

**ADAPTACION A NUESTRO EJERCITO DE LOS ESTUDIOS MAS  
MODERNOS SOBRE PAROTIDITIS EPIDEMICA**

---

**TESIS**

PRESENTADA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

**FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA**

POR

**ARTURO TRINIDAD TOBAR**

ex-Médico Interno del Hospital Militar,

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

**MEDICO Y CIRUJANO**

**Abril de 1925.**

*IMPRESA DE RAFAEL MENDIA A.,  
14 C. O. GUATEMALA*



## LA PAROTIDITIS EPIDEMICA RECIBE DIFERENTES NOMBRES SEGUN LAS LOCALIDADES Y SE CONOCE TAMBIEN POR

### PAROTIDITIS POLIMORFA-ANGINA PAROTIDEA-OURLES MUMPS-BRANKS PAPERAS-FIEBRE OURLEANA

Es una enfermedad infecciosa ordinariamente epidémica, contagiosa inmunizante, clínicamente caracterizada por una tumefacción especial, primero inflamatoria adenosalival, y con frecuencia adenogenital; con estado febril ligero.

Es de presumir que la deformación de la cara, característica más saliente de las paperas, haya llamado la atención aún de los poco observadores, desde las primeras épocas de la medicina mucho antes de que fueran conocidas las fiebres eruptivas. La enfermedad de la isla de Thasos, magistralmente descrita por Hipócrates, abarca con excesiva precisión la sintomatología completa de las paperas. Dicha epidemia fué muy leve, y el fundador de la medicina pudo diferenciar esta tumefacción de la región lateral del cuello, de las otras tumefacciones. Tal es el carácter sobre que insistió Celso y la mayoría de los médicos de la antigüedad griega y romana.

Luego sigue un período de silencio hasta 1567 cuando Forestus vuelve a tomar las investigaciones de una enfermedad que corresponde a las paperas y que Borsieri aproxima a las fiebres eruptivas.

Después Ambrosio Paré hace mención de algunos casos que son seguidos de las descripciones epidemiológicas más completas de los siglos XVIII y XIX. Hasta entonces no se había establecido si la tumefacción de la cara se debía a una localización parotídea, y no era raro, aún en 1880, que algunos autores confundiesen la parotiditis ourleana con algunas otitis y adenopatías cervicales.

De 1714 a 1859 todas las epidemias fueron estudiadas por Hirsh y luego enriquecidas con las que aparecieron de 1859 a 1880. Después sirvieron para edificar la historia clínica y etiológica de la parotiditis ourleana, las epidemias de Escocia por Hamilton, de Lyon por Ozanam, de Génova por Rilliet de la isla de Olerón por Buscart, del Ducado de Holstein por Luche (1876) Se siguen las importantes investigaciones de Resseguier, de Sauvages, de Trousséau, de Murat, de Frank, de Grisolle y de otros más con lo que se completa en detalle la naturaleza de la enfermedad en referencia.

Durante mucho tiempo fueron tenidas las paperas como una enfermedad *a frigore* y puramente local; pero gracias a las pacientes investigaciones de Lavenan, Catrin, Heilly, Comby, Richardiere, Legron, Hudelo y otros principalmente Wollaston, quien en 1921 logró determinar el agente causal, se consiguió establecer la etiología de las paperas y explicarse mejor sus complicaciones.

### ETIOLOGIA Y BACTERIOLOGIA

*Causas Predisponentes.*—La edad es con mucho la aptitud más o menos grande para contraer las paperas, que son sin embargo una enfermedad de la infancia y de la adolescencia; y a este título es la enfermedad de las escuelas, de los talleres, de los seminarios, de los cuarteles y de los navíos.

Puede, es cierto, observarse a toda edad y también se puede decir que no hay ninguna que esté al abrigo de las paperas; pero no es frecuente en realidad más que entre cinco y quince años y entre los diez y ocho y los veinticinco.

Las paperas son muy raras en la primera edad. La estadística de Lombart y Rilliet, establecida con ocasión de una epidemia muy extendida en la ciudad de Génova, menciona:

0 casos del nacimiento a los 2 años  
2 casos de 50 „ a los 70.

Casi la totalidad de los atacados se repartió entre la segunda infancia y la adolescencia.

En la epidemia del buque transporte de emigrantes "Corpatrik" 1873-74, sobre 33 niños menores de 1 año, ninguno fué atacado, y aun ninguno de menos de 6 años.

Sin embargo, se han referido observaciones de paperas sobrevenidas en lactantes y aún en recién nacidos, poco después del nacimiento.

En una epidemia de Stockolm (1880) Gailhard tuvo ocasión de observar un caso de paperas en un niño de pecho. En el curso de una epidemia a bordo de un navío, Daugaix habla de un niño que, nacido durante la travesía, de una madre atacada de paperas, presentaba el día de su nacimiento, una tumefacción considerable en la región parotídea; el niño murió algunas horas después. El Dr. E. Gauthier recuerda el caso de una madre que, habiendo contraído la enfermedad, tuvo una niña la víspera del día en que apareció en ella la tumefacción parotídea; trece días más tarde la niña fué atacada a su vez. En una epidemia de Berna, el más joven atacado fué a la edad de cinco semanas.

También se han podido encontrar las paperas en un período avanzado de la vida. Fuera del caso de Wallcott, de paperas contraídas por un anciano de 99 años, un cierto número de observaciones en los ancianos, han sido referidas principalmente por Evrard en 1878.

Resulta de las observaciones de Kelsch que lo más generalmente, en donde se encuentran reunidos adultos de diferentes edades, los más jóvenes son atacados de preferencia.

El sexo no parece ejercer influencia; sin embargo desde Hipócrates, que observó que en la isla de Thasos pocas mujeres fueron atacadas, es un hecho que los hombres contraen más fácilmente las paperas; pero hay epidemias en las que la proporción fué equivalente en los dos sexos, o superior para el femenino. El género de vida de la mujer, menos expuesto a los trabajos de fuerza y a la intemperie, permaneciendo menos habitualmente en las aglomeraciones (colegios, talleres, etc.) explica en ellas la menor proporción de la fiebre ourleana. El aumento considerable de la mano de obra en los talleres o en las fábricas durante la guerra europea, no produjo sin embargo un cambio en la proporción de las estadísticas anteriores.

Las paperas parecen atacar lo mismo las constituciones robustas que las débiles; sin embargo no es dudoso que la regla general de la predisposición por una enfermedad anterior, se aplique también al contagio ourleano.

En cuanto a la influencia de la profesión, depende menos del carácter de ésta que de las condiciones de aglomeración de la misma; y es a este título que la enseñanza en los colegios, el trabajo en los talleres, la vida en casas de vecindad o en los navíos, ejerce una acción de las más favorables al contagio.

En un informe de Kelsch refiere que un médico militar, Aubert, dando cuenta de una epidemia en la Escuela Militar, observó que los soldados más atacados de paperas fueron los que habían hecho las mayores marchas, y en definitiva estaban

más agotados. Aubert explica de esta manera la predisposición a las paperas y a las localizaciones genitales.

Kelsch ha sostenido igualmente, según cierto número de estadísticas alemanas, que la frecuencia de las paperas es mayor en el ejército francés que en el alemán. Es, según esta estadística, quince veces mayor en el primero que en el segundo.

La estación y el clima parecen no tener influencia regular. La historia de la epidemiología ourleana demuestra que la enfermedad es "de todos los tiempos y de todos los lugares".

El papel de las estaciones parece, sin embargo más evidente que el papel de las influencias meteorológicas. Desde la epidemia de la isla de Thasos se admite que los tiempos fríos y húmedos, las lluvias, las variaciones bruscas de temperatura, favorecen la aparición de las paperas. En el curso de una epidemia, las recrudescencias sobrevienen a menudo después de un cambio brusco de temperatura.

Si las epidemias se desarrollan sobre todo en las estaciones frías (90 epidemias por 20 en las estaciones calientes o de transición) hay epidemias estivales: testigo, la observada por Rilliet en Génova en 1852. Rilliet y Barthý tienden a poner en duda este papel estacional de las paperas. La evolución anual de las epidemias de paperas en el ejército, demuestra de manera evidente la frecuencia claramente mayor de la enfermedad durante el invierno y a principio de la primavera. Es por lo demás posible, en cierta medida, que la vida interior, más encerrada durante el invierno, favorece el contagio.

Las epidemias de paperas son epidemias a radio de extensión limitado; son epidemias de casas, de pabellones. La acumulación, el aire confinado, la insuficiencia de los locales, explica sin duda la persistencia y la fijeza de estas epidemias en ciertos lugares.

*Causas Determinantes.*— El carácter contagioso de las paperas, su epidemividad, son pruebas más que evidentes de su origen infeccioso. Tentativas numerosas han sido hechas, sobre todo en el período llamado contemporáneo, para descubrir el agente microbiano. Estas investigaciones remontan a E. Klund, quien encontró en las orinas agentes microbianos múltiples, principalmente un bacilo especial. En 1881, con ocasión de una epidemia escolar observada en el Hospital de la Escuela Politécnica, Charrin y Capitán, observaron en la sangre de los enfermos que examinaron, la presencia constante de micrococos y de bacilos largos, mientras que las investigaciones de Pasteur y Roux fueron negativas. En un caso muy grave de paperas (tesis de Karht 1883) Bouchard señaló bacterias en gran número, encontradas en la saliva recogidas a la salida del canal de Stenon. En 1885 Ollier encontró en la sangre y en la orina de niños atacados de paperas, cocos, en parte aislados, en parte agrupados en cadenas o en diplococos y bacilos que identificó con los señalados por Capitán y Charrin. El mismo año Boinet confirma los resultados de estos últimos observadores, mientras que Jacoud en sus lecciones clínicas de la Pitié, anuncia que en un enfermo atacado de paperas graves, Netter ha observado micrococos en la sangre y en el líquido extraído del tumor parotídeo. En el curso de una epidemia de paperas en 1889, el Doctor Bordas aisló por hemocultivo un germen que estudió más completamente que sus predecesores. Se trataba de un bacilo que identificó al bacilo de Charrin y de Capitán, bacilo que se cultiva fácilmente en los medios corrientes, donde puede esporular; bacilo poco resistente a la acción del calor, de la desecación y de los antisépticos.

Las observaciones de Laveran y de Catrin, proseguidos con cuidado en una epidemia de paperas, en las guarniciones de París, marcaron un progreso real en las investigaciones bacteriológicas, por el número de casos en

que pudieron estudiar la concordancia de sus resultados. Estos autores obtuvieron 17 veces sobre 28 casos en una primera serie; 67 sobre 92 casos en una segunda serie, cultivos positivos. Examinando la sangre y la serosidad obtenida por punción de las parótidas, de las glándulas genitales y aún de las artritis ourleanas, aislaron por cultivo un micrococo regularmente redondeado, de 1 a 1½ micrón de diámetro, animado de movimientos vivos, poco extendidos, a menudo asociado de diplococos. Estos diplococos inyectados en los testículos de los perros o de los conejos, determinaban una orquitis violenta de corta duración. Laveran y Catrin consideran sin embargo que las inoculaciones subcutáneas de cultivos a los animales quedaron negativas, concernientes a la determinación de parotiditis, pudiendo explicarse ello por la ineptitud de los animales para contraer las paperas.

Las observaciones de Laveran y de Catrin fueron confirmadas el mismo año en el Val-de-Grace, por las investigaciones del médico militar Anthony, y más tarde por las de Ferré, Mecray y Walsch y más particularmente por Michaelis y Bein y por Fridel Pick. Unos y otros observaron en los mismos excudados, recogidos de la misma manera, la presencia de un diplococo que aproximaron al meningococo, aunque de dimensiones más pequeñas y móvil, diplococo que inocularon sin éxito, estando de acuerdo tanto los unos como los otros, en que la fiebre ourleana es especial del hombre. No existe, en efecto, más que un caso en que por contagio humano, un animal pudo contraer las paperas. Este caso referido por Laveran, concerniente al Dr. Busquet, que atacado de paperas y teniendo cerca de sí un perro, lo vió enfermarse y sufrir a la presión hecha al nivel de la articulación temporomaxilar, después de presentar una tumefacción parotídea voluminosa, que evolucionó en medio de un síndrome general y en un lapso reducido, semejando la invasión de una fiebre ourleana. El examen de la saliva recogida a la salida del canal de Stenon, dió además por cultivo un diplo-estafilococo, semejante al diplococo de Laveran y Catrin.

Con las investigaciones de Carriere vuelven a comenzar los resultados diferentes; sus exámenes y sus cultivos le dan ya los cocos de Laveran y Catrin, ya un bacilo fino y corto, movable, que no se colorea por el Gram.

A despecho de todas las interesantes investigaciones relatadas, quedaba dudosa la solución del problema, la especificidad etiológica del microbio de Laveran y Catrin, indeterminada; y esta incertidumbre hizo emprender nuevas investigaciones.

Escogiendo en el curso de epidemias múltiples, cuyas recrudescencias se manifestaron de 1904 a 1906, los casos más febriles y cuyo carácter septicémico parecía más evidente, Tessier y Desmène han recogido por cateterismo, lo más aséptico posible, del canal de Stenon, más excepcionalmente por punción de la parótida o del testículo la serosidad de estas glándulas, y la sangre por punción con la jeringa de Pravaz esterilizada. La sangre y las serosidades así obtenidas han sido sembradas en los medios de cultivos ordinarios, a un grado de dilución extrema, conforme a las enseñanzas recogidas en 1893, en el curso de las investigaciones relativas al estudio de la Septicemia de la tuberculosis.

Sobre 55 enfermos así examinados, 46 veces fueron obtenidos resultados positivos de cultivo, habiéndose obtenido 39 veces cultivo puro. Cada vez el micrococo retirado de estos diferentes cultivos presentaba los mismos caracteres morfológicos y biológicos, y daban después de exaltación de virulencia, los mismos efectos patógenos.

Este micrococo fué, además, encontrado en diversas condiciones, principalmente en el líquido céfalo-raquídeo de un enfermo atacado de meningitis cerebro espinal ourleana, y en un caso de septicemia ourleana prolongada en el pus de un absceso glúteo.

Del conjunto de estas observaciones y de estas experiencias resulta: 1o. que el microorganismo encontrado en enfermos atacados, sobre todo de las formas serias de paperas, podía, tanto bajo el punto de vista morfológico como biológico, ser aproximado a la variedad de micrococo encontrado por Laveran y Catrin y después por un cierto número de observadores; 2o., que hay que agruparlo entre las variedades sépticas de tetrágenos; 3o., que juega un papel importante en la patogenia de las paperas, que se podía desde entonces considerar como la expresión mórbida de una infección tetrágena atenuada.

En una serie de experiencias proseguidas con el fin de buscar la acción patógena de este microorganismo: inyección intraperitoneal, intravascular o aún ingestión, en el cuyo y el conejo, de proporciones variables de cultivos puros de este micrococo, los primeros resultados fueron negativos y comparables a los de Laveran y Catrin, en el sentido de que no sucumben, si bien el animal parecía sufrir, inmovilizándose en su caja, con los pelos erizados.

En una segunda serie, después de la exaltación de la virulencia del micrococo, por una serie de pasos, se ha podido realizar la muerte del cuyo, obrando bajo la forma de abscesos subcutáneos, de inflamaciones peritoneales, de congestiones viscerales, lesiones que producen un cuadro septicémico tetrágénico experimental y comparable a las lesiones observadas en las infecciones tetrágénicas espontáneas observadas en el hombre.

Se ha podido también utilizando el procedimiento de Strauss, para la orquitis morvosa, determinar por inyección intraperitoneal, en cierto número de cuyos y de ratas blancas machos, una tumefacción testicular evidente, que en cuatro casos fué verificada a la autopsia.

El examen de las lesiones del hígado, del bazo, del páncreas, fué semejante al obtenido en la investigación necrópsica de Lemoine y de Lepäset.

La opinión de Brault, a quien fueron mostrados los cortes es: que el testículo fuertemente congestionado, edematoso, presentaba al examen histológico un verdadero estado de hipergénesis; atestiguando una superactividad funcional.

El Profesor Dopter refiere que en un soldado muerto de una infección ourleana, había encontrado en el testículo un micrococo semejante al de Tessier y Esmein.

Parece entonces permitido concluir: 1o., que el micrococo encontrado en las paperas determina en el cuyo, lesiones comparables a las de la septicemia tetrágénica experimental y humana; 2o., que ciertas lesiones viscerales realizadas por esta experimentación pueden ser, en cuanto a su naturaleza y localización, aproximadas a las lesiones de un enfermo fallecido de paperas.

Ultimamente y agregando a estos resultados la sero aglutinación positiva de este micrococo con el suero procedente de enfermos de paperas y sobre todo los cultivos que Korentchewsky comunicó en 1907, parecen suficientes para esclarecer la legitimidad de las conclusiones.

Sin embargo, hay que reconocer que a pesar de tanta prueba, la duda subsistía hasta 1921, en que Martha Wallaston logró extraer de los esputos de los enfermos atacados de parotiditis epidémica, un virus filtrable, que después de pasos sucesivos por una serie de animales adquiere una exaltación de virulencia, y por inoculación de dicho virus produce en el gato principalmente la mayoría de los trastornos clínicos y anatomo-patológicos de la fiebre ourleana.

*Contagio.* —Fué Laghi de Bologne quien emitió primero en 1750 la idea del contagio de las paperas. Mangor en 1773 confirmó la opinión de Laghi,

observando una epidemia de paperas en Viborg se dió cuenta de que la enfermedad fué llevada a un hotel por campesinos ya atacados. Los hechos de observación son tan luego numerosos, que atestiguan que las paperas se transmiten por *contagio directo*, y el carácter contagioso de esta enfermedad no puede ser puesto en duda, a pesar de ser menos pronunciado y nunca comparable al contagio de las fiebres eruptivas.

Parece que el virus ourleano es fuera del organismo un agente microbiano frágil, poco resistente a los agentes atmosféricos, que muere rápidamente una vez salido del organismo. Un contacto íntimo y prolongado es necesario para el contagio de la parotiditis epidémica; y se comprende que es la permanencia en la misma habitación en que los contactos son constantes o repetidos, lo que favorece la transmisión. El menor obstáculo parece oponerse a esta propagación: un tabique, un muro, una débil distancia bastan para detener la extensión del foco epidémico.

Hay epidemias muchas veces limitadas y por lo tanto de observación fácil, en que no es posible fijar el caso original. Así no es extraño que médicos como Walleix, Bouchut y Behier hayan podido negar el carácter contagioso de la parotiditis epidémica, admitiendo que en una epidemia, los sujetos atacados eran víctimas de una misma causa: el frío. Pero como lo dice Kelsch, la epidemiología opone a los hechos negativos o dudosos, hechos suficientemente positivos para que la contagiosidad de las paperas sea considerada como irrefutable.

Las opiniones están divididas en cuanto al momento cuando el contagio puede aparecer. Unos admiten que las paperas son transmisibles durante toda la evolución; otros que el carácter contagioso se afirma al fin del período de incubación y en la fase de invasión, antes que la fluxión parotídea haya aparecido. Esta última opinión ha sido sobre todo sostenida por H. Roger y Lambrie, Rendu, Sevestre, Comby, Merklen, con muchas observaciones en favor de la precocidad del contagio ourleano.

Los hechos demuestran que las paperas son transmisibles más allá del período de incubación. Langmóann ha considerado que el período durante el cual el contagio podía ser realizado debía ser valuado en tres semanas. Pero este tiempo siendo pasado en el caso referido por Bernutz, de niños que después de seis semanas de aislamiento, autorizó para que visitaran a sus familiares en el campo y que transmitieron la enfermedad que parecían ya no tener.

Es, pues, permitido pensar que para la fiebre ourleana como para otras enfermedades contagiosas a extensión limitada, los portadores de gérmenes, convalescientes o sanos, desempeñan un papel muy importante. Kelsch, que aproxima a este respecto la difteria, la estomatitis úlcero membranosa y las paperas, cree en la vida en saprofito del virus ourleano.

La transmisión por los vestidos, por los locales previamente contaminados desde algún tiempo por personas sanas, habiendo estado en contacto con enfermos, muestran que si el contacto mediato es menos habitual que el inmediato, es sin embargo posible, y que el virus ourleano, a pesar de su fragilidad, puede sobrevivir a la enfermedad, durante varias semanas o varios meses.

En cuanto a las vías que sigue el virus ourleano para penetrar en el organismo, no se conocen con certeza. Se incrimina con razón la boca o las fosas nasales, a pesar de los resultados negativos de Tehr (1876), que ensayó comunicar las paperas introduciendo los dedos en la boca de niños sanos, después de haberlas introducido en la de niños enfermos de paperas. Se cree que es por la boca, por el canal de Stenon u otros, por donde el virus penetra en las glándulas salivales, para de ahí propagarse a la circulación ge-

Más recientemente y de acuerdo con las doctrinas nuevas, por lo demás aún discutidas, ciertos clínicos son llevados a admitir que el virus penetra por una vía indeterminada, mucosa naso-faríngea, por ejemplo, y de ahí en la circulación, creando así un estado de septicemia, eliminándose electivamente sobre todo por las glándulas salivales. Pero no es posible deshechar la vía canalicular.

Ninguna influencia exterior, en suma, pone al abrigo de las paperas; sólo un ataque anterior goza de este poder. Las paperas confieren inmunidad. Muchas investigaciones prueban que los sujetos que han sido atacados una vez, quedan inmunes. Esta inmunidad no es, sin embargo, más absoluta para las paperas que para otras enfermedades infecciosas, como atestigua claramente la documentación militar epidemiológica. Hay un cierto número de excepciones a la regla, cuya proporción es por demás moderada. Sobre 157 casos observados por Catrin en la epidemia de París (1892-93) hubo recidiva solamente en el 6%.

Ejemplos de recidivas múltiples han sido igualmente referidos por Fartiere, Nimier, Dauchez. Estas recidivas pueden producirse bastante cerca del primer ataque, un mes después de la curación o varios meses más tarde y aún varios años, como en el caso de soldados atacados de paperas, habiéndolas tenido en su niñez.

### DESCRIPCION CLINICA

Como toda enfermedad infecciosa, está precedida de un período de incubación, notable por ser muy prolongado y variable, según los autores. De las investigaciones de Lombart, Rilliet, Kelsh y Merklen, resulta que la duración de este período se ha podido fijar con precisión entre 18 y 22 días. Suele reducirse a 8 y algunas veces pasar de 25 días, explicándose estas fuertes variaciones por condiciones individuales, de mayor o menor resistencia orgánica, o por mayor o menor virulencia del germen, influyendo también el clima y las condiciones higiénicas. El período de incubación es silencioso y parece que al final del mismo, aparecen algunos síntomas prodrómicos del período de invasión.

La característica de las paperas es su predilección por las glándulas salivales, especialmente la parótida, atacando también el testículo; pero son poco frecuentes otras localizaciones, ovarios, glándula mamaria, cuerpo tiroideos, pancreas, glándulas lagrimales. En las epidemias graves se ha observado la reacción del tejido conjuntivo de las amígdalas y del bazo, debidas seguramente a la acción del virus ourleano o talvez de su toxina. También son atacados otros muchos órganos como el aparato respiratorio, serosas articulares, viscerales, sistema nervioso central o periférico, meninges, órganos de los sentidos, sin que se haya podido probar el papel exclusivo del virus ourleano o la asociación de otros agentes patógenos. Así pues, lejos de hacer una exposición general, es preferible describir sus principales formas clínicas, después del período de incubación que es igual para todas.

*Forma común simple.*—Esta es la más frecuente, no sólo en nuestros cuarteles sino en todas partes, lo mismo en los adultos como en los niños, lo mismo también en todas las epidemias, por lo que es preferible describirla primero.

Su principio rara vez es brusco, generalmente progresivo: después de algunos prodromos, consistentes en ligero movimiento febril, desórdenes digestivos o sensación de cansancio con dolores generales difusos, que duran uno o dos días, principia el período de invasión que se marca por epistaxis, síncope, desórdenes auriculares, vómitos o más raramente por un frío

único. Otras veces ninguno de estos síntomas se presenta y en uno y otro caso, al examen oral notamos la rebicundez de la mucosa retro-faríngea y bucal.

Como acabo de decir, en muchos casos estos síntomas no se observan, o por ser muy ligeros, pasan enteramente desapercibidos por el paciente, quien acusa como primeras manifestaciones de la enfermedad, el dolor y la tumefacción parotídea.

El dolor localizado en la glándula inflamada no falta nunca. Unas veces es espontáneo, otras provocado por los movimientos o por la presión, ora generalizado en toda la región parotídea, uniformemente generalizado o con puntos de dolor más acentuado, otras veces se propaga y siempre variable en intensidad, según los individuos.

Cuando es muy poco intenso, se limita a una sensación de rigidez o de tensión que produce una molestia muy soportable. Cuando es violento se propaga a las regiones vecinas, imposibilita el sueño, vuelve la fonación defectuosa, dificulta la abertura de la boca, pudiendo acompañarse de trismus, y por consiguiente se vuelve imposible o difícil la deglución. El dolor se exagera con los movimientos de la articulación temporomaxilar, con la palpación o la presión del mismo punto, de la glándula parotídea o de la apófisis mastoidea. Hay también propagaciones excepcionales a la región escapular.

El dolor que es producido por la tumefacción parotídea, principia con ésta, o le antecede y aumenta progresivamente, hasta llegar al período de estado en que alcanza su mayor intensidad, para después desaparecer o disminuir con la reducción de volumen de la glándula tumefacta. Se observa un paralelismo muy marcado entre el dolor y la tumefacción, y esto constituye la regla; pero como tal, tiene sus excepciones y hay casos en los que con una tumefacción enorme, el dolor es muy soportable y otros de un dolor intenso, con una tumefacción poco aparente.

La tumefacción de la glándula principia, como es natural, en el surco retro maxilar, que borra más o menos. En los casos ligeros ésta es tan pequeña que apenas se nota y algunos de estos son de diagnóstico muy difícil, o casi imposible. Estos son casos excepcionales y comunmente la tumefacción se nota a primera vista, bastante voluminosa resalta la región parotídea, pudiendo extenderse a los tejidos vecinos de la glándula, produciendo una deformación de la cara que toma el aspecto de "cara en forma de pera;" levantando el pabellón de la oreja, gana la región maseterina, la temporal, los párpados, la región lateral del cuello que se edematiza, y si el ataque es bilateral, como frecuentemente sucede, da un aspecto monstruoso. Según Rilliet, la forma se llamaría frustrada cuando no es aparente; pero si se exceptúan las grandes tumefacciones, no se puede establecer una relación exacta entre el volumen de la glándula y la gravedad del caso.

Examinando la piel que cubre la glándula se observa que es lisa, lúcente, tensa, libre y de temperatura superior a la de las otras partes del cuerpo; su color es casi normal. La palpación nos permite apreciar una resistencia elástica, casi renitente, uniforme, con algunos surcos que corresponden a las abollonaduras de la glándula.

La fluxión llega a su máximo en 2 a 6 días, luego comienza la regresión que se produce algunas veces rápidamente, en una semana, si la tumefacción ha sido moderada; más rápida en algunos casos, en otros más lenta, en tres o cuatro semanas; con alternativas posibles de recaídas y mejorías. Por lo general las dos parótidas se toman sucesivamente, de ahí la expresión clásica de Bouchut que "las paperas no tienen nada de singular." Es raro que las dos parótidas se inflamen al mismo tiempo; lo corriente es que antes que la primera haya llegado al período de estado, principie la segunda, y



esta puede desarrollarse tanto como la anterior. En casos poco frecuentes la enfermedad es unilateral. Al mismo tiempo que se efectúa la tumefacción de la parótida, puede observarse el infarto de los ganglios submaxilares, externomastoideos y preauriculares, que se vuelven dolorosos a la presión y aumentan de volumen.

La localización de la fiebre ourleana puede hacerse también o exclusivamente en las glándulas sublinguales y las submaxilares, papera sublingual o submaxilar, muy difíciles en su diagnóstico.

El examen de la cavidad bucal nos permite comprobar la existencia de estomatitis, sobre la que ha insistido Gueneau de Mussy; pero el síntoma más precoz parece ser la angina y después la rubicundez y turgescencia del canal de Stenon, que parece más saliente y ligeramete indurado. Recogiendo el producto de secreción glandular por cateterismo de este conducto, Lombart no ha encontrado modificación química alguna que atestigüe el proceso inflamatorio. Sicard y Dopter haciendo el examen citológico de la saliva obtenida por la sonda, notaron la presencia de leucocitos mono y polinucleares, células parotídeas y de los canales excretorios. En cuanto a los otros caracteres de la saliva, se puede decir que al principio es abundante y fluída, tanto que corre fuera de la boca durante el sueño; más tarde se vuelve escasa, espesa y de reacción ácida.

Esto en los casos corrientes y por consecuencia más marcados en los de angina y estomatitis eritematopultáceas, señalados por Comby. Algunas veces la fluxión parotídea evoluciona sin ser acompañada del síndrome general; pero esta no es la regla. Lo corriente es que aunque ligeros, tenga los signos de una enfermedad infecciosa general.

Los síntomas generales se limitan a un ligero movimiento febril, dolores difusos, algunos desórdenes digestivos, todo pudiendo cesar en 4 o 5 días, para reaparecer al principiar la otra parótida o al localizarse la enfermedad, en algún otro órgano de los que acostumbra, otras glándulas salivales, testículos, páncreas, etc. Este cuadro indica que la fiebre ourleana, sin dejar de ser una enfermedad general, repercute poco sobre el organismo. Por lo tanto, el examen de las orinas, la exploración de diversas visceras quedan negativos. El hígado y el bazo que son los órganos que primero se resienten en otras enfermedades infecciosas, aquí se encuentran normales; la presión arterial ligeramete baja; el ritmo cardiaco normal, su frecuencia concuerda con la temperatura:

75	por	minuto	con	37°5
90	„	„	„	38°
100	„	„	„	39°

El examen de la sangre permite notar la fórmula leucocitaria claramente modificada, habiendo un aumento marcado en favor de los mononucleares.

El examen del líquido céfalo raquídeo retirado por punción lumbar acusa por sus modificaciones frecuentes una reacción meníngea franca, lo que concuerda con una cefalea más o menos intensa y ligera rigidez dolorosa de la región cervical, síntomas, que dicho sea de paso, tienen escasa duración y se observan con más intensidad en las formas graves, así como la bradicardia.

Los trabajos de R. Monod, de Chauffard y Boidin, de Dopter, Nobecourt, de Schaffer, de Roux y otros más, han contribuido a hacer resaltar la frecuencia de las reacciones meníngeas frustradas y transitorias, dándoles todo su valor clínico.

*Forma común con orquitis.*—La orquitis en la fiebre ourleana no puede

ser considerada como una complicación, sino más bien como una forma clínica, dada la frecuencia con que se observa, principalmente en los adultos jóvenes. La frecuencia con que se presenta la localización testicular varía según las epidemias, y según algunas estadísticas oscila entre 1 y 75%, pero la proporción media es entre 20 y 33%.

Esta forma es propia del adulto; no se desarrolla en el niño cuyas glándulas genitales no han empezado a funcionar, bien que se hayan registrados algunos casos aceptables en las cercanías de la pubertad; pero dudosos en casos de menor edad. Esta forma tiene un principio variable: lo más a menudo cuando la fluxión parotídea de una de las dos glándulas, ha llegado a su punto culminante, o cuando está ya en período de regresión, la orquitis aparece. Se desarrolla, pues hacia el sexto día o al principio de la segunda semana, pero también puede efectuarse más tarde. Más raramente la orquitis ourleana hace su aparición de una manera precoz, es decir, 24 o 48 horas antes que se declare la localización parotídea; más excepcionalmente aún, la paroditis epidémica no ataca las glándulas salivales, limitándose al testículo, cuyos casos justifican el nombre de "*Febris testicularis*" con que se les ha denominado otras veces. Estos últimos casos se han observado en ciertas epidemias, pues como en todas las enfermedades de esta índole, cada nuevo ataque trae una característica especial.

La orquitis puede manifestarse sin que ningún síntoma general anuncie su principio, revelándose solamente al enfermo por un fenómeno local: el dolor. Comúnmente una recaída térmica se manifiesta acompañando el dolor; la curva sube a 39° o 40° y el estado general se agrava, afectando una forma tifoidea, con estado adinámico o la forma de colapso. En el primer caso, con gran elevación térmica, 40° o 41° una diarrea profusa, vómitos, epistaxis, el enfermo se agita delirante, privado de sueño. En el segundo caso, con la misma temperatura, la facis ansiosa se vuelve pálida y gripal, el pulso pequeño y regular, las extremidades se enfrían y se cianosan. En ambos casos, desde que la orquitis ha alcanzado su completo desarrollo, todos los síntomas generales se calman, persistiendo únicamente la tumefacción local y el dolor, que por sí solo impone el reposo y la inmovilidad del enfermo.

El dolor es variable según su intensidad, y parece concordar con el grado de la tumefacción testicular. Varía entre una simple sensación de peso o de tracción que se manifiestan con los movimientos y la presión que desaparece por el reposo, o un dolor agudo espontáneo, continuo, que aumenta con el movimiento y que la palpación vuelve inagnuable. Se localiza en el testículo, aunque puede propagarse al cordón, hacia el periné o hacia la región lumbar.

La tumefacción se propaga algunas veces al epidídimo y es más o menos voluminosa, según la gravedad del caso, y en las formas severas reacciona la vaginal produciendo un exudado serofibrinoso con abundantes leucocitos; el escroto no se encuentra indemne: presenta una rubicundez intensa y está edematizado; aún en estos casos el cordón no se afecta.

El estado general se mejora rápidamente, pero durante cuatro o cinco días la fiebre persiste; su desaparición concuerda con el principio del decrecimiento de la inflamación glandular que se completa en 7 o 10 días. Como en la forma común simple, la otra glándula puede tomarse en seguida, y entonces, con o sin recrudescencia de la enfermedad, el otro testículo se vuelve doloroso, tumefacto y aumenta de volumen. Es de observar que, cuando el segundo testículo se afecta, estando el primero en período de regresión, el estado general no se empeora, o si esto sucede es en grado relativamente ligero; pero cuando se verifica tardíamente, 15 o 20 días después del primero, el estado general se agrava, aunque sin igualar al primer ata-

que. En cuanto a las consecuencias de la orquitis, muchas veces son serias, el funcionamiento fisiológico de la glándula se suprime en un 75% para Laverán, de 50% para Catrin, pues frecuentemente la atrofia glandular es la secuela de la orquitis. Cuando una sola gárrula ha sido atacada, es fácil comprender que la restante suple la función de secreción interna y externa; pero cuando la orquitis ha sido bilateral, la impotencia y la esterilidad por frigidez y azoospermia se producen, agregando el feminismo, si la degeneración glandular ha ocurrido en una época en que el desarrollo físico no haya llegado a su término. Un mes o dos después de la curación aparente de la orquitis es cuando el testículo empieza a presentar los signos de degeneración; disminuyendo de consistencia, adquiere una blandura especial, no hay dolor si se le comprime; disminuye también de volumen y falta el reflejo cremasteriano; después queda convertido en una serie de nódulos aislados de tejido conjuntivo. Tal es el cuadro descrito por Trousséau, que se conserva clásico.

Otras localizaciones de la fiebre ourleana suelen observarse: en la mujer, por ejemplo: se ha señalado la ovaritis, como homóloga de la orquitis en el hombre; la ovaritis puede producir una tumoración en la fosa iliaca correspondiente o únicamente dolores espontáneos o provocados en la región ovárica o en la hipogástrica.

Se ha señalado en el sexo femenino también la tumefacción de las glándulas de Bartholin, de los grandes labios, aún la mamitis que puede observarse también en el hombre. Todas estas localizaciones son bastante raras y sin consecuencias graves.

El cuadro habitual es el descrito, que constituye la regla; pero no es raro encontrar algunos casos que hagan excepción, por anomalías, ya sea que no sigan la evolución ordinaria, que carezcan de síntomas importantes que los presenten muy leves o al contrario sumamente graves. De ahí que se describan: una forma frustrada, una forma abortiva, una forma nerviosa y otra tifoide.

*Forma frustrada.*—Su distintivo principal es carecer de la fluxión parotídea o testicular; todo el cuadro se resume en ligera reacción glandular que pasa inadvertida tanto del médico como del paciente; un síndrome simulando el embarazo gástrico o una gripe de forma benigna. Estos casos, como en todas las enfermedades contagiosas, desempeñan un papel muy importante en la diseminación de la enfermedad, porque como pasan sin ser diagnosticados, no se toman las medidas profilácticas debidas, y así es como estas formas transmiten el contagio, dando casos gravísimos muchas veces.

La fluxión parotídea o testicular se desarrolla con su cuadro sintomático completo en la *forma abortiva*; pero muy bruscamente todo pasa; la evolución total es de cuatro o cinco días; a menos que no sobrevenga complicación alguna, porque a pesar de su evolución rápida, no está exenta de ninguna de ellas.

Hay otras formas a recaídas, recidivantes, a ataques sucesivos, prolongadas, etc.; que se describen por su propio nombre.

Las formas graves son: la nerviosa y la tifoide, poco frecuentes generalmente, pero que han distinguido algunas epidemias.

*Forma nerviosa.*—Se caracteriza además de la hipotermia, por delirio estado eclámpico, convulsiones de tipo coreiforme, alternando con síncope o llegando al coma, que puede ser mortal. Los casos observados no explican la patogenia y se presume una complicación meníngea.

*Forma tifoide.*—Esta puede responder a la exageración del conjunto de los fenómenos por los cuales se afirma algunas veces la fluxión testicular. Puede también manifestarse bastante rápidamente después de la fluxión parotídea, es decir, preceder notablemente la orquitis, y puede persistir des-

pués de ésta. El conjunto clínico recuerda el estado tifoide de ciertas septicemias; el pronóstico es reservado y se han observado algunos casos seguidos de muerte.

Las formas graves se acompañan de albuminúria, bradicardia, presión arterial baja, infarto esplénico.

*Complicaciones.*—Pueden ensombrecer el pronóstico de suyo benigno, según su gravedad. Se observan casos de supuración parotídea o testicular. El ejemplo de más valor es el referido por Kelsch, de una epidemia de parotiditis ourleana supurada. Al contrario, el hecho consignado por Ferran en 1888, no parece demostrativo, tampoco el de Angel de Mossey en 1885. Demme refiere sinembargo la historia de un caso de paperas supuradas, perforación del tímpano y manifestaciones graves. Se puede admitir que agentes de infección secundaria hayan sido o podido ser, sobre un terreno orgánico debilitado el origen de esta supuración. Así se podrían explicar las parotiditis ourleanas supuradas, sobreviniendo en el curso de infecciones, principalmente en el curso de la fiebre tifoidea.

Es cierto que en las formas prolongadas de paperas pueden producirse supuraciones cutáneas o subcutáneas, en las que no se puede afirmar que el virus ourleano sea extraño. Sinembargo hay que retener que la parotiditis y la orquitis ourleanas no supuran.

Se han referido dos casos de gangrena parotídea seguidos de muerte. Le Gendre y Leroux han publicado un caso de induración persistente de la parótida y de la submaxilar, bajo la forma de una tumefacción no dolorosa y elástica.

Los ganglios del cuello o de la región submaxilar, son interesados en el curso de las paperas, pero a un grado moderado; puede acontecer que las adenopatías sean voluminosas y supuren; se trata en tales casos de individuos escrofulosos, en los que no es raro ver persistir durante mucho tiempo las adenopatías indolentes y duras, localizadas sobre todo en la región preauricular o submaxilar.

Las adenopatías de las paperas pueden no ser limitadas a la región cervical; se las puede encontrar al nivel de los grupos axilares o inguinales; son en general poco voluminosas y desaparecen sin consecuencias graves. Aquí, aún la predisposición orgánica juega un papel más importante que la infección ourleana.

La faringitis y la amigdalitis pueden aumentar de intensidad, acompañarse algunas veces de descamación epitelial intensa que Jurdan ha señalado como pudiendo prestarse a error. Se ha señalado igualmente la atrofia posible de las amígdalas.

*Complicaciones nerviosas.*—Se imponen a la atención, por su frecuencia, y también por la gravedad que pueden revestir en ciertos casos. Su causa quedó mucho tiempo misteriosa y se contentaban con designarlas por su síntoma predominante. Bajo la denominación de "papera cerebral" se describió durante mucho tiempo el conjunto de desórdenes nerviosos de orden cerebral, lo mismo que de orden medular, periféricos o neurósicos, que fueron observados en el curso de la fiebre ourleana.

Se sabe ahora que el sistema nervioso, particularmente las meninges encéfalomedulares, pueden participar con más frecuencia de lo que se suponía antes, al proceso de infección ourleana.

Las observaciones ya señaladas han mostrado la frecuencia de la meningitis ourleana, que no había sido hasta entonces estudiada más que en sus formas graves. Las formas ligeras escapaban la atención, los síntomas racionales, siendo bastante débiles o poco caracterizados, para confundirlos

en el síndrome general habitual; la punción lumbar únicamente permite descubrirla, y atestigua al mismo tiempo a qué punto la reacción meníngea efímera es un fenómeno frecuente.

Es casi siempre del segundo al décimo día de la enfermedad en evolución activa, pero algunas veces después de la defervescencia, que las meninges se afectan, lo que se manifiesta ya bajo forma atenuada, ya en su forma grave. En el primer caso, los signos funcionales y generales son casi nulos, siendo el más importante la bradicardia. El enfermo experimenta un poco de cefalea, náuseas, mal estar, ansiedad y excitabilidad nerviosa y raramente vómitos. La fiebre oscila entre 38° y 39°, la rigidez de la nuca, el signo de Kernig se encuentran apenas marcados.

La lentitud del pulso, al contrario, es muy clara, aún con persistencia de la fiebre; se acentúa más cuando la curva térmica desciende a la mornal. Es una bradicardia sinusal, el retardo se hace a expensas del diástole.

En 129 observaciones recogidas sobre niños o adultos desprovistos de toda tara nerviosa o antecedentes personales evidentes, concernientes en su mayoría a paperas de intensidad media, algunas veces formas más serias o con orquitis y cuyo estado del aparato cardiovascular y el pulso eran registrados diariamente de una manera precisa, 16 veces solamente faltó la bradicardia.

Esta bradicardia es moderada generalmente, por término medio de 52 a 56 por minuto, algunas veces 48 a 44: 80 en un enfermo con temperatura a 40°, cuyo pulso debería caer a 44 con una temperatura de 37°, 72 en otro enfermo con 39° de temperatura que salió algunos días después del Hospital "Claudio Bernardt," con 76 pulsaciones y 37° de temperatura.

Es una bradicardia de cierta naturaleza, aunque no se sustrae a los efectos respiratorios o del esfuerzo físico, independiente de la presión arterial, que no sufre sino un ligero descenso en la forma común de paperas. Es una bradicardia a veces muy persistente y cuya persistencia contrasta con lo transitorio de los otros síntomas. Cuando es muy marcada se acompaña de espaciamiento regular y más o menos grande de los ruidos valvulares, el ritmo toma el carácter pendular.

Raras veces es posible encontrar la arritmia extrasistólica o el desdoblamiento del primero o del segundo ruido. Los soplos extracardíacos, por efecto mismo de la bradicardia, son menos comunes que en las otras enfermedades infecciosas.

Fuera de la bradicardia que es considerada como un signo regular de la reacción meníngea, aunque puede manifestarse cuando no existe ningún signo aparente de la meningitis y donde la punción lumbar no determina ninguna reacción citológica, el síntoma esencial, el signo más evidente del ataque meníngeo es la reacción citológica del líquido céfalo raquídeo. El grado de esta reacción no está siempre en concordancia con la gravedad de la infección ourleana, ni tampoco con la intensidad de la lesión meníngea. Se trata de una leucocitosis formada de medios mononucleares y en su mayoría de linfocitos, pudiendo alcanzar la cifra máxima de 40 a 60 elementos por campo, o limitarse lo más habitualmente a 15 o 25 elementos.

La meningitis ourleana atenuada se termina regularmente por la curación completa. Las secuelas nerviosas faltan. Se trata seguramente de lesiones meníngeas mínimas, superficiales y se puede pensar que donde la bradicardia existe sola, los fenómenos se limitan a la fluxión meníngea y desórdenes de la circulación basal. Estos desórdenes se comprenden, fuera de la infección, por la molestia circulatoria que indudablemente determinan las dos parótidas edematizadas, facilitando la diapedesis cuya fórmula ha de corresponder naturalmente a la de la sangre. Sin embargo, en los casos de lesiones meníngeas discretas y raras parece lógico suponer, con Chauv-

fard y Boidin, que las parotiditis pueden producir un estado de vulnerabilidad más grande del sistema encéfalo medular y entrar en línea de cuenta en la etiología de algunas afecciones neurológicas retiradas. Los ourleanos atacados de la forma ligera de meningitis, algunas veces toman mucho tiempo para restablecerse y presentan síntomas asténicos mucho después de la curación aparente.

Las formas graves de meningitis ourleana son de observación más antigua. La tesis de Gaillard aparecida en Montpellier en 1877 y algunas monografías, la de Lannois y Lemoine y principalmente las de Michalsky y las de Gallavardin atestiguan la posibilidad de complicaciones meningo-encefálicas o meningo-medulares. Estas formas son de un pronóstico severo, por las secuelas durables que pueden dejar a su continuación, pero son excepcionalmente mortales; formas por consecuencia absolutamente comparables a las reacciones meníngeas transitorias que la punción lumbar ha podido poner en evidencia. Su sintomatología por la intervención misma del proceso encéfalo-medular es excesivamente variable. Esta meningitis que no es más que la forma precedente agrabada, se anuncia brutalmente por un conjunto de signos caracterizados, además de la hipertermia, por cefalea gravativa intensa, vómitos, constipación y desórdenes visuales.

Otras veces dominan la escena los desórdenes mentales: alucinaciones, delirio, y aún manía aguda con postración, pudiendo llegar al coma. En ciertas observaciones los fenómenos del primer plan corresponden a lesiones cerebrales en foco; cefalea, hemiplejía, probablemente por propagación de las lesiones meníngeas, a la corticalidad cerebral. En todas estas formas, hay un conjunto común de signos físicos: rigidez de la nuca, signo de Kernin, bradicardia, fenómenos oculares (estrabismo, desigualdad pupilar, ptosis, midriasis), parálisis de uno o varios nervios craneanos (facial, motor ocular, hipóglaso) y en fin, reacción citológica que la punción lumbar pone de manifiesto.

Aún en la forma grave la meningitis ourleana cura más a menudo bastante rápidamente, en un período que no pasa de 5 a 10 días, la muerte suele sobrevenir en dos o tres días y la escena se termina en el coma. A menudo la curación no es completa, y en esta forma, mucho más que en las reacciones meníngeas frustradas, es en donde se observan las secuelas durables, algunas veces indefinidas, tales como cefalea y parálisis diversas. Algunos autores han considerado las meningitis ourleanas graves como meningitis tuberculosas, de las que la septicemia ourleana había favorecido el desarrollo. Puede ser así, pero parece que las paperas también pueden causar por sí solas estas determinaciones. La neuritis ourleana es una complicación tardía que sobreviene cuando las paperas están en apariencia curadas; determinan parálisis parciales, semejantes a las diftéricas. Son raras y efímeras las que se producen en el curso de la fiebre ourleana, ejemplo: la parálisis facial transitoria que aparece al octavo día.

Estas parálisis son de asiento variable, parciales o al contrario totales, parálisis flácidas de los cuatro miembros; parálisis del velo del paladar y principalmente de los nervios craneanos (Revelliot y Dopter), entre ellas las de los nervios motores del ojo o de la acomodación. Algunas veces se observan también trastornos sensitivos y es a las lesiones de estos nervios que se han atribuido los casos de erupciones zosteriformes observados. También pueden desarrollarse, después de las paperas, diversas psicosis, bajo la forma de manía o lipemanía; sin negar la influencia más o menos ocasional de las paperas, es indudable que la predisposición individual desempeña el papel más importante en estos casos.

*Complicaciones sensoriales.*—Además de la fluxión de las glándulas lacrimales, que se ha dicho que puede acompañar la fluxión parotídea, prin-

principalmente la fluxión bilateral seguida generalmente de dolores vivos y la tumefacción de los párpados, se ha observado la blefaritis, la kerato conjuntivitis, la iritis, el edema retiniano y aún la atrofia papilar.

En el aparato auditivo se observan: la congestión de la trompa de Eustaquio con disacusia pasajera; la otitis aguda externa o media, susceptible de terminar por supuración. Se han referido algunos ejemplos de sordera definitiva (Calmette, Fournier y Gelle); esta sordera de patogenia incierta sobreviene fuera de toda lesión aparente del aparato auditivo y no es rara. La neuritis del nervio acústico, la existencia de una lesión laberíntica, han sido sospechadas, sin haberse podido comprobar.

*Complicaciones articulares.*—Las paperas son capaces de provocar manifestaciones articulares y el reumatismo ourleano es más común de lo que se ha admitido.

Ya en 1877 a 78, Jourdan, Ollier y Vergese habían referido hechos de determinaciones articulares, musculares y tendinosas, sobreviniendo principalmente en el período de resolución de la inflamación parotídea. Las memorias de Lannois y Lemoine (1885), la tesis de Gachon (1888) han fijado las principales características de este reumatismo infeccioso.

Se manifiestan tardíamente después de las paperas, apareciendo cuando ha cesado la fiebre ourleana; en casos excepcionales han parecido preceder la parotiditis y son algunas veces mono articulares, otras poliarticulares, con predilección especial por las grandes articulaciones, pudiendo invadir las vainas sinoviales y las bolsas serosas. Las formas clínicas del reumatismo ourleano son diferentes. La más común y también la más efímera es la artrálgica, sin modificación de forma o volumen de la articulación y sin reacción general. Vienen luego por orden de frecuencia, las artritis con derrame serofibrinoso, que se caracterizan, además del dolor local, por la tumefacción y rubicundez articular. La fiebre falta o queda lo más a menudo moderada; una curación rápida y completa es la regla. Hay algunas observaciones de artritis supuradas.

*Complicaciones urogenitales.*—La nefritis aguda que, cuando es muy acentuada, correspondería al grueso riñón blanco, con lesiones difusas, es la más importante de las complicaciones de las paperas. D. Espine y Picot que la estudiaron principalmente en los niños, la consideran excepcional. Catrin que ha atendido, sobre todo soldados, acepta una proporción del 30%. Según este autor se observa con una frecuencia relativa en las formas graves del adulto, al acmé de la enfermedad ourleana.

Cuando es benigna, suele manifestarse por algunos desórdenes en la eliminación urinaria, por una albuminuria poco abundante, que desaparece rápidamente y cura sin dejar trazas. Otras veces la albuminuria se acompaña de anasarca y hematuria, aún de fenómenos eclámpsicos y también aquí la curación es la regla. Es posible ver la nefritis principiar ruidosamente por una crisis de uremia aguda o por un edema glótico que puede ocasionar la muerte. Se ha dicho también que es susceptible de pasar al estado crónico.

La uretritis, la vaginitis, la prostatitis no merecen más que mención, atendiendo a su extrema rareza.

*Complicaciones respiratorias.*—Se comprenden estas complicaciones cuando se piensa que las paperas son principalmente una enfermedad del período invernal, de los tiempos fríos y húmedos. Los médicos militares (Jourdin, Delmas, Simonin) han estudiado la posibilidad de asociaciones laringo-brónquicas o bronco-pulmonares. Comby ha insistido repetidas veces sobre la variedad y también la intensidad de las afecciones pulmonares que ha podido encontrar en el curso de la fiebre ourleana. Ha señalado un caso donde la fluxión pulmonar fué tan intensa, que provocó una hemop-

tisis, sin que nada haya podido autorizar la idea de la tuberculosis. La presencia del neumococo ha sido observada en 8 casos, escogidos en un total de 198 observaciones de paperas (Simonin). Parece a este autor que la predisposición de la fiebre ourleana a las infecciones neumocócicas justifique el aislamiento de los enfermos atacados de la doble infección. La asociación de paperas y de afecciones pulmonares puede efectuarse de manera diferente: ya la neumococia sigue la fluxión parotídea y puede ser considerada como complicación de la fiebre ourleana; ya es ésta la que aparece en el curso de la neumonía.

*Complicaciones circulatorias.*—Se han referido algunas observaciones de endocarditis ourleana (Netter). Su número es reducido, lo que se explica porque los soplos extracardíacos son relativamente excepcionales, y su confusión con un soplo orgánico es menos frecuentemente cometido con las otras enfermedades infecciosas. Sin negar que las formas graves de paperas o las formas agravadas de una septicemia secundaria no puedan acompañarse de una lesión del endocardio y del pericardio, hay algunos casos de pericarditis seca; parece que el hecho es excepcional, pues en algunas observaciones que han sido publicadas lesiones del endocardio, ha habido el error de establecer el diagnóstico por la existencia de un soplo, que fuera de los casos de endocarditis ulcerosa, no podrá ser invocado más que para el diagnóstico de una lesión valvular definitiva. En el hospital de las enfermedades contagiosas P. J. Teissier y G. Esmein no han podido encontrar una lesión cualquiera del corazón, aún en las formas graves de fiebre ourleana, por lo que es de suponer que se trata de complicaciones de las más raras.

En cuanto a los desórdenes del ritmo, que coinciden con un estado lipotímico y que se han comprendido como pudiendo corresponder a una lesión del miocardio, ninguna de las observaciones publicadas es suficientemente completa para llevar la convicción. Es mucho más probable que se haya tratado de casos de auritmia extrasistólica, cuyo origen nervioso es más natural. E. Hirtz y Salomón (1912) refieren tres casos de flebitis en una misma familia, por efecto de la parotiditis ourleana. En dos de estos casos la flebitis apareció una semana después de la fluxión parotídea; en el tercero dos meses después, unida a la enfermedad causal por un síndrome gástrico no interrumpido. Después se han observado otros casos semejantes. Observaciones de anemia persistente se han referido en las que el terreno orgánico ha intervenido probablemente.

*Complicaciones de origen digestivo.*—Nada se ha referido concerniente al aparato digestivo mismo, pero entre las glándulas anexas, según algunas observaciones (Fabre y Jacob) y la más completa de Lemoin y Lapasset, referida a la Sociedad Médica de los hospitales de París (1905), concerniente a los resultados del examen necrópsico de un enfermo que había sucumbido de una septicemia ourleana, el hígado y el bazo estaban fuertemente congestionados y sembrados de nódulos infecciosos y el páncreas igualmente congestionado y edematizado, presentaba en ausencia de lesiones intersticiales, una tumefacción especial de los ácini.

Simonin y Aucher han estudiado perfectamente la aparición de la pancreatitis, que se afirma como de costumbre por un síndrome peritoneal agudo: dolor vivo en el hueco epigástrico, pulso rápido y filiforme, vómitos repetidos, constipación e hipertermia. Los dos niños observados por Aucher, curaron; el enfermo de Lemoin y Lapasset sucumbió en colapso, después de haber presentado ictericia y hematemesis.

Modificaciones del volumen del hígado, del bazo y albuminuria han sido señaladas por Karth en su tesis titulada "Hechos de Septicemia Our-

leana." Un caso hasta la fecha único de tiroiditis ourleana con síndrome basedowneano efímero ha sido señalado por Simonin.

Al principio o en el curso de la paperas, pero con una frecuencia menor que en las otras enfermedades infecciosas pueden aparecer eritemas múltiples, habiéndose observado también edemas localizados dolorosos que deben aproximarse a estos eritemas. Se ha dicho ya que pueden presentarse erupciones zosteriformes, supuraciones cutáneas o subcutáneas limitadas, las segundas principalmente en las formas prolongadas.

**ANATOMIA PATOLOGICA.**—Las lesiones que caracterizan las paperas son muy mal conocidas, primero porque por su benignidad habitual los exámenes necrópsicos son raros; luego porque las autopsias que se han hecho, como las de Langlet, Auger, Griessinger, Cruveilhier, conciernen en realidad a parotiditis supuradas. Referente a los exámenes practicados excepcionalmente en el curso de formas complicadas de parotiditis epidémica, es posible que la adición de una septicemia por infección secundaria, haya modificado las lesiones provenientes de la infección ourleana.

Por lo tanto, las opiniones más contradictorias han sido emitidas, aún referentes a la fluxión parotídea. Se ha hablado en efecto refiriéndose a la parotiditis, ora del catarro de los canales excretores parotídeos, ora de exudado fibrinoso en el tejido interacinoso, ora de lesiones intersticiales. Excluyendo el caso de Jacob, examinado por Ranvier, que no encontró ninguna lesión del epitelio de los canales salivales, el examen practicado recientemente por Dopter y Repaci, que constituye el documento más preciso que se posee, está en favor de esta última opinión. Se ha observado un desarrollo considerable del tejido conjuntivo y abundante leucocitosis invadiendo este tejido; las células glandulares presentan un ligero edema solamente, sin trazas de degeneración.

Un punto parece por demás admitido por todos los observadores, y es el débil grado de las lesiones del parénquima parotídeo.

Referente al testículo, la anatomía patológica es diferente. Las enseñanzas de la clínica se han confirmado por el examen ya antiguo de P. Reclus y Malassez. Las células seminales son profundamente alteradas, quedando sanas las de los otros tejidos, degeneración que arrastra la atrofia completa por esclerosis de los tubos seminíferos.

La observación de Lemoine y Lapasset atestiguan que el páncreas está edematizado y congestionado y que está rodeado de gruesos ganglios. Histológicamente los acini están hipertrofiados al igual que sus células; los islotes de Langerham disminuidos de volumen y los núcleos de las células de estos islotes presentan poca afinidad por los colorantes.

Estos mismos autores han encontrado en el hígado y en el bazo fuertemente congestionados, la presencia de nódulos infecciosos.

Recordemos en fin las reacciones citológicas del líquido céfalo raquídeo y del medio sanguíneo.

En toda hipótesis se trata de lesiones iniciales, con localización principalmente conjuntivo-vascular, debidas a la débil intensidad de la infección ourleana. Las lesiones son apenas esbozadas y cuando por causa de la agravación de la enfermedad el proceso infeccioso dura o toma un carácter de intensidad anormal, las lesiones celulares intervienen, principiando por los endotelios más diferenciados y por lo mismo más frágiles (testículo y páncreas).

El estudio anatómico por incompleto que sea lleva la demostración que las consecuencias de la orquitis ourleana son el elemento mayor del pronóstico de las paperas.

**DIAGNOSTICO.**—El diagnóstico puede hacerse en el período prodrómico y en el período de estado o sea antes que aparezca la fluxión parotídea y después.

Hay que advertir que fuera de la noción de epidemicidad, es casi imposible reconocer las paperas antes de la fluxión parotídea o en el período de estado, cuando la fluxión de la parótida está ausente o poco marcada, y seguirá siendo lo mismo, hasta que haya medios precisos de laboratorio para hacer el diagnóstico precoz. Se comprende, sin que haya necesidad de insistir en ello, pues basta solamente recordar el síndrome general de la fiebre ourleana, para considerar cuan difícil es hacer el diagnóstico diferencial y el gran número de causas de error que se presentan en el primer caso. Todo lo contrario en el segundo, cuando la fluxión parotídea existe, un examen atento permite lo más a menudo evitar fácilmente la confusión.

*En el período del principio.*—El conjunto de signos clínicos orienta al médico, sin duda, hacia la idea de una infección que principia; pero la débil intensidad de estos síntomas, cuando las amígdalas y la faringe están interesadas y que puede aún existir un dolor irradiado hacia el oído externo, permite todas las hipótesis. Sucede frecuentemente que se refiere a la angina simple el ligero movimiento febril y los pocos desórdenes digestivos que los acompañan.

Sin duda debe pensarse en las paperas y esta idea debe imponerse a la atención, si se afirman la noción de epidemicidad o de contagio; se encuentran entonces algunos dolores a la presión del surco parotídeo, la rubicundez y la tumefacción del orificio del canal de Stenon, signos por cierto muy vanales. Todo es más fácil cuando en una familia, en una colectividad, las paperas se han desarrollado ya; todo es difícil cuando se trata del primer caso.

*En el período de estado.*—El problema difiere esencialmente según que se encuentre en presencia o no de fluxión parotídea, pues se sabe que la localización suele efectuarse en otra glándula diferente de la parótida, que algunas veces el testículo es tocado, sin que otra fluxión haya aparecido.

En la primera hipótesis, el diagnóstico es fácil, a condición de que se proceda con cuidado, a la investigación de los signos locales agrupados en la región parotídea y en los que se procura establecer todos los caracteres.

Algunas adenitis cervicales dan tumefacciones recordando muy de cerca las de las paperas. Son principalmente las adenitis voluminosas, las que pueden prestarse a confusión. Cuando son poco voluminosas, la palpación reconoce fácilmente cada uno de los ganglios, disocia los signos a los cuales da lugar y también define la existencia de varios focos de tumefacción dolorosa, claramente en relación con los ganglios, que forman una pequeña masa redondeada y dura. Pero cuando la inflamación ganglionar es intensa y se ha propagado al tejido celular periadenítico, que toda la región se vuelve roja, tensa y dolorosa, puede ser difícil averiguar de dónde proviene el edema inflamatorio. Es así para la periadenitis flegmonosa, para las adenopatías cervicales de la difteria y de la escarlatina malignas. Sin embargo, lo más generalmente, en la adenitis supurada, la evolución quita pronto todas las dudas. El aspecto de la garganta en la difteria y la escarlatina, es bastante particular, para que asociado a la investigación bacteriológica en lo que concierne a la primera, al exantema, tocante a la segunda, el diagnóstico pueda precisarse.

Fuera de estos casos hay que buscar la noción de una carie dentaria, de una periostitis, de lesiones cutáneas, de estigmas escrofulosos. Algunas erisipelas que principian en la vecindad de la oreja, dan a la cara un aspecto muy parecido, al que tiene en las paperas cuando una sola parótida es atacada. Pero aquí la rubicundez es más ardiente, la piel es el asiento de una

inflamación cuyo perímetro es particular y presenta lo más habitualmente la elevación en rodete: el pabellón de la oreja es interesado, muy edematizado, el dolor es superficial, provocado por el simple frote e insoportable; en fin, bastante rápidamente se hace la extensión o el desplazamiento de la zona inflamatoria hacia otras regiones que no ocupan las papeiras.

Han sido tomados por papeiras los forúnculos del oído externo, pero sólo cuando no se practica como se debe el examen del conducto del oído externo.

Otro punto del diagnóstico consiste en diferenciar la parotiditis ourleana de las otras parotiditis.

La parotiditis sintomática constituye una complicación de las enfermedades agudas graves, como la fiebre tifoidea la escarlatina o los estados caquexicos; puede aparecer también en individuos debilitados, después de las grandes operaciones. Las condiciones mismas que preceden al desarrollo de estas parotiditis, vuelven su diagnóstico fácil, tanto más que su unilateralidad y la tendencia habitual a la supuración interviene para suprimir la vacilación.

Se sabe, principalmente para la fiebre tifoidea que la asociación con las papeiras es posible; que es en este caso que la parotiditis ourleana puede supurar más fácilmente. Se ha visto también que la fiebre ourleana en sus formas graves puede presentar un síndrome tifoide. Hay que tener presente estos hechos para, en presencia de un caso excepcional, orientar como conviene la investigación técnica y bacteriológica susceptible de quitar todas las dudas. Es con documentos de este género, bien estudiados, que se da cuenta del crédito que se puede dar a los documentos antiguos.

La parotiditis aguda primitiva puede presentar las mismas particularidades clínicas en los primeros días; a menudo está en relación con una estomatitis mal conocida.

La parotiditis tóxica se observa en el curso de intoxicaciones agudas o crónicas, principalmente por el yodo, el plomo y el mercurio. La bilateralidad de una vez de estas fluxiones parotídeas, las alteraciones bucales que se le asocian, su tendencia a la cronicidad, principalmente para la parotiditis de origen saturnino, su forma poco más o menos francamente inflamatoria, son elementos suficientes de diferenciación sin mencionar la investigación etiológica. Para las parotiditis tóxicas como para las infecciosas, las reseñas que puede aportar el citodiagnóstico, no deben ser despreciadas.

Durante la última guerra europea se ha observado una variedad de tumefacción parotídea de larga duración, tumefacción doble, pudiendo alcanzar grandes proporciones, indolente fuera de ciertos ataques fluxionarios que provocan un ligero dolor. Es probable que estas parotiditis deban agruparse con las tóxicas, pero también se pueden considerar como formas lentas y crónicas, de la fluxión ourleana de las parótidas.

El diagnóstico se vuelve más difícil en la segunda hipótesis que hemos examinado, es decir, en ausencia de fluxión parotídea, con localización en alguna otra glándula. La poca frecuencia de una localización ourleana aislada sobre las glándulas submaxilares o sublinguales, hace que no se piense primero en ellas.

Las papeiras submaxilares deben distinguirse principalmente de las adenopatías submaxilares que interesan siempre varios ganglios, de las que la palpación atenta distinguirá los diversos caracteres; del flegmón supratiroideo, más mediano, toma desde el principio un carácter más inflamatorio y se acompaña de signos rápidamente graves.

Las papeiras sublinguales pueden sin duda ser confundidas con una ránula o un flegmón del piso de la boca; pero esta confusión no durará mucho tiempo.

Las dificultades son algunas veces grandes con la localización testicular. Su naturaleza es evidente de una vez cuando sobreviene en el curso de paperas regulares y que la tumefacción parotídea está presente o ha sido evidentemente observada por el médico. No sucede lo mismo cuando la fluxión parotídea ha pasado desapercibida o cuando la orquitis precede a la parotiditis. En este caso más o menos, la duda es permitida entre la orquitis ourleana y todas las otras variedades de orquitis agudas, tanto más que una de estas puede coexistir con las paperas, casos que son de observación frecuente.

La orquitis gonocócica se reconoce por su localización sobre todo epididimaria, por la tumefacción dolorosa, frecuentemente asociada del cordón, lo mismo que por la coexistencia del curso uretral.

La orquitis sifilítica secundaria es rara; no existe fuera de los otros signos de accidentes secundarios, cuyo valor es sin duda más grande que la reacción de Wasserman.

La orquitis variólica, la tifóidica, la palúdica, no podrán ser confundidas, pues las condiciones mismas en que aparecen, reserva hecha de la posibilidad de una asociación mórbida, no dejan lugar a duda. Lo mismo sucede con la orquitis traumática.

Por lo demás, la noción de epidemidad, la investigación atenta del menor signo de fluxión parotídea, principalmente la evolución supurativa de estas orquitis, constituyen elementos importantes de diferenciación.

El diagnóstico puede ser difícil en presencia de formas anormales o complicadas de fiebre ourleana, y es así que la meningitis ourleana, puede hacer pensar en la meningitis tuberculosa o en la sifilítica.

La observación o la noción de la fluxión parotídea o testicular, son en semejante caso de particular importancia; pero se necesita agregar los resultados de una investigación seguida metódicamente hacia una u otra de las hipótesis, pues no es imposible que la tuberculosa como la sifilítica puedan asociarse a las paperas eventualmente.

**PRONOSTICO.**—Por todo lo que se lleva dicho se comprende que las paperas son una enfermedad benigna y que muchas de sus formas, las más serias y aún complicadas curan comunmente. Los casos de muerte por paperas, por lo general son el resultado de una complicación de las que se ha visto que la asociación es más accidental que regular. Colocándose en el terreno de la práctica médica, es mejor no hablar de ellos, sino cuando se encuentre en presencia de un caso de forma intensa anormal.

Lo que puede, sin embargo, ensombrecer el pronóstico y que no se podrá probar en silencio, es la posibilidad de la atrofia testicular después de la orquitis, de la sordera después de la intervención de la otitis supurada o no y aun, pero más excepcionalmente, de la amenaza de la uremia aguda, en presencia de la nefritis ourleana, claramente reconocida.

**PROFILAXIA Y TRATAMIENTO.**—La profilaxia es de una importancia capital en las familias y sobre todo en los colegios y en los lugares en donde se aglomeran los individuos. Los sujetos atacados de paperas deben de ser aislados durante tres semanas, conviniendo que personas de edad o ya atacadas por la misma enfermedad se encarguen de su cuidado, y que se retiren de ellos principalmente los que hayan sido atacados recientemente de una fiebre eruptiva.

Los vestidos y ropa de cama deben desinfectarse y el baño con cepillo y jabón suficiente es obligatorio antes de dedicarse de nuevo a sus ocupaciones. Es igualmente útil que los individuos sospechosos sean aislados y sometidos a una desinfección atenta de la cavidad bucal.

Estas medidas, menos imperiosas en los niños en los cuales la parotiditis epidémica se manifiesta casi siempre benigna, se impone en el adoles-

cente o el adulto, con motivo de las consecuencias graves que pueden resultar de la orquitis ourleana.

En la práctica se tropieza, para la aplicación de las medidas profilácticas de la parotiditis epidémica, con las mismas dificultades que se encuentran para las otras enfermedades infecciosas: el día en que se nota que un niño o un soldado presenta paperas, ya ha tenido tiempo de contaminar a sus vecinos: el aislamiento es por eso muy tardío e insuficiente para tener una eficacia real, en un medio en donde las oportunidades de contaminación son múltiples. Se limita en las escuelas a retirar a los niños enfermos. Todas estas medidas son de poco valor, siendo la interesante, la desinfección de los individuos, de sus vestidos, de la ropa de cama y principalmente la higiene bucal.

Rendu y Sevestre que no admiten el contagio ourleano más que en el período fluxionario, protestan contra el aislamiento de 21 días, impuesto por las reglas en vigor. Sin embargo, se ha visto por las observaciones de los médicos militares, como lo atestiguan los hechos referidos por Bernutz y por Merklen, que es prudente mantener el aislamiento aún en el período de convalecencia.

Se ha pensado en favorecer el contagio entre los niños para obtener la inmunidad del adulto, atendiendo la benignidad de la fiebre ourleana en los primeros, y el temor de la forma orquítica en el segundo, que tanto ensombrece el pronóstico. Tal es el dilema propuesto para enfermedades como el sarampión y la que nos ocupa, el cual quedará definitivamente resuelto cuando se encuentre un tratamiento específico, la vacuna o la seroterapia preventiva.

Más recientemente se han aconsejado las inyecciones de suero antidiftérico, a título, sobre todo, de tratamiento preventivo de la fluxión testicular. La eficacia de este reposa principalmente sobre todo sobre las observaciones de R. Bonnmour y J. Bardin. Los resultados satisfactorios señalados por estos autores, no han sido siempre registrados por investigaciones nuevas y trabajos más recientes han llegado a conclusiones divergentes. Pero bajo otro punto de vista y por múltiples razones parece que el empirismo terapéutico, en materia de seroterapia, es discutible y no está exento de inconvenientes.

El tratamiento propiamente dicho, se reduce a muy poco. En las formas regulares, el reposo en cama, una alimentación líquida hasta la cesación de la fiebre, el uso de la aspirina o de la antipirina contra el dolor, el empleo de purgantes contra los desórdenes digestivos, si son de alguna intensidad.

Localmente la aplicación de compresas calientes, de pomada belladonada, al colargol, yodoyodurada etc.

Contra la orquitis el mejor tratamiento preventivo es la prolongación de la permanencia en cama, la marcha emprendida inmediatamente o la acción profesional fatigante, predisponen a la fluxión testicular.

Moizard ha preconizado el empleo de un fuerte purgante drástico al principio de la fluxión ourleana para determinar su aborto; y se ha comprobado que este tratamiento, aunque algo brutal, tiene ciertamente un efecto más favorable que el empleo de los sudoríficos.

En el período de estado de la orquitis, están indicados la inmovilidad absoluta del enfermo en la cama, como la inmovilidad de los testículos por un suspensorio. El empleo de unguento belladonado, gaiacolado o de compresas húmedas, están más indicados que el cloruro de metilo.

La balneación tibia o fría, el uso de estimulantes difusibles, deben emplearse en la forma tifoide; los baños calientes y la punción lumbar contra la meningitis ourleana.

La convalecencia no requiere cuidados especiales en las formas regulares. En las prolongadas o graves, la permanencia en el campo y la medicación tónica encuentran su indicación. Se ha propuesto con objeto de prevenir la atrofia testicular, la electrización, la balneación salada o sulfurosa y el uso de preparaciones de estriquina. Todas estas medicaciones tienen una justificación normal, pero parece que su influencia es más bien psíquica que física.

Tal es la descripción clásica de la parotiditis epidémica en el extranjero según P. J. Teissier y Ch. Eimen de la colección de Patología Médica por Roger Vidal y Teissier; *Traité de Pathologie Médicale et Therapeutique Appliqués* par E. Sergent de Ribadeau-Dumas et Babonneix, *Tratado de Exploración Clínica y Diagnóstico Médico* por C. L. Green; *Indice de Diagnóstico Diferencial* por H. French y otros.

#### PAROTIDITIS EPIDEMICA EN NUESTRO EJERCITO

Procuraré hacer la aplicación de estos conocimientos, a la fiebre ourleana que se desarrolla en nuestros cuarteles, teniendo presente las observaciones del Doctor Mascort, en el Congreso Sanitario de la Habana en 1902, en que hizo notar "*que las paperas no atacan a las personas que se desinfectan la boca,*" y haciendo preceder dicha adaptación de los extractos del movimiento de enfermos habido en el Hospital Militar durante los tres últimos años

#### RESUMEN DEL MOVIMIENTO DE ENFERMOS HABIDO EN EL HOSPITAL MILITAR DURANTE EL AÑO DE 1922.

Otitis .....	69
Otorrea .....	7
Reumatismo. ....	5
ORQUITIS OURLEANA.....	24
PAROTIDITIS EPIDEMICA.....	529
Otras enfermedades .....	2643
Total de enfermos.....	<u>3277</u>

#### RESUMEN DEL MOVIMIENTO DE ENFERMOS HABIDO EN EL HOSPITAL MILITAR, DURANTE EL AÑO DE 1923.

Amigdalitis.....	1
Angina.....	4
Estomatitis ulcero-membranosa .....	11
Flebitis .....	1
Gingivitis .....	106
Meningitis tuberculosa y cerebro-espinal....	3
Otitis media supurada.....	9
Otitis externa.....	5
Otorrea .....	24
Otalgia.....	26
ORQUITIS OURLEANA.....	62
PAROTIDITIS OURLEANA .....	396
Piorrea albeolar.....	1
Reumatismo articular.....	26
Reumatismo muscular.....	3
Otras enfermedades .....	2.512
Total de enfermos.....	<u>2,990</u>

**RESUMEN DEL MOVIMIENTO DE ENFERMOS HABIDO EN EL  
HOSPITAL MILITAR, DURANTE EL AÑO DE 1924.**

Amigdalitis .....	5
Angina de Vincent .....	4
Angina catarral .....	4
Angina Flegmonosa .....	1
Artralgia .....	1
Celulitis facial .....	2
Celulitis ptérido maxilar .....	1
Caries dentaria .....	5
Cefalalgia. . . . .	3
Estomatitis úlcero-membranosa .....	20
Flebitis .....	1
Faringitis .....	2
Fiebre tifoidea .....	15
Fiebre paratifoidea .....	2
Gingivitis .....	17
Laringitis catarral aguda .....	7
Laringo-bronquitis .....	2
Neuralgia intescostal .....	6
Neuralgia facial .....	1
Nefritis aguda .....	1
Nefritis crónica. . . . .	1
Otalgia .....	30
Otitis supurada .....	31
Odontalgia .....	2
<i>ORQUITIS OURLEANA</i> .....	24
<i>PAROTIDITIS OURLEANA</i> .....	347
Piorrea albeolar .....	21
Parálisis facial .....	2
Reumatismo muscular .....	2
Reumatismo articular agudo .....	31
Reumatismo blenorragico .....	2
Uremia .....	1
Zona .....	1
Otras enfermedades .....	2,460
<b>Total de enfermos .....</b>	<b><u>3,055</u></b>

**Porcentaje aproximado de parotiditis epidémica y sus complicaciones:**

Año de 1922 .....	19.35%
Año de 1923 .....	16 %
Año de 1924 .....	19.48%

La estadística que precede tomada de las memorias correspondientes del Ministerio de la Guerra, demuestra la existencia de la parotiditis epidémica y así también la de sus diferentes complicaciones, aunque estas pueden reconocer otra etiología. Ponen de manifiesto, además, enfermedades que tienen como puerta de entrada la cavidad bucal, y que por lo mismo serán favorablemente modificadas por el tratamiento profiláctico de la parotiditis epidémica, sencillo y práctico del Dr. Mascort.

**ETIOLOGIA.**—Esta se resume generalmente en el contagio directo y las recrudescencias de la fiebre ourleana, coinciden con la llegada a los cuar

teles de cupos nuevos- Ya en el Hospital Militar se sabe que, cuando se releva la tropa, viene el tiempo de paperas, que empieza en número reducido, va aumentando y después decrece para extinguirse cuando ya ha atacado a todos los nuevos.

**FORMAS CLINICAS.**—La fiebre ourleana se presenta generalmente bajo la forma de fluxión parotídea. Le sigue en orden de frecuencia la forma orquílica primitiva o consecutiva a la primera. Son raros los casos en que afecta las formas tifoide y nerviosa; pero no la crónica que desfigura más o menos a quien la padece, dejando una induración persistente de las glándulas parotídeas. La meningitis, el reumatismo, la otitis ourleanos no se han diagnosticado jamás, seguramente porque han pasado enmascarados con las enfermedades que simulan y no porque no se presenten.

**DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.**—Es el descrito con algunas modificaciones, que es cuanto puede hacerse en las circunstancias actuales, hasta tanto que los adelantos de la ciencia no permitan la preparación de un suero específico o mejor aún de una vacuna.

El tratamiento a que debe darse la preponderancia y hacia el que deo atraer la atención, por ser económico y seguramente eficaz, es el profiláctico. No el aislamiento, que aunque bueno, resulta muy ilusorio en la práctica; no el favorecer la infección en la infancia, que tiene además de los inconvenientes apuntados el de no hacer efecto sino con un intervalo de muchos años, sino la profilaxia, según el Dr. Mascort, y entonces veremos que haciendo obligatorio y reglamentando la desinfección bucal en los cuarteles, pronto dejará de existir la parotiditis epidémica.

Esta práctica es sencilla, de escaso costo monetario, y hasta económica para el Erario Nacional, si se toma en cuenta las erogaciones que constantemente hace para curar los enfermos de paperas en sus diferentes formas o sus complicaciones, haciendo caso omiso de los males irreparables que muchas veces dejan tras de sí, entre ellos principalmente, la atrofia testicular.

La desinfección bucal debe hacerse tres veces diarias, o por lo menos dos, una en la mañana y otra después de la última comida, y aún sin cepillo dará buenos resultados. Como económica y eficaz recomiendo la fórmula de dentífrico siguiente:

Acido fénico .....	9 gramos.
Acido láctico .....	2 „
Acido salicílico .....	1 „
Mentol .....	0. 10 cent.
Escencia de eucaliptus .....	0. 50 „

Esta cantidad de dentífrico disuelta en agua corriente que es como debe emplearse, basta para preparar 10 litros y con medio vaso es suficiente para cada individuo, en la mañana y en la tarde.

## CONCLUSIONES

---

- 1a.—La fiebre ourleana es endémo epidémica en nuestros cuarteles.
- 2a.—La parotiditis ouleana se puede combatir victoriosamente.
- 3a.—El tratamiento de las paperas debe ser sobre todo profiláctico.
- 4a.—La profilaxia de la parotiditis ourleana en el ejército representa una economía en todo sentido para la Nación.
- 5a.—La antisepsia bucal es el procedimiento seguro que debe emplearse como medio profiláctico contra las paperas.

ARTURO TOBAR G.



## PROPOSICIONES

Anatomía Descriptiva .....	Canal de Stenon.
Anatomía Patológica .....	de la Parotiditis epidémica.
Botánica Médica .....	<i>Digitalis Purpúrea.</i>
Física Médica .....	Crioscopía.
Zoología Médica .....	Ascarides lombricoides.
Bacteriología .....	Coloración por el procedimiento de Zeil.
Fisiología .....	Deglusión.
Química Médica Inorgánica .....	Agua oxigenada.
Química Médica Orgánica .....	Digitalina.
Histología .....	Tejido Cartilaginoso.
Clínica Quirúrgica .....	Punción lumbar.
Clínica Médica .....	Reacción de Rivalta.
Patología General .....	Fiebre.
Patología Externa .....	Lujación escápulo humeral.
Patología Interna .....	Parotiditis epidémica.
Medicina Operatoria .....	Operación de Stlander.
Medicina Legal .....	Parto.
Ginecología .....	Perineorráfia.
Obstetricia .....	Diagnóstico del embarazo.
Higiene .....	de la boca.
Terapéutica .....	Digitalina.
Toxicología .....	Intoxicación por la digital.
Farmacología .....	Julepe gomoso.