El tratamiento de la Disentería Amebiana por algunos nuevos medicamentos

Desde hace dos años, el Departamento de Farmacología de la Universidad de California y el Instituto Tropical de Medicina de la fundación Hooper de la ciudad de San Francisco, han estado estudiando el tratamiento de evaluar por medio de procedimientos clínicos y *de* laboratorio, el valor comparado de 40 agentes químicos propuestos en el tratamiento de disentería amebiana, incluyendo emetina, chiniofón (Yatrén), aceptarsone (Stovarsol) y compuestos similares. De estos compuestos dos han merecido especial atención y son carbarsone y iodochloroxyquinolina, los cuales conforme los experimentos realizados aparecen más activos y eficaces que cualquier otro de los medicamentos ya conocidos,

Resumiendo brevemente las investigaciones de los Institutos arriba mencionados diremos que: 19 El carbarsone (ácido carbominofheny) es ocho veces más activo que la aceptárseme (stovarsol) cuando se experimenta en animales en relación con la actividad de las amebas *in vitro.* Este medicamento es tolerado por monos en dosis fraccionarias, en un total de 700 miligramos por Kilogramo *de* animal sobre un período de un mes. La excreción en el hombre re efectúa paralelamente a la excreción del acetarsone. 75 pacientes han sido tratados en la Universidad de California, Escuela de Medicina, y en 40 de los cuales han sido observados por 6 meses después del tratamiento, sus excrementos han permanecido negativos por A. histolíticas en 90% de los casos, notándose en todos notable mejoría clínica y sin haber habido toxicidad al arsénico.

Diez gramos de esta droga son bien tolerados sobre un período de 30 días en término medio en los adultos.

2º lodoclorexiquinolina ("Vioformo" N. N. R.) es tres veces más tóxico que chiniofon (Yatrén), pero es varias veces más activo como amebicida *in vitro.* Es tolerado en monos en 1200 mgm. por Kgr. de pe«o en dosis pequeñas dadas durante un período de seis semanas. En monos naturalmente infectados con A. histolítica han sido tratados la mitad por carbarsone y la otra mitad con vioformo. La mitad de los monos tratados con vioformo fueron observados cinco meses y siempre sus heces negativas y no se presentó ningún síntoma de toxicidad, desarrollándose los monos normalmente y mejorando de condición física.

Los estudios sobre la excreción de la droga demostraron que esta es rápidamente eliminada, Los

pocos pacientes tratados con esta droga han dado resultados muy favorables.

Manera de administrar el carbarsone.

19 Es necesario hacer el diagnóstico de A. histolítica en las heces y no tratar a los pacientes solamente por síntomas. Amebas activas o sus quistes deben ser demostradas en sus heces.

29 El promedio de medicamento que debe darse a los adultos es de 0.25 cgr. dos veces al día por 10 días. Tres muestras consecutivas de heces deben ser examinadas al terminar el tratamiento y mensualmente durante lo menos tres meses. Si las amebas aparecen durante este tiempo y no hay síntomas de diarrea o de disentería, el paciente debe someterse a un segundo tratamiento de cápsulas de igual duración y do saje.

3? Diez días lo menos debe mediar entre cada tratamiento para permitir la eliminación del arsénico. Los arsenicales están contraindicados en el caso de enfermedades del hígado o del riñón.

En los 75 enfermos tratados con carbarsone, no se ha registrado ninguna evidencia de toxicidad.

49 La cura clínica debe seguirse en cada caso tratado por carbarsone. En opinión de los experimentadores de esta droga, 12 exámenes de heces deben ser negativos, para averiguar con certeza que la cura ha sido efectuada. Es preferible examinar en un solo día seis muestras de heces al final de los tres meses que siguen al tratamiento.

59 El que desee informes más extensos o muestras de carbarsone debe dirigirse a los doctores A. S. Reed o H. H, Anderson del "Pacific Institute of Tropical Medicine". San Francisco de California,

Antonio Vidal,

Tegucigalpa, 3 de enero de 1932

*Nota preliminar.—En el De-*cimo sexto informe Anual del Departamento Médico de la United Fruit Company (1927) informé cinco casos de polineuritis beri-beriforme en nuestra División, los que fueron observados durante los años de 1925 a 1927. y que mostraban los síntomas típicos de la forma parapléjica del beriberi. Semejantes casos nunca se habían visto ni informado en Honduras, hasta donde yo haya sabido. Hay varias razones que me impidieron identificar esta enfermedad en la forma parapléjica del beriberi. Los casos eran pocos en comparación con el gran número de enfermos que vemos cada día en nuestro hospital. También, no había cambio evidente en las condicione- de vida de nuestros proletarios durante los años recientes que pudiera explicar el principio repentino de tal enfermedad; v «i las condiciones habían cambiado hasta cierto punto, era de esperarse una extensión más basta de la enfermedad entre los operarios, ya que toda la gente vive prácticamente bajo las mismas condiciones. Además como el alimento consiste en su mayor parte en frijoles y maíz, (ambos ricos en vitaminas B), arroz y algo de carne y, hasta cierto punto," bananos y plátanos, era de pensar que hubiera suficiente cantidad de Vitamina B para prevenir el beriberi. La deficiencia alimenticia como factor no ofrece una explicación muy satisfactoria en la etiología de nuestros casos. También, si fuera la causa oculta una infección, los casos parecían comparadamente raros e independientes los unos de los otros. En aquel tiempo, pues, dejé sin resolución la pregunta "beriberi o polineuritis".

Aumento de casos durante 1928. —Durante el año hemos tenido un notable aumento en el número de semejantes casos. En vez de 5 casos en tres años, hemos tenido este año 18 casos con síntomas típicos, y algunos pocos más en los cuales el diagnóstico no se pudo hacer con certeza, debido a síntomas dudosos. A pesar de que este número es un escaso porcentaje de los enfermos en el Hospital por otras razones, el aumento sobre los 3 años anteriores de interés considerable desde el punto de vista tanto médico como económico, pues significará una perdí-

da aun más grande de días de trabajo si la enfermedad sigue aumentando en este radio.

Tres Casos Típicos Resumidos,

—-Se exponen los siguientes tres casos para ilustrar los síntomas típicos en diversos grados de severidad :

CASO I

M. A, masculino, hondureño, de 31 años, entró al Hospital el 26 de octubre de 1928, con una historia de dos meses de enfermedad durante la cual se quejaba de adormecimiento y debilidad en las piernas. Algunos días antes de entrar al Hospital había tenido fiebres. Era conMuñidor moderado de bebidas alcohólicas. Antes nunca había estado enfermo de gravedad. Su alimentación era del tipo corriente en el país, consistente en su mayoría, de frijoles y arroz pulido, un poco de carne, y algu **nos** plátanos.

Examen Físico. — Era bien desarrollado y bien nutrido. Había caries dentaria solo en grado moderado, y la lengua sucia. Los órganos toráxicos y abdominales estaban normales, a excepción de una ligera hipertrofia en el bazo. No había reflejos rotuliano ni del tendón de Aquiles; los otros reflejos eran normales. Había una acentuada disminución de fuerzas en los músculos innervados por el ciático. El sentido del tacto sobre la piel en la parte interna de la pierna y sobre el dorso del pie estaba muy decrecido. Había ligero dolor en los músculos de las pantorrillas, a la presión. El frotis de sangre mostró algunos parásitos de terciana, y el examen de heces pocos huevos de Uncinaria. La temperatura era continuamente normal o sub-normal.

Curso.—Se le dio el alta después de 14 días de tratamiento de quinina, plasmoquina. estricnina y alimentación rica en vitamina **B.** Su condición había mejorado mucho.

CASO II

"C.S., masculino, mejicano (había vivido los últimos diez años en Honduras), maquinista, de 27 años, entro al Hospital el 10 de octubre de 1928. Había salido del Hospital apenas hacía tres semanas, donde había estado sufriendo una ligera infección de paludismo estivo-otoñal (tratamiento de 10 días en el Hospital). El enfermo era inteligente. Dijo se sentía débil y haber tenido hinchazón en la cara y piernas como una semana antes de ser admitido. En los 4 últimos días había encontrado gran dificultad para caminar. También sentía adormecimiento de los labios. Durante los últimos dos años había usado bebidas alcohólicas una o dos veces al mes, y en tales ocasiones se había intoxicado. En 1921 había tenido un chancroide con infarto ganglionar; después padeció durante un año de insomnio y nerviosidad. Su alimentación había sido aproximadamente la misma que en el Caso I.

Examen Físico. — Era muy bien nutrido y desarrollado pero algo anémico. Había ligero edema de los labios y piernas. El bazo hinchado, un dedo más bajo del margen costal. Los demás órganos toráxicos y abdominales parecían normales. La sangre negativa de paludismo y sífilis y la orina negativa. Las heces tenían huevos de Uncinaría. Al examen de! sistema nervioso mostró una ligera parálisis de la parte inferior del séptimo nervio craneal. El enfermo no podía ni silbar ni escupir; también había dificultad en masticar. Los reflejos de la córnea y el cuello estaban ausentes. Los demás nervios craneales parecían normales. Todos los reflejos de los brazos estaban presentes, así como los abdominales y cremastéricos. El respingo de la rodilla estaba exagerado; los reflejos del tendón de Aquiles *y* de Babinski estaban ausentes en ambos lados. Había marcada debilidad en las piernas. Los músculos flexores del muslo estaban parcialmente paralizados. Todos los muslos de la pierna dolían a la presión. Había ausencia del sentido del tacto en la piel del lado interno de las pantorrillas de arreas piernas y del dorso de los pies; y disminución del dolor producido por alfilerazos en la misma área. Las vejiga y demás esfínteres estaban normales. El paciente tenía una temperatura normal o apenas sub-normal mientras permaneció en el Hospital.

*Curso. — Su condición ner*viosa mejoro lentamente. 4 su alta el 12 de diciembre de 1923. después de 72 días *de* tratamiento todavía había debilidad en las piernas y algo de atrofia en los músculos. La sensibilidad era normal. Los reflejos no ha-

bian cambiado**.** El tratamiento consistió **en - estricnina, arsénico, masage** y alimentación rica en Vitamina B.

CASO **III**

D. R., masculino, hondureño, de 20 años, estaba enfermo en el campamento con fiebre y catarro y se quejaba de haber tenido dolores en las piernas y en el cuerpo durante 10 días. Entró al Hospital el 11 de agosto de 1928.

Examen Físico.—El enfermo era pobremente nutrido y mal desarrollado. Había algunas ulceraciones en ambas piernas. Los músculos de las piernas estaban tiernos a la presión. La cabeza v órganos toráxicos estaban normales. El bazo hipertrofiado, pudiendo palparse un borde un dedo debajo el margen costal. El respingo de la rodilla y reflejo del tendón de Aquiles estaban presentes e iguales. La sangre negativa de paludismo y de sífilis. La orina negativa. En las heces huevos de Uncinaria. Su alimento en el campamento era del tipo ordinario.

Historia. —El paciente tuvo una temperatura regular hasta 103" F. durante seis días después de admitido en el Hospital: después la temperatura bajó a la normal y permaneció así hasta su alta. No se pudo hallar la causa de la fiebre. El 16 de agosto de 1928, cinco días después de entrado el paciente dejó de tener dificultad para caminar, siendo su paso algo atáxico. El examen del sistema nervioso dos días después reveló una pérdida marcada de la fuerza en los brazos. Los reflejos de los brazos eran nórmale i. Los reflejos de la rodilla y del tendón de Aquiles estaban ausentes. Había reflejos cremastéricos y los de la porción media y superior del abdomen; los reflejos de la porción inferior y **los** plantares eran dudosos. Había completa parálisis de ambos nervios peroneales y una casi completa de los muculos innervados por los

ciáticos. Los músculos innervados por el crural estaban casi paralizados por completo. No había sensación ni al tacto ni al dolor en la piel al lado interno de ambas pantorrillas. Subjetivamente había adormecimiento en los pies y en las yemas de los dedos de las manos. Los nervios craneales estiban normales. *Curso.* — El tratamiento consistió en estricnina, hierro, arsénico y quinina. El régimen alimenticio fue el mismo que el dado a los demás enfermos. Como a las seis semanas el paciente empezó a caminar, primero con muletas. En noviembre los músculos inervados por los nervios peroneales empezaron a estar activos. Había marcada atrofia de todos los músculos de las piernas. El examen de los reflejos, no reveló ningún Cambio en la condición que había a su ingreso al Hospital. Su condición general era excelente. Después de .109 días de tratamiento se le dio el alta (Dic. 12 de 1928). Trabajaba como sirviente en el Hospital, y así he tenido ocasión de observarlo recientemente. Este examen (enero 1º de 1929) mostró una buena condición general. A excepción del reflejo del tendón de Aquiles, los demás eran normales. Los músculos de la pantorrilla todavía estaban algo dolorosos a la presión y todavía había una pequeña área de la piel cerca del maleolo interno derecho que mostraba ligera perturbación del tacto. Los músculos de las piernas todavía estaban algo atrofiados y la fuerza subnormal. Desde su alta ha llevado constantemente un régimen alimenticio debidamente equilibrado.

Reseñas sobre otros tres casos. —Solamente uno de estos tres casos mostró ligeramente edema de la cara y de las piernas. Un caso cuyos síntomas correspondían estrechamente a la forma típica ademato sa de beriberi llegó a mi observación sólo una vez, y su historia expongo a continuación:

CASO IV

V. H., masculino, hondureño, de 25 años, entró al Hospital el 12 de mayo de 1928. El paciente afirmó que había estado enfermo en el campamento como 8 días, de hinchazón general del cuerpo. Había tomado sal Epson y algo de quinina en el campamento.

Examen físico.—-Eva un nativo bien desarrollado y bien nutrido. Había marcado edema de la cara y de las piernas y ligera ascitis. Los ganglios inguinales estaban crecidos. El examen del tórax mostró algunos estertores sibilantes y una ligera obscuridad sobre la base derecha de la séptima vértebra dorsal hacia abajo, acompañada de ruidos respiratorios decrecídos, indicando un ligero trasu-

dado. El corazón derecho ligeramente dilatado. Presión sanguínea, sistólica 90. diastólica 60. El sistema nervioso normal. El examen de sangre mostró parásito^ palúdicos estivo-otoñales. Las heces contenían huevos de Uncinaria, la orina trazas de albúmina y unas pocas celulas de pus; hemoglobina 90 % . Curso. — El paciente no tenía fiebre. El edema desapareció en Eres días de dieta líquida tratamiento con quinina. Se fe dio alta 6 días después de su admisión, sin ningún sintonía.

DISCUSIÓN GENERAL DE LOS CASOS

Tuvimos 8 casos de diferentes grados de severidad, que correspondían al Caso I. Sus síntomas, pues, eran ligeros. Los reflejos profundos de las piernas estaban ausentes del todo o en parte; la sensibilidad estaba turbada en grados diferentes, pero no había parálisis. Seis casos correspondían al Caso *II*.

En éstos se encontró parálisis en grados mayores o menores, pero la capacidad de caminar nunca se había perdido. Los otros 4 casos que correspondían al tipo del Caso III, estuvieron durante algún tiempo inhábiles para caminar. Solo dos veces se encontraron además en relación con disturbios del sistema nervioso; edema sin disturbios tales y sin ninguna causa explicable, solo se encontraron una vez (Caso IV). Hubo unos pocos casos con ligeras turbaciones nerviosas, pero sus sintomas no eran característicos y fueron de tan poca importancia que no. se influyen en este informe.

Todos los casos eran de latino-americanos que habían vivido largo tiempo en Honduras, El promedio de edad era 37 años; el enfermo mas joven era Cie 20 años, y el más viejo de *53*. Su promedio de edad era mayor que el de nuestros enfermos en general; y habían sido empleados por nuestra Compañía durante

períodos de 6 meses a 10 años. Eran obreros en su mayoría; 2 eran mandadores y maquinistas, hecho que aparentemente indica que las condiciones mejores (le vida no evitaron la enfermedad. Tres enfermos vivían en ¡a finca Copete y 6'en la finca Sico; los otros estaban regados en varias fincas sin relación local. La incidencia en la misma estación es notable. Todos los casos se vieron en la estación copiosa, de agosto a febrero, mostrando los meses de octubre, noviembre y diciembre el mayor número de casos. Tal condición ha sido así en años anteriores. Trece de nuestros casos tenían huevos de Uncinaria en las heces. Tres mostraron parásitos maláricos en la sangre, 5 sostenían haber tenido fiebre en el campamento antes de ser admitidos y sólo uno tuvo fiebre en el Hospital, cuya causa no se pudo hallar. Sus síntomas nerviosos se desarrollaron después de su admisión al Hospital y en el período de la fiebre. En otros los síntomas so desarrollan después de .una operación de hemorroides. El estado físico general al admitirse se anotó como regular en 5 casos, pobre en 2 casos, bueno o muy bueno en 8 casos; en tros se anotó el estado. Se encontró hipertrofia esplénica en vatios casos. La prueba por sífilis resultó negativa en todos los casos; la punción lumbar cuando se hizo, reveló un líquido normal. El alcoholismo en cierta extensión se admitió solamente dos veces. Nunca hizo pensar el examen en el alcoholismo crónico. La alimentación era en lo principal la misma en todos los casos. Frijoles, arroz pulido, carne. Son los principales elementos de su alimentación. Algunos comían más cereales (cornflakes, oatmeal, pan blanco, tortillas de harina blanca) otros sostenían que comían maíz, huevos, mucha leche- plátanos, bananos y vegetales. En el hospital dábamos como tratamiento además de la estricnina, arsénico y quinina (cuando estaba indicada) una alimentación especial consistente de pan moreno, verduras, frutas, incluyendo bananos, frijoles y carne. Recientemente he dado levadura. Se practicaron masajes y movimientos activos de las piernas. El tiempo del tratamiento variaba con la severidad de los síntomas; y con la perseverancia dé" los enfermos. Algunos abandonaron el hospital antes de estar curados. Los casos benignos a me--nudo obtenían el alta luego y sé" les daban prescripciones respecto a la alimentación. Un enfermo estuvo en el Hospital 109 días y otro solo 8. El promedio de tiempo del tratamiento en el Hospital fue de 36 días y no ocurrieron defunciones.

COMENTARIOS FINALES

La pregunta es—en **vista** de las observaciones hechas este año. Podemos afirmar *que* se trata de beriberi? Los **síntomas clínicos** eran **los** de la **forma para**pléjica. y algunos casos **tenían** edema también. Otras causas **que** podían haber producido **síntomas** semejantes, eran: intoxicaciones de arsénico, de plomo, o de **los** alimentos, **nefritis** e insuficiencia cardiaca; y estos se excluyeron fácilmente. Nuestros enfermos no mostraron síntomas de alcoholismo crónico **ni** de haber tenido paludismo o sífilis agudos. La baja temperatura que se encontró en la **mayor** parte de nuestros casos y el hecho de que ocurrieran en los meses húmedos y fréscos del año son hechos que se compadecen con el diagnóstico del **beriberi.** Las objeciones a este **diagnóstico,** discutidas el año pasado y discutida.-^ a la ligera en el comienzo de **esté** informe, quedan todavía en pie. Se observó fiebre en el principio de la **enfermedad** en algunos de nuestros casos, y no se pudo explicar por ninguna de las causas ordinarias: apunta por lo menos alguna condición complicada ^ la deficiencia alimenticia e?- la causa de la enfermedad. La ocurrencia rara de la forma enematosa es de notarse. Esto no se compadece con la experiencia **ordinaria** de como ocurre el beriberi en otros países. El Caso IV se menciona arriba entre los casos dudosos **porque** la hidropesía desapareció en tres días de una dieta líquida y **pobre** en **vitaminas.** Como dijimos en el informe del año pasado, la teoría de la deficiencia alimenticia no clasifica bien la etiología- tanto más (pie nuestros proletarios comen por lo menos una

pequeña ración de alimentos que contienen la Vitamina B. Es discutido si el posible aumento en e) uso de arroz pulido y cereales refinados por parte de nuestros trabajadores en los últimos años, pueda pesar en favor de la deficiencia de Vitamina B. hasta el *punto* de causar casos aislados de beriberi sin llegar a provocar una gran incidencia en toda la División. Considerando los hechos arriba mencionados, es difícil llegar a una conclusión definitiva respecto al diagnóstico y tenerlo conforme la teoría existente de su etiología. En otros países (Brasil) los casos de beriberi no muestran exactamente los mismos aspectos característicos que los observados en países asiáticos, y en consecuencia estamos justificados, creo, en clasificar nuestros casos como beriberi también.

Hormoglando tónico masculino

Es una experiencia muy antigua de la ciencia médica, que la función normal de los órganos enfermos puede se» restablecida por la administración de los mismos órganos tomados do animales.

Un tal órgano es también si testículo que produce además de la esperma, también hormonas (es decir materia que entra en la circulación de 3a sangre) .y asegura por estas no solamente la función Sexual normal, sino influyendo directamente e indirectamente sobre las otras glándulas endocrinas glándula tiroidea, hipófisis, suprarrenal, timo, etc.) gobierna la fuerza corporal general, el tono normal del sistema nervioso y el curso normal del **trabajo** muscular.

Pero cu la producción de la neurastenia sexual tienen papel, fuera de la función insuficiente de los testículos, también la insuficiencia de otras glándulas endocrinas. Ciertos síntomas semejantes a la neurastenia indican la función disminuida de la glándula suprarrenal, lo que es tanto más plausible, porque sabemos que la glándula suprarrenal no solamente regula el desarrollo sexual, sino tiene también papel en la función sexual. (Experimentos en perros de Biedl.) Por la misma causa tiene influencia en esta enfermedad la glándula tiroidea, cuya función disminuida, el llamado hipotiroidismo, va muchas veces junto con astenia y un síntoma frecuente de esta enfermedad, *como* se sabe desde las investigaciones de **Stiller,** es la función sexual debilitada y la impotencia.

AI capítulo más nuevo de la ciencia médica pertenecen los datos que demuestran la influencia de la hipófisis <especialmente ele! lóbulo anterior) sobre las funciones sexuales. **Zondek** y **Aschheim** demostraron que el ovario o testículo de ratas infantiles, desprovistas de su Hipófisis, no se desarrolla y que estos animales no llegan nunca a la madurez sexual, el aparato genital de animales adultos hipofisectomi-sados se achica y las ratas envejecen pronto. Lo mismo se puede observar en el hombre, si la función de la hipófisis está disminuida sea a base anatómica, sea por nerviosidad: la función de los testículos cesa y se puede presentar también atrofia.

Si pues deseamos curar los trastornos de la función sexual, la impotencia.;' las varias formas patológicas de la neurastenia sexual, debemos escoger un preparado que- contenga las materias que ayudan la función de los testículos.

EL HORMOGLANOO TÓNICO MASCULINO -RICHTER" contiene las hormonas activas de los órganos mencionados y se puede emplear con resultado excelente cuando la causa de la impotencia y de la consiguiente depresión mental es el trastorno de la función endocrina de los testículos, o el curso anormal de las irritaciones nerviosas (por onania, coitus interruptus o desperdición del interés sexual, etc.) o la debilidad constitucional del organismo, astenia, caquexia general, excitabilidad y disminución del metabolismo: El efecto del HORMOGLANDO

TÓNICO MASCULINO **"RICHTER" se presenta** ya en poco **tiempo:** las funciones sexuales se vuelven normales, la potencia se restablece, la eyaculación precoz (que es uno de los síntomas más **frecuentes** de la neurastenia sexual) desaparece; por el componente d2 timo y cerebro aumenta el tono muscular del corazón y del sistema sanguíneo, la fuerza corporal aumenta mucho, oí cansancio, la **somnolencia** cesa y con la normalidad del metabolismo vuelve el apetito *y* se **regulariza la digestión.**

Excelentes resultados se observaron por la administración del HORMO-**GLANDO** TONICO MASCULINO "RICHTER" en los casos de obesidad **de origen endógeno y de enagenación mental maniaca-depresiva.** Así empleó **Schiff.** médico-jefe del Hospital de Budapest en 67 enfermos el HORMOGLANDO TONICO MASCULINO en casos que a pesar de la **recepción** disminuida de calorías no presentaron adelgazamiento, es decir en los cuales la función alterada d21 aparato endocrino era la causa de la gordura. El tratamiento duró 0 a 10 semanas y consistió en la administración **de inyecciones** y de tabletas. El adelgazamiento fue en término medio 15 a 20 % y este resultado se podía aumentar todavía con la inyección simultánea de material heteroproteínicas (Protaven "Richter"). Debemos mencionar que durante la cura no se necesita dieta especial.

De las resultados excelentes obtenidos con el HORMOGLANDO TONICO MASCULINO en la psiquatría da cuenta **Bakody,** profesor de la **Universidad** de Budapest, que a base de sus **experimentos** con inyecciones en cientos de enfermos de enajenación **mental,** observó la aclaración da la cara sin expresión, la normalización da la **disposición** de! ánimo, la cesación de las alucinaciones y la vuelta de la movilidad y **del** buen **humor.**

La administración se hace durante largo **tiempo,** porque la correlación química defectuosa del organismo, que ya subsiste largo tiempo y el estado del equilibrio normal se **puede restablecer** solamente después de cierto tiempo. La cura dura 2 a 3 meses. De las ampollas se administran según posibilidad . diariamente una . (acaso cada dos días una) por vía intramuscular. La dosis de las tabletas as 1 a 2 tabletas tres veces al día. Muchas veces es bueno dar las inyecciones y **tabletas** combinadas.

IJORMOGLANDO TÓNICO MAS-**CULINO "RIGHTER"** se pone a la venta :n frascos con 25 **tabletas** y en cajas **con** 3 a 6 ampollas.

Nuevo punto doloroso sintomático de la Apendicitis

El nuevo punto descubierto por Neirotti tiene la enorme ventaja ele no ser subjetivo; ha de provocarse. Para ello, se hace acostar al enfermo sobre su lado izquierdo con la musculatura da la extremidad abdominal derecha relajada, y el punto de unión de los dos tercios externos con el interno de una línea **que** va del extremo sacro del surco interglúteo con la espina ilíaca antero superior se halla una zona, como una **moneda** *de diez* céntimos, que**,** apretándola discretamente con la yema de un dedo, causa un dolor que sorprende al propio enfermo y se acompaña de midriasis. Si el dolor es mínimo, se puede aconsejar una cura médica; si es de mediana intensidad, la intervención quirúrgica no podrá demorarse macho, y si es vivo e intenso, la intervención es urgente. Neirotti prepone **llamar** a dicho punto "doloroso glúteo superior derecho apendicular".—P. F.