

Garrido Arconada D. Pedro

81-B-A-N 11

994

cc. 2513
(994)

Difteria y Crup



Memoria que presenta para
el ejercicio en el grado de Doctor
en Medicina y Cirujia, D. Pedro
Garrido Arconada.

~~sine anno~~

26 Junio de 1886.



Excmo é Ultmo Señor

Las disposiciones vigentes para obtener el honroso grado de Doctor, me imponen el deber de presentar una Memoria sobre un punto cualquiera de las Ciencias médicas de carácter práctico principalmente; y después de varias vacilaciones acerca de su elección, me decidí á elegir el presente sobre la difteria y erup, afecciones que tantas víctimas ocasionan á la humanidad, pues segun una estadística publicada hace poco tiempo por varios periódicos profesionales, han succumbido de ella desde el 1.º de Setiembre de 1849 al finalizar el de 1854 la enorme cifra de 58,403 individuos.

Elle animó tambien á su elección, el haber observado una epidemia de difteria y varios casos de erup en el pueblo donde ejerzo la profesion.

Para proceder con método en tan importante estudio, he dividido el trabajo de



b 18435191
c 25389237

la siguiente manera.

- 1º Resumen comparativo y crítico de las doctrinas que reinan en la ciencia acerca de la difteria y del erup.
- 2º Patogenia y etiología.
- 3º Síntomas y complicaciones.
- 4º Diagnóstico y pronóstico.
- 5º Tratamiento.
- 6º Observaciones clínicas.

1º Resumen comparativo y crítico de las doctrinas que reinan en la ciencia acerca de la difteria y del erup.

Estas dos afecciones tienen un valor diferente entre la escuela médica alemana y francesa. Esta designa bajo el nombre de difteritis ó difteria por su naturaleza, una enfermedad general no inoculable pero contagiosa, específica por excelencia, que puede invadir la mucosa de las vías respiratorias y digestivas, la vulva, el prepucio, las conjuntivas y la piel; la palabra erup, solo la usa para señalar la localización en la laringe de la difteritis. La escuela alemana usa los nombres de erup é inflamación erupal, al producto en la superficie de las mucosas de una exudación rica en fibrina; y por eso la neumonía aguda franca que es el tipo de las inflamaciones de exudación fibrinosa, la llama neumonía erupal. La voz difteritis sirve para designar los casos en que la exudación se hace no solo en la superficie, sino también en

la profundidad de la mucosa, advirtiéndose
que las inflamaciones diftericas suelen ir
acompañadas de ulceraciones y modificación
de las partes, lo que no sucede en las erupales.

Ay día la generalidad de los médicos
profesan la idea de que la difteria y el
crup, son procesos patológicos esencialmente
diferentes, marcándose principalmente sus
diferencias en los puntos siguientes:

- 1^o La difteria presenta propiedades conta-
giosas muy marcadas. El crup puro no es
transmisible por contagio.
- 2^o La difteria no produce jamás verdaderas
membranas erupales; da origen á capas exu-
dativas constituidas por epitelio, fibrinas,
brongos, detritus orgánicos etc. El crup consiste
en la exudación de una pseudo-membrana
fibrinosa que se puede desprender del tejido
subyacente; es decir de una verdadera pseu-
do-membrana que reviste la superficie de
la mucosa.
- 3^o La difteria puede observarse en todos
los períodos de la vida. El crup es casi siem-

pre una afección infantil.

4^o Se observa frecuentemente en la difteria
una localización múltiple de las lesiones.
El crup ataca á las mucosas de los órganos
respiratorios y se confina.

5^o Se produce á consecuencia de la difteria
parálisis, lo que no sucede con el crup.

En vista de estas consideraciones se
entiende por difteria un proceso morboso
que da lugar á la producción de falsas mem-
branas sobre las mucosas; siendo su asiento
en la mayoría de los casos en la faringe, ocu-
pando sobre todo las amígdalas, la úvula, el
velo del paladar, la pared faríngea posterior
y las cavidades posteriores de las fosas nasales.
De aquí se extiende por migración alguna-
vez á las fosas nasales, laringe, tráquea
y estómago; la mucosa de las partes genita-
les de las niñas, la conjuntiva, así como las
regiones de la piel heridas y escoriadas suelen
ser también asiento de dichas falsas membranas.
Estas son de un color blanqueco, blanco-ama-
rillento ó amarillizo, formadas de fibrillas

de fibrina, mezclada con glóbulos sanguíneos y con células de pus, cuya rápida multiplicación y el pronto aumento de volumen originan la confluencia, que son el producto anatómico-patológico de una inflamación fibrinosa y paranguinosa. La compresión que ejercen estos exudados sobre los vasos capilares de los tejidos, ocasiona ó puede producir la modificación de las partes superficiales ó profundas de las mucosas; de modo que mas tarde se ven estos elementos desprenderse bajo la forma de escaras secas ó en pedruzcos eliminados por la supuración, dejando al descubierto una mucosa de un rojo intenso blanco y espumosa que sangra ligeramente y acerbítava de heridas de sustancia mas ó menos profundas.

El enfis ó laringitis pseudo-membranosa consiste en la formación en la mucosa de la laringe de un pseudo exudado rico en fibrina y que coagulanose rápidamente y no abarando mas que la capa epitelial se deposita en la superficie de dicha mucosa.

La membrana propia se compone de coqueculas de pus y de una materia albuminosa coagulada extendida en capas concéntricas; esta membrana no se limita únicamente á la parte interna de la laringe, sino que se extiende á veces á la tráquea y bronquios.

9º PP Patogenia y etiología.

Considerando á la difteria como una enfermedad epidémica y contagiosa, veámos como puede ser el agente contagioso y su transmisión.

La naturaleza del elemento morbífico no está aun determinada. Lebert admite que sean restos epiteliales ó purulentos desprendidos de las falsas membranas ó vegetales microscópicos. Littrig y Letzerich consideran á la difteria como una afección parasitaria cuyo contagio se efectúa por medio de esporas que revolotean en la atmósfera de un hongo (*Rhizoglyphus furvus*); dando mucho valor á esta hipótesis acepta da en el día por méritos eminentes las observaciones experimentales de Certol, que ha visto por medio del microscopio en las falsas mem-

branas, en el tegido mucoso y submucoso, en los vasos linfáticos y hasta en los riñones, micrococus en gran cantidad.

De esto se deduce su trasmisión la cual se verifica de dos distintas maneras: contacto directo de los productos patológicos con la mucosa nasal, faríngea, ocular, ó con un punto denudado del dérmis, ó la absorción por las vías respiratorias de las moléculas expandidas en el aire por el enfermo; deducción de aquí que el contagio de la difteria puede ser transportado por el aire atmosférico. En cuanto á los procesos íntimos de destrucción preparada por los hongos, aun se ignoran.

En vista de estas consideraciones, unos creen que la difteria es una enfermedad general primitiva comprendida entre las enfermedades infecciosas; y otros que es una enfermedad primitivamente local y que puede generalizarse á consecuencia de la reacción de los productos, ocasionando entonces la formación de falsas membranas en diversos puntos del cuerpo. Bruchat dice que la difteritis local primitiva es á la difte-

ritis infecciosa general, lo que la justifica maligna es al carbunco y lo que el chancro primitivo es al chancro indurado ó á la sífilis constitucional.

La difteria puede desarrollarse en cualquier edad, atacando particularmente á la infancia, estando mas predilectas aque-llas individuos que con frecuencia padecen ca-farinas faríngeas, así como los individuos linfá-ticos ó escrofulosos.

La patogenia y etiología de la erupcion aun se halla muy oscura. Se hallan mas predilectas á padecerla los niños entre el segundo y sétimo año de la vida, atacan-do mas á los varones que á las hembras; y es un error el considerar que están mas pre-dilectos los niños robustos, pues se dice a-ún tanta frecuencia en los débiles y debiles, nacidos de padres escrofulosos ó mal alimentados. La laringitis pseudo-membranosa reina pre-ferentemente en las comarcas bajas y húmedas y durante en invierno, cuando dominan los vientos norte y nordeste.

3º Síntomas y complicaciones.

La angina difteria o difteria faríngea se presenta unas veces ligera, benigna y localizada, otras muy grave y complicada. En la primera forma el individuo (exento de fiebre y algunas veces con ella, aunque no muy intensa) empiezan a quejarse de dificultad en la deglución, tumefacción de los ganglios linfáticos, sucediendo alguna vez que no se advierte más que un ligero enrojecimiento de la garganta al ser inspeccionada, tanto que si no reinan epidérmicamente la difteria, no le daría una mayor importancia que la que se da a una angina catarral o inflamatoria; mas bien pronto aparecen en una o las dos amígdalas o en la úvula solamente, manchas grises o blancas que poco a poco se fijan, sucediendo frecuentemente que en las veinte y cuatro o cuarenta y ocho horas o más rápidamente son invasoras por completo las amígdalas, velo del paladar, sus pilares y la faringe; y si la coherencia es completa, todas

estas partes parecen fijadas bajo la capa gris o blanquea que las reviste. El exudado difiere entonces por completo de lo que era en un principio; así como antes se asemejaba a una simple mancha blanquea de modo semitransparente, ahora reviste la disposición de una membrana irregularmente extendida sobre todas las partes invasoras. Esta membrana tiene un espesor de tres a cuatro milímetros, siendo más delgada en la circunferencia que en el centro, avanzando con irregularidad hacia la periferia y donde esa está la mucosa tumefacta en derredor. La adherencia no es siempre igual, dependiendo unas veces con facilidad bien espontáneamente, o impulsos de la tos o por tracciones ligeras con las pinzas; y en otras no es posible, y al querer desprenderlas se lesiona la mucosa y hasta hay hemorragia. Los síntomas pues de esta forma son los enumerados; si hay fiebre cede al tercero o cuarto día, las falsas membranas desprendidas o expulsadas por medio de un tratamiento apropiado no se reproduce

cen ó disminuyen en seguida de espesor y
estension; debajo de ellas la mucosa que
está intacta ó ligeramente reblandecida y ulce-
rada y del resto al décimo día tiene lugar
la curación.

La forma grave de la difteria faríngea
empieza ó bien por síntomas iniciales de
incómoda intensidad parecidos á los de la
forma ligera ó revierte desde el principio
todos los caracteres de gravedad. En el pri-
mer caso, la estension que adquiere el pro-
ceso diftérico y su propagación á la laringe,
hace que el enfermo adquiere además de
los síntomas subjetivos de dificultad en la
deglución y de la tumefacción de los ganglios
linfáticos, hay regurgitación de los alimentos
por boca y nariz, articulación verbal inco-
herente y nasal, secreción bastante copiosa
de materias espesas achenantes como la casea
y todos los síntomas propios de la estension
laringea de que hablaremos mas adelante;
y bien por estos, que hacen que la respira-
ción se haga insuficiente. Obreviniendo la

intoxicación carbónica, como por la reabsorción
de los productos diftéricos con la fiebre alta
correspondiente, muere el individuo. En el se-
gundo caso, se presentan desde el principio
vómitos, cefalalgia violenta, abatimiento ge-
neral, Anoplacion que precede á una gran
fiebre y examinando la cavidad faríngea,
se la ve en poco tiempo invadida de las placas
diftéricas que van adquiriendo grandes dimen-
siones; y bien por estos síntomas de muy muy
alarmantes ó por la infección general difte-
rica, muere en pocos días el enfermo.

Después de la curación de la difteria, pue-
den sobrevenir parálisis de algunas músculos,
llamadas parálisis diftéricas. Estas ó son
incompletas, siendo los movimientos ejecuta-
dos con dificultad ó completas y acompaña-
das de anestesias. Se presentan principalmen-
te en el velo del paladar, en la faringe, ó
ganglios de la vista y extrínsecos; cuando son
los músculos del velo del paladar, ganguean
los enfermos y al ir á pasar los líquidos les

arrojan por las narices; si alcanza á la faringe, se hace extremadamente penoso el acto de la deglución, siendo necesario en ciertos casos recurrir á la sonda esofágica para alimentar á los enfermos. En la vista, los fenómenos se refieren á la acomodación, observándose estrabismo, diplopia, ambliopía acompañada de fotopía y desvanecimientos; y en las extremidades, rara vez existe de la parálisis incompleta ó parésia, sucediendo que cuando los enfermos están acostados, pueden mover con toda libertad las extremidades, pero la fuerza del movimiento está disminuida y es insuficiente para permitir la progresión y aun la permanencia en pie.

La patogenia de dichas parálisis no está aun elucidada. Charcot y Vulpian observaron en un caso, atropía de los nervios musculares del velo del paladar, los que se hallaban constituidos por tubos vacíos, presentando el neurilema numerosos cuerpos granulosos. La movilidad y curación casi con-

stante de estas parálisis no permiten atribuirles á una alteración profunda de los órganos de la inervación; el desarrollo de parálisis semejantes después de otras enfermedades agudas, conviene la explicación derousseau, que invocaba una acción especial tóxica sobre el sistema nervioso. En este estado, se puede admitir como teoría aceptable ó teoría de Jacoud, quien dice que la lesión faríngea obra por acción centripeta sobre los vaso-motores de los centros nerviosos, de manera que modifica momentáneamente la nutrición de estos, hasta el punto de disminuir el poder funcional; ó considerar con Gubler (que ha consagrado á esta cuestión importantes trabajos) estas parálisis como una simple amiotenia (debilidad muscular) resultado de la convalecencia y que nada tiene de común con la difteria.

La laringitis pseudo-membranosa ó crup, vá precedida en muchos casos de los síntomas de una laringitis catarral (fiebre ligera, alteración de la voz y tos seca mas

o menos frecuente;) y heu de esta manera o de pronto, empieza el periodo llamado dímico, presentándose al principio bajo la forma de accesos separados por remisiones, siendo estas mas marcadas por las mañanas; la voz se pone apagada así como la tos, siendo roncá y seguida de un silbido metálico y parecida al ruido de un peso durante los accesos dímicos; estos se hacen cada vez mas persistentes y los músculos auxiliares de la respiración entran en plena actividad, formando el diafragma entre el pecho y abdomen un surco profundo: los niños víctimas de una gran agitación se incorporan en la cama sobriañtados, se llevan la mano al cuello, piden se les coja en brazos, se agarran fuertemente a las personas que los rodean. despues de un tiempo mas o menos largo cesa este afectivo cuando, de un punto que busca el aire que no encuentra y sobreviene el periodo llamado de apnea, uniéndose a los síntomas se estenan la laringea, los de estansi venoso cerebral y los de intoxicación carbónica (carbonemia)

La agitación que existia cesa y se cambia en una gran debilidad, abatimiento y prostración; la cara torna un tinte pálido hacia el gris plomizo, los párpados de una coloración oscura están semi-abiertos desapareciendo el brillo de los ojos, el pulso se hace pequeño, frecuente e intermitente, sobreviene la anortesia de la piel y la respiración se hace superficial y frecuente; despues la pérdida del conocimiento y el sopor, sobreviniendo la muerte.

La expectoración o el vómito de un pedazo de membrana ocasiona casi siempre alguna mejoría sobre todo en la disnea; la forma de los productos membranosos en pedos expulsados es ordinariamente tubulosa o con ramificaciones dentadas. los movimientos febriles que se observan en el erup son variables, llegando unas veces hasta 40 o 41 grados.

La duración de la enfermedad es variable, pudiendo causar la muerte en los dos o tres primeros dias, o prolongarse la vida hasta el octavo dia y aun mas.

4º Diagnóstico y pronóstico.

La angina diftérica se distingue de la angina flegmonosa y aftosa, tanto por los fenómenos generales que desarrolla aquella, como por los caracteres de la placa diftérica y las relaciones que afecta con la mucosa subyacente. Al mismo tiempo debe tenerse en cuenta la constitución epidémica, como la posibilidad del contagio.

El pronóstico debe ser siempre reservado, pues aun cuando las placas diftéricas estén poco extendidas, la enfermedad puede causar la muerte por la progresión posterior de dichas placas y por infección general. Por regla general la angina diftérica es tanto más grave, cuanto más joven y menos robusto es el individuo. La proporción de mortalidad oscila, en raras de los caracteres propios á cada epidemia ó á la edad de los niños, entre 30 y 60 por %.

El diagnóstico de la laringitis pseudo membrana ó erup con la laringitis catarral se hace desde luego, teniendo presente que los fenómenos generales y la dinámica que

sobreviene en el erup, no suceden en la laringitis catarral; y de la laringitis estridulosa ó falso erup se distingue en que en esta el acceso de sofocación sobreviene repetitivamente en medio de la noche, habiendo algunas veces un ligero catarro; mas en el erup, preceden á los accesos de sofocación, tos ronca, movimiento febril variable y expulsión de falsas membranas.

El pronóstico varia segun la edad del niño, la duracion, forma y caracter de la afección, siendo mas grave en los niños jóvenes.

5º Tratamiento.

El tratamiento de la difteria debe ser profiláctico y curativo. La profilaxia exige que el médico advierta la comenencia de que alejen á los niños (que su posición les permita) del punto epidemiado; y á los que no les sea posible, procuren separar los niños sanos de los enfermos, cuidando que no permanezcan al lado de estos, mas que las personas necesarias para la asistencia; au como es oportuno ten

ga el mismo mérito precocidad para las curaciones que tenga que practicar.

El tratamiento curativo está basado en procurar destruir las falsas membranas y su impedir la formación de otras nuevas. Con el primer fin se usan los toques con los ácidos nítrico y clorhídrico, nitrato de plata y percloruro de hierro, y las insuflaciones de tanino, alumbre y flores de azufre, así como los gargarismos de clorato potásico y bicarbonato sódico y pulverizaciones con el agua de cal y ácido láctico. Para impedir la formación de nuevas membranas, se hace necesario modificar la composición de la sangre, usando con este objeto los álcalis (bicarbonato sódico, citrato de potasa, clorato de potasa y sosa) y el salicilato de sosa. También está recomendado el empleo del sulfato de quinina y los estimulantes cuando existen signos de depresión y de septicemia diftérica. Respecto á la traqueotomía cuando han sido invasivas de diftéria las vías respiratorias, no tiene mas valor ósea operación que

hacer desaparecer de la escena la asfixia devida á la estrechez laríngea y conducir á guisa al enfermo para que pueda seguir la evolución de la enfermedad.

Contra las parálisis diftéricas se emplean las preparaciones de quina y hierro, asociadas á una alimentación fortificante y baños de mar.

El tratamiento del erup es mérito y quirúrgico. El primero tiene por objeto combatir las manifestaciones inflamatorias y disminuir la exudación, como también el hacer desprender y expulsar los exudados ya formados. Con el primer fin se han usado los antiflogísticos locales y los alterantes; estos se hallan casi abandonados y los antiflogísticos muy limitados, usándose únicamente cuando se trata de un niño muy robusto. Para combatir la inflamación se usa en la actualidad en lugar de las sangonías locales casi siempre hechas, el frío bajo la forma de compresas frías aplicadas á la región de la laringe. Para destruir el exudado indico

Broussieu la aplicación de una solución concentrada de nitrato de plata, por medio de una ballena encurvada con un pedacito de esponja, haciéndola exprimir á la entrada de la glotis. Y en el fin de desprender los exudados ya formados se usan los eméticos, siendo preferidos por la generalidad la ipeca cuana y el tartaro emético, usando tambien algunos el sulfato de cobre. Puedo aconsejar tambien el tartaro emético asociado al empleo del aire caliente y húmedo; para obtener este se introduce en la habitación un gran lebrillo de agua caliente en el que se arroja de cuando en cuando un lebrillo ardiendo para que se desprendan vapores, de modo que la habitación se mantenga á una temperatura de 70 á 75°.

Cuando han sido inútiles todos los medios empleados, multiplicándose los accesos de sofocacion siendo inminente la asfixia y produciéndose el estado anurético, no debe perderse tiempo recurriendo al tratamiento químicoo ó sea á la traqueotomía. Por

esta segun las estadísticas de eminentes colegas se pueden salvar en 20 á 28 por 100 de los operados.

Al fin de no haceme demasiado notorio, suprimo la descripción del procedimiento operatorio.

6.º Observaciones clínicas.

Trataré de compendiar las observaciones clínicas de la difteria de forma epidémica que en el año de 1881 reinó en el pueblo donde ejerzo la profesion, limitándome á hacer una ligera reseña de los tratamientos empleados con mejor éxito.

Así que se presentaron los dos ó tres primeros casos (uno de ellos mortal) de común acuerdo con los demás compañeros, se convino en aconsejar á las familias que sus circunstancias y posición lo permitiera se alejaran de la poblacion con los niños, marchándose lo mas pronto posible y procurando volver lo mas tarde; y á los que no les era posible llevar á cabo este consejo, impedirían

la estancia de los niños sanos en la habitación del que estuviera enfermo, así como de los adultos aquellos que por necesidad tuvieron que estar al cuidado del enfermo. Así uno ni otro se observó como defecia, pues si bien mancharon algunas familias con sus niños, volvieron al poco tiempo; y el aislamiento de los niños sanos de los enfermos, tampoco fue obedecido sobre todo en la clase obrera, por efecto una preocupación. No solo fueron atacados los niños, sino también algunos adultos (entre ellos uno de los médicos) habiendo muerto dos jóvenes de 18 y 20 años.

En todos los casos se puede decir se usaron la mayor parte de los medicamentos aconsejados por la ciencia, tanto locales como generales. Como locales con mejor resultado, los toques con la disolución de nitrato de plata en algunos, y en otros los colutorios o lavatorios con una brocheta de hisa o esponja con una disolución de clorato potásico, el agua de cal y bicarbonato sódico; las insuflaciones de flores de azufre y los torques con el salicilato de rosa; y al interior los mismos álcalis y el salicilato de rosa.

Mas cuando sobrevinieron fenómenos generales de gran intensidad (fiebre alta, infección difteria) así como el desarrollo progresivo de membranas con migración de estas a la laringe, se hacían importantes cuantos mercurios se formaban prácticas. En dos casos se hizo la traqueotomía por la propagación de membranas a la laringe sin resultado, pues si bien desaparecieron los síntomas de estenosis laríngea, como que continuaban los de la difteria, nunca se pudo conseguir, ni venir a las 24 horas los dos operados.

Respecto a los casos tratados de empujamiento (aunque han sido oportunamente pocos) he usado en ellos la ipecacuana y el tártaro emético, cuyo efecto principal fue expulsar con ella algunas pedruzcos de pseudo-membranas, de separándose la vena por algún tiempo; los calomelanos, así como la aplicación de una solución coqueutava de nitrato de plata, usando también en otro niño de cinco años el emético asociado al empleo del vin caliente y binuro como iúrica Dubt, pero todos sin resultado.

El caso que quiero referir de curación es el de una niña de cinco años, en quien después de haber empleado los diversos medios aconsejados por la ciencia y verinos que eran tan infructuosos como en los demás, se les practicó á los padres (como también se hizo á los anteriores) que de no hacerse la operación de la trepanotomía, sufriría la muerte de los cerebros. Después de algunas vacilaciones de los padres, fue operada en el menor accidente y sin que afortunadamente sobreviniera mas complicación que una ligera bronquitis, padeciendo quitada la cápsula á los once dias de operada, cicatrizándose muy en breve la pequeña herida y quedándose completamente curada.

Elle ha parecido convenientemente antes de dar por terminada esta memoria, citar como conclusión los diversos medios que posteriormente á la epidemia que observé de difteria, han sido recomendados.

En 1882 el Sr. Hale White empleó el glic-

rolato de pepiina como disolvente de las membranas, preparadas con la menor cantidad posible de pepiina; es necesario decir que la preparación debe caliente á las membranas que ha de visitarse para lo cual se hace respirar vapor de agua al enfermo, mientras se aplica el medicamento. También ha sido recomendado por Pokitsansky el uso tópico del hidrato de cloral contra las producciones diftericas, empleando la disolución acuosa al 10 por 100. El Sr. Bethel a la Academia Médica de París en 1884, se comió en el tratamiento de la difteria las fumigaciones practicadas mediante la combustión de una mezcla de alquitran de gas y de trementina en la proporción de 100 el primero y de 80 la segunda, practicando una fumigación cada 2 ó 3 horas; dice obra como disolvente de las membranas y como parasitocida ó microbicida.

Al interior se han recomendado varios medios entre ellos el sublimado corrosivo. El Sr. Linn de Pa en la Academia Médica Americana en el año de 1884, le recomendaba como específico de la difteria y del erup, de la siguiente

manera: para un niño de tres años de 3 á 5 miligramos cada 2 horas y de 5 á 8 miligramos para un adulto. En los casos benignos es necesario decir emplear este tratamiento durante tres días y en los graves por cinco ó seis; el medicamento debe darse disuelto el elixir de pepina ó de pepina y bismuto. Cuando las membranas invaden la laringe simplifica el elixir de oro en dosis de uno á dos miligramos para un niño de dos años de edad.

También se ha usado el nitrato de pilocarpina, pero sin resultados.

Ultimamente la Comisión Médica de Valencia se ocupa del tratamiento del Dr. Beltran Vidal por la helemia al interior, refiriendo siete casos de difteria tratados con dicho medicamento con resultados ciertos y positivos.

Todos estos medios ultimamente enunciados, necesitan á mi juicio que resultados posteriores confirmen la especificidad que les dan sus encomiadores.



He dicho
Corrido Inocente