparecido, disminuye paulatinamente la tumefacción. El enfermo recupera las fuerzas y sale de alta el 24 de agosto, curado.

II

Sala doctor Del Viso. — Cama número 145.

Claro Zapata, argentino, 24 años, soltero, marinero; procede del acorazado *9 de Julio.*

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes individuales. — Hace dos años, tuvo un chancro y, hace dos meses, una influenza de forma bronco-pulmonar que le duró hasta pocos días antes de la enfermedad actual.

Principio de la enfermedad. — El día 18 de agosto, por la mañana, le empezó á doler mucho el oído izquierdo y debajo de la oreja, por la tarde, se le hinchó la cara del mismo lado. Ese día comía bien, se sentía con fuerzas, trabajó, y durante la noche durmió muy bien. Al día siguiente ya no podía comer, cuando quería hacerlo le aumentaba el dolor, se limitaba á tomar leche y caldo, lo cual lo hacía con facilidad. En la noche no pudo dormir nada, tenía fiebre y malestar general, los dolores le aumentaron como asimismo la hinchazón.

El tercer día, seguía en el mismo estado y es remitido al hospital.

Estado actual. — Individuo de buena constitución. Presenta una tumefacción en el lado izquierdo de la cara que abarca toda la región de la glándula parótida y submaxilar, se extiende por debajo y detrás de la oreja, invadiendo el cuello

en una extensión de 0.05 centímetros. La piel que recubre la tumefacción es de coloración rojiza y está edematosa. En el examen de la boca, se notan el velo del paladar y las amigdalas intensamente rojas. Tiene dificultad para tragar, este acto se acompaña de dolor. Lengua saburrosa. Entra al hospital á las 3 de la tarde, teniendo 38° de temperatura. Por la tarde empieza á dolerle el lado derecho y al día siguiente se nota una ligera tumefacción en la región parotídea del mismo lado.

Se le administra un purgante de sulfato de sodio, se le aplican bolsas con hielo en ambos lados de la cara y se le hacen hacer lavajes antisépticos en la cavidad bucal.

En los siguientes dos días en que la tumefacción del lado derecho siguió aumentando, la temperatura osciló alrededor de 38°, descendiendo después á la normal. La incomodidad para ingerir los alimentos ha desaparecido como también el dolor. Se inicia la resolución de la tumefacción que es completa el 26 de agosto, que se le da el alta, curado.

III

Sala del doctor Del Viso. — Cama número 139

Ignacio Lencina, argentino, 26 años, soltero, marinero; procede del acorazado *9 de Julio*.

Antecedentes hereditarios é individuales. — Buenos.

Principio de la enfermedad.— El 11 de agosto habiéndose excedido en su trabajo, sintió mucha sed, y al querer tomar un vaso de agua, notó una sensación sumamente dolorosa que la localiza en las muelas del lado derecho, á las pocas horas gran decaimiento de todo el cuerpo, cefalalgia y vómitos. Durante la noche tuvo fiebre, insomnio, y á la mañana siguiente, el lado derecho de la cara se le había hinchado, y no oía bien de ese lado. Al tocarse la parte enferma, dice que tenía sitios que le dolían muchísimo, y según los localiza son : la apófisis mastoides, la articulación témporo-maxilar, el ángulo de la mandíbula, y este punto en una

extensión de dos centímetros. A los dos días de enfermedad, igual cortejo de síntomas, iniciándose en el lado izquierdo una tumefacción igual á la del lado derecho. En este estado se le hace imposible la masticación, no puede abrir la boca, y los movimientos para hablar le incomodan. Sigue en el mismo estado durante el tercer día, y por la noche nota que el testículo derecho empieza á hinchársele y ponerse muy doloroso. Desde el sexto día de la enfermedad, empiezan á disminuir el insomnio, la fiebre, los puntos dolorosos, pero persiste la tumefacción y la sordera, habiendo aumentado, casi no oye.

Estado actual. — El día 18 de agosto ingresa al hospital, y hay que hablarle en alta voz, para tomarle datos. Es un individuo en excelente estado de nutrición. Presenta una tumefacción bastante marcada, situada detrás de la rama ascendente del maxilar inferior, región supra hioidea y parte lateral del cuello. La piel está edematosa y de color rojo. El examen de la cavidad bucal no denota nada de importancia.

Al examinar el escroto, se encuentra el lado de-

recho sumamente aumentado de volumen, la piel del escroto está tensa y brillante, algo edematosa. Palpando, se siente el testículo derecho engrosado y doloroso, el epididimio y cordón están dolorosos, aunque en menor grado, pero no aumentados de volumen. La región inguinal del mismo lado está algo dolorosa, pero se palpan con facilidad los ganglios superficiales de la región.

Tiene una temperatura de 38°6. Se queja de dolores en la cara y testículo. No tiene apetito, toma exclusivamente líquidos. Gran postración.

Se le administra un purgante de sulfato de sodio. Aplicaciones de hielo en la región tumefacta. Sulfato de quinina. Higiene de la cavidad bucal. Vendaje compresivo y suspensivo de las bolsas.

19 de agosto. — Temperatura 38°5. La tumefacción parotídea y testicular siguen en el mismo estado. Persiste el dolor. Imposibilidad de masticar.

Orina : 800 gramos.

20 de agosto. — Temperatura 38°. Ha disminuído algo el dolor. La tumefacción no ha aumen-

tado, se sigue con el mismo tratamiento. Orina 1000 centímetros cúbicos.

21 de agosto. — Temperatura normal. Ha desaparecido el dolor. El enfermo tiene apetito. Orina 1500 gramos.

Los días siguientes el enfermo sigue bien, sin temperatura, no hay dolor. Empieza á disminuir la tumefacción.

El 25 de agosto se da de alta al enfermo; el testículo de consistencia y volumen normales. Dice que está un poco sordo.

IV

Sala doctor Del Viso. — Cama número 134

Juan Tebes, argentino, 18 años, soltero, marinero; procede del acorazado *9 de Julio*.

Antecedentes hereditarios. — Buenos.

Antecedentes individuales.— Tuvo sarampión en la infancia.

Principio de la enfermedad. — El día 9 de

agosto, por la mañana, sintió un dolor debajo de la oreja izquierda al querer masticar, dolor que le duró todo el día. Al anochecer, se le hinchó la cara de ese lado, durmió bien, y al despertar al día siguiente, se encontró con el lado derecho también hinchado. Desde entonces, empezó á tener fiebre, insomnios, cefalalgia, inapetencia y malestar general. Los movimientos de abrir y cerrar la boca, le producían dolor. Los líquidos los ingería con facilidad. Así permaneció hasta el quinto día, empezando entonces á desaparecer todo, menos la hinchazón y el decaimiento.

Estado actual. — El día 18 de agosto, ingresa á este hospital. Presenta en ambos labos de la cara una pequeña tumefacción, un poco mayor en el lado derecho, que abarca la región parotídea y parte del cuello. La coloración de la piel es normal. Mucosa bucal y amígdalas normales. La desembocadura del conducto de Stenon, grande. No tiene temperatura, tiene apetito, los movimientos de la mandíbula, los hace sin dificultad, duerme bien; lo único que siente es debilidad.

Se le administra purgante de sulfato de sodio y

y aplicaciones de hielo en la región tumefacta.

En los días siguientes, no se nota nada de anormal en el enfermo, la tumefacción disminuye paulatinamente, y, el día 25 de agosto, se le da de alta, curado.

V

Sala del doctor Del Viso. — Cama número 133

Segundo Díaz, argentino, 20 años, soltero, marinero, procede del acorazado *9 de Julio*.

Antecedentes hereditarios y personales. — Buenos.

Principio de la enfermedad. — El día 7 de agosto, por la mañana, sintió dolor en el lado izquierdo de la cara, y al llegar la noche, tenía todo ese lado hinchado y fuertes dolores en el oído. Tuvo fiebre, inapetencia, insomnio; al tocarse toda la región tumefacta, sentía agudos dolores, no podía masticar nada, y al ingerir líquidos sentía incomodidad en la garganta. En ese estado estuvo tres días, al cabo de los cuales desapareció la fiebre, persis-

tiendo la hinchazón y un poco de dolor. Tenía decaimiento general.

Estado actual. — El día 18 de agosto ingresó á este hospital. Presenta una gran tumefacción en el lado izquierdo de la cara. La tumefacción, que levanta el lóbulo de la oreja, abarca la región parotídea y supra hióidea izquierda, extendiéndose al cuello en una extensión de cinco centímetros. La piel de toda esta región está edematosa y de color rojo pálido. Lengua saburrosa. Mucosa de la cavidad bucal y anexos bastante roja, no existe ningún punto doloroso, mastica é ingiere con un poco de dolor, no siente mucho apetito, duerme bien. Se siente sin fuerzas y se queja de decaimiento del cuerpo. No hay temperatura.

Se le administra purgante de sulfato de sodio y aplicaciones de hielo en la región tumefacta. Gargarismos antisépticos.

La tumefacción y el dolor fueron desapareciendo poco á poco y es dado de alta curado el 25 de agosto.

VI

Sala doctor Del Viso. — Cama número 128.

Marcelino Maciel, argentino, 17 años, soltero, soldado; procede del acorazado *9 de Julio*.

Antecedentes hereditarios é individuales. — Buenos.

Principio de la enfermedad. — El día 17 de agosto, estando de guardia, sintió un dolor agudo en el ángulo de la mandíbula izquierda, y al poco tiempo notó que se le hinchaba la cara del mismo lado. La hinchazón era dolorosa; sin embargo, dice que masticaba é ingería fácilmente, comía con apetito, dormía bien, no tenía fiebre y siguió en su trabajo hasta el día 20; estando en las mismas condiciones, ese día se sintió decaído y sin fuerzas y dió parte de enfermo.

Estado actual. — Presenta una tumefacción en el lado izquierdo de la cara que abarca toda la región parotídea, extendiéndose hacia el cuello en

una extensión de cinco centímetros. La piel de la región tumefacta presenta una coloración normal. Al examinar la cavidad bucal, encontramos la lengua saburrosa, las amígdalas y velo del paladar de coloración roja, no tiene temperatura, siente mucho apetito, duerme bien, se queja únicamente de debilidad.

Se le administra un purgante de sulfato de sodio y hielo en la región tumefacta.

Este enfermo es dado de alta completamente sano el 25 de agosto.

VII

Sala doctor Del Viso. — Cama número 128.

Felipe Balbuena, argentino, 23 años, soltero, marinero; procede del acorazado *9 de Julio*.

Ingresó al hospital el 15 de agosto. La historia de este enfermo difiere muy poco de la del anterior. La tumefacción parotídea fué unilateral y á la izquierda, evolucionó casi sin fiebre y es dado de alta curado el 25 de agosto.

VIII

José Lausan, 18 años, jornalero, entra á la Casa de Aislamiento el 24 de junio de 1898, á las 7 p. m.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes individuales. — Tuvo sarampión en la niñez y viruela hace nueve años.

Principio de la enfermedad. — Hace varios días se sentía decaído y sin fuerzas para el trabajo y hace dos días empezó á tener escalofríos, cefalalgia, vómitos, fiebre y dolores en el oído, iniciándose una tumefacción en el lado izquierdo de la cara que le incomodaba para comer, pues le producían dolor los movimientos de la mandíbula.

Estado actual. — Presenta una tumefacción marcada en toda la región parotídea izquierda, la que á la palpación está algo dolorosa. Aliento fétido; por el lado bucal se nota la desembocadura del

conducto de Stenon algo tumefacto, no hay rubefacción ni ulceraciones en el resto de la mucosa, tiene la lengua saburral. Temperatura 38°. Se le administra un purgante de sulfato de sodio y aplicaciones de hielo en la región tumefacta y grandes lavajes antisépticos bucales, repetidos á menudo. Dieta lactea.

Al siguiente día de entrar al hospital, la parotídea derecha empieza á ponerse tumefacta y dolorosa, por lo que se ve imposibilitado para abrir la boca, pues, al querer efectuarlo siente agudos dolores al nivel de la articulación témporo-maxilar.

Sigue en este estado durante tres días, al cabo de los cuales la temperatura desciende á la normal, el enfermo no acusa ya tanto dolor y puede alimentarse, desde este momento la tumefacción parotídea empieza á disminuir, habiéndose efectuado la resolución completa al décimo día de estar en el hospital.

IX

Antonio Cotello, argentino, 5 años, ingresa á la Casa Municipal de Aislamiento el 4 de abril de 1898 á las 3 p. m.

Antecedentes hereditarios é individuales. — Se ignoran.

Principio de la enfermedad. — Hace cinco días que la madre lo notó triste y que se le hinchaba el lado izquierdo de la cara y á ponérsele doloroso; tenía fiebre, delirio, vómitos, pérdida del apetito, no podía abrir la boca, porque los movimientos de la mandíbula le exasperaban el dolor, los líquidos los ingería, pero también le producían dolor; siguió en el mismo estado durante tres días, al final de los cuales empezó á hinchársele el lado derecho, aumentando de volumen más que el izquierdo, recrudeció la fiebre y los dolores, siéndole imposible entonces comer y hablar.

Estado actual. — Es un niño regularmente

constituído, presenta á ambos lados de la cara una tumefacción que se extiende á toda la región parotídea y partes laterales del cuello. La piel de toda la región tumefacta se presenta tensa y edematosa, de coloración rojo pálida. En el lado derecho, la tumefacción es mayor que en el izquierdo, los lóbulos de las orejas están levantados, lo que da al rostro del enfermo una expresión de estupidez.

A la palpación toda la región está dolorosa, el niño no puede abrir la boca sino con mucha dificultad. Aliento en extremo fétido, salivación abundante, las comisuras de los labios están cubiertas de mucosidades desecadas.

El examen de la cavidad bucal nos hace observar la presencia de una estomatitis ulcerosa ; el lado externo de la mandíbula inferior izquierda como también la mucosa del carrillo del mismo lado están recubiertas de una pseudomembrana de coloración grisacea, gruesa y adherente ; el resto de la mucosa, amígdalas y velo del paladar con una coloración roja difusa, pero sin ulceraciones. Los movimientos de deglución los hace con mucha dificultad, el niño rehusa tomar alimentos aunque

éstos sean líquidos. Lengua saburrosa. Temperatura 39°2. Se le administra purgante de sulfato de sodio, aplicaciones permanentes de hielo en la región tumefacta, toques de ácido fénico puro en la ulceración bucal. Lavajes antisépticos bucales repetidos continuamente.

Abril 6. El estado general del niño ha mejorado ; temperatura 38°. Las pseudomembranas cauterizadas empiezan á desprenderse. La tumefacción parotídea se encuentra en el mismo estado anterior. Los movimientos de deglución no están tan impedidos, pues el enfermo empieza á alimentarse. Dieta lactea. Mismo tratamiento.

Abril 8. Temperatura 37°5. Las pseudomembranas han desaparecido, quedando en su lugar la mucosa con una coloración rojiza intensa. Los dolores empiezan á desaparecer.

Abril 11. No hay fiebre. El niño está contento y pide alimento. Los dolores han desaparecido. Empieza á disminuir la tumefacción parotídea.

En los días siguientes, la tumefacción sigue desapareciendo poco á poco, no ofreciendo nada de anormal ; es dado de alta curado el 17 de abril.

X

Roberto González, 9 años, argentino, es conducido al consultorio central de la Asistencia pública, el 5 de julio de 1898.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes individuales. — Ha tenido sarampión hace dos años.

Principio de la enfermedad. — Empezó por tener dolores en el oído, y al día siguiente comenzó á hinchársele la región parotídea izquierda, tuvo fiebre, cefalalgia y vómitos; no podía masticar, pues los movimientos para hacerlo le producían dolor. En la noche de ese día, la región parotídea derecha empezó también á aumentar de volumen, siguiendo con fiebre y cefalalgia.

Estado actual. — Presenta una tumefacción en ambos lados de la cara que ocupa toda la región parotídea y parte del cuello. La coloración de la piel

es normal, y hay edema en toda la región ocupada por la tumefacción. A la palpación, siente dolores difusos que se pronuncian al nivel de la articulación témporo-maxilar. La mucosa bucal y anexos normales. Ingiere fácilmente los líquidos. Temperatura 37°8.

Se le ordena purgante de sulfato de sodio. Aplicaciones de hielo en la región tumefacta y lavajes bucales antisépticos.

El 8 de julio, vuelve por segunda vez al consultorio. La fiebre y el dolor han desaparecido. La tumefacción es menor.

Poco tiempo después, he tenido ocasión de ver á este enfermo. El hueco parotídeo está normal, ha quedado un poco sordo.

De la misma procedencia (una casa de inquilinato) han concurrido al consultorio central, cinco niños más, afectados de parotiditis epidémica, cuyas historias no las describo, pues son casi idénticas á la anterior.

MODESTO BARCIA.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Las inyecciones de suero antitóxico, hechas durante la evolución de la difteria, hacen que sean mucho menos frecuentes las parálisis diftéricas.

II

El tratamiento higiénico, es el más racional en el primer período de la tuberculosis pulmonar.

III

En los casos en que se dude, entre una angina diftérica y una angina pseudodiftérica, se hará siempre una inyección preventiva de suero.

BIBLIOGRAFÍA

ARÁOZ ALFARO, *Anales del Circulo Médico Argentino*, 1894.

BAGINSKY, *Malattie dei bambini.*

COMBY, *Maladies des enfants.*

CANTANI-MARAGLIANO, *Patologia y terapia médica.*

DIEULAFOY, *Pathologie interne.*

GRANCHER, COMBY, MARFAN, *Maladies de l'enfance.*

JACCOUD, *Pathologie interne.*

MICHAELIS, *Semaine Médicale*, 1897.

VEYGA, F. DE, *Anales del Circulo Médico Argentino*, 1894.

Buenos Aires, octubre 28 de 1898.

Nómbrase á los señores académico doctor Jacob de T. Pintos, profesor titular doctor Abel Ayerza, y profesor suplente doctor Patricio Fleming, para que, constituidos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
L. M. Acuña.

Buenos Aires, noviembre 7 de 1898.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Don Modesto Barcia:

« En el local de la Facultad, á 7 de noviembre de 1898, reunidos los que suscriben, encargados de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el ex-alumno Don Modesto Barcia, que versa sobre *Parotiditis epidémica,* resolvieron admitirla. Con lo que terminó el acto. Firmados: *J. de T. Pinto, A. Ayerza, P. Fleming. Zenón Aguilar*, prosecretario. »

L. M. Acuña.

Fecha ut supra.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
L. M. Acuña.