UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PAROTIDITIS EPIDÉMICA

Y SU

TRATAMIENTO

1908 - 1909

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARTURO ECHEGARAY

Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital J. A. Fernandez (1905-1908
Cirujano del I R 19 (Santiago del Estero)

«LA CIENCIA MÉDICA»
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CORDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

PAROTIDITIS EPIDÉMICA

Y SU

TRATAMIENTO

(1908 - 1909)

Año 1909 N° 2050

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PAROTIDITIS EPIDÉMICA

Y SU

TRATAMIENTO

1908 - 1909

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARTURO ECHEGARAY

Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital J. A. Fernandez (1905-1908)
Cirujano del I R 19 (Santiago del Estero)

«LA CIENCIA MÉDICA»
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CORDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

La facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

Dr. D. PEDRO N. ARATA

Académicos

1 Dr. D. José T. Baca
2 » » Rafael Herera Vegas
3 » » Jacob de Tezanos Pintos
4 » » Eufemio Uballes
5 » » Pedro N. Arata
6 » » Roberto Wernicke
7 » » Pedro Lagleyze
8 » » José Penna
9 » » Luis Güemes
10 » » Eliseo Cantón
11 » » Enrique Bazterrica
12 » » Antonio C. Gandolfo
13 » » José M. Ramos Mejía

Secretario Académico

Dr. D. Jacob de Tezanos Pinto

Académicos Honorarios

Dr. D. Eduardo Wilde
,, ,, Martin Spuch
,, ,, Telémaco Susini
,, ,, Emilio R. Coni
,, ,, Olhintho de Magalhaes

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vice decano

Dr. D. Antonio Gandolfo

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón
,, ,, Luis Güemes
,, ,, Enrique Bazterrica
,, ,, Antonio C. Gandolfo
,, ,, José M. Ramos Mejía
,, ,, Baldomero Sommer
,, ,, Gregorio Araoz Alfaro
,, ,, José R. Semprun
,, ,, Abel Ayerza
,, ,, Eufemio Uballes
,, ,, Francisco Sicardi
,, ,, Telémaco Susini
,, ,, Nicasio Etchepareborda
,, ,, Eduardo Obejero
,, ,, Juan A. Boeri (suplente)
,, ,, Juvencio J. Arce

Secretarios

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

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» (Vacante)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejer.)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología externa	» OBDULIO HERNANDEZ (Con lic.)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS 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 Pedriátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria	» PEDRO BENEDÍT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

ROBERTO WERNICKE

JUAN R. FERNÁNDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatol. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr. D. J. GREENWAY
Física Mèdica	» ALFREDO LANARI (en ejercicio)
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNÁNDEZ JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología	» LEOPOLDO URIARTE ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino.laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN PEDRO LABAQUI
Clinica oftalmológica	» ENRIQUE DEMARIA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET MÁRCELO VIÑAS MÁRCELINO HERRERA VEGAS JOSÉ ÁRCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI LUIS AGOTE
Clínica Médica	» DAVID SPERONI JUAN J. VITON
« Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO ENRIQUE ZÁRATE ARTURO ENRIQUEZ ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SÁNTAS MÁMERTO ACUÑA GENARO SISTO
» Génito Urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos
ología general, anatomía y fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogía . . .	» ADOLFO MUJICA (con lic.
Química inorgánica aplicada. . .	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada . . .	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posología razonoda	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.	» JULIO J. GATTI
Química analítica y toxicológica (primer curso).	» FRANCIRCO P. LAVALLE
Tecnica farmaceutica	» MANUEL J. IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedratico sustituto
Farmacognósia y posología razonada	DR. JUAN A. DOMINGUEZ en ejer.

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedraticos titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstetrica Parto Distócico y Clínica Obstetrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARREL
Parto Distócico y Clínica Obstétrica	» UBALDO FERNÁNDEZ
» » » »	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedraticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. .	DR. DEÓN PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica, Terapéutica dentarias, Medicina Legal . .	» ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

Dr. RUMUALDO HELMAN GAUNA

A MIS PADRES Y HERMANOS

GRATITUD Y CARIÑO

Señores Profesores:

Señores Consejeros:

Presento á vuestra consideración un modesto trabajo, fruto de mi observación durante dos años.

Vamos á aceptar la denominación de paróticditis epidémica, dada la naturaleza de la enfermedad, y si bien es cierto como dice Hudelo que no siempre participan las glándulas salivares; estos son casos muy raros y por lo tanto sin importancia las observaciones que pudieran hacerse al respecto, cuanto más que es la denominación que más encuadra.

También se la conoce con el nombre de fiebre *ourlienne*, parotiditis polimorfa, angina maxilaris y más comunemente con el nombre de japeras, término que usaremos en el curso de nuestra descripción.

Ellas constituyen una enfermedad general infecciosa, específica, epidémica, contagiosa y con localización sobre las glándulas salivares, principalmente sobre las parótidas desde su principio y pocas veces así, con localización en los testiculos, ovarios, mamás, etc. que más bien es secundaria en la mayoría de los casos.

Parece ser una enfermedad propia á la especie humana, á pesar de los casos observados en perros (Wittaker, Busquét, Poore).

Antes de emprender el desarrollo del tema que me he propuesto para optar al título de doctor en Medicina, manifiesto mi gratitud á los distinguidos maestros que han contribuido á formar mi caudal científico durante mi vida de estudiante.

Al Dr. R. Helman Gauna, que me acompaña como padrino en esta prueba, mi más alta estimación y aprecio.

Al Dr. José A. Gorostiaga, mi amigo y maestro, mi admiración entusiasta por sus gentilezas y sábias enseñanzas mientras fui su practicante.

Al Dr. Manuel L. Frías mi estimación y aprecio.

A los gefes y oficiales del I. R. 19, mi sincero agradecimento por las muchas atenciones con que me distinguieron desde el primer día de mi incorporación al ejército.

A los médicos del Hospital J. A. Fernández, mi gratitud, por sus sábias lecciones y sobre todo á los doctores Lucio Durañona y Toribio Piccardo de quienes siendo practicante he recibido muchas consideraciones y sabios consejos.

I

HISTORIA

Ella es conocida desde la época de Hippocrátes, quién la había observado y descripto casi con todos los síntomas que hoy la conocemos; como ser su predominación por las glándulas salivares, la tumefacción bilateral, su benignidad, su predilección por el adulto, la orquitis parotidiana, etc.

Estudios posteriores como los de Celso, Protolongo, Hamilton, Trousseau, Frank, Nelaton, Rilliet, Grisolle, Laveran, Capitan, Catrin, Hudelo, etc., nos dan á conocer con mayores detalles ésta enfermedad, notando como es natural dado los escasos conocimientos y pocos medios de que disponían, cada uno en su época, el error que tenían alguno de ellos al pretender por

ejemplo que era una enfermedad puramente localizada sobre las glándulas parótidas; otros que la tomaban como el tipo de las inflamaciones *a frigori*, etc. Hoy con los conocimientos que se tiene y de los medios que se dispone para su estudio es bien conocida y universalmente aceptada como una enfermedad general, específica, que dándonos tan solo á establecer su agente patogénico.

Etiología — Las paperas se observan en todos los países, en todos los climas y en las diferentes estaciones del año. Ellas atacan á todos los individuos, cualquiera que ellos sean; pero no por eso dejan de haber condiciones especiales que favorecen su desarrollo y que vamos á ver.

La edad — Podemos aceptar en general que en ningún período de la vida se está al abrigo de contraer dicha enfermedad. Así vemos que Human nos refiere el caso de un niño nacido á los ocho meses de una madre atacada de paperas; Gautier nos habla de paperas submaxilares en la misma edad; Carriere publica la observación en un nourrison, caracterizado por fenómenos nerviosos.

Estos casos son de excepción, siendo recién desde los 2 años frecuente encontrar, para llegar á su maximún de los 5 á los 15 años y más todavía de los 20 á los 23 años: la edad del servicio militar; y entre noso-

tros es en el ejército donde se observa todos los años con motivo de la concentración de los conscriptos.

También se han observado á la edad de 50 años (Rieliet) ; á los 70 años (Comby), siendo estos los menos.

De modo que en cualquier época de la vida se puede contraer ésta enfermedad, teniendo predilección por el adolescente.

Sexo — Parece ser indiferente puesto que se han observado epidemías, tanto en uno como en el otro.

Raza — Igualmente se han observado en todas las razas, principalmente en las escuelas cuarteles, cárceles, etc.

Estación y Clima — Las epidemias observadas en diferentes épocas del año, dan mayor número en los meses de invierno que en los templados.

Lichtenstein en 99 epidemias ha observado 52 en invierno; Hirsch en 64 epídemias, 20 en los meses templados.

Entre nosotros estas epidemias son más frecuentes en invierno que en verano.

Las dos epidemias desarrolladas en el Batallón 19 de Infantería de Línea (provincia de Santiago del Estero) durante los años 1908 y 1909 y que he tenido oportunidad de estudiarla, se han desarrollado las dos, en los meses de Abril á Agosto, teniendo mayor número de enfermos en los días fríos y húmedos.

En el año 1908 hubo 135 casos en un total de 280 conscriptos; en los meses de Abril á Agosto 120 enfermos; 10 en Septiembre y 5 en Octubre para desaparecer por completo, hasta el 15 de Abril de 1909 en que hace nuevamente su aparición con 110 enfermos en un total de 351 conscriptos. Durante ese tiempo he podido comprobar que cuanto mayor era el frío y sobretodo los días lluviosos, aumentaba considerablemente el número de enfermos, como fué el 10 de Mayo de este año, en que tuve 35 enfermos en un día.

Así que podemos aceptar las bajas temperaturas, el frío y sobretodo el frío húmedo como factores principales para el desarrollo de esta enfermedad. Indudablemente ellos obran sobre el canal de Stenon, determinando un catarro, para luego propagarse á las parótidas y así tener un medio fácil para el cultivo del microbio.

Ahora bien, veamos los medios de propagarse. El período de incubación es muy variable; puede ser de 8-18-20 y 26 días. (Rendu, Rilliet, Antony).

El contagio es la condición indispensable para su desarrollo. La duración del período de contagiosidad no se sabe. Para unos es durante las primeras 48 horas; otros piensan que tan solo lo es en los dos primeros días, otros, como Rendu aceptan al fin del período de incubación, antes de la fluxión parotidiana que empieza su contagiosidad; y finalmente para otros es contagiosa durante toda la duración de la enfermedad.

Entonces podemos decir por hoy, que la contagiosidad de las paperas desaparece con la enfermedad misma y quizás esto sea así, dada la forma en que generalmente se produce, por pousses.

La manera como se produce el contagio, no se sabe si es por contacto directo solamente, por ingestión ó inhalación.

Human y White refieren dos casos en que resultaron con paperas los niños á los 2 y 7 días respectivamente después de nacer, lo que prueba que la trasmisión puede hacerse durante la vida intra-uterina, de la madre al hijo.

Catrin cree en la necesidad de un contacto íntimo y prolongado; Antony cree por el solo hecho del transporte de ropas, objetos, etc., del enfermo.

Es creencia general de que después de un ataque, los deja inmune á la manera de las fiebres eruptivas.

Se citan pocos casos de recidivas. Catrin observa después de los 10 años del primer ataque. Por nuestra parte no hemos tenido ninguno en los 245 enfermos observados.

II

BACTERIOLOGIA

Hasta hoy, á pesar de los estudios practicados, trabajos de laboratorio y experiencias en animales no se ha llegado á determinar el microbio causante de dicha enfermedad.

Veamos los últimos trabajos al respecto:

Laveran y Catrin han hecho algunos adelantos en los últimos años. En 97 casos han encontrado en la serosidad parótidiana, serosidad testicular, sangre, saliva, etc., 67 veces diplococus de 1 á 1,5 micromilímitros y con movimentos muy poco marcados. Raras veces han encontrado micrococus reunidos en cuatro ó en zoogleas. Estos diplococus se han cultivado en gelatina, apareciendo colonias puntiformes á las 48 horas. Tam-

bién se han cultivado en papas, Serum, etc. No toman el Gram. Las inoculaciones hechas en animales no han dado resultado.

Estos diplococus son hoy aceptados como el agente potógeno de las pareras.

Charrin, Capitan (1881), Olliver (1885), Bordas (1899) han encontrado cocus ó bacilus en la saliva, sangre, etc. de enfermos con paperas. P. Teissier y Esmein (1906) aceptan estos cocus como una variedad tetrágena.

Anatomía patológica — Dado el escaso número de autopsias practicadas y la complicidad que ellas presentan, se conocen muy poco sus lesiones.

Trausseau piensa que las lesiones glandulares se limitan á una congestión, á una simple fluxión. Jacob en un caso de muerte producida por edema glótico, encuentra la parotida infiltrada de una serosidad verdasea y Ranvier en otro caso no encuentra lesiones en las glándulas, ni en los ganglios vecinos.

Para Wirchow se trata de una parotiditis primitivamente canalicular.

Wiemeyer admite una exudación serosa en el tejido interglandular.

Debone admite simplemente un catarro de los canales de la glándula.

Ouinquad encuentra en la sangre disminución de fi-

brina y albumina y aumento de urea y materias extractivas.

Reclus Malassez han encontrado en un testículo atrofiado á continuación de una orquitis *ourlienne*, la integridad de los vasos y del tejido conjuntivo intercanalicular. En otros casos Reclus, ha encontrado una esclerosis parenquimatosa.

Finalmente diremos que el exámen microscópico nada ha demotsrado.

Patogénia — Antiguamente fué confundadi con las parotiditis; después se le atribuye un orígen reumático (Eisenmann, J. Franck) ; Behier acordando al frío su principal factor, piensa en las parotiditis *á frigore*. Por hoy, estas opiniones no pueden ser admisibles, dada la naturaleza de la enfermedad, quedándonos tan solo á título de recuerdo; y si bien es cierto, que, á pesar de nuestros adelantos y de los muchos medios de que se dispone para su estudio, hasta hoy no se sabe cual es su agente patogénico, debido á la falta de conocimientos sobre el estado histológico de las glándulas salivares y de sus canales excretores en esta afección; y las afirmaciones que pudieran hacerse por hoy al respecto, no son sinó prematuras.

III

SINTOMATOLOGIA—LOCALIZACION SALIVAR

En el adulto y siempre en el niño, es la forma más simple de presentarse esta afección.

Después del período de incubación, que puede variar de 15 á 26 días y que por lo general pasa desapercibida, la hinchazón parotidiana, síntoma característico, se presenta en conjunto ó es precedido de síntomas prodrómicos.

En el adulto se observa muy á menudo en más de la mitad de los casos la falta de pródromos, sucediendo todo lo contrario en el niño.

En general los fenómenos prodómicos duran de 20 á 36 horas para desaparecer con la aparición de la hinchazón parotidiana.

En el niño (Barthey y Sanné) se observan á menudo y consisten en decaimiento general, fiebre, dolores de oído, anorexia, faringitis, amigdalitis, epistaxis, pertubaciones gastro intestinales, etc.

Tanto en el adulto como en el niño, la temperatura es baja por lo común; 38° grados. Karth tuvo un caso de 41° grado; nosotros hemos tenido dos casos con 40°5. (Observaciones III y V).

El dolor expontáneo ó provocado es el primer síntoma que se observa en la región parotidiana, al nivel del ángulo del maxilar inferior, irradiándose algunas veces á la región Mastoides, á la articulación témporo maxilar y el cuello. Hudelo cita casos en que el dolor era tan intenso que la pronunciación de las palabras y la masticación eran difíciles.

A este primer síntoma sigue la tumefacción glandular, pudiendo aparecer las dos parótidas á la vez, siendo esto lo menos frecuente. La tumefacción se situa en la región que separa la apofisis mastoidea de la rama montante del maxilar inferior; y está constituida por una tumefacción blanda, difusa, elástica, no deja la impresión de los dedos, algunas veces deja tocar la superficie rugosa de la glándula y casi siempre de difusa que es en su principio, se hace saliente llegando muchas veces hasta deformar la cara del enfermo. (Observación III).

La piel á su nivel es lisa, tensa, movible, brillante, algunas veces rosada, caliente.

La tumefacción es casi siempre unilateral en su principio y más del lado izquierdo, sin que se sepa á que atribuir, para hacerse bilateral del tercer al sexto día.

Por nuestra parte hemos tenido varios casos en que la tumefacción ha sido bilateral desde su comienzo, llegando uno de ellos á llamar su atención por la enorme tumefacción. (Observación III).

Henoch nos dice haber observado en casos intensos de tumefacción, edemas que se extendían al cuello por abajo, á los párpados y tejidos de la orbita por arriba por compresión intra-parotideana de la vena facial, provocando quémosis y exoftalmia.

La tumefacción puede llegar del cuarto al sexto día, para disminuir después; esto es por lo general.

En el niño es muy rápida, hay muchas observaciones donde todo el ciclo termina en tres ó cuatro días.

Por lo general evoluciona la enfermedad en 10 días y aún más de 15 días y 25 mismo. (Observación V).

En 245 enfermos que hemos tenido, en las 2|3 partes ha habido participación á la tumefacción parotodiana de las glándulas sub maxilares y ningún caso de la sub-lingual.

En este mismo número de enfermos hemos observado uno en que la enfermedad ha empezado por las glándula sub maxilar (Observación IV). Se citan observaciones de tumefacción sub maxilar y sub lingual sin participación de las parótidas; estos casos deben ser

pocos, como también la participación de la glándula lagrimal.

La mucosa buco-faringea por lo general está sana, esto hemos comprobado en la mayoría de nuestros casos.

Algunas veces hemos visto faringitis, sin mayor importancia.

Algunos, como Mussy y otros se han encontrado en presencia de un enantema bucal, caracterizado por la congestión y tumefacción de la mucosa, sobre todo al contorno del orificio del canal de Stenon. Catrin admite esto en las 2|3 partes de los enfermos.

También se han observado amigdalitis y Lervier las compara á la angina rubéolica.

Las estomatitis, se caracterizan por la sequedad de la boca y el rubor de la mucosa.

La saliva, según Comby es casi siempre ácida.

El canal de Stenon está algunas veces tumefacto, duro, doloroso (Catrin, Trésilian); hipertrofiado (Mourson).

A este grupo de fenómenos buco-faringeos observados durante el desarrollo de la enfermedad, Gueneau de Mussy los ha comparado á un verdadero enantema, parecido al de las fiebres eruptivas.

Los síntomas generales son constantes en el adulto, atenuados en el niño.

En estos se observa en el período de estado; fiebres moderadas, acompañadas ó no de vómitos, de duración que pueden variar de 24 á 48 horas, malestar general,

anorexia, convulsiones, delirio, agitación nocturna (Nobecourt)

Casi siempre en ellos la temperatura es baja como en el adulto, salvo sus excepciones; y cuando ella se eleve en el curso de su evolución debemos pensar en una complicación posible, los cuales indicaremos en el capítulo de las complicaciones.

Formas — La más simple es la salivar, presentando grados de intensidad variable. Hay casos abortivos que pasan desapercibidos por el enfermo; de intensidad mediana, los más comunes; y los más graves, los menos, con fenómenos nerviosos ó tifoideos.

En cualquiera de estas formas es posible encontrar la localización testicular.

También se ha descripto bajo el nombre de *forma tifoidea* de las paperas con alguna frecuencia en el adulto y muy pocas veces en el niño, un estado general, relativamente grave, que recuerda á la fiebre tifoidea.

Marcha — En su forma más simple, la marcha de esta enfermedad es, en general, regular y rápida. Así vemos que después de 15 á 36 horas de pródromos aparece la tumefacción parotideana de un lado; de algunas horas hasta los tres días del otro lado, para del sexto al octavo día ver la resolución de las glándulas. De esta manera vemos que la duración de la enfermedad es de 6 á 8 días en el niño y de 10 á 15 días en el adulto.

Hay casos de excepción al respecto (Barthez y Sanné); y por nuestra parte (Observación V).

Terminación — Por lo general es la resolución: cuando hay temperatura, la defervescencia es rápida y puede ir acompañada de fenómenos críticos (Hudelo).

Cuando la evolución de la afección ha sido sin complicaciones, podemos decir, que la convalescencia termina con la enfermedad misma, es decir, con la desaparición de la tumefacción parotidiana.

Otras veces termina por induraciones; Legendre y Legroux han observado en un niño de ocho meses, en el hospital Trousseau, que después de un mes de su período agudo presentaba una induración al nivel de las parótidas y glándulas sub-maxilares dándole un aspecto particular á su fisonomía. La induración era elástica indolora y tenaz al tratamiento.

Recidivas — La parotiditis epidémica como las enfermedades infecciosas confieren inmunidad en la casi totalidad de los casos.

Servier es el primero que nos habla de recidivas; en el año 1878 ha observado en un soldado, cinco años después de su primer ataque. Catrin igualmente nos habla de varios casos observados en la guarnición de París el año 1893.

Por nuestra parte (1908 y 1909) con un total de 245 enfermos, no hemos tenido ningún caso de recidiva.

IV

ORQUITIS OURLIENNE

Ella constituye un capítulo importante en la historia de las paperas. Hippocrátes la había observado; Hamilton la describe más tarde (1761).

En los adolescentes y en los adultos, en el momento donde la tumefacción parotidiana se disipa, obsérvase con relativa frecuencia, manifestaciones testiculares, lo que hace pensar en todos que ella sea un síntoma y no una complicación.

La frecuencia de las orquitis es variable con las epidemias. Libourné (1889) observa un caso sobre 40 enfermos; Digne (1892) observa 4 sobre 9 casos; el mismo año Saintes 6 sobre 93 casos; Catrin en Francia, 45 sobre 159; nosotros (1908), 33 sobre 135; (1909), 27 sobre 110 casos.

La orquitis *ourlienne* puede presentar todos los grados de intensidad.

Donde con relativa frecuencia se encuentra es en el adulto, sobre todo en los soldados (la mayor parte de las epidemias observadas en la República Argentina) en quienes el testículo está lejos de ser una glándula silenciosa; pero asímismo su número varía con las epidemias. Sancerotte (1789) observó una epidemia en que todos tenían orquitis; en cambio Madamet 7 casos en 56; Comby 211 en 699 casos.

Hay fluxiones testiculares que no merecen el nombre de tales; encontramos en ellas el epididimo ó testículo casi indoloro, poco tumefactos, fiebre nula ó insignificante, estas son las orquitis abortadas. Catrin da mucha importancia á ellas por el hecho de que nunca se abservarían atrofias del testículo.

En general la orquitis hace su aparición del sexto al octavo día, es decir, cuando la fluxión parotidiana empieza á desminuir; en la mayor parte de nuestros casos ha pasado esto.

Catrin observa de los 12 á los 16 días; Grinet observa uno á los 21 día.

En los casos de paperas frustas, la orquitis es la única manifestación de la infección *ourlienne* simple ó doble ella evoluciona algunas veces bajo la forma epidémica. Heller nos dice haber observado en una epidemia de Dautzig, 19 orquitis sobre 29 casos.

A menudo la orquitis *ourlienne* va acompañada de

fiebre alta39°5-40°-41° grados; con intensos dolores testiculares; adquieren tres y cuatro veces su volumen normal; la piel del escroto es roja, tensa y edematizada. La vaginal contiene líquido; el epididimo sano, como el cordón. El testículo es grueso, hinchado en masa, doloroso á la presión y con irradiación a la región lumbar.

Otras veces la orquitis es anunciada por una fiebre violenta, con síntomas nerviosos, ansiedad, agitación, delirio, colapso, estado tifoideo, que pueden durar tres y cuatro días.

Trousseau y otros tienen observaciones al respecto. Por nuestra parte no hemos observado ningún caso con manifestaciones nerviosas.

La orquitis *ourlienne* es unilateral y raras veces bilateral desde su principio.

En cuanto á su localización es casi siempre en el testículo y muy pocas veces respetado el epididimo; Cordon por lo general indemne. Catrin en 43 enfermos observa en todos estar comprendido el epididimo.

El principio de la orquitis es variable: son los signos locales los que llaman la atención; generalmente una ascención brusca de la temperatura 40°-41° grados nos anuncia el principio de la orquitis.

Otras veces se anuncia por un cortejo de síntomas graves y alarmantes: ya sean signos de colapso, y refiere un caso de haber tenido delirio, postración, disnea, delirio, etc.(Trousseau y Laveran). Comby nos

refiere un caso de haber tenido delirio, postración, desnea y una hemoptisis abundante al segundo día de su orquitis. En todas estas formas de orquitis, la temperatura es siempre de 40°-40°5-41° grados.

En todos nuestros casos el dolor ha precedido á la temperatura y ella ha sido sin importancia.

El dolor es muy variable en intensidad: puede ser una simple tensión; una sensación de peso en la estación vertical; otras veces es un dolor bruscamente desarrollado, continuo, violento, aumentado por el menor movimiento, la menor presión y con irradiaciones al canal inguinal, hipogástrio y región lumbar.

Marcha — La marcha de la orquitis *aurlienne* es aguda y rápida: la temperatura cuando existe, cualquiera que ella sea puede durar hasta cinco días.

La defervescencia puede ser brusca, lenta ó por lisis.

La tumefacción testicular, después de haber llegado á su maximún en dos ó tres días queda estacionaria por algún tiempo para luego disminuir y poder palpar facilmente el testículo voluminoso. Y finalmente la resolucción es rápida, se produce del octavo al décimo día, para volver á lo normal.

No se observa supuración y muy rara vez induración.

Cuando la orquitis es doble, la duración de la enfermedad es mayor, cuanto más si no coincide su aparición en uno y otro testículo.

El pronóstico inmediato de la orquitis *ourlienne* es

favorable. Velpeau considera esta afección como la menos grave de las orquitis.

La atrofía del testículo agrava el pronóstico de la orquitis *ourlienne*, sobre todo cuando es doble porqué trae la esterilidad, la impotencia.

Estas orquitis, felizmente unilateral en la casi totalidad de los enfermos, deja con alguna frecuencia la atrofía testicular parcial ó total y con pérdida del reflejo cremasteriano.

Respecto al número de atrofías del testículo por cierto es muy variable y debe serlo con la intensidad de las epidemias. Laveran observa en las 2|3 partes de los casos; Catrin en la mitad. Grisolle dice que lo mejor es observar en una época lejana al ataque, dos ó tres meses después de la curación de su orquitis, para su mejor apreciación. El año 1908 he podido constatar la atrofía del testículo izquierdo en un soldado.

La atrofia se establece en general de una manera brusca y con grados de entensidad variable. Ella se anuncia por una consistencia blanda y anormal del testículo. Este estado precede al tiempo antes de que la atrofia sea definitiva. Puede ir ó no acompañada de dolores.

Como es natural la atrofía trae una disminución de los espermatozoides y según Lerebouliet puede traer como consecuencia una transformación completa del organismo, como es el caso que cita al respecto, de femenismo completo con hipertrofía de los senos. De modo que en la parotiditis epidémica la localización testicu-

lar es la más frecuente después de las glándulas salivares.

También se citan casos de localización en otras glándulas como ser, las mamas, cuerpo tiroides, el ovario, glándula lagrimal; pero son casos sumamente raros.

La ovaritis en la mujer sería el equivalente de la orquitis para el hombre; y como síntomas se han descripto: dolor expontáneo ó provocado en la fosa ilíaca al nivel de los ovarios; sensación de tumor (Vogt en una niña de 18 años) Heilly nos habla de metrorragias parotidianas, como también tumefacción de los grandes labios y de las glándulas vulvo-vaginales en el curso de la afección. Tédenat nos habla de la localización sobre la próstata ó la uretra en el curso de a parotiditis epidémica. Travel observa una mastitis en una niña de 15 años; Rizet en una de 5 años.

Todo lo que acabamos de decir sobre la orquitis *ourlienne* se observa en el adulto, veamos ahora lo que pasa en el niño.

En el niño, la orquitis *ourlienne* es rara, quizás por ser en él, como en el viejo una glándula en reposo. Camby, Hénoch Rilliet no han observado un solo caso abajo de los 14 años.

Recién desde el año 1899 la orquitis *ourlienne* en el niño es conocida; Leo había señalado seis casos; Nobecourt encuentra 9 casos en niños de 4 años; Acker y Fabre 2 casos de 9años; Armand 1 de 11 años; Barthez y Sanné 3 de 13 años; y finalmente Leo 1 de 14 años.

Es después de los 14 años más facilmente encontrar, Rilliet y Barthez han observado 7 casos en sujetos de 15 y 17 años.

La sintomatología de la orquitis *ourlienne* en el niño, es lo mismo que en adulto, pero sí, atenuados, por razones de orden fisiológico principalmente.

Complicaciones — Si bien es cierto que todos los autores están de acuerdo en considerar la orquitis *ourlienne* como una localización de la afección; en cambio hay otras manifestaciones que solo en el capítulo de las complicaciones pueden ir encuadradas; quedando tan solo á establecer por hoy su patogenia. En la infancia es muy rara, no así en el adulto.

La supuración es más bien una infección secundaria por microbios de la supuración; pero no así, para otras complicaciones en las cuales no se puede especificar si se trata de un mismo proceso ó de una localización anormal del gérmen de la parotiditis, ó bien, de un fenómeno reflejo ó reaccional producido por la intensidad misma de la infección primitiva.

Así como hay casos tan benignos de paperas tanto que el enfermo mismo puede ignorar su afección mientras ella dura, hay otros, en que las complicaciones agravan su pronóstico.

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

Solo dos casos de gangrena parotidiana han sido observados por Demme en 1888 y que terminaron por la muerte.

La supuración de la parótida ha sido observada (Edmon, Saveran); Dionis (1773) cita una epidemia en Saint-Cyr donde todos terminaron por la supuración.

Esta complicación se caracteriza por un dolor agudo, por tensión, por coloración roja de la piel; luego por su consistencia blanda, fluctuante para terminar con la formación de un abceso superficial. Posiblemente al microbio de las paperas se asocian los de la supuración existentes en la boca y que ascienden facilmente por el canal de Stenon, debilitado por la acción misma del microbio.

Igualmente, aunque muy raros, las supuraciones del testículo, ganglios etc., son infecciones secundadrias.

Entre las complicaciones generales tenemos también la tumefacción de los ganglios linfáticos en el curso de la parotiditis epidémica. En los niños escrufulosos es posible observar después del ataque, ganglios duros é indolentes al nivel de las regiones preauriculares y submaxilares.

Las complicaciones respiratorias consisten en laringitis, edema de la glotis, traqueitis, bronquitis, bronconeumonía, etc. Jacob, Guelliot, citan casos de edema glotíco que terminaron por la muerte, á pesar de la traqueotomía; Oillate cita otro caso en que hizo una traqueotomía de urgencia.

Simonin ha demostrado en el adulto, que el neumococus juega un gran rol en las complicaciones pulmonares en el curso de esta afección, asociándose al de las paperas en una forma activa. Comby cita el caso de un niño en que tubo una hemoptisis abundante con disnea.

Por lado del aparato digestivo se han observado estomatitis, glositis, faringitis, amigdalitis, enantemas; el estado gástrico es frecuente; diarreas en forma *tifoidea.*

La pancreatitis *ourlienne* ha sido observada en 1908 por Simonin caracterizándose por un dolor vivo en el epigastrio, aumentando por la presión y con irradiaciones en todo el vientre, náuseas, vómitos, diarrea serosa, fiebre, tendencia al síncope, etc. Ella cura de 4 á 5 días. Más tarde es observada y descripta con iguales síntomas por Jacob, Anché y otros. También se han observado congestiones de hígado, esplenomegalias.

Por lado del aparato circulatorio se han observado aunque muy raras veces pericarditis ligeras ó endocarditis en el curso de su evolución. Epistaxis y hemoptisis con relativa frecuencia. (Comby) Edemas localizados multiples y dolorosos (Guelliot)

En algunas epidemias se han notado nefritis agudas y de intensidad variables. La albuminuria aparece con la temperatura para desaparecer en pocos días con ella.

Gaucher cita un caso de albuminuria persistente durante dos años después de la curación de sus paperas.

En los casos intensos, la nefritis parotidiana determi-

na anasarca con albuminuria ó anarsaca sola; en estas la curación es la regla. En los casos de nefritis agudas con albuminuria intensas, hematurias, oliguria, la uremia determina la muerte (Catrin, Lekoy)). Esta nefritis es rara en el niño (Croner); ella es frecuente en el adulto, principalmente en las formas graves.

La nefritis *ourlienne* es una nefritis aguda, difusa y en las pocas autopsias practicadas se han encontrado el riñón grueso y blanco. Al microscopio lesiones epiteliales é interticiales.

Las nefritis producidas por la parotiditis epidémica son semejantes á las originadas por la escarlatina, pero ellas son menos frecuentes.

Hay casos indiscutibles de *reumatismo ourlienne* sus manifestaciones aparecen en el curso mismo de la enfermedad ó después que ha desaparecido la tumefacción parotidiana y posteriores á la orquitis. En estos casos se observa con alguna frecuencia dolores localizados al nivel de una ó varias articulaciones sin tumefacción ni reacción general. Otras veces las articulaciones estan tumefactas y dolorosas, con líquido intra-articular.

Igualmente se citan casos de tumefacción extendida á las vainas tendinosas periarticulares y hasta los músculos mismos.

Estas manifestaciones siempre curan. Se puede pensar respecto á la naturaleza de esta afección, como en los reumatismos blenorrágicos y en fin como todos los seudo- reumatismos infecciosos, como una invasión de

las serosas articulares por el microbio de las paperas, que ha entrado al torrente circulatorio.

Debido á la punción lumbar y el exámen citológico del líquido cefalo-raquideo, las manifestaciones nerviosas constituyen un capítulo importante en esta afección.

Las meningitis que se observan si bien pueden ser debidas á infecciones secundarias, son por lo general causadas por el proceso *ourlien*. Las paperas repercuten de una manera manifiesta sobre las meningeas como lo ha demostrado la frecuencia de la linfositosis del líquido cefalo-raquideo retirado por la punción lumbar (R. Monod).

Algunas veces no existe ningún signo clínico de reacción meningea; otras veces se nota delirio, cefaleas, vertigos, vómitos, bradicardia, signo de Koerning, rigidez de la nuca (Nobecourt).

Estos síntomas son en general fugaces, pero algunas veces persisten lo suficiente como para hacer pensar en una meningitis tuberculosa.

Estos accidentes nerviosos son frecuentes en el adulto, raros en el niño. Ellos pueden aparecer al principio de la enfermedad ó en plena evolución.

Cuando las manifestaciones son benignas consisten en delirios tranquilos, movimientos convulsivos y acompañadas ó no de temperatura alta.

Son los accidentes cerebrales los que constituyen la escena nerviosa preorquítica con delirio, contracturas,

convulsiones y el mismo coma para ceder cuando la orquitis hace su aparición.

Se han visto sucumbir rápidamente á los enfermos, cuando se trataba de fenómenos intensos, delirios violentos, alucinaciones y el coma mismo para terminar en esta forma. (Hamilton, A. Cooper). A estos accidentes delirantes, convulsiones, etc, son suceptibles de que los sigan la afasia, agrafia, monoplejia, hemiplejia, paraplejia, etc., etc.

Comby, considera las paralisis y la afasia como reemplazante de la histeria. Gallovardin dice que las paperas pueden ser seguidas de neuritis periféricas, de polineuritis con pertubaciones sensitivas, parálisis, flácida de los miembros, perdida completa del sentido muscular, abolición de reflejos, atrofias y finalmente disminución á la electrización farádica.

Las parálisis post-parotidianas son raras, Joffroy cita el caso de un niño que curó á los tres meses.

Los casos de enfermedades mentales en el curso de la convalescencia, diremos de la parótiditis epidémica se prestan á discusión; es muy posible que la tara hereditaria sea su principal factor.

Como se vé, hay casos muy difíciles de diagnósticar.

Entre las pertubaciones auriculares tenemos: sordera, otalgias, vertigos, zumbidos, miringitis, etc.

La sordera puede ser definitiva; se han publicado 6 casos de esta naturaleza en niños menores de 14 años.

Se las atribuye á una neuritis y atrofia del nervio auditivo.

En general cuando hay sordera ella es unilateral y se establece en una forma insidiosa; otras veces con silbidos, vertigos, vómitos, insomnios, etc.

Finalmente para terminar con las complicaciones diremos que Boas y Mandonnet en 1903 han observado en un niño de 7 y otro de 9 años parálisis de la acomodación en el primero y parálisis del velo del paladar en el otro. Blanchard un caso de atrofia doble de la papila.

VI

PRONOSTICO

En tesis general podemos aceptar como la más benigna quizás, de todas las enfermedades contagiosas.

Catrin observa tres defunciones en la armada francesa en un total de 3445 casos.

Sin embargo ella varia con la edad del sujeto, así tenemos que en el niño es más benigna que en el adulto por la orquitis en estos últimos y que puede terminar por la atrofia del testículo.

De modo que podrían hacerse algunas reservas para el adulto por el grado de intensidad que ellos pueden tomar y por todas las complicaciones que hemos indicado en el curso de nuestra descripción.

Diagnóstico — El conjunto sintomático, la tumefacción y empastamiento de las regiones parotidianas,

la bilateralidad y la resolucción rápida, facilitan el diagnóstico. En épocas de epidemias el diagnóstico se hace más fácil y no así en aquellos casos de parotiditis frustas ó de localización primitiva en las glándulas sub-maxilares y sub-linguales, las orquitis que hacen difícil el diagnóstico y que necesitan unos días de observación para su confirmación.

Al principio, antes de la aparición de la tumefacción salivar, es difícil pronunciarse porqué se puede estar en presencia de un estado tifoideo, de un embarazo gástrico ó de una fiebre eruptiva cualquiera.

En algunos casos la inflamación buco-amigdalo-faringea *ourlienne*, pueden confundirse con amigdalitis intensas, pero que después de 10 ó 15 horas de observación puede hacerse el dignóstico.

Las paróticditis inflamatorias, las inflamaciones de las glándulas sub-maxilares, sub-linguales se acompañan de una tumefacción dura, persistente, raras veces simétricas é igualmente sin participación de las paróticdas; todo lo contrario pasa con las paperas.

Las paróticditis post-infecciosas (fiebre tifoidea, neumonia, etc), son faciles de diferenciarlas.

En el caso de adenitis agudas ó crónicas y el de una papera, el diagnóstico lo haremos por los antecedentes que dé el enfermo: en aquellas casi siempre es unilateral superficiales y fáciles de hacer la palpación de los ganglios infartados.

En el caso de adeno-flemones ó de procesos silenciosos, la observación de pocos días nos dará la naturaleza de la enfermedad, principalmente el de las paperas que no tardan en hacer su aparición los síntomas ó alguna de sus localizaciones habituales.

Las paperas observadas en el *iodismo*, *saturnismo*, *hidraguirismo* presentan una evolución diferente; un exámen atento facilitará el diagnóstico (Comby, Vellard).

Las *adenopatias cervicales* de la difteria ó de la escarlatina malignas, también pueden diagnósticarse del de las paperas; en el curso de la enfermedad, en aquellas hay tendencia á la supuración y la gangrena, además del aspecto particular que presenta la garganta el diftérico y la angina característica del escarlatinoso.

Con la erisipela se puede diferenciarla por el color rojo intenso, tumefacción difusa, el edema cutaneo, el dolor intenso á la presión, la temperatura alta y finalmente por el rodete periférico que se forma en esta y nunca se observan estos síntomas en estas.

La orquitis puede facilmente diagnósticarse: el exámen y un interrogatorio prolijo nos dará la naturaleza de ella.

Las traúmaticas, variolóticas y tifoideas se distiguen por su etiologia y su tendencia á la supuración.

En las blenorragias, las más frecuente de todas se tiene el pus de la uretra, la epididimitis y la deferenti-

tis, síntomas muy raros en las paperas, sobre todo el pus de la uretra que nunca se ha observado.

Para las orquitis sifiliticas y las tuberculosas los antecedentes del sujeto nos dará el diagnóstico.

Sus complicaciones nerviosas y las meningiticas son las más difíciles de diagnósticar.

De esta manera queda establecido que cuando las paperas tienen una marcha regular, el diagnóstico se impone en las formas frustas es conveniente tener sus reservas; y finalmente hay casos tan difíciles que es necesario recurrir al estudio de su epidemicidad ó aparición de uno de sus principales síntomas característicos: la orquitis.

Profilaxia — La conagiosoidad de las paperas impone medidas severas de aislamiento, sobre todo en el adulto en quienes las complicaciones se observan con alguna frecuencia.

Este aislamiento debe ser menos riguroso en los niños según opinión de muchos médicos por la forma benigna en que son atacados y así tengan el beneficio de la inmunidad para el porvenir.

En aquellos, las medidas profilácticas deben ser enérgicas y minuciosas. Entre nosotros es en el ejército donde con relativa frecuencia se observan epidemias de esta naturaleza casi todos los años, y es por lo tanto á los cirujanos militares á quienes corresponde estudiar y prestar todas las atenciones necesarias

por ser ellos los encargados de velar por la salud de nuestro ejército.

Todas las medidas higiénicas que se tomen deben ser prolijas y lo mejor posible por lo que respecta del local donde se asisten los enfermos. La desinfección si es posible debe ser diaria: soluciones de ácido fénico 5 o|o, bicloruro de hidrargirio 1 o|oo, creolina, etc. Buena ventilación.

En los cuarteles hacer la misma desinfección diaria mientras dure la epidemia; hacer un blanqueo general. Estas mismas medidas se deben tomar en los colegios, fábricas, cárceles, etc.

Veamos ahora, los cuidados que requieren los enfermos y el resto de la colectividad á la cual pertenecen ellos.

El aislamento del enfermo debe ser riguroso y de 15 á 20 días después de curada la afección. Desgraciadamente esto es muy difícil de llevar á la práctica por muchas razones que sería obvio enumerarlas.

Al permitir la salida del enfermo del local donde se asiste, siempre debe aconsejarse un baño higiénico y entregarle sus ropas y útiles previamente desinfectados. Esta práctica la hemos seguido y hecho la desinfección de las ropas, camas, etc. con formalina á la cual la considero como el mejor desinfectante.

Si á estas medidas se agregara el abandono temporario del cuartel, mayores seguridades habría de detener el avance de la epidemia. Esto es difícil por hoy por fal-

ta de locales, donde alojar las tropas mientras se tomen todas las medidas que la enfermedad lo exije.

Por hoy se alojan en las carpas á pesar de todos los inconveniente que ellas encierran, sobre todo en los meses fríos que los expone á contraer cualquier enfermedad más seria.

En cuanto al resto de la colectividad debe hacerse obligatoria la desinfección diaria de la boca, dos ó tres veces en el día con una solución de timol 0.80 centigramos por litro de agua.

Las horas de trabajo deben reducirse, como también los ejercicios violentos para evitar las fatigas. Creo que ellas son un gran factor predisponente en tiempo de epidemia; esto he podido observar este año en la primera compañía del batallón, en donde de 120 hombres que la formaban, hubo 75 atacados de paperas.

También debe aconsejarse el uso de una pomada con timol al 1 o|o, para hacer la desinfección del nasofarin.

Para mayor comodidad, el uso de esta pomada nasal debe ser por la noche, cuando el soldado se retira á dormir á hacer que ella corra hasta la garganta.

VII

TRATAMIENTO

Hacen dos años que vengo observando el buen resultado que me ha dado el clorhidrato de pilocarpina en inyeciones, en el tramiento de la parotiditis epidémica, y si bien es cierto que en tres ó cuatro casos ella ha sido insuficiente en 80 casos que he tenido con este tratamiento todos han tenido una curación rápida y sin ninguna complicación.

Antes de entrar de lleno en él, voy á decir algunas palabras sobre ella, á fin de dar mayores datos.

El jaborandi, *pilocarpus pinnatus* ó *pinnatifolius* es un arbusto de la familia de las *Rutaceas*, que crece en la R. Argentina y el Brasil. Cautinho de Pernambuco lo importó en Europa el siglo XVIII. Allí fué estudiado y experimentado por Gubler, Rabuteau, Robin y Vulpian dando á conocer sus principios activos, acción fisiólogica y terapéutica.

Lo que más nos interesa saber de sus principios son los alcoloides que contiene: la *pilocarpina* y la *jaborina*.

La *pilocarpina* es el alcaloide más activo que contiene el jaborandi; existe en las hojas y cortezas de los tallos.

De sus sales las más usadas son: el *clorhidrato* y el *nitrato de pilocarpina*, que cristalizan en largas agujas y muy solubles en el agua, son muy estables.

De estas sales, la que hemos usado es el *Clorhidrato*. La dósis terapéutica máxima es de 0.02 centigramos, á 0.03 centigramos, en adelante es tóxica.

Una inyección sub-cutánea de *clorhidrato* ó *nitrato* de *pilocarpina* de 0.01 centigramo á 0.02 centigramos produce el mismo efecto que una infusión de 3 á 4 gramos de jaborandi, con la ventaja de que la inyeción es más rápida. La salivación y la sudación, sus principales efectos, empiezan al cabo de dos á tres minutos, mientras que la infusión recién desde los 10 á los 15 minutos; la sudación y menos l asalivación pueden durar de una á varias horas, siendo por lo general de dos horas.

Gubler dice que este alcaloide obra sobre las células propias de la glándula y Vulpian dice que es sobre el trabajo secretorio de la glándula, de un modo indirecto, por intermedio del sistema nervioso.

Una y otra teoría necesitan su confirmación.

Nothangel y Rossbach indican su empleo en los ca-

sos donde el efecto curativo provocado por la abundante secreción salivar y sudoral, sea real.

Con alguna frecuencia se la usa en todos aquellos casos en que se busca facilitar una secresión, disminuir los líquidos del organismo enfermo, etc. con resultados más ó menos positivos, según de la afección de que se trate.

Ninguno de los autores que se han ocupado de la paróticditis epidémica nos hablan de la pilocarpina y tan solo la recuerdan de paso, sin darle importancia.

No pretendo que ella tenga una acción microbicida sobre el microbio de las paperas, pero si creo, sobre todo en las formas salivar que obrando sobre la celula misma ó por intermedio del sistema nervioso, al exagerar la salivación trae la defensa de la glándula, modificado el medio para el desarrollo del microbio, el que le es contrario y facilitándole su salida con la sialorrrea que produce.

Es en la forma salivar, donde he obtenido una rápida curación y sin complicación alguna.

Los casos tratados con ella han curado del sexto al octavo día y muchos de ellos sin que participe la otra glándula que por lo general sucede lo contrario.

Confieso que en los casos de localización testicular, ningún resultado he tenido; en algunos parecía favorable pero siempre tenía mis vacilaciones.

En dos casos (observaciones I y II) se han compli-

cado de bronquitis intensas, las cuales curaron juntamente con ellas.

La forma y dosis que hemos administrado la pilocarpina es en inyecciones sub-cutáneas y de 0.01 centigramos día por medio, empezando siempre por medio centigramo para mayor seguridad y así evitar inconvenientes que pudieran presentarse por intolerancia del medicamento.

Mientras el funcionamiento del riñón sea bueno, no habrá inconveniente en hacer la inyección de pilocarpina.

Todos los enfermos tratados con ella no han necesitado más de 3 á 4 inyecciones y hasta 5 algunas veces según la intensidad de la afección.

Para mayor comodidad deben hacerse las inyecciones por la mañana y quedar en cama el enfermo hasta su curación y así contribuir más á evitar la orquitis.

En el niño no he tenido oportunidad de ponerla en práctica y creo que no habrá inconveniente alguno usándola á dosis adecuadas y principalmente la infusión de jaborandi.

En tres enfermos he comprobado la intolerancia de la pilocarpina en la segunda inyección: cefaleas intensas, impotencia, vómitos, pertubaciones de la visión y mareos, pero desaparecieron en pocas horas; se trataba de individuos nerviosos.

Los efectos de la pilocarpina serán tanto mejores,

cuanto más pronto se la aplique, no bien el enfermo manifieste dolor en la región parotidiana.

Finalmente para completar el tratamiento, todo enfermo con esta afección debe purgarse el primer día y hacer tres ó cuatro buches al día con una solución de timol 0.80 centigramos por mil, este desinfectante con preferencia ó también con cualquier otro, durante 10 días por lo menos.

El reposo es indispensable; la alimentación debe ser liviana para evitar los estados febriles.

Dado el número de enfermos y la falta de local, no fué posible hacer en todos el mismo tratamiento; los que se alojaban en las carpas se les trató con fomentos calientes en número de tres á cuatro en el día é igual número de buches.

Cuando había dolor hemos aplicado tintura de yodo, ictiol al 10 o|o, glicerina guayacolada al 10 o|o. La fiebre con sellos de quinina, analgesina y piramidon. Baños tibios de 20 á 25 grados.

En los casos de orquitis el reposo en cama se impone y la aplicación de fomentos calientes; suspensión de los testículos, cotra el dolor, pomadas con salicilato de metilo, guayacol, mentol, etc; siendo la fomentación caliente la mejor de todas.

En los casos de orquitis, con tendencia á la atrofia del testículo se debe aconsejar los baños sulfurosos, la nuez vómica, las corrientes continuas, etc.

La medicación bromurada en las manifestaciones nerviosas.

Cualquiera que sea el tratamiento que se ponga en práctica, debe ponerse al enfermo en las mejores condiciones higiénicas posibles.

VIII

Observaciones clínicas

I

Juan Maldonado, soldado del I|R 19 de Infantería, 21 años, soltero.

Antecedentes hereditarios — El padre murió de una afección pulmonar. Madre y hermanos sanos.

Antecedentes personales — Cuando niño sarampión.

Enfermedad actual — Refiere el sujeto que en la noche del 5 de abril sintió un ligero dolor de garganta del lado izquierdo.

Al otro día se levanta con mayor dolor y ligera hinchazón de la cara del mismo lado.

Tos seca y malestar general.

Exámen — Día 6. El enfermo presenta un dolor acentuado á la presión y una tumefacción de la región parotidiana del lado izquierdo. Faringitis aguda. Tos. Catarro bronquial, lengua saburral. Temperatura 38°5; por la tarde 39.°

Se le administran 40 gramos de sulfato de soda.

Día 7 — El dolor aumenta, la tumefacción se hace mayor; piel tensa, lisa y caliente. Se hace medio centigramo de pilocarpina.

Día 8 — Tumefacción mayor, poco dolor, temperatura 38°2; tos; glándula sub-maxilar izquierda palpable y dolorosa. No hay ganglios.

Día 9 — Tumefacción estacionaria. Se hace una inyección de un centígramo de pilocarpina.

Día 10 — Nada que indicar.

Día 11 — Bien estar del enfermo. Un centigramo de pilocarpina.

Día 12 — Su tumefación se ablanda y tiende á desaparecer. No hay dolor.

Día 13 — Inyección de un centíg. de pilocarpina.

Día 14 y 15 — Desaparece la enfermedad.

Día 16 — Alta, previo baño higiénico y desinfección de las ropas, camas, útiles, etc.

II

Juan Giménez, soldado, 21 años. Soltero.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Tos convulsa. Viruela.

Enfermedad actual — El día 1° de abril por la tarde siente dolor á la masticación al nivel de las regiones parotidianas. Tos, sensación de constricción á la garganta.

Exámen — Día 2 — Dolor y ligera tumefacción de las parótidas. Temperatura 38°9. Lengua saburral. Se le administra 40 gramos de sulfato de soda.

Día 3 — Dolor intenso y tumefacción bien marcada de las parótidas, pertubación á la masticación. Faringitis, catarro bronquial intenso, temperatura 39°4. Inyección de medio centígramo de pilocarpina.

Día 4 — Tumefacción mayor y palpación perfecta de las dos glándulas, dolor muy marcado á la presión. Tumefacción de la glándula sub-maxilar izquierda. Temperatura 38°8.

Día 5 — Tumefacción estacionaria, menos dolor, catarro bronquial. Un centigramo de pilocarpina.

Día 6 — Acentuación de los síntomas.

Día 7 — Bien estar general. Un centigramo de pilocarpina.

Día 8 — Disminución considerable de la tumefacción.

Día 9 — Inyección de un centigramo de pilocarpina.

Día 10 — Desaparición de la tumefacción, dolor y la temperatura.

Días 11, 12 y 13 — Reposo.

Día 14 — Alta, prévio baño higiénico y desinfección de las ropas.

III

Bonifacio Belisan. Soldado 21 años. Soltero.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Viruela á los 13 años.

Enfermedad actual — El 10 de Marzo por la noche empieza á sentir dolor de oido del lado izquierdo, cefalea intensa, inapetencia, escalofríos, náuseas.

Exámen — Día 11. Dolor de garganta y oido, estornudos frecuentes, tumefacción de la parótida izquierda y sub-maxilar del mismo lado. Temperatura 39°4, por la tarde 39°9. Escalofríos. Sulfato de soda 40 gramos, cama.

Día 12 —Tumefacción de las parótidas, mucho dolor, masticación difícil. Medio centígramo de pilocarpina.

Día 13 — Temperatura 40°, postración muy marcada, tumefación bilateral mayor. Insomnios. Baño tibio, quinina y cafeina.

Día 14 — Temperatura 40°5. Delirios. Gran dolor, tumefacción enorme y dura. Masticación imposible. Un centígramo de pilocarpina. Pación Todd con acetato de amonio. Baños tibios.

Día 15 — La tumefacción era tal que desfiguró la fisonomía del enfermo.

Temperatura 40°1. Quinina y piramidón. Baños tibios. Estimulantes.

Día 16 — Temperatura 39°7. Tumefacción estacionaria, menos dolor. Un centigramo de pilocarpina.

Día 17 — Absceso en el velo del paladar, temperatura 39°. Tumefacción blanda, poco dolor, perturbación á la deglución. Baño tibio. Un centigramo de morfina.

Día 18 — Temperatura 38°5, menos dolor, la tumefacción tiende á disminuir. El enfermo consigue alimentarse.

Día 19 — Disminución de los síntomas, temperatura 38°. Un centigramo de pilocarpina.

Día 20 — Mejora rápida del enfermo.

Día 21 — Un centigramo de pilocarpina.

Día 22 — hasta el 4 de Junio, alimentación y reposo.

Día 5 — Alta previo baño higiénico y disinfección de las ropas.

IV

Rosalin C. 26 años, casado, clientela particular.

Antecedentes hereditarios — La madre murió tuberculosa. Padre y dos hermanos delicados de salud.

Antecedentes personales — En la infancia sarampión, blenorragia y orquitis á los 18 años.

Enfermedad actual — Refiere el enfermo que á la salida de una reunión á la una de la mañana, sintió al llegar á su domicilio una sensación de constricción en la garganta, dificultad en la palabra y un estado nauseoso. Sequedad de la boca y no puede conciliar el sueño.

Exámen — Día 3 de agosto — A nuestra llegada el sujeto se encontraba muy nervioso y se desesperaba para querer explicar lo que le pasaba. Un momento de

charla, tranquilizó al enfermo y pudimos constatar lo siguiente: una amigdalitis aguda y catarro faringeo, ligero dolor al nível del angulo del maxilar inferior y ligera tumefacción de la glándula sub-maxilar derecha. Se le formula un purgante de sulfato de magnasia y una gargara con timol.

Día 4 — La tumefacción glandular se extiende á la parótida del mismo lado y dolor al abrir la boca.

La amigdalitis disminuye de intensidad, temperatura 38°6. Dieta láctea é inyección de medio centigramo de pilocarpina.

Día 5 — Dolor de oido. No hay temperatura, tumefacción aumentada del lado derecho. Gárgara de timol y abrigo á la garganta.

Día 6 — La tumefacción es bien marcada, dura, poco dolorosa y fácil de palpar.

Inyección de un centigramo de pilocarpina.

Día 7 — La tumefacción queda estacionaria y el enfermo manifiesta su contento á pesar de persistir la hinchazón.

Día 8 — Inyección de un centigramo de pilocarpina. Gárgaras.

Día 9 — Disminución de la tumefacción, blanda é indolora. No hay temperatura, masticación sin ningún inconveniente.

Día 10 — El enfermo se siente bien y se le hace una última inyección de un centígramo de pilocarpina.

Días 11, 12, 13 — Gárgaras y reposo continuado en cama.

Día 15 — Alta. En este caso pudimos comprobar la curación del sujeto sin que haya participado la parótida izquierda.

V

Agápito Orellano, 21 años. Soldado.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Manifiesta haber sido muy sano.

Enfermedad actual — En este sujeto su enfermedad empieza por un malestar general, inapetencia y un estado gástrico bien marcado.

Exámen — Día 13 de Abril. La misma sintomatologia del día anterior. Se le da 40 gramos de sulfato de soda y se lo aisla para su mejor observación.

Día 14 — Dolor de oido con irradiación á la garganta. Ligera faringitis. Tos.

Medio centigramo de pilocarpina.

Día 15 — Dolor en la región parotidiana izquierda y ligera tumefacción. Temperatura 39.° Impotencia.

Día 16 — La tumefacción aumenta y la glándula sub-maxilar del mismo lado se deja palpar, dura y algo dolorosa á la presión. Temperatura 39°5.

Un centigramo de pilocarpina. Por la tarde quinina y piramidon.

Día 17 — Tumefacción bien marcada, dura, difusa, caliente y dolorosa. Temperatura 40°1. Baños tibios en número de dos. Quinina y piramidon.

Día 18 — Tumefacción estacionaria. Temperatura 40°5. Baño tibio. Por la tarde un centigramo de pilocarpina.

Día 19 — Temperatura 39°8. Tumefacción blanda, menos dolorosa.

Día 20 — Disminución de la tumefacción y muy poco dolor, inyección de un centigramo de pilocarpina. Temperatura 38°.

Día 21 — Mejoría notable del enfermo.

Día 22 — Ultima inyección de un centigramo de pilocarpina. Temperatura 37°6.

Días 23, 24 y 25 — Reposo en cama y continuación con las gárgaras de timol.

Día 27 — Alta, previa disinfección de las ropas y baños higiénico.

Arturo Echegaray.

Buenos Aires, Junio 1909.

BIBLIOGRAFIA

Brouardel — Gilbert — Thoinot

G. Dieulafoy

P. Nobécourt

Comby

F. J. Collet

Dr. Debone

Manquat

Fusch

Buenos Aires, Julio 15 de 1909

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. Juan A. Boeri, al Profesor titular Dr. Lucio Durañona y al Profesor Suplente Dr. Ricardo S. Gómez, para que, constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4 de la Ordenanza sobre Exámenes.

E. CANTON
R. S. Gómez
Secretario

Buenos Aires, Julio 15 de 1909

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente Tesis, según consta en el acta N. 2050 del libro respectivo, entréguese al interesado, para su impresión, de acuerdo con lo ordenanza vigente.

E. CANTON
R. S. Gómez
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I.

3 Acción fisiologica del Jaborandi.

J. A. Boeri.

II.

Histología de la parótida.

Lucio Durañona.

III.

Relación clinica entre la parotiditis, orquitis y ovaritis?

R. S. Gómez.