1894

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
DE LIMA

119

11392

Amigdalitis Flegmonosa

Tesis para optar

El grado de Bachiller

en la

Facultad de Medicina

Lima = Julio de 1894 =

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
DE LIMA

Señor Decano:

Señores Catedráticos:

Entre las afecciones de la garganta que mas alarman al paciente tanto por la violenta reacción general que las acompaña, como por el compromiso marcado é inmediato de las funciones de la region gutural que determinan, la Angina flegmonosa ocupa sin duda el primer lugar.

Habiéndome cabido en suerte observar varios casos de esta afeccion, los he estudiado atentamente y he llegado á conocer el valor de ciertos signos en el diagnostico, la influencia favorable de las incisiones, la época en que deben practicarse y otras particularidades que creo dignas de ser notadas.

Como un estudio completo de la referida afección me llevaría muy lejos de los límites q.e debo dar á este pequeño trabajo, y por otra parte, los casos prácticos observados por mi y cuyas historias

acompaño, se refieren todos á la loca-
lización amigdaliana de la Angina
flegmonosa, me ocuparé solamente
de ella.

La Angina flegmonosa, llamada tambien Esquinancia flegmonosa, Angina parenquimatosa, &c. la define Charcot: "la inflamación primitiva ó consecutiva á una lesión catarral del tejido submucoso de la faringe."

La generalización de la lesión constituye la excepción, siendo mas comun que se localize en una porcion limitada de la submucosa, que por orden de frecuencia es la parte correspondiente á la amigdala y sus alrededores (Amigdalitis y Peri-Amigdalitis) el velo del paladar y la pared posterior de la faringe.

Atendiendo á estas localizaciones se ha dividido la Angina flegmonosa en las variedades siguientes: Amigdalitis y Peri-Amigdalitis, Flemón circunscrito retrofaringeo y Flemón difuso de la faringe; además, el profesor Charcot cita una forma poco comun llamada Peri-Amigdalitis lingual flegmonosa. Clínicamente estas divisiones están justificadas no solamente por su asiento

diferente, sino tambien por algunas diferencias sintomáticas y por su despigual gravedad que aumenta con la extension de la zona inflamada.

Anatomia Patológica

La lesión anatómica que caracteriza esta afeccion, consiste en una exudación fibrinosa en el tejido submucoso é intersticial de la faringe, generalmente limitada á ciertos puntos en el intervalo de los cuales la mucosa está sana ó con lesiones simplemente catarrales. Estos focos ocupan los lugares que hemos citado como preferidos por el proceso inflamatorio.

Las partes atacadas aumentan mucho de volumen bajo la influencia del edema; en las amigdalas el fenómeno es muy notable, llegando algunas veces hasta triplicar su volumen normal. Su superficie vivamente injectada toma un color rojo brillante ó lívido; otras veces se halla cubierta de mucus concreto.

El exudado puede reabsorverse terminando la inflamacion por resolucion; pero ésto es poco frecuente; mas á menudo el pus se forma y colectándose dá lugar á uno ó varios abcesos que levantan la mucosa, la adelgazan y acaban por perforarla, ó bien, rompiendo la aponeurosis faringea, vá á infiltrarse el pus en el tejido celular profundo del cuello y determina graves desórdenes. El proceso inflamatorio puede terminar tambien por gangrena, evolucion comun en los caquéticos, y provocada por el deterioro orgánico ó por un exudado muy abundante que comprime los vasos de las partes infiltradas.

Al lado de estas formas bien caracterizadas, hay otras atenuadas, manifestándose por rubor, eritema, linfagitis y adenopatías, que no son mas que variantes ó similares de la forma intensa, pues se observan en los mismos individuos y alternando con las manifestaciones flegmonosas.

Etiologia

Como causas predisponentes de esta afección se citan todas las de la Angina catarral: frecuente en la pubertad; se observa tambien en la edad adulta y desaparece en la vejez. Aunque hay personas que sufren un solo ataque durante toda su vida, en cambio en otras se repite en plazos variables y en algunas todos los años durante mucho tiempo. Puede decirse que un ataque predispone á sufrir otros muchos.

Como causas determinantes se citan los enfriamientos, las bebidas muy calientes ó muy frias, los irritantes químicos, las enfermedades infecciosas, en una palabra, todas las condiciones que debilitan el organismo ó destruyen la barrera epitelial faringea, y favorecen en consecuencia la acción de los micro-organismos patógenos.

El caracter infeccioso de la Amigdalitis está por lo demás perfectamente comprobado por su sin-

tomatología y sus complicaciones.
Así tendremos: invasión por grandes fenómenos reaccionarios (calofrío, fiebre elevada) tendencia á la supuración que atestigua la presencia de microbios piógenos, evolución cíclica en relación con el grado de vitalidad del microbio y con su desarrollo. Las complicaciones no son menos significativas, y entre las de mayor valor citaremos: del lado de las vias digestivas, el embarazo gástrico y la diarrea; del lado de las vias urinarias, la albuminuria; del lado del sistema nervioso, curbatura insólita, cefalea y delirio.
Se ha presentado tambien, segun el profesor Rendú, endocarditis y signo de congestion pulmonar.
Los agentes microbianos que se han encontrado en los productos inflamatorios de esta amigdalitis son muy variados, se citan: los Stafilococus y Streptococus, Pneumococus, bacterios móviles saprógenos, el basilus coli, (Widal), &c. Queda por averiguar si son estos micro-organismos los agentes infecciosos que originan la

afección, ó si solamente actuan de una manera secundaria produciendo la supuracion en un terreno ya preparado por otros infinitamente pequeños todavia desconocidos y que serian los gérmenes especificos. Para nosotros esta última suposición es la mas probable, por que los gérmenes encontrados existen en casi todas las supuraciones y son huéspedes habituales de la cavidad buco-faringea.

El proceso probablemente se origina de la manera siguiente: una ~~reacción~~ catarral mas profunda que de ordinario dá paso á los gérmenes específicos; éstos, despues de un periodo de incubacion todavia no conocido, provocan una reaccion local violenta y sus toxinas penetran en el torrente circulatorio, determinando los trastornos generales que se manifiestan desde el principio.

Si estos gérmenes están solos, terminada su evolucion son destruidos por los leucocitos y la resolucion tiene lugar; pero si el elemento piógeno penetra con ellos, actuará á su turno

(el pus aparecerá). Ahora bien, estos los stafilococcus, streptococcus, etc, existen casi constantemente en la extremidad bucal, la terminacion por supuracion debe ser la regla, y la resolucion la escepcion, y éste es en realidad lo que sucede

Las diferentes formas clínicas de la Amigdalitis ¿corresponden á organismos diferentes?- Es imposible asegurarlo; pero debe tenerse presente q.e un mismo micro-organismo provoca en individuos diferentes fenómenos reaccionarios muy diversos.

Síntomas y marcha.

No entraré á estudiar detalladamente los síntomas que caracterizan la Amigdalitis; se hallan perfectamente descritos en los libros clásicos; me contentaré simplemente con enumerar los principales, y cuando trate del Diagnóstico llamaré la atencion sobre aquellos que tienen mayor importancia

Los síntomas generales son: calofrio seguido de fiebre intensa (40°)

acompañada frecuentemente de delirio.

Síntomas locales.—Aparecen desde el principio dolores lancinantes que de la garganta se propagan al oido del lado interesado; la deglución se hace muy difícil y en ocasiones imposible por la imbibicion de las partes y parálisis de los músculos; la abertura de la boca es casi imposible y solo con muchos dolores puede el paciente separar sus mandíbulas algunos milímetros; hay acrecentamiento de la secreción salibar y mucosa, el aliento es fétido, la voz nasal y ahogada; en fin, cuando la inflamación se estiende á ambas Amigdalas, sobreviene dificultad respiratoria y la muerte puede venir por asfixia.

La presion sobre la region retro-maxilar correspondiente á la Amigdala, es muy dolorosa, y por la palpacion se comprueba algunas veces la presencia de un tumor profundo y duro; hay infarto precoz y doloroso de los ganglios sub-maxilares y cervicales.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
DE LIMA

Cuando la abertura de la boca puede hacerse, se descubre la Amígdala tumefacta y roja que se distingue del resto de la mucosa que se presenta con su aspecto normal. La presion directa permitirá apreciar una sensacion de pastosidad. Cuando el pus se halle colectado, la fluctuacion no es generalmente sensible.

La duracion de la Angina flegmonosa es variable y depende de la marcha que sigue el proceso inflamatorio. Si hay simple resolucion, todo se terminará en cuatro ó cinco dias; con supuracion, evoluciona en doce ó quince dias; si la gangrena se declara, la enfermedad se prolonga todavia mas, pudiendo morir el enfermo por adinamia ó agotamiento; en fin, el pasaje al estado crónico no es raro! Las recaidas y recidivas son frecuentes.

Diagnóstico

En la forma mas corriente, ésto es, en la Amigdalitis supurada, los

caracteres dominantes son: principio brusco, acrecentamiento gradual de los síntomas locales hasta la abertura del abceso, y alivio inmediato por la evacuacion del pus.

Respecto á los síntomas generales, tenemos una observacion que hacer, es que deben hallarse en relacion de intensidad con los fenómenos locales, pues si con reaccion general intensa existe solo ligera molestia del lado de la faringe, deberiamos suponer mas bien que nos hallábamos en presencia de una escarlatina.

Los signos locales de mas valor son para la Amigdalitis y Peri-Amigdalitis: el dolor intenso localizado en una porcion lateral de la faringe con propagacion al oido del mismo lado; la imposibilidad de abrir la boca, dependiente de la infiltracion de los pilares y disminucion de su elasticidad; modificacion en el timbre de la voz por alteracion de las superficies resonantes, y por último, deglucion poco impedida, á diferencia de los abcesos retrofaringeos

retrofaringeas en que constituye el síntoma dominante.

Si con los fenómenos generales ya descritos coinciden los síntomas locales que acabamos de apuntar, podemos hacer seguramente el diagnóstico de Angina flegmonosa de localización amigdaliana.

Por lo demás, con un poco de paciencia y valiéndose en algunos casos de un ligero esfuerzo, puede conseguirse que el enfermo abra suficientemente la boca, y entonces la lesion faringea aparece á nuestra vista con sus caracteres propios.

La fluctuacion no es siempre manifiesta, siendo mas general q. aunque el pus exista coletado se perciba solo pastosidad difusa. Como en muchos casos el éxito, ó por lo menos el alivio inmediato del enfermo, depende de la pronta evacuacion del pus, es de importancia la observacion de Mr. Lemaister que dice: "desde q. la coleccion está formada, se presenta entre las fibras del pilar anterior una separacion que no se vé, pero

que dá al dedo la sensación de un ojal, determinando la presión en este punto un dolor intenso. Si en este ojal se hace una incision, se caerá directamente sobre la coleccion purulenta, que debe buscarse hundiendo suficientemente el bisturí, y no por una simple picadura. No hay temor de herir los vasos, pues la tumefaccion enorme de las partes los aleja suficientemente de la parte incidida.

En nuestra práctica hemos buscado este signo en todos los casos de Amigdalitis flegmonosa llegados al periodo de supuracion, y nos ha sido facil encontrarlo, dando la incisión en este punto salida al pus y produciendo alivio inmediato en el enfermo.

El profesor Lemaistre esplica la produccion de este fenómeno por la tendencia que tienen los focos purulentos amigdalinos á infiltrarse entre las fibras musculares que componen el pilar anterior.

Pronóstico.

El profesor Trousseau asegura no haber observado en su práctica ningun caso de muerte por la Angina flegmonosa, lo que parece manifestar que es una enfermedad esencialmente benigna; pero habla tambien de las numerosas complicaciones que pueden surgir haciendo grave el pronóstico.

El profesor Charcot en su obra de Medicina estudia el pronóstico en cada localizacion, y de sus conclusiones podemos deducir que es variable y se halla ligado á la extension que tome la lesion, siendo constantemente fatal cuando se difunde.

En la localizacion amigdalina, es benigno el pronóstico si no se presenta complicacion y queda limitada la inflamacion en la Amígdala primitivamente atacada; pero si ambas Amigdalas son tomadas, las funciones del istmo de las fauces se comprometen mucho y el resultado final de la enfermedad puede ser la muerte del individuo por inanicion, asfixia,

edema glótico, &c.

Las principales accidentes que pueden sobrevenir en el curso de la Amigdalitis, son: edema laríngeo, infiltracion purulenta profunda del cuello, hemorragia por ulceracion de la carótida interna, asfixia por caida del pus en las vias aéreas durante el sueño, gangrena y muerte por adinamia.

Tratamiento

Opiniones muy diversas han corrido en la ciencia respecto de la conducta que el práctico debe observar en la Angina flegmonosa; así Trousseau niega al tratamiento médico ó quirúrgico influencia sobre la marcha ó terminacion de la afeccion, y aconseja la expectacion ó cuando mas el empleo *pro forma* de gargarismos emolientes. La medicina antiflojística ha sido muy preconizada; se usaba sangrias generales repetidas en los tiempos de Bouillaud, Broussais &c, que despues fueron reemplazado

por las sangrías locales, sanguijuelas escarificación de las amígdalas, empleada aun en ciertos casos. Los derivativos, vomitivos, purgantes y los revulsivos han formado casi hasta nuestros tiempos parte obligada del tratamiento de esta Angina.

Entre los autores modernos encontramos como tratamientos principales el de los Alemanes que preconizan el empleo del agua helada *intus* y *extra*. El profesor Charcot aconseja las fricciones belladonadas y mercuriales sobre el cuello, las cataplasmas calientes como medios resolutivos y antidolorosos; emplea, además, irrigaciones antisépticas é incide el absceso en cuanto está formado.

Si nos fijamos en el carácter microbiano de la enfermedad, tendremos que convenir en que serán los antisépticos los medios de mayor influencia en el tratamiento de la Amigdalitis.

De acuerdo con este modo de pensar, hemos visto siempre á nuestros maestros de práctica emplear desde

el principio los gargarismos boricados ó
salolados, y en los casos que hemos
observado siempre se ha limitado la
inflamacion y terminado felizmente.
Se ha prescrito en los primeros dias
un purgante salino y anti-térmico
microbicidas, salol, quinina para
combatir la fiebre de infeccion.
Si es cierto que mediante el em-
pleo de los germinicidas se ha logrado
limitar la inflamación y llevarla á
buen término, tambien lo es que en nin-
gun caso nos ha sido posible regu-
larla desde el principio, ni impedir
la aparicion de los fenómenos generales
de infeccion y la formacion del pus,
esto se comprende perfectamente teniend
en consideracion que en los hospitales
donde hemos seguido los casos clínicos,
y aun en la práctica civil, nunca se
presenta al médico la ocasión de com-
batir la Angina flegmonosa en las
primeras horas q. siguen á su aparicion,
por que confundiendose sus primeras
manifestaciones con las de una Angina
catarral vulgar, no se les dá importancia
y solo vá á consultarlo cuando la violencia

de los síntomas alarman al paciente, y entonces los microbios patógenos están ya profundamente implantados para que puedan alcanzarles los tópicos microbicidas. De otro lado, como lo asevera Trousseau, sería muy difícil al práctico pronunciarse seguramente sobre el caracter flegmonoso de una Angina en su principio, éste es, cuando un simple gargarismo antiséptico podría juzgarla; por manera que en la práctica es ilusorio pretender hacer abortar una Angina flegmonosa.

Respecto de la incision diremos: que utilizando el descubrimiento de Mr. Lemaister, se ha empleado en el momento preciso y con resultados completamente satisfactorios. El ojal que este clínico describe es muy facil de descubrir por el tacto, siempre que se proceda con cuidado, y manifiesta que el pus está colectado en una época en que no hay fluctuacion aparente. Para percibirlo basta reconocer con el índice la superficie del pilar anterior del lado inflamado ejerciendo sobre ella una ligera presion; esta

exploracion es dolorosa; pero obtenida la sensacion del ojal, si incidimos profundamente en su centro, caemos en pleno foco purulento. Las historias que acompaño concuerdan en todo á este respecto con las observaciones de Mr. Lemaister.

Felipe Rosas

Lima Julio 7. de 1894.

V. B.
Villar

Replicantes:
Dr. R. Morales
" F. C. Castillo
" N. Fernandez Concha

Historias Clínicas.

1ª

E. Aguirre, de 22 años, mestizo, limeño, ocupó el 12 de Mayo la cama N.º 42 de la Sala de Sn José, servicio del Dr. C. Odriozola.

Antecedentes. Dice padecer frecuentemente de Anginas. No tiene antecedentes de reumatismo y está exento de sífilis.

Hace tres dias sufrió un calofrio fuerte seguido de fiebre y acompañado de un agudo dolor de garganta; al dia siguiente continuó en el mismo estado, siéndole, además, imposible abrir la boca, lo que unido á una anorexia completa le impedia tomar alimento; ayer siguió lo mismo, por lo que se ha determinado á venir al hospital.

Estado actual. Temperatura 39.º5, agitacion, voz apagada, dolor punjitivo en la garganta con propagacion al oido derecho y acrecentado por los movimientos de deglucion.

La palpacion del cuello manifiesta dolor en el lado derecho y hace notar

infarto de los ganglios situados bajo el ángulo de la mandíbula. No puede abrir la boca; separando con un ligero esfuerzo las mandíbulas, vimos la amígdala derecha muy tumefacta, rodeada de una zona roja que se extendía hasta la parte media del velo del paladar; la úvula está rematosa; el suelo de la faringe se encuentra normal. La presion directa sobre la Amigdala inflamada nos dá una sensación de pastosidad y provoca gritos del enfermo.

Se le prescribe colucitorios con ácido bórico, limonada sulfúrica, un purgante de sulfato de soda, y 30 centigramos de sulfato de quinina, noche y mañana. En la tarde la temperatura es de 38.° 8.

Dia 13. Temperatura 39.° 1, la noche ha sido agitada, aumenta el dolor de garganta y existe salivación abundante. El exámen de la Amigdala enferma y de los pilares, permite apreciar la sensación de ojal al nivel del pilar anterior. Con el bisturí cubierto casi hasta la punta con esparadrapo se hace una incisión que dá salida

á una pequeña cantidad de pus sanguinolento.; sigue con los gargarismos boricados.

Tarde. Temperatura 38º El dolor ha disminuido.

Dia 14. La noche ha sido buena; está apirético; no hay casi dolor; la boca no puede abrirse todavia.

Dia 15. El dolor ha desaparecido, la voz es normal; se conserva todavia la rigidéz de los músculos estafilinos.

Dia 20. Sale completamente curado.

2ª

San Roque Nº 3.

Manuel Corea, natural de Sanja, de 19 años de edad, jornalero, entró al Hospital "2 de Mayo" el 6 de Noviembre de 1893 y ocupó la cama Nº 3 de la Sala de S.n Roque, servicio del D. C. Odriozola.

Antecedentes. No tiene antecedentes morbosos.

Estado actual. Se queja de un dolor agudo en la garganta que no le deja pasar la saliba; acusa, además,

escalofrios en las tardes, é insomnios.

Se halla febril (38°5.), existe ligera disphea; la abertura de la boca es dolorosa y no completa; se nota la amígdala derecha muy aumentada de volumen hasta el punto de rechazar la úvula á la izquierda de la linea media; los pilares derecho tambien se hallan eremátosos; toda la zona atacada tiene un color rojo brillante, salvo la parte superior de la amígdala donde se notan concreciones mucosas blanco amarillentas. No se percibe sensación de ojal al nivel del pilar anterior; hay simplemente pastosidad, pero no fluctuacion.

Tratamiento. Sulfato de soda 45 gramos, statin y gargarismos boricados.

Tarde. Temperatura 39°.

Dia 7. Temperatura 37°8. Sigue con los gargarismos boricados. En la tarde la temperatura es de 39°2.

Dia 8. La temperatura es de 38°8. Se hace apreciable la sensacion de ojal; la incision en este lugar dá salida á un pus seroso fétido.

Tarde. La temperatura es de 38°.
Dia 9. Temperatura 37°.5. El dolor ha disminuido. En la tarde apirético.
Dia 16. Sale completamente curado.

3ª "

Manuel P., de 25 años de edad, zambo, ocupó la cama N°.10 de la Sala de S. Roque el 20 de Diciembre de 1893, en el Hospital "2 de Mayo."
Antecedentes. Dice haber padecido con frecuencia de anginas, pero q. nunca ha sufrido un dolor de garganta tan agudo como el que ahora tiene. Se encuentra enfermo desde hace tres dias; comenzó su mal por un calofrio seguido de fiebre, y al mismo tiempo comenzó á sufrir un dolor punzitivo en la garganta que se ha ido acrecentando; no duerme en las noches y le es imposible tragar alimentos sólidos; los líquidos los deglute con dificultad.
El dolor aunque propagado en todo el fondo de la boca, es mas intenso al lado izquierdo; la voz es ligeramente

apagada. Temperatura 38º 8.
No hay infarto de los ganglios cervicales, existiendo solo una chasca linfática sensible al tacto al nivel del ángulo de la mandíbula. (lado izquierdo.)
Mandado abrir la boca, solo separa las mandíbulas 2 centimetros; pero deprimiendo la lengua con una cuchara se apercibe la amigdala izquierda muy roja y tumefacta; la presion de este órgano es dolorosa y dá una sensacion de pastosidad. No hay fluctuacion, ni sensacion de ajal.
Tratamiento. Sulfato de quinina 30 centigramos; gargarismos de ácido bórico y borato de soda.
Tarde. Temperatura 39º.
Dia 21. Temperatura 37º 9. La noche ha sido intranquila, el dolor muy agudo; el estado local es el mismo.
Tarde 38º 2.
Dia 22. Lo mismo que el anterior. Se agrega al gargarismo cocaina en la proporcion de 1%
Dia 23. Temperatura 38º 5. Se hace manifiesta la sensacion de ajal. La insicion dá salida á una pequeña

cantidad de pus sanguinolento y fétido.
Tarde. Temperatura 38.°
Dia 24. Noche tranquila; el paciente está apirético; el dolor ha disminuido.
En los siguientes dias la mejora continua acentuándose hasta salir completamente curado el 29.

4.ª

Hospital "2 de Mayo." San Roque N.° 20.
Servicio del D.r Odriozola.
Cipriano S. Edad 47 años, natural de Tacna, puertero, residente en Lima hace mucho años; constitución debil. Ingresó al hospital el 5 de Enero de 1894.
Antecedentes. Ebrio consuetudinario. Sometido con frecuencia á la acción del enfriamiento. Dice haber gozado buena salud.
Hace cinco dias que está enfermo. Sufre un agudo dolor de garganta, que se propaga al oido derecho, y no puede pasar ningun alimento.
La abertura de la boca es dificil, pero permite apercibir tumefaccion y rubor

limitada á la parte derecha del velo del paladar y amígdala del mismo lado. No hay fluctuacion, ni pensacion de ojal.

Tratamiento. Purgante salino, colutorio boricados.

Tarde. Temperatura 38°.7.

Dia 6. Delirio en la noche. Temperatura 37°.2. Se deja sentir el ojal de Lemaistre.

Tarde. Temperatura 38°.8.

Dia 7. Abertura expontánea del abceso en las primeras horas de la mañana. Apirecia.

Dia 8. La mejoria se acentua; el dolor es ligero y la voz tiende á tomar su timbre normal. Se puede notar en el centro del pilar anterior la abertura que ha dado paso al pus.

Dia 12. Salió curado.

5ª

Anibal Fernández, indio, soldado, constitucion robusta; ingresó al Hospital de "San Bartolomé" el 15 de Febrero del" presente año. Sala S.ª Ramon. Servicio del D.r Garoza.

Presenta una tumefaccion considerable de la amígdala derecha con rubor muy marcado de dicho órgano, y estendido además á toda la parte derecha de las fauces; los pilares del lado derecho muy edematosos; respiracion dificil; infarto de los ganglios cervicales del mismo lado; dolor intenso punjitivo en la parte inflamada que hace la presion insoportable; fiebre y sudores profusos. Calofrios repetidos; no puede abrir completamente la boca, pero si lo suficiente para la esploracion. Siguiendo el pilar anterior con el dedo se percibe una depresion en ojal en la parte media.

Se hace una incision en dicho punto dando salida á un pus flegmonoso en pequeña cantidad.

Se prescribe sulfato de quinina y salol en dosis pequeñas y repetidas y un gargarismo lisolado.

Tarde. Temperatura 38°. El dolor ha disminuido.

<u>Dia 16.</u> Noche tranquila; el dolor casi ha desaparecido; presionando la amígdala se hace salir pus de

notable fetidéz. Temperatura 38°2.
Continua el mismo régimen.
Tarde. Temperatura 38°5.
Dia 17. El paciente está apirético.
El edema ha disminuido considerablemente; la deglucion antes muy impedida es mas facil.
Prescripcion. Pocion calmante 3 veces; gargarismos boricados.
Dia 18. Apirecia. Continua con los gargarismos.
Dia 21. Sale completamente curado.

Lima, Julio 7 de 1894.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
No. de ingreso 11392
No. de la clasificación

UNMSM - FM - UBHCD
01000007267 7