Año 1907 **Núm. 1746**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

La parotiditis epidémica en el ejército

(1905-1906)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL L. FRÍAS

Ex-alumno de la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar

Practicante menor y mayor del Hospital Militar Central (durante 1902-1906

Ex-médico de la Junta de Excepciones de Posadas

Cirujano del Regimiento número 3 de Artillería de Montaña

LAS CIENCIAS

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARAN

646—AVENIDA DE MAYO—646

BUENOS AIRES

1907

LA PAROTIDITIS EPIDÉMICA EN EL EJERCITO

(1905-1906)

Año 1907 **Núm. 1746**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

La parotiditis epidémica en el ejército

(1905-1906)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL L. FRÍAS

Ex-alumno de la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar

Practicante menor y mayor del Hospital Militar Central (durante 1902-1906)

Ex-médico de la Junta de Excepciones de Posadas

Cirujano del Regimiento número 3 de Artillería de Montaña

LAS CIENCIAS

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA

646—AVENIDA DE MAYO—646

BUENOS AIRES

1907

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

(Art. 38 del Reglamento General).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Elíseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. José Penna.

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con licencia).
» » Pedro N. Arata.
» » Roberto Wernicke.
» » Pedro Lagleyze.
» » José Penna.
» » Luis Guemes.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Juan A. Boeri (suplente).
» » Baldomero Sommer.
» Gregorio Araoz Alfaro.
» » Abel Ayerza.
» » José R. Semprún.
» » Jaime R. Costa.

Secretarios

Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).
Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Vacante
Anatomía descriptiva	» Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini (con lic.)
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé (lic.)
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luís Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel Centeno
Patología general	» Roberto Wernicke
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Vacante
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología teórico-práctica	»	Vacante
Anatomía Descriptiva	»	Joaquín L. Figueroa (en ejerc.)
Semiología y ejercicios clínicos	»	Manuel A. Santas
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badía (en ejerc.)
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Vacante
Medicina Operatoria	»	Leandro V. Valle (en ejerc.
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	M. Aberastury
Patología externa	»	Carlos Robertson Vacante
Patología interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Teófilo A. Moret Enrique Demaría
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Marcelino Herrera Vegas Daniel J. Cranwell Vacante Avelino Gutiérrez Francisco Llovet Marcelo Viñas
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprún
Medicina Legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Vacante Ricardo Colón Luis Agote
Clínica Obstétirca	»	Enrique Zárate Enrique A. Pardo
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediárica	»	Antonio F. Piñero
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari José T. Borda
Patología General	»	Alois Bachman

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas; principio de clasificación.	Dr.	Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	»	Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada.....	»	Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada.....	»	Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	»	Juan A. Boeri
Física farmacéutica.....	»	Julio Gatti
Química analítica y Toxicológica (primer curso)	»	Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	»	J. Manuel Irizar
Quimica analítica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas.....	»	Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	»	Ricardo Schatz

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS SUBSTITUTOS
Zoología general; Anatomía y Fisiologia comparadas; principio de clasificación.	»	Vacante
Botánica y Mineralogía	»	Vacante
Química inorgánica aplicada.....	»	Vacante
Química orgánica aplicada.....	»	Vacante
Farmacognosia y Posología razonadas	»	Sr. Juan A. Domínguez
Física farmacéutica.....	»	Vacante
Química analítica y toxicológica primer curso.....	»	Vacante
Técnica farmacéutica.....	»	Vacante
Química analítica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas.....	»	Vacante
igiene, legislación y ética farmacéuticas	»	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Dr.	Fanor Velarde
Parto distócico y clínica obstétrica.....		

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica....	Dr	Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y clínica obstétrica.....	»	Samuel Gache

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología.....	Dr.	León Pereyra
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	»	Nicasio Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología.....	Vacante
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

DOCTOR MARCIAL V. QUIROGA

PROFESOR DE PATOLOGÍA INTERNA

A LOS MIOS

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Para dar cumplimiento á los reglamentos de la Facultad pongo á consideración de vosotros este modesto trabajo, que si bien es cierto no aporta grandes adquisiciones á la medicina, es el fruto de la observación practicada en el medio militar, en el cual he tenido oportunidad de servir durante cuatro años.

La parotiditis epidémica no es una enfermedad nueva, pero la forma intensa que han adquirido las epidemias en nuestro ejército, sólo datan de pocos años á esta parte. Es con motivo del servicio militar obligatorio, recientemente establecido entre nosotros, desde hace cinco años se han desarrollado en el ejército enfermedades infectocontagiosas, tales como el sarampión, las paperas, afecciones propias de la adolescencia. Esto en todos los lugares donde hay acantonamiento de fuerzas militares, mientras otras enfermedades infecciosas, como la fiebre tifoidea se ha desarrollado en ciertas regiones con preferencia.

Como puede verse en los cuadros de estadística de la Sanidad del Ejército, galantemente cedidos por el secretario de la Inspección, doctor Pío I. Acuña,

las cifras que corresponden á las parotiditis son muy elevadas; ocupan, por su número, un puesto entre las enfermedades más frecuentes reinantes en nuestro ejército. Igual cosa podemos decir por su extensión; se señala su presencia en todos los puntos donde existen fuerzas nacionales.

¿A qué se debe la intensa y rápida propagación de esta enfermedad? Una contestación categórica á esta pregunta no podemos dar. Pero sí podemos señalar algunas condiciones que parecen favorecer su desarrollo en nuestro ejército, condiciones propias de nuestro medio militar.

Dos son, pues, las causas indispensables para la producción de esta afección: un gérmen infectuoso y el terreno en el cual éste se desarrolla.

Como veremos más adelante, de los estudios practicados en la bacteriología de esta enfermedad, no se ha llegado aún á establecer cual es el microbio específico de la parotiditis epidémica. En lo que están de acuerdo los distintos investigadores es en que hay un microbio productor de esta enfermedad.

Las causas que favorecen su desarrollo y la exaltación de su virulencia parecen ser el frío, la humedad y el aire viciado. Esto es lo que hemos podido ver en los distintos cuarteles que hemos tenido ocasión de observar.

El cuadro siguiente es interesante por las cifras que contiene.

SERVICIO DE SANIDAD

5ª REGIÓN MILITAR

Estadística de las enfermedades más frecuentes durante el año 1906 en la expresada Región. —El efectivo de las fuerzas era un término medio de 1211. —Durante el año hubo dos concentraciones de conscriptos.

DIAGNÓSTICOS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTALES
Influenza.....	6	6	2	13	25	17	13	71	130	73	30	15	401
Paludismo	51	27	40	66	23	11	4	23	25	1[illegible]	5	11	301
Parotiditis	29	1	4	36	4	—	1	1	59	96	53	11	295
Sarampión.	—	—	—	—	—	—	—	3	91	37	4	—	135
Neumonía.....	5	8	—	—	6	1	4	38	100	43	5	1	211
Tuberculosis.. ...	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	5
Bronquitis	4	10	5	5	14	6	2	24	23	10	2	8	113
Reumatismo	4	2	—	2	3	1	3	1	5	4	4	2	31
Ictericia catarral.	—	—	1	1	5	2	1	1	—	—	1	—	12
Enteritis	2	4	16	12	6	4	—	—	1	14	21	5	85
Disentería	4	—	2	—	1	—	1	1	1	1	1	6	18
Sarna	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Forunculosis.....	1	6	1	2	2	3	—	2	3	5	5	3	33
Conjuntivitis catarral	1	5	8	3	3	1	—	11	14	10	3	—	59
Traumatismo accidental.....	14	14	30	23	14	12	5	10	3[illegible]	34	16	14	219
Blenorragia.....	24	14	8	15	11	5	3	12	9	20	7	11	139
Sífilis	4	—	2	1	2	2	3	3	—	2	—	1	20
Chancro blando..	1	2	6	2	3	—	3	2	2	[illegible]	2	6	36

Estadística del número de paperas, según las distintas armas, habidas en el año 1905.—Término medio del efectivo del ejército durante el año, 11.000 hombres.

ARMAS	Casos
Cuerpos de Caballería	376
Cuerpos de Infantería	914
Cuerpos de Artillería	174
Cuerpos de Ingenieros	219
Hospitales Militares Regionales	407
Hospital Militar Central	184
Total	2.274

Casos de papera habidos en las fuerzas destacadas en la ciudad de Salta durante los meses de Agosto á Diciembre, inclusive, de 1906.

Regimiento 5 de Caballería	3
Regimiento 14 de Infantería	78
Regimiento 3 de Artillería	43
Total	124

Como se ve en el cuadro, el Regimiento 14 de Infantería es el que tiene mayor número de enfermos, aun cuando se consideren los otros dos regimientos juntos, el efectivo de cada uno de ellos era más ó menos el mismo.

Pues bien, el Regimiento 14 estaba alojado en un edificio de construcción antigua, inadecuado para

cuartel. Las cuadras eran pequeñas, insuficientes, para alojar el número de soldados con que contaba el Regimiento; agregado á esto la mala orientación del edificio; por lo tanto, tenía escasa cantidad de luz. Ningún sistema de ventilación se había tenido en cuenta para su construcción; la renovación del aire en las cuadras se hacía en muy malas condiciones. A esto se añadía la humedad permanente de este local por la mala calidad del material empleado en su construcción.

Como se ve, había reunidas varias condiciones que favorecían el desarrollo y exaltación de la virulencia de los gérmenes productores de esta enfermedad; y no sólo estos, sino también los de la neumonía, de la influenza y los del sarampión; pues estas enfermedades están representadas en la morbilidad de ese cuerpo por cifras bastante elevadas.

Los otros dos Regimientos tienen sus cuarteles en la parte alta de la ciudad, son de mejor material y construcción; la población civil que habita en sus cercanías es menos densa. El cuartel ocupado por el Regimiento 5 de Caballería es más cómodo que el del Regimiento 3 de Artillería, sin llegar á ser irreprochable.

En algunos cuarteles, como sucede en los de esta capital y Liniers, responde su construcción á las leyes de higiene; pero, en la época del llamado de los conscriptos á las filas, éstos resultan chicos para alojar el número de soldados con que cuenta cada cuerpo. De ahí resulta un hacinamiento en las cuadras.

En cuanto al terreno en el cual se desarrolla la enfermedad, es indudable que las fatigas propias de la carrera militar y el cambio en el método de vida á que se ven obligados los jóvenes conscriptos, pro-

ducen un estado tal de receptibilidad mórbida, facilitando el desarrollo de enfermedades infectocontagiosas.

Es indudable que esto tiene influencia en la marcha de la enfermedad, porque siempre permanecen limitadas á los cuarteles, en los cuales se ha desarrollado sin propagarse en el medio civil que rodea á éstos.

Otra circunstancia digna de señalarse es que la inmensa mayoría de nuestros enfermos son soldados procedentes de la campaña, en donde se ven muy raras veces casos de paperas; hay, sin embargo, muchos que proceden de la Capital Federal, de las capitales de provincia ó ciudades importantes donde hay permanentemente casos de parotiditis. Así, estos sujetos, muchos de ellos, aunque predispuestos, no habían tenido la oportunidad de ser influenciados por el agente mórbido de esta enfermedad.

Antes de pasar adelante, permitidme haga llegar á vosotros una manifestación de gratitud por las lecciones y consejos con las cuales habéis preparado mi espíritu, facilitando en algo el ejercicio de la escabrosa y noble profesión. Al mismo tiempo, quiero recordar con cariño á mis camaradas del ejército, doctores Antelo, Adaro, Cabezón y Frías, quienes siempre me han atendido con deferencia y justicia cuando he tenido que recurrir ellos. Y al doctor Marcial S. Quiroga, quien me hace el honer de acompañarme, como padrino de tesis, en este trabajo.

I

Las paperas constituyen una enfermedad general infecciosa, específica, contagiosa y epidémica, semejante á las fiebres eruptivas; caracterizándose por su localización habitual en las glándulas salivares, y en particular en las parótidas. Pero pueden ser también atacadas otras glándulas de la economía y también otros órganos: testículos, ovarios, glándulas mamarias, glándulas lacrimales, cuerpo tiroides, órganos de los sentidos, articulaciones, sistema circulatorio, aparato digestivo, etc.

La denominación de parotiditis epidémica, que hemos adoptado para describir esta enfermedad, nos parece la más apropiada, dada la naturaleza de la observación (epidemias en el ejército); aun cuando, como hace notar L. Hudelo, no siempre están tomadas las parótidas en el curso de la enfermedad y la posibilidad en algunos casos, formas frustras, en que ninguna glándula salivar toma participación; estos casos son raros. Por lo tanto, no son objeciones serias para rechazar este nombre.

La parotiditis epidémica ha sido bien observada por Hipócrates; la bilateralidad de la tumefacción, su benignidad, su predilección por la adolescencia, la ausencia de supuración, la orquitis parotidiana, todo esto ha sido descripto por el padre de la medicina.

Celso, insiste en la necesidad de distinguir entre las parotiditis que se forman en estado de salud, por inflamación, y las que aparecen al fin de fiebres largas, por depósito de la materia morbígena en estas glándulas. Y agrega: es necesario abrir estas últimas lo más pronto posible, mientras que se puede tratar las primeras por revulsivos.

La atrofia consecutiva á las orquitis parotidianas, había sido señalada por Hámilton, Murat y J. Frank; fué puesta en duda por A. Cooper; pasada en silencio por Nélaton y Velpeau, y puesta de manifiesto de nuevo por Rillleot y Grisolle.

Hace treinta años, la mayoría de los médicos hacían de las paperas una enfermedad local; era el tipo de las inflamaciones *a frigore*; Niemeyer, en su tratado encuentra que «es ir muy lejos al hacer de las paperas una enfermedad general, como quiere Rilleot».

En nuestros días es universalmente aceptado que las paperas es una enfermedad general específica; sólo queda aún por establecerse de una manera irrefutable su agente patogénico.

La parotiditis epidémica ha sido, desde algunos años, objeto de numerosas memorias, sobre todo debidas á los médicos militares, particularmente llamados á observar estas epidemias. Citaremos, como trabajos de esta naturaleza los artículos de Messieurs Laveran, de d'Heilly, de L. Guinon, de Catrira, de L. Hudelo y de Comby; de los cuales hemos tomado numerosos apuntes.

Etiología—Exceptuando los casos de inmunidad, conferidos por un ataque anterior, se puede decir que, teóricamente las paperas atacan á todos los individuos, cualquiera que ellos sean; pero hay condiciones singularmente predisponentes.

La edad—Está bien averiguado que en ningún período de la vida se está al abrigo de tener esta enfermedad. La edad del sujeto, que lo expone al contagio, es de mucha importancia; antes de los 2 años, por lo general, no se observa; sin embargo, se conocen casos raros como es el de Human, que ha visto una parotiditis al lado izquierdo de un niño nacido á los ocho meses, de una madre atacada de esta misma infección. V. Gautier cita otro caso de inflamación sub-maxilar en las mismas condiciones; estos casos son excepción.

Después de los 2 años la frecuencia de la enfermedad aumenta, llega á su máximo de los 5 á los 15 años, edad escolar.

En los adultos, á la edad del servicio militar, de los 20 á los 23 años; entre nosotros ofrece igualmente un terreno muy favorable, los jóvenes conscriptos son más atacados que los veteranos.

Después de los 50 años, las paperas son raras; Rilliet y Lombard, han tenido dos casos entre 73; Comby, ha observado uno; Bonet, ha visto un caso en un viejo de 70 años; y nosotros hemos tenido ocasión de verla, en un veterano de 56 años, en la sala 8ª del Hospital Militar Central.

Las condiciones del sexo parecen indiferentes; la predisposición del sexo masculino no está establecido; se citan algunas epidemias que no han atacada sino niños y mujeres (Lepecq de la Clöture). La raza no parece tener ninguna influencia. Todas las profesiones que necesitan de la aglomeración de individuos en el mismo local, son más atacados por las paperas que aquellas en las cuales el trabajo es individual. Los cuarteles, cárceles, colegios, las fábricas, las grandes manufacturas, son lugares en donde encuentra un terreno propicio para su desarrollo la parotiditise pidémica.

Estación y clima=Después de una estadística de 117 epidemias, Hirsch, llega á la conclusión de que es una afección de la estación fría. M. Laberan y después M. Comby, se declaran contrarios á esta opinión: «La mayor frecuencia de una enfermedad durante los meses de invierno no significa todo, dice M. Laberan, para que sean consideradas como una enfermedad estacionaria; porque todas las enfermedades contagiosas, comenzando por las sarnas, son más comunes en invierno que en verano».

Es verdad que el confinamiento de los meses fríos es más favorable para el contagio que la vida al aire libre de los meses de verano.

En el ejército francés, se ha constatado mayor número de casos durante el invierno que en el verano. Entre nosotros ha sido observada en todas las estaciones del año y en todas las zonas militares del territorio de la República.

Su mayor número siempre coincidía con la incorporación de los conscriptos.

Si entonces se puede ver epidemia de parotiditis de todos los meses del año en todos los país:es parece, sin embargo, innegable que las bajas temperaturas son más favorables á su exacción y á los cultivos de los gérmenes patógenos de la parotiditis. Otra condición aún ha sido invocada: el frío, y sobre todo el frío húmedo; de donde la mayor frecuencia de la enfermedad en los países vecinos al mar; por las estaciones lluviosas, en los individuos sometidos por su profesión á la intemperie, como son los soldados que están de centinela en las garitas, sometidos á la fatiga de la guardia. El frío puede determinar un catarro del canal de Stenon propagándose á la parotida, y de este modo favorecer el desarrollo de la enfermedad.

La condición indispensable para el desarrollo de la papera es el contagio; se puede decir que es constante para cada caso; lo demuestra de una manera concluyente el estudio de las epidemias. Entre nosotros se puede citar el caso siguiente, que es muy interesante: En las fuerzas reunidas en Salta no se notaba sino uno que otro caso esporádico de papera; pero en mayo de 1903, con motivo de maniobras militares, el Regimiento 3 de Artillería de Montaña, bajó á Buenos Aires; fué alojado en un cuartel donde había un regimiento de infantería con epidemia de parotiditis. Pocos días después de estar en este local se desarrolló en el regimiento de artillería una intensa epidemia de paperas y sarampión. Después de algunos días de permanencia en Buenos Aires es trasladado á Salta; en el viaje continúan produciéndose nuevos casos de parotiditis. A la llegada á Salta se procede á hacer una desinfección del equipo y vestuario, aislamiento del cuerpo y sus enfermos.

El aislamiento de los oficiales fué difícil mantenerlo con todo rigor, y después de éstos á la tropa, y bastaron pocos días para que propagaran la enfermedad al Regimiento 5º de Caballería, que tenía el cuartel á dos cuadras del Regimiento 3º de Artillería, infectado en Buenos Aires. Días después aparece la infección en el Regimiento 14 de Infantería, que distaba 8 cuadras del alojamiento del Regimiento 3º. Desde entonces toda vez que hay nueva incorporación de conscriptos se desarrolla en Salta la parotiditis epidémica en las fuerzas alojadas en esa ciudad.

La mayor parte de los autores están de acuerdo para admitir que el máximum de contagiosidad, presenta la enfermedad en el período de incubación; Roger y Labric dicen en las primeras 48 horas;

Rendu piensa que sobre todo al fin del período de incubación; en el momento del malestar prodrómico de la enfermedad, antes de que la tumefacción parotidiana haga su aparición; 24 horas antes de que sea posible hacer el diagnóstico; es semejante á lo que pasa en el sarampión. Sevestre, Comby, Antony y Merklen son de esta misma opinión (citado por Hudelo).

Feulard refiere la historia de dos jóvenes que adquieren paperas danzando con una señorita, en la cual la enfermedad se manifiesta al día siguiente del baile.

La contagiosidad duramientras evoluciona el mal; y ¿cuándo termina? lo más á menudo con la enfermedad misma, y algunas veces parece continuar después de desaparecido esta. Bernutz refiere dos casos de contagio durante la convalescencia, seis semanas después de principiada la papera. Comby y Antony han citado dos casos análogos.

La contaminación no es necesariamente que sea inmediata; puede ser mediante una tercera persona, el médico, ó por objeto, como es la cama (Rotch).

¿Cómo se opera el contagio?. Si está establecido que el contagio no es volátil, ni es transportado por la atmósfera, porque puede ser limitado por una pared (casos de Variot en una epidemia limitada por una puerta de vidrio). No se sabe aún si la propagación se hace por contacto directo sólo, ó por inhalación ó ingestion, mientras Antony cree posible el contagio por el solo hecho del trasporte de ropas de los enfermos. Catrin piensa que es necesario un contacto más íntimo y prolongado.

Los casos espárodicos son más raro la enfermedad es endémica en nuestro ejército.

Coincide siempre con la epidemia de sarampión

para todos los puntos donde hay fuerzas del ejército, en algunos puntos con la fiebre tifoidea.

La epidemia, se acantona, en general en un territorio, en un círculo restringido, como un cuartel ó una cárcel, sin irradiarse afuera; esto es lo que se ve en las ciudades donde existen cuerpos militares, en Buenos Aires, Salta, Córdoba, Tucumán, Jujuy, en estos puntos la población civil es muy raramente atacada á pesar de estar en continuúa relación con el elemento militar en donde la parotiditis reina en todo su apogeo. Sin embargo, en algunos países europeos se citan casos contrarios, epidemias que que se han propagado á la población civil.

Las epidemias de parotiditis marchan progresivamente, atacan poco número de individuos á la vez; se presentan á menudo muy prolongadas en su duración; esto parece debido á que la incubación de la enfermedad es particularmente larga, y que el contagio es posible hasta el fin de esta.

Esto hemos podido observar en las epidemias desarrolladas en Salta á fines de 1906, en las fuerzas allí acantonadas las paperas hicieron su aparición conjuntamente con el sarampión y la neumonía; después de dos meses terminaron estas dos últimas, mientras que la parotiditis continuaba en el mes de enero de 1907.

Como hemos dicho, el período de incubación de la parotiditis es largo. Termino medio se puede admitir 18 ó 20 días (Rendu 1893). Puede ser más corto, limitarse á 15 días ó aún á ocho (Rilliet y Lombart).

La no recidiva de la parotiditis ha sido bien observada por numerosos autores. La inmunidad que confiere es tan cierta como la de cualquier enfermedad infecciosa. Confiere aún más. La recidiva del sa-

rampión ó de la viruela es más frecuente que la de la parotiditis; entre los casos observados por nosotros no se anota ni un solo caso de recidiva.

Por el contrario: Catrin refiere haber encontrado nueve recidivas sobre casos en 1892; estas se producían en un intervalo de uno á diez años después del primer ataque.

II

Anatomía patológica.— Las lesiones de la parotiditis epidémica son aún mal conocidas, por razón del reducido número de autopsias, y su complicidad en algunos casos mortales.

Para unos el tejido celular es solamente atacado; para otros el parenquima es lesionado por propagación; y, en fin, lo contrario ha sido igualmente sostenido.

Varias autopsias han sido hechas en casos de parotiditis supurada.

En el caso de Jacob se trata de un soldado muerto de edema de la glotis, se notaba una serosidad verdosa gelatiniforme en el tejido celular priacinoso de las parotidits y las submasxilares; Ranvier no encontró lesión alguna ni en las glándulas ni en los ganglios vecinos, integridad en el epitelio de losconductos salivares, no había proliferación celular, ni aún edema intravenoso.

En cuanto á las lesioncs de las otras glándulas, que participan del proceso parotidiano, (las lacrimales, mamarias articulares), no existen datos preciso á este respecto.

En el examen hecho por Reclus y Malassez en un testículo atrofiado á consecuencia de una orquitis parotidiana; se constató la integridad completa de

os vasos y el tejido conjuntivo intercanalicular; solo los tubos seminiferos, aún cuando persistían, estaban muy disminuídos de volumen; por el espesamiento de su pared interna y por la disposición de su epitelio se habrían transformado en cordones llenos; se trataba de una esclerosis parenquimatosa pura.

Del examen de sangre hecho por Sacguepec resulta que existe siempre una hiperleucocitosis moderada, y especialmente sobre los mononuclares; muy poco aumento en los polinucleares. Cuando sobreviene la orquitis el número de estos últimos aumenta considerablemente. Sicard y Dopter (1905) han constatado en el líquido extraído directamente del canal de Stenon numerosos elementos celulares; por una parte leucocitos con sus diversas variedades; por otras partes células glandulares, y células fusiformes de los canales excretores en decamación.

Las orinas parecen contener una ptomaina mal definida.

Bacteriología.—Capitan y Charrin comunicaron en 1881 á la Sociedad de Biología los resultados de los exámenes de saliva y sangre de siete enfermos atacados de paperas, constataron un bacilus de 2 á 3 micromilimetros y cocus. Estos microbios se cultivaban en caldo de Liebig, pero la inoculación á los animales resultó negativa las orinas no contenían gérmenes.

Buchard encontró en la orina y en la saliva de un enfermo atacado de paperas con albuminuria, numerosos bastoncitos.

Boinet, por una parte, y Bordas, por otra, han encontrado el mismo bacilus ó idéntico al de Capitan y Charrin.

Laberan y Catrin han investigado en la sangre,

en el jugo del testículo y en el de la parótida, en el tejido celular periglandular el agente patógeno de esta enfermedad con el resultado siguiente: el examen directo de la sangre daba pocos microbios, los cultivos dieron resultados positivos cuatro veces sobre siete. Los cultivos de jugo testicular y de la parótida, positivos nueve veces sobre catorce, para el primero; tres veces sobre seis para el segundo. Un cultivo del edema celular fué positivo.

En todos estos casos los cultivos muestran cocus, á menudo diplococus; la constatación es posible aún tres semanas después de principiada la enfermedad.

Los mismos hicieron posteriormente nuevas comunicaciones en las cuales decían que habían encontrado el mismo microbio 67 veces sobre 92 exámenes de sangre, exudado parotidiano y testicular, de edema subcutáneo y líquido articular.

La inoculación á animales dió un resultado negativo.

La inoculación de cultivos en los testículos de perros y conejos determinaban una viva reacción; al cabo de 24 horas había una orquitis intensa, pero era de poca duración.

Ferré, Busquet y Antony han confirmado los resultados obtenidos por Laberan y Catrin.

Busquet había establecido de que era transmisible la enfermedad del hombre al perro; pero esto ha sido negado por Laberan.

Mecray y Walsh han aislado un microbio análogo al de los autores franceses, de la saliva y de la sangre de 8 enfermos atacados de paperas.

Michaelis y Bein han puesto en evidencia, por un examen de la saliva del canal de Stenon y en la sangre; con menos frecuencia en esta última que en la primera; un diplococco, más pequeño que los go-

nococus y el meningococus, dispuestos algunas veces en cadenas y dotados de movimientos propios.

Estos microbios toman el Gram, y pueden cultivarse, pero las inoculaciones quedan negativas.

Carriere analizando diez casos de paperas encontró cinco veces el microbio de Laveran y Catrin; dos veces el de Michaelis y Bein y dos veces un bacilo fino, corto, movible, que no toma el Gram, que se cultiva en agar dando finas colonias translúcidas.

A pesar de la concordancia relativa de todos estos resultados, la especificidad del agente productor de la enfermedad que nos ocupa no está aún definitivamente establecida.

Sintomatología.—En la forma más simple de esta enfermedad, que es la localización parotidiana, y rara vez la submaxilar, los primeros fenómenos mórbidos se declaran después de una incubación de tres semanas, término medio, á partir del contacto infectante.

Los pródromos son á menudo tan poco marcados que se pueden decir faltan en la mitad y aún en las dos terceras partes de los casos. Es lo que generalmente pasa en los adultos.

En los niños se nota fiebre, decaimiento general, anorexia y algunas veces vómitos; en el adulto, cuando éstos se presentan, son atenuados. Se ha notado algunas veces epistásis, perturbaciones gastrointestinales, dolores neumatoideos y sudores nocturnos. Comby ha señalado en algunos casos, y especialmente en los niños, fuertes dolores de oídos en la noche anterior de la tumefacción de las parótidas.

En general, la fiebre, cuando existe, se mantiene baja (38º) los enfermos la soportan en pie. Se ha notado algunas veces altas temperaturas. Karth seña-

la un caso de 41°. En la observación I hemos tenido ocasión de ver una temperatura de 41°5.

Es frecuente ver evolucionar la enfermedad sin fiebre.

Los pródromos duran, por lo general, 12 á 36 horas; cesan con la aparición de la tumefacción parotidiana.

El dolor local es el primer síntoma, está localizado al nivel de la parótida, por delante del conducto auditivo, es espontáneo, hay una sensación de peso, de rigidez, aumenta por la presión, sobre todo al nivel de la articulación témporomaxilar (punto de Rilbet) y por la separación de los maxilares. De ahí una dificultad más ó menos marcada en la pronunciación de la palabra (el enfermo habla entre dientes), para la masticación y para sacar la lengua á veces hay un verdadero trismus que imposibilita el examen de la cavidad bucal.

La intensidad del dolor es variable, algunas veces es suave mientras que en otras ocasiones toma el carácter de neuralgias y repercuten dolorosamente en el oído externo y tímpano, perturbando el sueño. Constatt ha señalado irradiaciones hacia el cuello y el omoplato.

Al nivel de la submaxilar hay siempre dolor, aun cuando sea á la presión.

La tumefacción acompaña siempre al dolor.

Ella es como éste, unilateral al principio, ya sea á la derecha ó á la izquierda. Comienza la tumefacción entre el tragus y la rama ascendente del maxilar inferior, á la cual desborda así adelante; en seguida se difunde más ó menos á las partes vecinas.

La piel á este niveles poco adherente, lisa, brillante, de un color rojizo, semejante en algunos casos á

la de los flegmones. Es más ó menos caliente, según los casos.

Al tacto se nota una resistencia pastosa ó elástica; pero las impresiones digitales no persisten; la tumefacción es al principio difusa, después llega á ser saliente, con su punto de mayor desarrollo á nivel del lóbulo del pabellón del oído; á veces se puede sentir la superficie granulosa de las glándulas.

En un plazo, que varía entre algunas horas y ocho días, la parótida del otro lado toma parte, á su vez; es raro observar que las dos glándulas hayan sido tomadas al mismo tiempo; entre los enfermos que hemos tenido ocasión de examinar algunos se han presentado con sus dos parótidas igualmente tumefactas.

Rilliet distingue bajo el punto de vista de la intensidad de la tumefacción parotidiana tres grados.

1.º Ligera tumefacción del surco retromaxilar, deformando apenas la fisonomía, pudiendo á veces hasta pasar desapercibido;

2.º Tumefacción de la glándula que rechaza afuera y arriba el pabellón del oído;

3.º Tumefacción considerable de las parótidas y la submaxilar, gana el cuello como en el caso de las anginas tóxicas, invadiendo la parte superior del tórax, hasta la extremidad externa de la clavícula; la fisonomía entonces es desconocida; la cabeza y el cuello tienen una apariencia piriforme.

Según esta clasificación la mayoría de nuestros enfermos han presentado el primer tipo; es decir, una forma muy benigna; un regular número ha correspondido al segundo tipo. En cuanto al tercero no hemos tenido ocasión de ver sino uno que está referido en la observación III.

Algunas veces la tumefacción puede invadir las

regiones temporales zigomáticas, tejido celular de los párpados, el celular subconjuntival; de ahí la formación de un kermosis enorme y aún una exoftalmía ligera; en esto tendría parte una inflamación de las glándulas lacrimales para unos y para otros sería el resultado de una compresión de la vena facial por la parótida tumefacta, y de ahí una dilatación de las venas temporales y las periorbitarias.

El máximum de la tumefacción parotídea llega, para cada glándula, del segundo al tercer día de comenzada esta. La disminución se produce en seguida rápidamente para terminar del séptimo al octavo día.

En los niños la evolución se hace más rápidamente, hay casos en los cuales la enfermedad termina en tres ó cuatro días.

Otras veces evoluciona la enfermedad en quince días, y aún en tres ó cuatro semanas (paperas con recaídas).

La tumefacción parotídea se acompaña á menudo de la tumefacción de las glándulas submaxilar (observación III), de los ganglios esternomastoideanos y genianos; á menudo la inflamación de la submaxilar es consecutiva á la parotídea (observación III); algunas veces, aunque raras, ella le precede.

En fin, se citan algunas observaciones en las cuales la enfermedad sólo quedaba localizada á las glándulas submaxilares. Laberan refiere un caso de orquitis consecutiva á una inflamación localizada en la glándula submaxilar.

Comby cita un caso en el cual la enfermedad invadió solamente la glándula sublingual; estos son casos muy raros.

La mucosa bucofaríngea está generalmente in-

demne en las paperas; la secreción salivar puede ser normal; hay, sin embargo, sequedad de la boca; la saliva sería casi constantemente ácida, según Comby.

Algunos autores, sin embargo, han visto alteraciones manifiestas de la mucosa bucofaríngea. Gueneau de Mussy para hacer semejante esta enfermedad á las fiebres eruptivas se basaba en la presencia de un exantema, raro, desde luego, caracterizado por la congestión y tumefacción de la mucosa, sobre todo detrás de las últimas molares, cerca del orificio del canal de Stenon y la parte anterior de la bóveda palatina.

Esta rubicundez de la mucosa bucal y aún de la faríngea se encuentra en dos tercios de los casos según Catrin.

La inflamación de las amígdalas han sido igualmente observada, y aún precede á la enfermedad; Jourdan ha señalado la posibilidad de una atrofia consecutiva de las amígdalas.

En fin, se han señalado casos de estomatitis eritematopultáceo.

La tumefacción del orificio del canal de Stenon ha sido observada, así como la induración é hipertroria del conducto, lo mismo que el de Warton.

Los síntomas generales en el curso de una parotiditis epidémica son muy variables. En buen número de enfermos, sobre todo en las formas abortivas no hay fiebre ni reacción general de ninguna especie, el enfermo no guarda cama. Esto lo hemos observado en muchos de nuestros enfermos. Sin embargo, hay autores que señalan un ligero aumento en la temperatura del cuerpo.

En otras formas de paperas simples hay malestar general, anorexia, vómitos y rara vez epístasis.

La fiebre, cuando hay, llega generalmente á los 38º el primer día, para descender á la temperatura normal al siguiente día ó el tercero. ó aún el cuarto ó quinto, algunas veces sigue las variaciones de la tumefacción parotídea. La defervescencia es brusca y acompañada de fenómenos críticos, sudores profusos, diuresis, salivación abundante, que puede persistir en la convalescencia (observación I).

Cuando sobreviene una reaparición de la fiebre, hay que sospechar de una complicación por el lado de los testículos; más raramente se trata de un nuevo ataque sobre la glándula ya enferma ó sobre la del lado opuesto.

En ciertos casos y sobre todo en algunas epidemias se han notado temperaturas muy altas (40 y 41 grados), unidas con fenómenos nerviosos serios (delirios, alucinaciones, convulsiones y movimientos coerciformes); estos estados han terminado algunas veces por la muerte.

Se han descripto también bajo el nombre de *forma* tifoidea de las paperas casos excepcionales en los niños, más frecuentes en los adultos, en los cuales el estado general, particularmente alarmante, recuerda á los de la fiebre tifoidea; estos casos, con ser á menudo mortales, pueden, sin embargo, curar.

Se ha notado aún albuminuria, hipertrofia pasajera del bazo, epístasis, algunas veces repetidas, diarrea, lengua seca, fuliginosa y cefalalgias.

La forma simple, puramente salivar, de las paperas presenta, pues grados de intensidad muy variables así hay casos abortivos que pasan casi desapercibidos; hay casos de mediana intensidad, este es el tipo de enfermedad que se presenta comnúmente; en fin, hay formas graves, caracterizadas más por los fenómenos generales que por la intensidad de la tu-

mefacción glandular. Entre los enfermos observados por nosotros no hemos tenido ocasión de ver ninguno de forma grave, ni muerte producida por ellas.

En todos estos casos, hasta en los más benignos, la complicación testicular es posible.

La marcha de la parotiditis epidémica simple es, en general regular, y rápida; después de doce ó veinticuatro horas de pródromos aparece la tumefacción parotídea de un lado; algunas horas ó algunos días después el otro lado es invadido, después la regresión no tarda en producirse. La duración total es, en término medio, de ocho días en el niño, y diez á doce en el adulto.

Hay algunas veces recaídas, separadas por intervalos, donde la ausencia de fiebre es completa, que pueden prolongar la enfermedad hasta quince días y aún más.

Barthez y Sanné citan el caso en donde dos recaídas sucesivas han sido separadas por un intervalo de tres semanas.

La parotiditis epidérmica simple, en regla general, termina por resolución. La defervescencia es, á menudo, brusca y puede estar, como hemos dicho, de fenómenos críticos otras veces; puede terminar por lisis; esto es raro. La convalescencia se acompaña á menudo de hipotermia (35 y 36 grados), de pulso lento, y puede ser lento, complicado de demacración y favorecer de este modo el desarrollo de la tuberculosis latente.

Si bien la resolución es un modo ordinario de terminación de las paperas, puede suceder que termine por induración. Legrous y Legendre citan el caso de un niño en el cual las glándulas parotídeas y submaxilares presentaban, un mes después de un período agudo, una induración saliente que daba á

la cara del niño una fisonomía particular. La induración era elástica, no dolorosa, no cedía al tratamiento por el yoduro de potasio y á las aplicaciones de pomada mercurial durante quince días.

Entre nuestros enfermos hemos tenido ocasión de observar uno en el cual la induración se prolonga por un mes después de curada su papera, al mes y medio no quedaba ningún rastro de su enfermedad.

Las paperas no recidivan; generalmente un primer ataque confiere inmunización inmediatamente.

Sin embargo, Catrin (citado anteriormente) ha observado hasta un 6 por ciento en 159 casos; que los ha seguido en 1893. En nuestra observación no se anota ni un solo caso de recidiva; 200 enfermos en 1906.

La inmunidad conferida por primer ataque no es definitiva sino cuando el enfermo ha sido infectado antes de la pubertad. Las paperas contraídas después de este período de la vida pueden, más á menudo de lo que se piensa, recidivar después de un intervalo que varía entre siete meses á tres años.

Localización testicular de las paperas.—La orquitis debe, según algunos autores, ser considerada no como una complicación, sino como una localización generalmente secundaria y rara vez primitiva (observación IV), de la infección parotidiana. Nosotros somos partidarios de esa opinión.

La orquitis parotidiana se manifiesta en los casos graves, como en los muy benignos, ningún indicio permite preverlos. La orquitis varía de frecuencia con la edad del sujeto; en el niño, en donde la glándula testicular no está aún en actividad fisiológica, los casos de orquitis son muy raros.

En el adulto y, sobre todo, en los soldados, en los

cuales el testículo es una glándula que está en plena actividad, la orquitis no es rara; pero su frecuencia varía según las epidemias. Se citan epidemias que varían la frecuencia desde 20 al 66 por cien. Entre los casos observados por nosotros hemos constatado que un tercio de los enfermos han presentado localización testicular.

La orquitis parotidiana aparece, en regla general, en el curso de la enfermedad, confirmada del sexto al octavo día del comienzo; pero se señalan casos de aparición hasta el vigésimo primero.

Entonces es secundaria á la localización parotidiana; se pone de manifiesto cuando la tumefacción parotidiana está declinando.

Algunas veces la orquitis se sucede á una brusca desaparición de la tumefacción de las glándulas salivares; esto había llamado la atención á los antiguos autores, quienes vieron en esto una especie de transporte de la fluxión mórbida de la parótida, á la cual abandonaba para invadir el testículo. Esta inmigración del principio mórbido, si así se puede llamar, era la metástasis.

Esta concepción de la metástasis no pudo mantenerse por mucho tiempo; porque no podía explicarse satisfactoriamente los casos, si es verdad raros, de orquitis contemporáneos á la tumefacción parotidiana.

Los autores están de acuerdo hoy día en admitir que esas determinaciones llamadas metastásicas son simples localizaciones del gérmen infeccioso; sucesivas ó contemporáneas, en órganos diferentes, sin duda; pero que todos responden al tipo glandular. Es, evidentemente, el resultado de una infección general, cuyo agente patógeno es transportado por el torrente circulatorio y que se localiza en seguida en

ciertos puntos de preferencia. Así se explica fácilmente como la orquitis puede algunas veces ser el fenómeno inicial de una enfermedad parotidiana; y preceder uno ó dos días á la tumefacción de las glándulas salivares.

En fin, existen casos de formas frustras de parotiditis, en las cuales la orquitis es la única manifestación de la enfermedad que nos ocupa simple, ó doble, ella evoluciona á menudo bajo la forma epidémica. Numerosos son los autores que han señalado estos casos raros; entre nuestros enfermos hemos tenido oportunidad de observar tres; la «Historia IV» corresponde á uno de ellos.

Estos casos podían ser más numerosos que lo generalmente admitidos si se hace entrar en la categoría de formas frustras de paperas las orquitis agudas, esporádicas ó epidémicas, que diversos autores han visto en hombres jóvenes. En este grupo también entran las orquitis amigdalianas de Joal, como opina Sallard, en las cuales se ha visto en el curso de anginas complicaciones testiculares que pueden terminar por atrofia.

La orquitis parotidiana es unilateral, por lo menos al principio; más raramente doble desde su comienzo. Es, consecutivamente, doble en un octavo de los casos. No hay correspondencia entre atacado y la glándula salivar, atacada primitivamente; tampoco hay entre una parotiditis simple y una orquitis simple ó una papera doble y orquitis doble. Ni aún hay relación en la intensidad de una parotiditis y la de una orquitis.

El principio de la orquitis parotidiana es variable; á menudo no modifica en nada la marcha de los síntomas generales de una parotiditis en evolución; son los signos locales los únicos que llaman la

atención por el lado de los testículos; otras veces es una elevación de temperatura la que anuncia la presencia de la orquitis. La temperatura sube rápidamente de la normal á 40° ó aún á 41°, unido á esto un escalofrío más ó menos marcado.

Otras veces la orquitis se anuncia por conjunto de síntomas generales graves y alarmantes; como ser: signos de colapsus, ansiedad indescriptible, pulso pequeño y frecuente; enfriamiento de las extremidades.

En fin, puede tomar una forma tifoidea, caracterizada por delirio, epístasis, diarrea. En estas formas graves la temperatura se mantiene siempre elevada, 40° á 41°.

El signo característico de la orquitis es el dolor; en algunos casos precede á la fiebre. Es de una in: tensidad variable; algunas veces es sensación de tensión, simplemente, ó de pesadez en la posición de pie.

En otras ocasiones es un dolor que aparece bruscamente, punzante, muy intenso, que aumenta por el menor movimiento, ó por una presión local.

Se irradia así al canal inguinal, al hipogastrio y región lumbar.

La tumefacción no tarda en aparecer; en los casos ligeros el escroto está un poco tumefacto y ro. jizo, sensible á la presión, pudiéndose sentir con una exploración suave un testículo un poco aumentado de volumen.

Para la mayor parte de los autores la epidemia sería respetada en esta inflamación de las otras pares del organismo; sin embargo, no falta un buen número de observaciones en las cuales han visto comenzar la tumefacción por esta porción del órgano, y aún quedar localizado el mal en este punto, respetando el resto del órgano (Catrin).

En los casos intensos el escroto está distentido, violáceo; algunas veces edematoso; la vaginal distendida, una cierta cantidad de líquido.

Todo esto impide tener una sensación exacta del testículo, el cual ha duplicado y aún triplicado su volumen normal y se ha puesto pesado y resistente.

El cordón está siempre indemne.

La marcha de la orquitis parotidiana es aguda y rápida. Una vez confirmada, el estado general mejora; algunas veces la fiebre se mantiene elevada (40º y más) durante tres ó cinco días; la caída de la temperatura puede ser brusca, al mismo tiempo que desaparece la tumefacción testicular. Otras veces la defervescencia es lenta. Localmente la tumefacción inflamatoria, después de haber llegado rápidamente á su máximum en dos ó tres días, queda estacionaria por algún tiempo; después la inflamación disminuye; se puede, entonces, sentir netamente el testículo siempre voluminoso. La resolución se produce, por lo general, rápidamente; al cabo de ocho ó diez días todo vuelve á lo normal; no se observa supuración y muy rara vez induración.

En los casos en los cuales los dos testículos son invadidos, la duración de la enfermedad puede prolongarse por más días; sobre todo si la aparición de la orquitis entre uno y otro testículo es de un plazo más ó menos largo, hasta de dieciseis días, como han señalado en algunos casos.

El pronóstico inmediato de la orquitis parotidiana es ordinariamente favorable. Velpeau consideraba esta afección como la más benigna de las orquitis conocidas. Por lo demás, es conveniente hacer serias reservas en razón de la posible atrofia de la glándula.

La atrofia, observada por numerosos autores, es

una consecuencia frecuente de la orquitis parotidiana.

En cuanto á la frecuencia con la cual se observa, no están de acuerdo los autores que se han ocupado de esta enfermedad. Para Laveran, se observarían en los dos tercios de los casos; para Catrin, en la mitad. Una de las causas por las cuales no se puede tener datos seguros es por el tiempo que transcurre hasta ponerse de manifiesto la atrofia, para lo cual sería necesario hacer un examen después de dos ó tres meses siguientes de la evolución de la enfermedad. Entre los enfermos observados por nosotros, no nos ha sido posible constatar esta grave consecuencia por razón de que la inmensa mayoría de nuestros soldados han sido conscriptos por tres á seis meses; siendo tan corto el tiempo que han permanecido en las filas no hemos podido recoger este dato que hubiese sido muy interesante.

La atrofia se anuncia por una consistencia blanda, anormal, del testículo interesado. Este estado precede en varias semanas antes de que la atrofia se establezca de un modo manifiesto. La atrofia se establece en general de una manera brusca; se puede ver en algunos días reducir en un tercio y aún la mitad el volumen normal del testículo. Los grados de atrofia es naturalmente variable; puede ser parcial ó total; se ha señalado la pérdida del reflejo cremasteriano, como fenómeno que la acompaña.

Habitualmente es insensible, pero puede algunas veces ser el origen de dolores persistentes. La atrofia unilateral no determina perturbaciones fisiológicas, si el testículo del lado opuesto no ha perdido antes sus aptitudes funcionales ó si el enfermo no es un monorquídeo verdadero.

La atrofia doble es mucho más grave; puede traer

como consecuencia la disminución y aún asimismo la desaparición del apetito venéreo y de la potencia viril.

Se ha constatado una disminución del número de espermatozoides; algunas veces la atrofia testicular ha traído como consecuencia una transformación completa del organismo. Hereboullet cita un caso de feminismo completo con hipertrofia de los senos.

Como hemos visto, la localización testicular es la más frecuente, después de las glándulas salivares, en una parotiditis epidémica; pero se puede ver en casos más raros localizarse en otros órganos de la economía, los cuales, si bien es cierto dependen del aparato genital y tienen un tipo glandular. La ovaritis, que sería en la mujer el equivalente de la orquitis para el hombre, es infinitamente más rara que ésta.

Numerosos son los casos de observación referidos por varios autores que parecen establecer su posibilidad. Los síntomas que han sido señalados como que caracterizan esta enfermedad, son los siguientes: dolor del nivel de la fosa ilíaca; espontáneo y á la presión, y algunas veces un tumor perceptible en el punto que corresponde á los ovarios. A estos hechos se puede agregar la posibilidad indicada por d'Heilly de metrorragias parotidianas. También se citan casos de tumefacción de los grandes labios y aún de las glándulas vulvovaginales en el curso de una parotiditis; en un caso se ha visto supurar el gran labio derecho.

En el hombre se han señalado casos excepcionales de uretritis en el curso de una orquitis parotidiana.

La inflamación de las mamas ha sido observada en los dos sexos. Rilliet refiere el caso de un soldado,

en el cual está acompañado de una eminencia de los tubérculos de Montgomery y dejando correr un líquido seroso por el mamelón.

En fin, para terminar, señalaremos los casos excepcionales de localizaciones de la inflamación en las glándulas lacrimales, en la conjuntiva y en el cuerpo tiroides.

III

Complicaciones.—Si como hemos dicho se considera la orquitis parotidiana como una localización, la parte que les corresponde á las complicaciones que pueden sobrevenir en el curso de una papera se halla notablemente complicado. Quedan por señalar un cierto número de accidentes excepcionales en el niño; menos raros en el adulto, cuya patogenia está lejos de ser satisfactoriamente explicada.

Para alguna de éstas (supuración, gangrena), es lógico aceptar que son infecciones secundarias por los microbios de la supuración; pero no así para las otras complicaciones, las cuales no se puede especificar si se trata de un mismo proceso ó de una localización anormal del germen de la parotiditis ó, en fin, de un fenómeno reflejo ó reaccional producido por la intensidad misma de la infección primitiva.

Algunas de estas complicaciones se presentan en ciertas epidemias con una frecuencia y una gravedad que vienen á hacer grave el pronóstico, habitualmente benigno de las paperas.

Entre las complicaciones de orden local que atacan á la glándula enferma, están la supuración y la gangrena.

Supuración.—La supuración de la parótida ha sido observada en algunos casos. Esta complicación se

caracteriza por un intensísimo dolor parotidiano por la tensión y color rojizo de la piel de la región; después hay en la tumefacción la sensación de latidos; termina por la formación de un abceso superficial, que con una incisión cura con facilidad.

Parece probable, como ya hemos dicho, que al microbio, no piógeno por sí mismo, de las paperas se le asocian los de la supuración; los cuales emigran de la boca al través del canal de Stenon (estafilococus, estreptococus). En el pus proveniente de esta supuración, ha sido señalada la presencia del estreptococus en un caso. En cuanto á la supuración del testículo y el epidídimo, es excepcionalmente raro.

Gangrena. — Dos casos, que terminaron por la muerte, han sido señalados de gangrena de la parótida.

Adenopatías. — La tumefacción de los ganglios linfáticos vecinos á las glándulas salivares, es raro observarla en el curso de una parotiditis epidémica. Es un poco más frecuente ver, sobre todo en los niños escrofulosos, después de haber terminado la enfermedad, adenopatías consecutivas persistentes al nivel de las regiones preauriculares y submaxilares. Estas adenopatías son duras, indolentes y múltiples; se ha señalado un caso de supuración.

Los accidentes por el lado del aparato digestivo, son variados. Ya hemos hablado de las enantemas y anginas faríngeas. Los síntomas de embarazo gástrico no son raros: anorexia, náuseas, vómitos, diarrea y lengua saburral.

Ya hemos hablado anteriormente de las formas llamadas tifóideas, que están acompañadas de diarrea, sequedad de la lengua, fuliginosidades de los dientes y un estado adinámico muy marcado. En

a gunos casos excepcionales ha sido señalada la pancreatitis como una complicación.

Por el lado del aparato respiratorio se ha señalado la dificultad en la respiración, debido á la compresión por las glándulas tumefactas y edema del tejido celular vecino en la parte superior del árbol respiratorio.

Se han observado casos de edema de la glotis y algunos casos de muerte por esta complicación; en otros fué necesario recurrir á la traqueotomía para salvar al sujeto.

En un caso señalado por Comby se trataba de una hemoptisis abundante con disnea en un enfermo con paperas.

También se ha observado la coincidencia de la parotiditis epidémica con bronquitis, neumonías y pleuresías. Parece que la infección parotidiana exaltara la virulencia del neumococus bucal.

Simonin ha visto en un soldado á los veinticinco días de su papera, una tiroiditis aguda caracterizada por tumefacción rápida de la glándula, con el sindroma de la enfermedad de Basedow. Todo ese conjunto de síntomas desaparecieron al cabo de catorce días.

El corazón es raramente interesado en el curso de una parotiditis epidémica. Se han publicado casos de pericarditis seca que han terminado casi siempre por la curación.

La endocarditis también es rara. Los casos de endocarditis mitral ó aórtica curan en pocos días sin dejar vestigios del mal; otras veces pasa al estado crónico. El miocardio es siempre respetado; sin embargo se han observado en la convalescencia un pulso lento, y aún lipotimias. En fin, recordamos, como complicación de orden vascular, las epístasis y hemoptisis á menudo observadas.

Las astropatias consecutivas á la parotiditis que nos ocupa, han sido objeto de numerosos estudios hechos por distintos autores.

Ellas aparecen en el curso mismo de la enfermedad ó después que ha desaparecido la tumefacción parotídea y posteriores á la orquitis. Con frecuencia se trata de dolores localizados al nivel de una ó varias articulaciones, sin tumefacción ni reacción general (forma astrálgica); ésta cura en pocos días.

Pero algunas veces se constata que la articulación dolorosa está tumefacta y hay líquido derramado en la cavidad. Se han señalado verdaderos casos de hidrartrosis.

Se puede ver propagarse la tumefacción á las vainas tendinosas periarticulares y hasta los músculos mismos.

Esta forma de reumatismo es, por lo general, apirética, ó puede evolucionar con una fiebre moderada. Se ha observado en algunos casos una reacción general tan intensa como en los de reumatismo poliarticulares agudos.

En todo caso la curación completa en algunos días es la regla. La supuración en estas artritis es excepcional.

Algunos autores han señalado los fenómenos articulares precediendo á las manifestaciones de la enfermedad por el lado de las parótidas.

En cuanto á la naturaleza de esta afección, es lógico creer que se trata, como en los reumatismos escarlatinosos, reumatismos blenorrágicos y, en fin, todos los seudoreumatismos infecciosos; de una invasión de las serosas articulares por el microbio productor la enfermedad, que ha entrado en el torrente circulatorio. Catrin ha señalado en el líquido articular el mismo diplococus observado por él

en la serosidad parotidiana, en la sangre y en el exudado de la túnica vaginal.

Otro punto de analogía entre la escarlatina y las paperas son las complicaciones por el lado del aparato renal. Las nefritis originadas por la parotiditis epidémica son semejantes á las producidas por la escarlatina, pero ellas son infinitamente menos frecuentes que éstas.

Como toda nefritis aguda infecciosa, presenta grados de intensidad variable. Algunas veces se presentan con una ligera albuminuria, que cura en pocos días.

Esta forma se manifiesta, sobre todo, en los casos de paperas que están acompañados de fenómenos generales serios. En estos casos la albuminuria aparece con el máximum de temperatura para desaparecer con la caída de la temperatura. Son raros los enfermos en los cuales persiste la albuminuria después de haberse curado de su papera.

Otras, en casos más intensos, la nefritis parotidiana determina un anaxarca con albuminuria ó aún anaxarca sola; en estas formas la curación es la regla; sin embargo, existen algunos casos de muerte á consecuencias de una uremia aguda.

La nefritis consecutiva á parotiditis es excepcional en el niño; en el adulto se nota entre los casos graves.

La anatomía patológica de la nefritis parotidiana es igual á la de nefritis aguda difusa; en los casos de autopsias se han encontrado el grueso riñón blanco; hay lesiones intersticiales y parenquimatosas.

En cuanto al agente productor de esta complicación no está bien establecido si es el gérmen de la parotiditis ó los microbios de las infecciones secundarias; haremos notar que en un caso de nefritis de

este origen se ha observado un diplococus en la orina; igual al encontrado en la sangre del mismo enfermo.

Los accidentes nerviosos que se observan, como complicación de las paperas, son raros en los niños; más frecuentes en el adulto. Pueden aparecer en el principio de la enfermedad; lo común es que lo hagan cuando las paperas están bien confirmadas. Preceden uno ó dos días á la orquitis, cuyo desarrollo coincide generalmente con una terminación rápida de las manifestaciones nerviosas.

Algunas veces son manifestaciones benignas en sujetos nerviosos, adultos ó niños; éstas se presentan bajo la forma de delirios tranquilos, movimientos convulsivos, acompañados de una temperatura elevada.

Desaparece cuando la fiebre declina; por lo demás su presencia no agrava el pronóstico de la enfermedad.

Otras veces, por el contrario, se trata de fenómenos más intensos y más serios; el delirio es más violento, él se ocasiona teniendo una forma de manías con alucinaciones, pudiendo terminar en coma completo.

En estos casos se pueden ver sucumbir rápidamente á los enfermos. Sin embargo, la curación es posible y esta no tarda en producirse en cuanto la orquitis ha hecho su aparición.

Los síntomas de excitación cerebral difusa pueden transformarse secundariamente en signos de lesión en foco. Después de varios días de delirio, de fiebre intensa, y algunas veces de coma aparecen las perturbaciones propias de la afasia, de agrafia, de monoplegia braquiales, hemiplegias con hemianístesia, síntomas que pueden durar de seis á quince meses; después curar.

Couraud y Petges han llamado la atención sobre las paralisis faciales, extrapetrosa de corta duración y ligeras, que parecen ser el resultado de la compresión de las ramas periféricas del nervio facial, por la glándula tumefacta.

Se han señalado también paralisis tardías, semejantes á la paralisis tóxica de la difteria. La observación es de Joffroy, se trata de un niño de catorce años en el cual al octavo día de su parotiditis se nota una paralisis flácida de los cuatro miembros acompañada de abolición de los reflejos tendinosos y de anestesia cutánea. Los reflejos, por el lado de la vejiga y el recto, normales. El comienzo de todo esto fué anunciado por fenómenos dolorosos en los miembros superiores, primero, é inferiores, después. Trece días después aparecen las paraplegias y las paralisis.

El niño curó al cabo de tres meses. Se han también señalado las paralisis del facial; del hipogloso, del espinal, del diafragma, paralisis ligera de los músculos acomodadores, paralisis del velo del paladar asociada á la de los miembros.

Todas estas paralisis postparotidianas son raras. Parece que se trata de una neuritis periférica, semejante á la que se ve en el curso de algunas enfermedades infecciosas.

Se han publicado varias observaciones de enfermedades mentales en el curso de la convalescencia de la parotiditis; pero en estos diversos casos los antecedentes hereditarios ó personales han puesto de manifiesto taras nerviosas, epilépsia, coréa, alcoholismo, etc, y por consiguiente parece tienen estas una parte más activa en el desarrollo de estas afecciones, que las paperas mismas.

En donde todavía existe discusión; en las complicaciones delirantes graves, algunas veces mor-

tales; seguidas de afasia ó paralisis en algunas ocasiones. En un buen número de estos casos parece que se trata de una meningitis ó meningo-encefalitis. En algunos de ellos la duda puede existir, pues si se trata de una meningitis consecutiva á la papera, ó simplemente una coincidencia con una meningitis tuberculosa, como en los casos señalados por Catrin, y el otro por d'Antony. En otras circunstancias se ha visto que el delirio y el coma observado eran en un sujeto alcoholista, por fin, en un caso de delirio y coma seguidos de hemiplegia y hemianestesia, se trataba de una seudomeningitis histérica.

Como se ve es difícil hacer un diagnóstico preciso en estas circunstancias, y por lo tanto debe tenerse en cuenta la opinión de Laveran que piensa poder admitir como de naturaleza parotidiana los accidentes cerebrales que sobrevienen con una temperatura muy elevada poco tiempo antes de la aparición de la orquitis ó al mismo tiempo que ella. Si la orquitis disminuye, la fiebre desaparece y en estas circunstancias se presentan los accidentes cerebrales, posiblemente no son de orígen parotidiano.

Las complicaciones por el lado de los órganos de los sentidos, en general, son de poca importancia; en algunos casos, entre ellos, los auriculares, pueden llegar á ser muy incómodos por su duración y por mostrarse rebeldes á todo tratamiento.

Las complicaciones del aparato visual son raras, y las pocas que se señalan son benignas.

Se han observado blefaritis, keratoconjuntivitis, congestiones retinianas, con disminución de la agudez visual, edema de la retina y una iritis.

En las complicaciones por el lado del aparato auditivo, existen las otitis externas; y las otitis medias supuradas, aún cuando sean raras, se registran en algunos casos.

Pero lo que más ha llamado la atención de los autores son las sorderas consecutivas á una parotiditis.

Estas sorderas parotidianas tienen una evolución especial. Es unilateral; con menos frecuencia bilateral, se establece de una manera insidiosa en algunos días. Otras veces puede hacerse una manera rápida casi súbidamente acompañada ó no de fenómenos generales: zumbido de oídos, silbidos, vómitos, insomnios y aún vértigos que pueden persistir por más ó menos largo tiempo ó atenuarse dejando, como restos de la enfermedad, un estado vertiginoso. Esta sordera es con frecuencia incurable. Otro de los caracteres de estas complicaciones es la ausencia completa de lesiones visibles en el aparato auditivo. El orígen parece ser laberíntico, pero hoy, por hoy, no hay sino hipótesis sobre la naturaleza de la lesión causal (derrame en el caracol) neuritis y atrofia del nervio acústico.

VI

Pronóstico.—Del estudio clínico de la enfermedad y sus complicaciones se desprende que éste varía según la edad del sujeto que adquiere esta afección. Así en el niño, donde la localización es casi exclusivamente salivar, la enfermedad evoluciona sin complicaciones, el pronóstico es muy benigno. En la mujer, es donde la localización extrasalivar como las complicaciones son raras tienen el mismo pronóstico como el caso anterior.

En el hombre es más ó menos favorable; pero en éste hay algunas reservas que hacer; con todo esto el pronóstico en general de la parotiditis epidémica es benigno, y tal vez es la más benigna de las enfermedades infecciosas.

Los casos de pronóstico grave, de que hablamos más arriba, son por las complicaciones, algunas veces mortales por edema de la glotis, accidentes cerebrales y nefritis. La sordera constituye cuando es incurable otra complicación seria. Pero en el hombre debe hacerse un pronóstico reservado por la frecuencia de la localización testicular, y la posibilidad de una atrofia consecutiva á la orquitis. Como hemos visto anteriormente, en las epidemias objetos de nuestros estudios se ven las orquitis; en un tercio de los enfermos. En cuanto á la atrofia

no nos ha s do posible constatarla por las razones expuestas.

Diagnóstico.—En época de epidemia, cuando se está prevenido de la existencia de la enfermedad, el diagnóstico es ordinariamente fácil. Es igualmente sencillo cuando se está en presencia de una manifestación franca de la enfermedad como es cuando existe la tumefacción glandular.

Al principio antes de la aparición de la tumefacción salivar, es difícil pronunciarse, porque se puede estar en presencia de un caso de fiebre tifoidea, de un embarazo gástrico, ó de una fiebre eruptiva cualquiera. La inflamación bucoamígdalofaríngea de la enfermedad que nos ocupa, con síntomas gastricos y febril, hace que se confunda las paperas, en su comienzo, con una angina.

En el período de estadio la vacilación desaparece cuando la enfermedad tiene una marcha regular. La tumefacción glandular puede ser semejante á la producida por diversas afecciones, provenientes de las glandulas misma, ó de los ganglios de la región.

En el caso de una papera, y el de una adenitis periauricular aguda ó crónica y escrofulosa, el diagnóstico se fundará en los antecedentes, en la unilateralidad, por ser superficiales y el relieve manifiesto por la palpación de los ganglios infartados.

En caso de una periadenitis flegmonosa se constaba un empastamiento duro, doloroso, seguido muy pronto de supuración.

Se citan casos de confusión cometidos entre paperas y ademopatias sintomaticas de infecciones malignas de difteria y escarlatina; el aspecto de la garganta para la primera, y la angina una á la erupción cutancia para la segunda, es suficiente para aclarar el diagnóstico.

La parotiditis sintomatica de complicación en enfermedades graves, fiebre tifoide escarlatina, etc; son igualmente diferenciadas por su aparición en el curso de dichas enfermedades, su unilateralidad, por su tendencia rápida á la supuración y á la gangrena. En caso de una parotiditis flegmonosa primitiva estos últimos carácteres la distinguen de una simple papera.

Es digno de citarse el caso de Catrin en el cual análisis batereológico de la serosidad proveniente de una tumefacción bilateral de las parótidas, en una epidemia mixta de paperas y fiebres tifoides: estableció la presencia del bacilo de Eberth; como resultado de lo cual se hizo una incesión inmediata, seguida de curación.

Existen un cierto número de intoxicaciones que directamente ó por intermedio de las estomatitis que producen ejercen sobre las glandulas parotideas una infiamación más ó menos intensa. En las cuales hay que diferenciar las paperas; tales son los casos producidos por el plomo, yodo, y mercurio, por un examen atento cuando se está prevenido se los reconocerá con facilidad.

Otro diagnóstico que ha veces se presentan es con una ericipela facial, que empiesa por la región parotidea, esta se caracteriza por el coloa rojizo y edema de la piel, por la tumefacción difusa, por el rodete periferico y el dolor intenso á la presión.. Estos son signos suficientes para establecer de una manera precisa la naturaleza de la afección de que se trata.

La tumefacción de la glandula sub-maxcilar como propagación de la papera, puede ser comprendida con una adenopatia sub-maxilar aguda, ó un flegmón sub-hioideo, en estos casos es fácil el diagnóstico por los antecedentes.

Como se ve, el diagnóstico de la papera, cuando ésta tiene una marcha regular, es sencillo; pero en las formas incompletas ó frustras, por el contrario, hay lugar á dudas; entonces, para poder afirmar la naturaleza de la enfermedad, hay que recurrir al estudio de su epidemicidad y asímismo su confirmación no se establece sino después de que aparezca la orquitis característica.

Nada más fácil que el diagnóstico de una orquitis parotidiana cuando ésta sobreviene en el curso de una parotiditis epidémica bien confirmada. Es en la forma normal en donde la localización testicular es primitiva, que se encuentra con dificultades para pronunciarse sobre la naturaleza parotideana del accidente.

Las orquitis traumáticas, variolicas y tifoideas se distinguen por su etiología y su tendencia á la supuración. Las orquitis blenorrágicas, las más frecuentes de todas, tienen sus síntomas especiales; la presencia de pus en la uretra (aunque éste puede suspenderse con la operación de la orquitis), la participación activa del epidídimo y el canal deferente en la inflamación, son signos importantes para el diagnóstico.

Nos queda que mencionar la orquitis sifilítica y las orqui-epidimitis tuberculosas; pero en estos casos, además de la marcha de la enfermedad, tenemos los antecedentes y los estigmas de dichas enfermedades en otros órganos del sujeto; esto ayuda para hacer un buen diagnóstico.

Y para terminar, diremos, que los casos en los cuales la enfermedad, por sus fenómenos generales, toma una forma tifoidea la vacilación para hacer un diagnóstico con la afección producida por el bacilo de Eberth es muy de corta duración, por la marcha que sigue.

En cuanto á las complicaciones nerviosas y meningíticas, los datos de una tumefacción parotídea anterior, ó la de una orquitis que empieza, permitirán con facilidad establecer su naturaleza.

En estas circunstancias hay que ser reservado en el diagnóstico, por así convenir para el pronóstico y el tratamiento.

Profilaxia.—Algunos médicos, teniendo en consideración el pronóstico benigno de las paperas, no han creído necesario ocuparse de su profilaxia. Esta opinión podrá ser admitida hasta cierto punto, si sólo se tratara de enfermedades producidas en la niñez. Lo que merece tenerse en cuenta es la opinión de ciertos autores que piensan, dada la benignidad de esta afección en la infancia, es mejor no aislar los niños, porque un ataque sin gravedad, como es el mal á esta edad, lo pondría á cubierto de peligros ulteriores en una edad donde la orquitis, por su frecuencia y gravedad, hacen más serio el pronóstico de las paperas. Asímismo hay casos de orquitis desarrolladas en niños de edad de 12, 8, 6 y 4 años.

En el adulto, y en especial nuestro caso, del estudio hecho anteriormente se desprende que la profilaxia debe ser estudiada y llevada con mucha atención, y esto particularmente por los cirujanos militares de nuestro país, quienes están encargados de velar por la salud de nuestro ejército.

Como hemos visto anteriormente, las orquitis, que se presentan en un tercio de los casos atacados de paperas, los exponen á todas las desastrosas consecuencias de la atrofia testicular.

Como en toda enfermedad infecciosa hay que proceder á tomar medidas sobre el sujeto enfermo, el local en el cual estalla la enfermedad y el resto de

la colectividad á la cual pertenece dicho individuo.

Estudiando el modo de propagarse, hemos dicho que el máximum de contagiosidad parece ser durante el período prodrómico, que continúa de una manera más ó menos activa algunos días después de haber terminado la enfermedad.

De esto se desprende el aislamiento de las personas atacadas de parotiditis epidémica: debe ser de quince á veinte días después de curada la enfermedad. Al permitir su salida del establecimiento donde han estado aislados, es conveniente dar al sujeto un baño de higiene, y entregarle sus ropas y útiles previamente desinfectados. Es lo que se hace en el Hospital Militar Central, en la Casa de Aislamiento de esta capital y en el Hospital Regional de Salta. Esto en lo que se refiere al sujeto atacado de parotiditis, aislamiento rápido y desinfección antes de volver entre sus camaradas.

El local donde hace aparición esta enfermedad, ya sea un cuartel, prisión ó escuelas de internados, debe ser prolijamente desinfectado, lo mismo que los útiles de los cuales se sirven las colectividades que habitan estos locales.

Los medios á los cuales se recurre para la desinfección, varían según los recursos con los cuales se cuenta.

En los cuarteles de Salta y la capital, que son de los cuales tengo conocimiento, se ha recurrido á la siguiente medida: blanqueo de los muros y techos con cal, lavados con paños mojados en una solución de bicloruro de mercurio al 1 por mil, ó ácido fénico 3 por ciento, de todos los objetos de madera (puertas, ventanas, tarimas, el piso y los objetos del equipo que, por su naturaleza, no podrían llevarse á la estufa de vapor de agua á presión). El resto del ves-

tuario y equipo pasaba por la estufa de desinfección.

Si á estas medidas se pudiera agregar el abandono temporario de un cuartel, creo se completarían bien las medidas profilácticas para detener el avance del mal. Pero, desgraciadamente, no se cuenta con ninguno ó con muy escasos edificios, para poder alojar las tropas mientras se completen estas medidas; es bien sabido que el alojamiento bajo carpas, al que se podía recurrir, expone á los que viven en ellas á otras más serias enfermedades.

En cuanto á las medidas á tomar con el resto de la colectividad, creemos conveniente hacer obligatoria la desinfección de la boca. Fundado en el modo favorable de propagación de la parotiditis epidémica, y en la observación referida por el jefe del servicio sanitario de la 5ª Región Militar, doctor Pedro J. Frías, de haber visto disminuir y aún desaparecer los casos de dicha enfermedad en el Regimiento 5º de Caballería haciendo obligatorio el lavado de la boca todos los días á los soldados de dicho regimiento con una solución de mentol ó timol y ácido bórico. Estando á cargo del servicio sanitario de este regimiento se producen casos de paperas entre los soldados del 2º escuadrón; durante varios días se presentaban uno, dos y hasta tres soldados, diariamente, afectados de parotiditis, sobre un total de 60 hombres con que contaba el escuadrón. Con el decidido apoyo de los jefes tomamos las medidas siguientes: aislamiento inmediato de los sujetos afectados de dicha enfermedad, desinfección de la cuadra ocupada por el escuadrón con el procedimiento indicado arriba, y haciendo obligatorio el lavado de la boca todas las mañanas con una solución de:

Timol	0.50	centígramos
Acido bórico	20	gramos
Agua	1000	»

Estas medidas eran vigiladas por las clases del escuadrón; pues por la idiosincracia propia de nuestros soldados costaba más de lo que se piensa implantar esta medida.

El resultado no se hizo esperar; desde el día siguiente disminuyó el número de enfermos por esta afección, y desde el cuarto día no se presentó ni un sólo caso de paperas á la visita médica del regimiento.

Por estos datos creemos oportuno llamar la atención de los cirujanos militares sobre estas medidas, mientras se encuentre el verdadero específico como preventivo y curativo de dicha enfermedad.

Tratamiento.—El tratamiento de la parotiditis simple y regular consiste más en cuidados higiénicos que medicamentosos.

El reposo debe ser exigido; prohibir todo ejercicio violento durante varios días, aún después de la curación de la inflamación de la parotida; este es uno de los mejores medios para prevenir la orquitis. Debe efectuarse con frecuencia el lavado de la boca; cualquier desinfectante es bueno; en los hospitales militares hemos usado el timol, que siendo un poderoso desinfectante, no es de alto precio. La forma como lo usamos, es la siguiente:

Timol	1	gramos
Acido bórico	30	»
Agua	1000	»

Localmente, hemos puesto en práctica numerosos medicamentos aconsejados por los autores; hemos

aplicado la glicerina guayacolada al 10 por ciento; la tintura de yodo, el algodón yodado, el ictiol, al 10 por ciento; pero lo que nos ha dado mejor resultado ha sido el fomento caliente, hemos tenido notables casos de evolución rápida de la enfermedad en sujetos á los cuales antes se trataba por algunos de los otros tópicos. Como régimen: dieta, un purgante en los casos de embarazo gástrico, continuando la desinfección del aparato digestivo por el salol y benzonaftol.

En las formas hipertérmicas la quinina á dosis de 80 centígramos á un gramo, nos ha dado buen resultado; si á esto no cede se puede recurrir á un baño tibio á 20 ó 22 grados, que tienen la ventaja de combatir la elevación térmica y los fenómenos nerviosos que la acompañan.

La orquitis, una vez que aparece, el reposo en cama es indispensable; se le aplica fomentos calientes y suspensión. Se puede aplicar una pomada de salicilato de metilo, ó guayacol.

Hudelo aconseja abstenerse de la pomada mercurial, por la estomatitis que es posible produzca; por nuestra parte no la empleamos jamás.

En casos de dolores intensos la antipirina y la exalgina prestan buenos servicios. Se ha aconsejado el empleo del jaborandi, á la dosis de dos gramos en 200 de agua, durante las veinticuatro horas, ó también las inyecciones de pilocarpina, 1 centígramo día por medio.

Si á pesar de este tratamiento el testículo se reblandece y tiende á atrofiarse se puede aconsejar la nuez vómica, los baños sulfurosos, y la electrización con corrientes continuas.

Contra los accidentes nerviosos se opondrá una medicación á base de éter, quinina y bromuros.

OBSERVACIONES

I

Cama número 26, sala 8.

Gregorio Cejas, soldado del Regimiento 5 de Artilleria, argentino, edad 22 años.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales— En la infancia, tos convulsa.

Antecedentes de la enfermedad actual.—Refiere el enfermo que el día 26 de marzo sintió dolor á la garganta y en ambas regiones parotídeas, el dolor aumentaba en este punto por los movimientos del maxilar inferior. El día 27 notó que ambos lados de la cara los tenía tumefactos. Ingresó á la sala ese mismo día.

Estado actual.—El enfermo presenta la infección de las dos regiones parotídeas, igualmente tumefactas; la mucosa bucal y faringe ligeramente rojizas. A la palpación las glándulas tumefactas dan una sensación pastosa, la presión es ligeramente dolorosa y no deja impresiones digitales; la piel que

cubre el tumor es lisa, brillante, desliza sobre él, se notan las granulaciones de la glándulas. No hay ganglios infartados. El día de la entrada el sujeto tiene una temperatura de 40º5 á la tarde.

El examen de los otros órganos no da nada anormal.

El día 28 la temperatura baja á 38º á la mañana, sube á la tarde á 39º5. La tumefacción aumentó un poco de volumen á la del día anterior. Cuando el sujeto intenta abrir la boca siente dolor al nivel de la articulación témporomaxilar. Se le aplica fomentos calientes en la región tumefacta, hace gárgaras con una solución de timol al 1 por mil; se le da 80 centígramos de sulfato de quinina.

Rágimen lácteo; el enfermo guarda cama.

Día 29.—La tumefacción se mantiene en el mismo estado del día anterior, se le da el mismo tratamiento. No hay fiebre (véase el cuadro).

El día 30 el enfermo se siente mejorado, no tiene fiebre, la tumefacción glandular ha disminuído de volumen, los movimientos del maxilar no producen ningún dolor. Se le suspende la quinina.

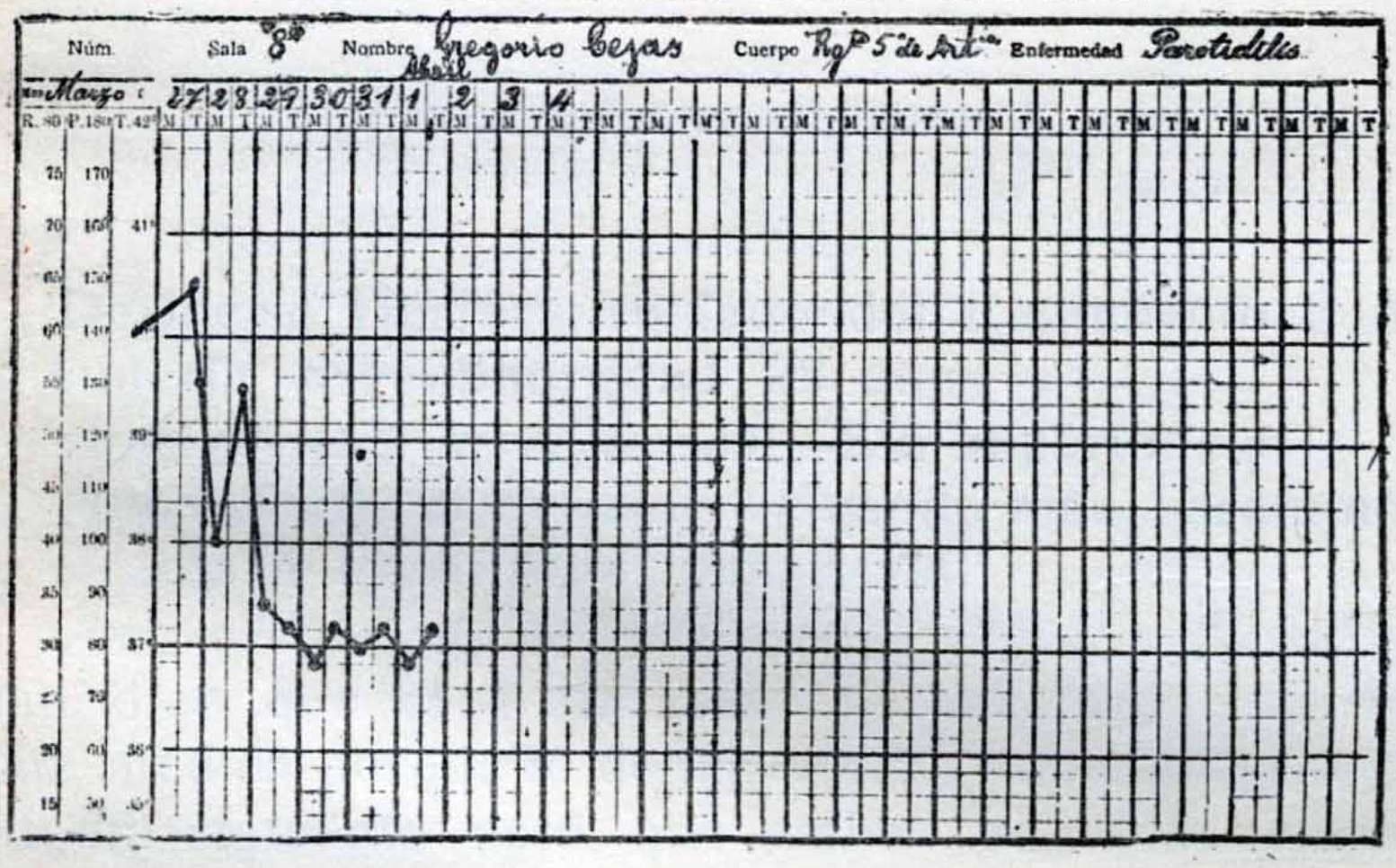
Día 31.—La tumefacción que queda es ligera, único vestigio de la enfermedad.

Día 1 de abril.— La tumefacción desaparece, á pesar de esto se le obliga á guardar cama durante tres días más en previsión de un ataque de orquitis.

Durante estos días continúa con gargarismos.

El día 15 de abril se le da de alta, después de un baño de higiene y previa desinfección de las ropas.

HOSPITAL MILITAR DE LA CAPITAL



II

Cama número 3, sala 8.

Desiderio Herrera, soldado del Regimiento 3 de Infantería, argentino, edad 22 años.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Cuando niño, sarampión y viruela. A los 18 años, paludismo.

Antecedentes de la enfermedad actual.— El enfermo dice que el 4 de mayo se presentó á la visita médica porque le dolían ambos lados de la cara; al día siguiente notó que ambas regiones parotídeas estaban tumefactas, pero él no sentía más incomodidad que el ligero dolor producido por el movimiento del maxilar inferior. El 6 la tumefacción llegó á su máximum para declinar en los días subsiguientes.

El día 13, cuando no quedaba nada de su tumefacción glandular, notó un escalofrío, y al mismo tiempo sintió dolor en el testículo derecho.

Ingresó á la sala este mismo día, el enfermo presentaba una temperatura de 38º; el examen del testículo daba lo siguiente: piel lisa y normal, el testículo muy aumentado de volumen, había triplicado al del lado sano. El cuerpo de la glándula tomaba parte en esta tumefacción; el epidídimo y el

cordón normales. Era doloroso espontáneamente y á la presión. Por el lado de las parótidas y demás órganos nada anormal.

Tratamiento: reposo en cama, fomentos calientes en los testículos, pomada guayacolada en el trayecto del canal inguinal, porque aquí se irradiaba el dolor.

Día 14 (veáse el cuadro).—La temperatura se mantiene elevada, llegaudo á la tarde á 39º. Al tratamiento anterior se le agrega 80 centígramos de sulfato de quinina y antipirina, dieta láctea y benzonaftol al interior 1. gramo. El testículo en igual estado al día anterior.

El día 15 la temperatura baja á 37º6, á la mañana; para subir á 39º4 á la tarde. El estado es el mismo que el día anterior y el tratamiento igual.

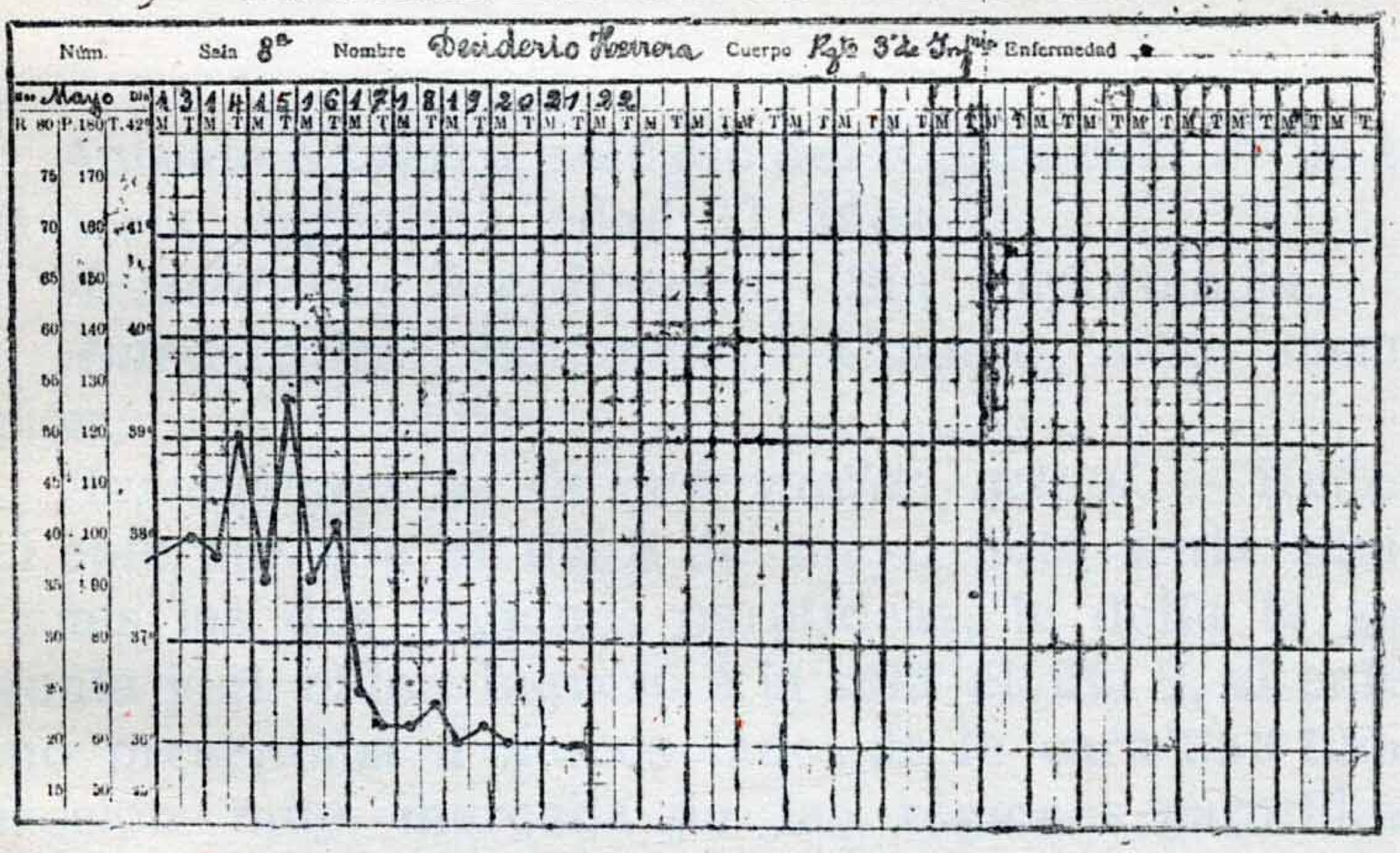
El día 16 á la tarde llega á tener el enfermo 38º1. El dolor es menos incomodo continua con el mismo tratamiento.

Día 17.—La temperatura baja á 36º5, desde entonces se mantiene por debajo 37º. Este descenso de la temperatura coincide con la desaparición del dolor testicular; el tamaño ha disminuído, es el doble del lado sano.

Los demás días el enfermo continúa con fomentos calientes y suspensiones. Después de 15 días de convalescencia sale el sujeto de alta, previa desinfección. El tamaño del testículo enfermo es un poco mayor que el del lado sano.

HOSPITAL MILITAR DE LA CAPITAL

Núm. Sala 8ª Nombre Desiderio Herrera Cuerpo Rgto 3º de Inf.ª Enfermedad


Mayo
R. 80 P. 180 T. 42°
75 170
70 160
65 150
60 140
55 130
50 120
45 110
40 100
35 90
30 80
25 70
20 60
15 50
1 3 4 4 5 6 7 7 8 19 20 21 22
M T M T M T

III

Cama número 22—Sala 8

Antonio Navarro, soldado del Regimiento 3º de Infantería, argentino, edad 22 años.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Cuando niño sarampión.

Antecedentes de la enfermedad actual. — Refiere el enfermo que el día 8 de mayo notó tenía tumefactas las dos regiones parotídeas, le dolía la garganta y el oído. Ingresó á la sala el día 9; el enfermo presentaba á ambos lados de la cara una tumefacción muy marcada de las regiones parotídeas, que rechazaban el pabellón del oído hacia atrás y arriba; la piel que la cubre es lisa y movible; la mucosa bucofaríngea de una coloración rojiza. El enfermo acusa dolor al nivel de la articulación témporomaxilar, y las submaxilares. Tratamiento: fomentos calientes, desinfección de la boca con gargarismos tibios.

Día 10.—El enfermo presenta una temperatura de 39º,2 á la mañana y 394º á la tarde, tiene fuerte dolor á la cabeza y á la garganta; las glándulas parotídeas como el día anterior, las submaxilares aumentadas; el volumen del tamaño de una nuez las

dos. El enfermo tiene mucha dificultad para abrir la boca, hay una contractura del masetero, los movimientos del maxilar inferior son muy dolorosos.

Como tratamiento se le agrega al del día anterior un purgante salino, régimen lacteo y reposo en cama; durante el día dos sellos de antipirina y quinina.

La temperatura el día 11 es de 38º á la mañana y 38º,4 á la tarde; la tumefacción de las parotideas ha disminuído un poco; en cambio las submaxilares han duplicado el volumen que tenían el día anterior. La fisonomía del sujeto está completamente cambiada, la cabeza y el cuello tienen una forma piriforme.

Día 12.—La temperatura se mantiene baja; las parótidas siguen disminuyendo de volumen; los submaxilares en el mismo estado que el día anterior. Tratamiento: gargarismo, sellos de quinina con analgesina.

Día 13.—La temperatura se mantiene por bajo de 37º. La tumefacción de las parótidas muy disminuída de volumen, hacen poco relieve en la región; los submaxilares también disminuyen de volumen, no hay dolores, el sujeto puede abrir la boca aún con cierta dificultad.

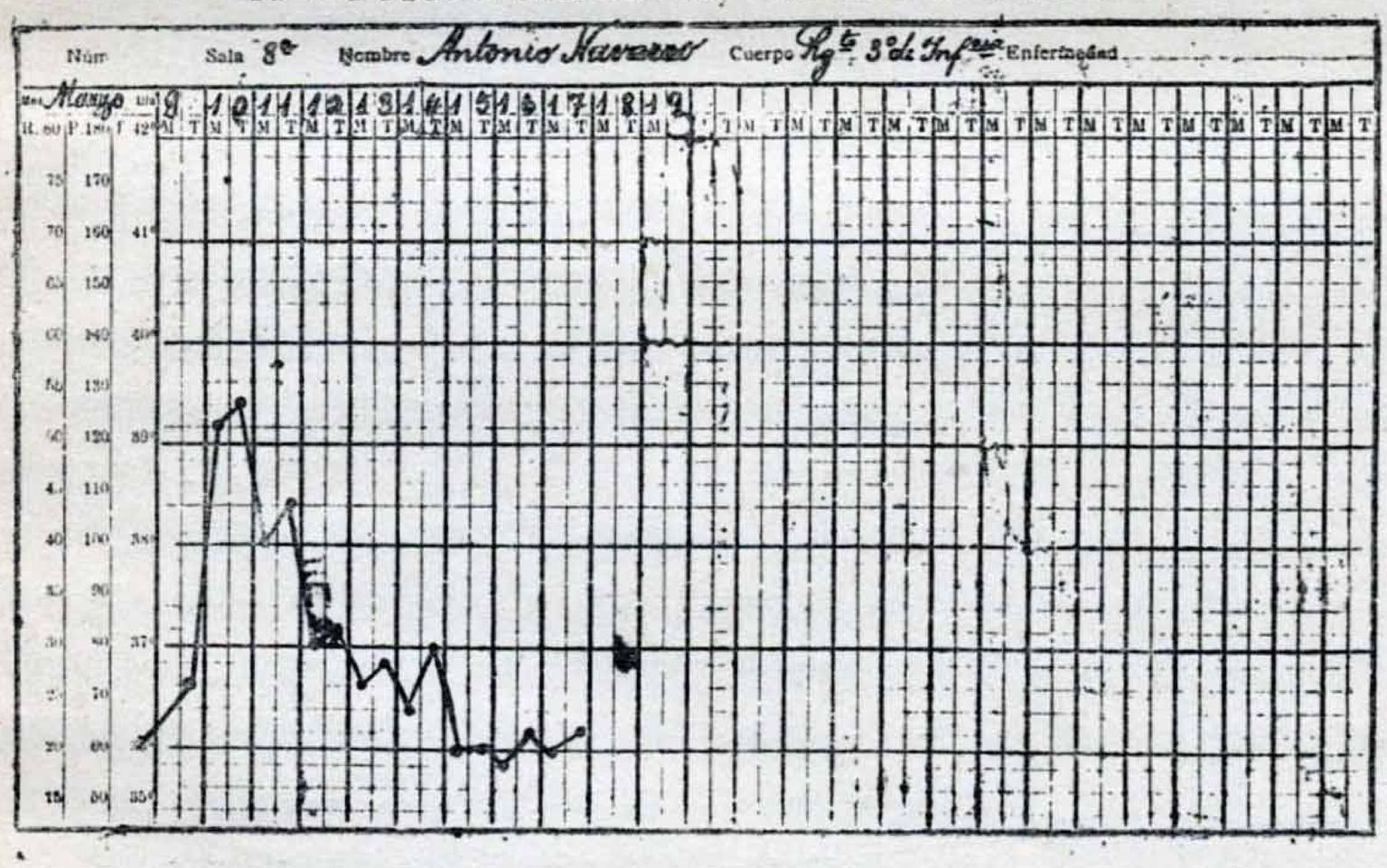
En el tratamiento se le suspende la quinina y la analgesina.

Día 14.—La temperatura siempre baja. La tumefacción de las parótidas ha desaparecido, los submaxilares quedan del tamaño de una nuez. El sujeto abre bien la boca.

Se le agrega á la alimentación un poco de sopa y pan por lo demás el mismo tratamiento.

Día 15.—Sin novedad.

HOSPITAL MILITAR DE LA CAPITAL



Día 16.—La tumefacción de la submaxilar ha desaparecido. Continúa con gargarismos de benzonaftol, al interior, un gramo. Alimentación general.

Desde este día el enfermo continúa bien, después de 15 días de convalescencia se le da de alta curado.

IV

Cama número 16—Sala 8

Dionisio Ganta, soldado del Regimiento 5º de Infantería, argentino, edad 22 años.

Antecedentes hereditarios.—En la familia había algunos miembros que sufrían afecciones pulmonares.

Antecedentes personales.—A los 19 años una enfermedad febril que lo postró en cama durante 20 días; se levantó muy demacrado. Cuatro meses más tarde sarampión. A los 20 años, un chancro blando complicado de adenitis inguinal supurada.

Antecedentes de la enfermedad actual.—Refiere el enfermo que el 1º de abril sintió un fuerte dolor en el epigastrio. Dolor que aumentaba de intensidad hasta obligarlo á guardar cama. La aparición del dolor fué brusca, no tuvo vómitos ni diarrea los primeros días. El enfermo fué atendido en el hospital del Campo de Mayo; el primer día de su enfermedad tuvo una temperatura de 39,5º

Ingresó á la sala el día 15 de abril, presentaba lo siguiente: una temperatura de 38,º8, se quejaba de dolor en el abdomen y diarrea. El dolor estaba localizado alrededor del ombligo, habia hiperestesia cutánea y una gran defensa muscular. En el punto de

Mac-Burney no acusaba dolor. La palpación y la percusión del abdomen no podían practicarse por el dolor y la defensa muscular que esta maniobra despertaba en el sujeto.

El examen del aparato respiratorio y circulatorio, nada normal.

Como puede verse el cuadro de la temperatura está abajo de 37º y 37º5, siempre la temperatura de la tarde más alta que por la mañana. Después de estar 15 días en la sala los dolores abdominales disminuyeron de imtensidad; las deposiciones eran una ó dos diarias. El análisis del esputo y de orina no dió ningún dato de importancia.

El enfermo, pasado su convalescncia en la sala cuandoel día 12 de mayo notó un fuerte escalofrío y un ligero dolor en el testículo izquierdo, la temperatura de 40º. El examen del testículo demostraba que éste había aumentado de volumen, pero sin llegar á duplicar el tamaño del lado derecho.

Como tratamiento se le aplican fomentos calientes y se le da al interior dos sellos de quinina y analgesina.

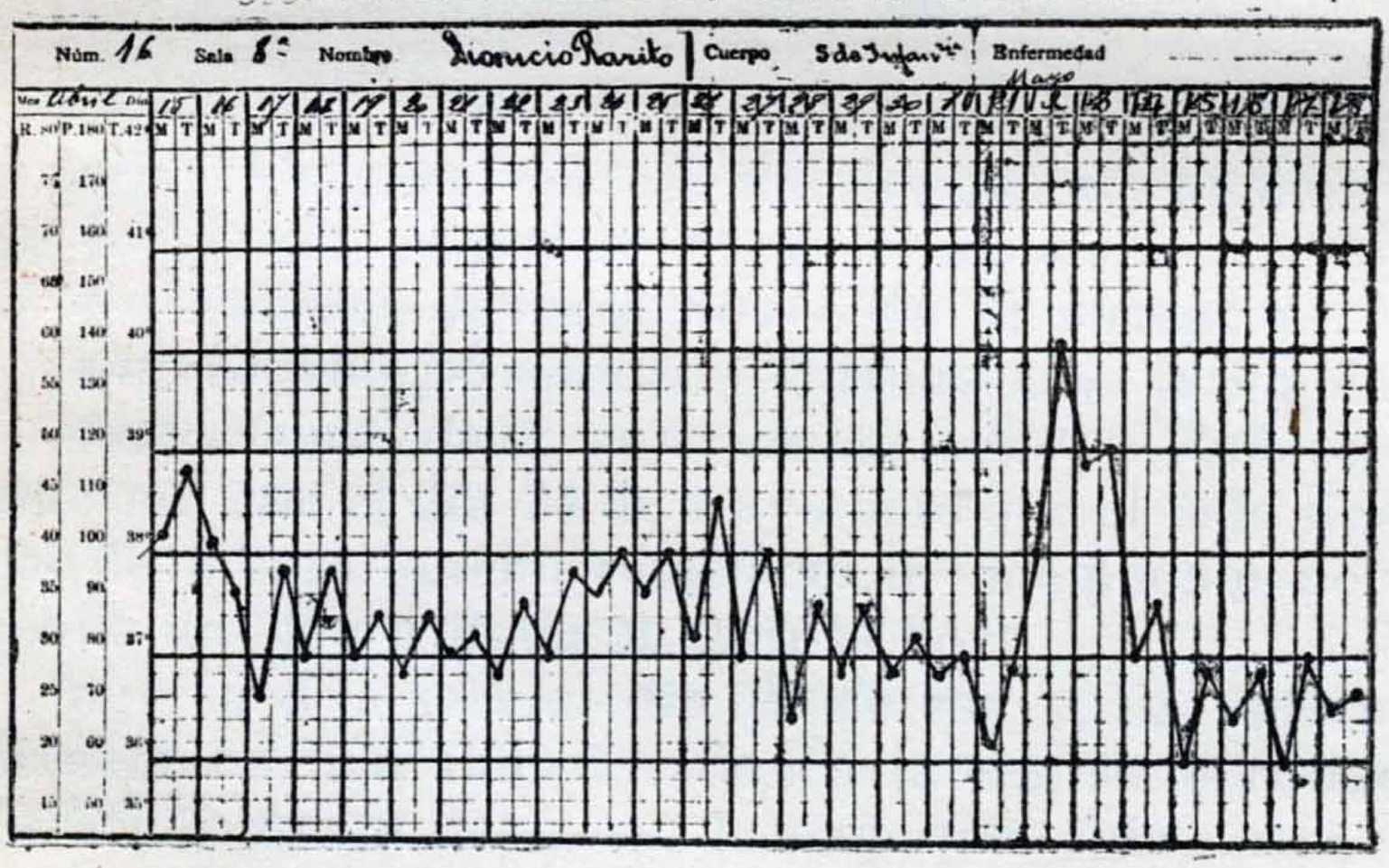
El día 13 la temperatura se mantiene alrededor de 39 grados.

El día 14 la temperatura bajó á 37º para no elevarse en los días subsiguientes.

El día 15 el testículo, aunque aumentado de volumen, no era doloroso. En vista de los antecedentes del enfermo y la existencia de algunos casos de parotiditis en la sala, se hizo el diagnóstico del último ataque como orquitis parotidiana. La marcha de la enfermedad confirmó este diagnóstico.

Ocho días después el enfermo se encuentra curado, el testículo continúa un poco aumentado de volumen.

HOSPITAL MILITAR DE LA CAPITAL



V

Cama número 5.—Sala 8ª.

Ireneo Vergara, soldado del Regimiento número 3 de Infantería, argentino, edad 22 años.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Cuando niño sarampión.

Antecedentes de la enfermedad actual.—Refiere el enfermo que el día 24 de mayo notó que el lado derecho de la cara lo tenía tumefacto, le incomodaba poco, sentía un ligero dolor al abrir la boca.

Ingresa á la sala el día 25 de mayo. El enfermo presentaba una tumefacción en la región parotídea derecha, no era dolorosa, la piel que cubre esta tumefacción es normal, desliza sobre la glándula, se notan las granulaciones de ésta á la palpación. No hay fiebre. Los demás órganos normales. Tratamiento: fomentos calientes en la cara y gargarismos con sal de timol al 1 por 1000.

Al tercer día de su ingreso en la sala notó un fuerte dolor de oídos y el lado derecho, la agudez auditiva muy disminuída. Tratamiento: gotas de glicerina fenicada al 5 por 100, y fomentos calientes. Al siguiente día el dolor desaparece y se nota la presencia de pus en el conducto auditivo externo.

Al examen del oído medio se nota una perforación del tímpano.

Se le trata por lavajes de ácido bórico àl 4 por 100, y gotas de biborato de sodio en glicerina, al 10 por 100. La tumefacción de la glándula parotídea desapareció completamente.

Después de 6 días de tratamiento el enfermo cura su otitis supurada. Le queda como vestigio de su enfermedad una perforación del tímpano del lado derecho, y una disminución de la agudez auditiva.

VI

HOSPITAL REGIONAL DE SALTA

Cama número 5—Sala 3ª

Cecilio López, soldado del Regimiento 5º de Caballería, argentino, edad 22 años.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Cuando niño, viruela y sarampión.

Antecedentes en la enfermedad actual.—Dice el enfermo que el día 1º de marzo le dolía la garganta y tenía ligeramente tumefactas las dos regiones parotídeas.

Ingresó al Hospital Regional de Salta el día 2; presentaba las dos regiones parotídeas tumefactas, la piel que cubre estos tumores desliza sobre ellos, se nota las granulaciones de las glándulas. Tiene una temperatura de 38,º4 á la tarde. Se le pone régimen lácteo, reposo en cama, fomentos calientes á la cara, gargarismos tibios y un sello de quinina y analgesina al interior.

El día 3 el enfermo se mantiene en el mismo estado que el día anterior (véase el cuadro térmico).

Día 4.—El dolor en la parótida izquierda ha disminuído de intensidad; el lado derecho es muy doloroso, la piel que la cubre es de un color rojizo, no desliza más sobre el tumor. La temperatura sube, á

la tarde, á 39,º2. El mismo tratamiento del día anterior.

Día 5.—La temperatura es de 38,º8 á la mañana; 40,º3 á la tarde. La tumefacción del lado izquierdo está muy reducida, apenas si se nota una ligera prominencia. En cambio, el lado derecho está muy tumefacto, la piel roja, adherente, el tumor doloroso, espontáneamente y á la presión, da una sensación de una dureza leñosa. El enfermo acusa, además del dolor en este punto, dolor de cabeza y las incomodidades propias de su alta temperatura (sed, viva sensación de calor). Hay ganglios infectados submaxilares en este lado. Los demás órganos nada anormal.

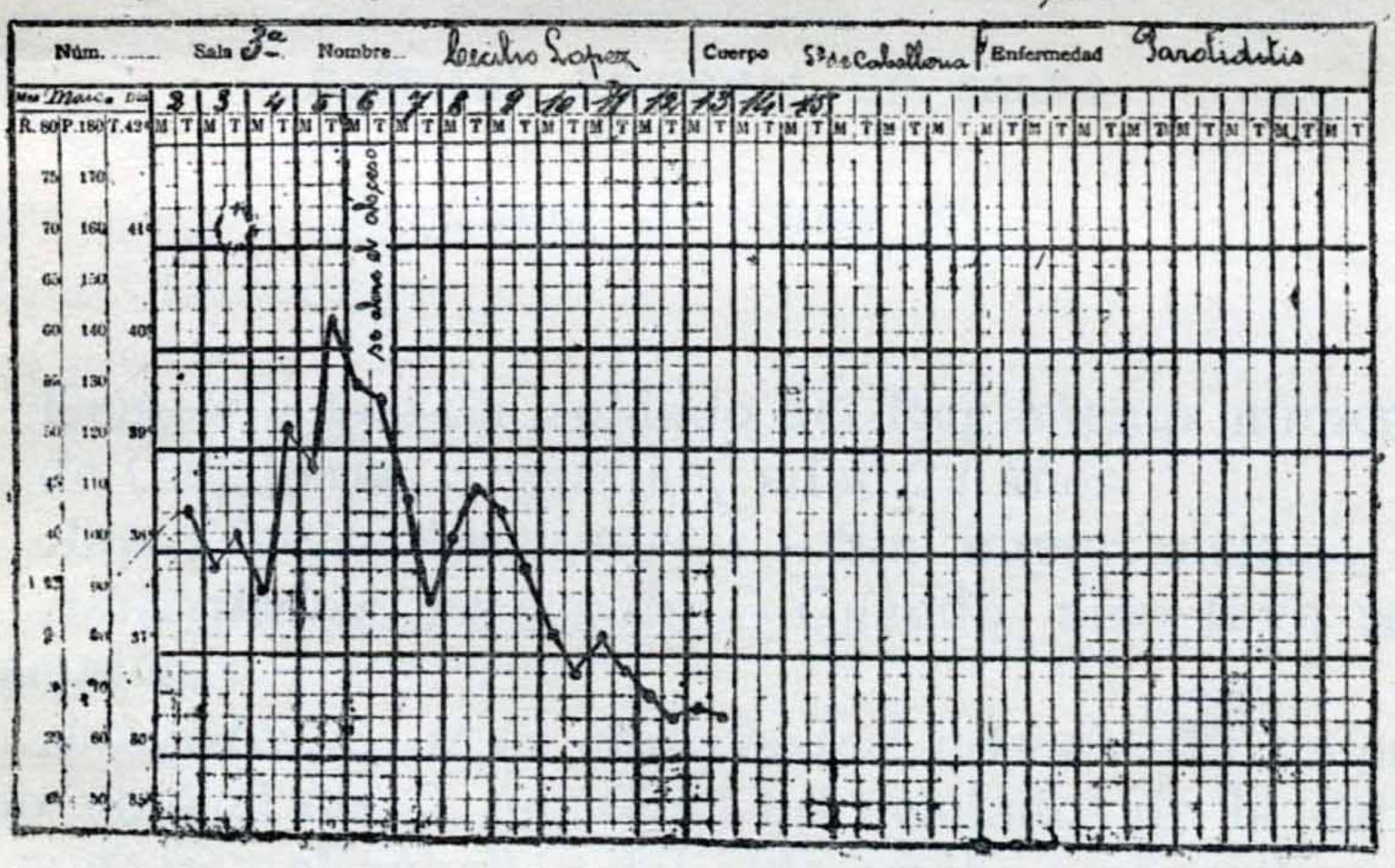
Día 6.—La temperatura es de 39,º8 á la mañana y 38,º7 á la tarde.

En el punto culminante de la tumefacción, un centímetro por delante del conducto auditivo externo, se nota fluctuación de la piel en esta parte; está roja y edematosa. El dolor es vivo y tiene la sensación de latidos en el tumor. Se hace incisión en este punto, de dos centímetros, dando salida á abundante pus verdoso; se le hace una curación aséptica.

El día 7, el enfermo se encuentra muy mejorado, la tumefacción ha disminuído en la mitad á la del día anterior, no siente dolor, la temperatura baja á 37.º5 á la mañana y 36,º5 á la tarde. Se le hace una curación aséptica, los ganglios submaxilares muy reducidos en volumen. Los demás días, la temperatura se mantiene baja, se le toca el fondo de la herida con tintura de yodo día por medio. Después de 8 días el enfermo sale de alta, curado. Como vestigio de su enfermedad le queda una ligera elevación indurada en la parte correspondiente á la glándula enferma. No tiene mayor incomodidad.

HOSPITAL MILITAR DE Salta

Núm. ..... Sala 3a. Nombre... Lorenzo Lopez | Cuerpo 5° de Caballeria | Enfermedad Parotiditis


Mes Marzo Día
R. 80 P. 180 T. 42
3 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
M T M T M T

VII

HOSPITAL REGIONAL DE SALTA

Cama 4.—Slaa 3ª

Demetrio García, soldado del Regimiento número 5 de Caballería, argentino, edad 22 años.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecededtes personales.—Cuando niño tuvo sarampión.

Antecedentes de la enfermedad actual.—El enfermo notó el día 2, que tenía los dos lados de la cara tumefactos, el pabellón del oído estaba rechazado así atrás y arriba. A la palpación daba una sensación de elasticidad, la piel deslizaba sobre el tumor, era dolorosa á la presión y por los movimientos del maxilar inferior. Los demás órganos, normales; no había fiebre (véase el cuadro térmico). Tratamiento, reposo en la cama, fomentos calientes á la cara y gargarismo tibio.

El día 3 la tumefacción aumenta; no hay fiebre; el mismo tratamiento.

Día 4.—La tumefacción parotídea se mantiene en el mismo estado que el anterior. A la tarde el enfermo nota un fuerte escalofrío, seguido de una sensación de calor, sed viva, dolor de cabeza.

Esto nos hizo pensar en una orquitis parotidiana; pero por el lado de los testículos no había ni dolor ni tumefacción. Los demás órganos normales; al tratamiento del día anterior se le agrega quinina y analgesina.

El día 5 la temperatura se mantiene alta: 38,º9.

Las parótidas siempre tumefactas; nada por el lado de los testículos y demás órganos.

Se le da un purgante salino; régimen lácteo; fomentos calientes en la cara; gargarismo, quinina y analgesina.

Día 6.— El enfermo se siente mejorado; la fiebre ha desaparecido; la tumefacción parotídea ha disminuído de volumen.

Tratamiento.—Reposo en cama; régimen lácteo; fomentos calientes y gargarismo.

Día 7.—La tumefacción casi desaparece totalmente; no hay fiebre y el enfermo se siente bien. En este día se nota que el pulso es lento, tenso y regular; hay 62 pulsaciones á la mañana y 56 á la tarde.

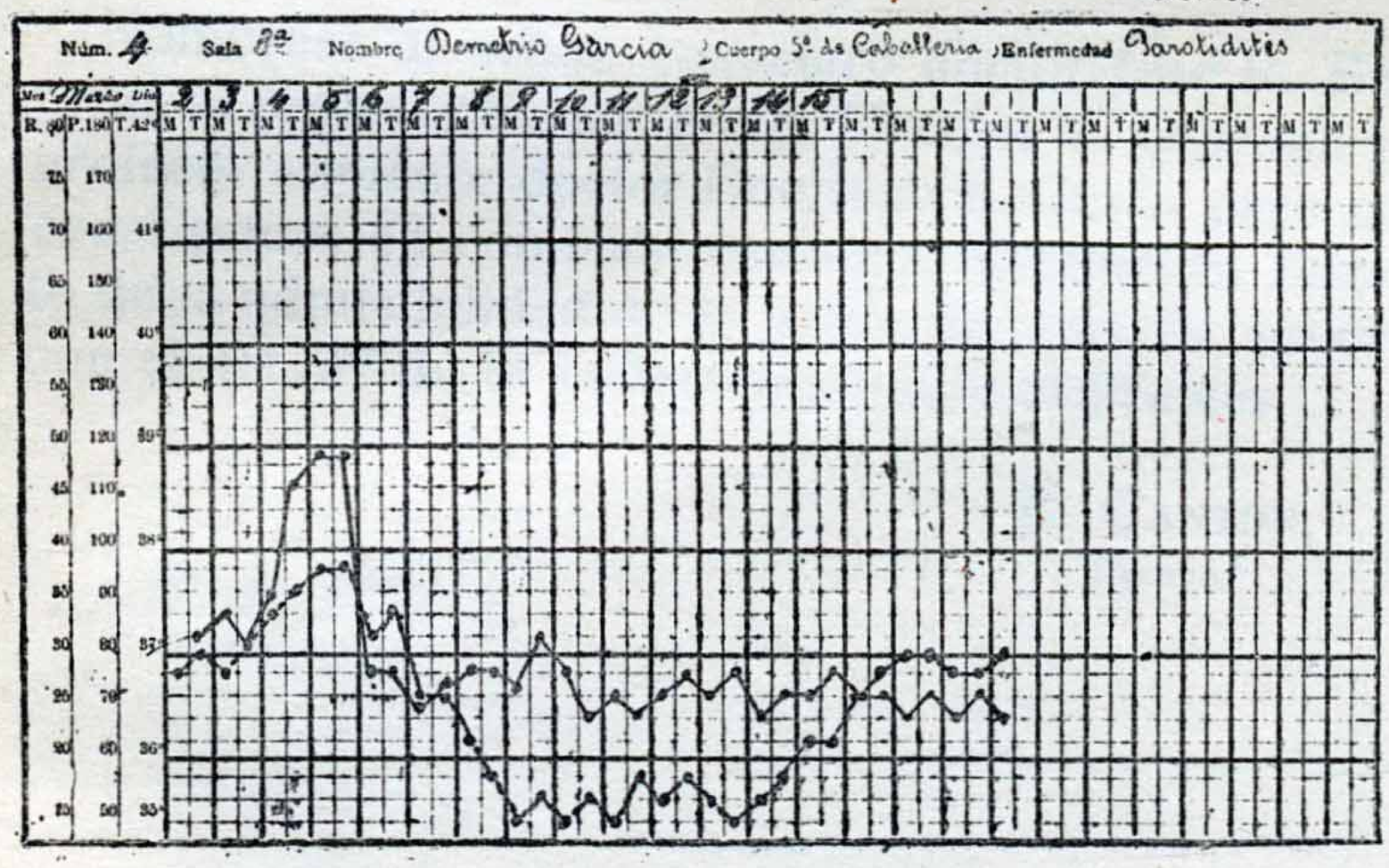
Día 8.— No quedan rastros de la tumefacción parotidiana anterior. El pulso siempre regular, lento y tenso (véase el cuadro).

Los días siguientes el enfermo no presenta más signos de su afección anterior que una bradicardia. Después de unos siete días de permanecer en este estado las pulsaciones empiezan á aumentar de frecuencia hasta llegar á la normal á los quince días de comenzada su enfermedad. Sale de alta, curado.

MANUEL L. FRÍAS.

HOSPITAL MILITAR DE Salta

Núm. 4 Sala 2ª Nombre Demetrio García Cuerpo 5º de Caballería Enfermedad Parotiditis



Buenos Aires, abril 12 de 1907.

Nómbrase al señor consejero doctor José R. Semprún, al profesor titular doctor Marcial V. Quiroga y al profesor suplente doctor Domingo S. Cavia para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, mayo 7 de 1907.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 1746 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Profilaxia de la parotiditis epidémica.

II

Diagnóstico diferencial con la parotiditis sintomática.

III

¿Cuál es en campaña la terapéutica más práctica de la parotiditis epidémica?

Imp. y Casa Editora de Ad. Grau—Moreno 960