

16 917



Boletín

Oficial



del

Colegio de Matronas

de

MADRID

Y su provincia



Ayuntamiento de Madrid

CONSERVE USTED SU ROSTRO TERSE Y JUVENIL

Empleando solamente CREMA ANGELINES, preparado rigurosamente científico. Sus efectos son inmediatos. No entra en su composición glicerina (que ennegrece el cutis), ni grasas animales, no ofreciendo el peligro del crecimiento del vello.



Polvos Angelines

EMPLEELOS SIEMPRE

PARA LA HIGIENE

Y TOCADO DE LOS NIÑOS

POLVOS DE LA BABA Y PARA LAS LOMBRICES

El mejor remedio contra las enfermedades de los niños - Facilita la dentición
Desinfectante intestinal - Excelente laxante - Preparado por D. Diego Tutzó
Representante: **Sebastián Gómez.-Calatrava, 22.** - Tel. 71149. - MADRID

LA FLOR DE ORO DROGUERIA Y PERFUMERIA

Calatrava, 22. Teléfono 71149. Madrid

Recomienda a usted la pintura al temple
SEBAS, en blanco y colores, para preparar
al agua fría.

Servicio rápido a domicilio avisando al teléfono 71149

BOLETIN

DEL

COLEGIO OFICIAL DE MATRONAS

DE MADRID Y SU PROVINCIA

Presidenta:
D.ª Pilar Montes
 Murcia, 17

Tesorera:
D.ª Teresa Sancho
 Toledo, 99

DIRECTORA:
DOÑA ISABEL RUIZ
 CALLE DE VIRIATO, 1

Contadora:
D.ª Natividad Carrasco
 Baltasar Bachero, 20

Administradora:
D.ª Petronila Lahoz
 Alvarez Gato, 4

Domicilio Social: **Calle de San Bernardo, num. 11** Teléfono 11752

SUMARIO

A río revuelto . . . - Desagravio. - Homenaje al Doctor Verdes Montenegro, actual Director General de Sanidad. - Cain y Abel. - Diagnóstico y diagnóstico diferencial de las afecciones ginecológicas (continuación).

A RÍO REVUELTO . . .

“A río revuelto, ganancia de pescadores”. Este antiguo refrán nos quiere indicar, en el momento actual de la vida matronal, algo tan odioso e inaudito, que la pluma se resiste a escribir sobre este repugnante asunto. ¿Qué concepto puede merecernos el compañero traidor que quiere aprovecharse de lo que cree el error de otro compañero y se ofrece por lo que quieren darle, con el fin de quitar el pan a quien lo expuso valientemente para mejorar la clase? No comprenden esas personas que su actitud no sólo no resuelve nada, porque ellas mismas se empuñan, lo primero porque hacen desmerecer su trabajo al ofrecerlo por lo que quieren, y lo segundo, que el papel del esquirol es innoble y despreciado hasta por los mis-

mos que lo utilizan. Suele pasar con ellos lo que con los espías: que después que les sirven los mandan fusilar por indeseables.

Aquí no ha pasado nada porque las Empresas, más nobles que las mismas compañeras, saben que las obreras defienden su trabajo, como ellas defienden sus intereses, y que esa lucha, tan justa, que está amparada por la ley, no puede permitir represalias, y si las permitiera, buen pago tratabais de dar a las que, como Jesucristo, se sacrificaron para que las crucificarais.

Pensad, compañeras, que de esa manera no llegaréis nunca al sitio que en la Sociedad os corresponde; que nuestro trabajo es muy abrumador; que no tenemos descanso; que pesan sobre nosotras grandes responsa-



LAS MADRES TENDRAN
MUCHA LECHE

TOMANDO

ROB - VIDA

≡ MIRET ≡

Compuesto fosfatado de jugo lechoso de plantas lecheras, extracto de galega, tinturas de canela, azafrán, hinojo, cilantro, cominos, avis, etcétera, y leche de almendras dulces que obran directamente sobre las glándulas secretoras, excitándolas fuertemente.

La leche resulta más rica en caseína y manteca y de calidades excelentes para alimentar el nuevo ser.

ROB-VIDA, número 1

Se toma durante el embarazo (desde los primeros meses)

Combate la albuminaria, dolores, vómitos o molestias propias del estado. Desarrolla y fortifica el feto, tonifica a la madre y predispone para un parto feliz y leche abundante.

ROB-VIDA, número 2

Se toma durante la lactancia

Aumenta la cantidad de leche, la enriquece en caseína y manteca y repara a la madre el desgaste que sufre por la lactancia

De venta: Centro de Especialidades y farmacias

Ayuntamiento de Madrid

bilidades; que las exigencias de la vida son cada vez mayores; por tanto, no debe extrañar que tengamos también aspiraciones algo mayores; por eso os pido no déis crédito más que lo que vosotras veáis, que no podrá ser más que ampararos en cuantas reclamaciones tengáis que hacer, como ya tenéis precedentes, y nunca lo que pueda perjudicaros.

Isabel Ruiz

DESAGRAVIO

Aclarando meritos y actitudes

Aquí viene bien aquello del pasaje del *Quijote*, de "ladran, señal que cabalgamos". La Directiva de las Matronas de Madrid es indudable que puede apuntarse el triunfo de haber obtenido el que los partos sean pagados por las Sociedades a cinco duros. ¿Quién sino esas compañeras que ostentan nuestra representación ha hecho mayor esfuerzo por conseguir lo alcanzado?

Pues gratitud les debemos a ellas todas las demás. En estos tiempos que corremos, llenos de egoísmos y miserias humanas, merecen consideración y respeto quienes se sacrifican por el bien colectivo.

Escribo estas líneas a propósito de desagraviar a nuestra digna Presidenta y Directora del BOLETIN, que en el número pasado se lamentaba de ciertas actitudes que han adoptado algunas compañeras en relación con la subida de sueldos.

Si alguna de nosotras resultase perjudicada en cualquier ocasión con motivo de haber logrado un bien colectivo, no tendrá por qué querellarse, pues que de ese estado de justicia establecido participará igualmente que las demás. Y quien no ama la justicia no merece, por su egoísmo, vivir en sociedad.

Remedios Rincón

Homenaje al Doctor Verdes Montenegro actual Director General de Sanidad

La Asociación de escritores médicos, que tuvo en un principio la idea de ofrecer a su querido compañero, de una manera íntima y fraternal, su satisfacción por la elevación a tan honroso y elevado cargo con un banquete homenaje, tuvo que cambiar de rumbo ante el vehemente deseo manifestado por toda la clase médica y sanitaria de sumarse a dicho acto.

En la presidencia tomaron asiento, junto al homenajeado, el Ministro de Trabajo y Sanidad, Sr. Estadella; el Subsecretario, señor Pérez Mateos; Directora de Beneficencia, señorita Clara Campoamor; Inspector provincial, Sr. Bardaji; Presidente del Colegio de Médicos, Sr. Piga y muchas personalidades que sentimos no recordar.

El Colegio Oficial de Matronas de Madrid, representado por un nutrido grupo, quiso con su presencia testimoniar su admiración hacia el sabio profesor que con su gran talento y relevantes méritos ha llegado a escalar los más altos cargos de la Sanidad española.

La clase matronal, que confía en el espíritu de Justicia del Sr. Verdes Montenegro, tiene cifradas sus esperanzas en el gran tisiólogo, honra de España.

Se súplica a las colegiadas que procuren tener a la Dirección al corriente de cuantos asuntos precisen sean publicados, pues tendremos un verdadero placer en serles útil en todos sus deseos.

Sra. Matrona;

Con leche condensada «La Lechera» y Harina Lacteada Nestlé se han criado millones de niños en España que hoy son seres fuertes y robustos.

S O C I E D A D N E S T L É

tiene hoy el gusto de presentarle a Vd. sus nuevos productos fabricados en La Penilla - Santander:

NESTOGENO *semi-descremado, leche en polvo con 12 por 100 de grasa especial para los lactantes jóvenes o para los que no toleran la leche con toda la crema.*

NESTOGENO *entero, leche en polvo con 21,5 por 100 de grasa, especial para los lactantes que toleran una mayor proporción de crema.*

SINLAC *Mezcla científicamente equilibrada de cinco cereales, dextrinados y malteados. Se combina con el Nestogeno, con la leche «La Lechera» o con la leche fresca.*

Pida Vd. literatura y muestras gratuitas a

Sociedad Nestlé A. E. P. A.

VIA LAYETANA, 41

---:---

BARCELONA

Tenemos también a su disposición el

NUEVO BIBERON "LA LECHERA"

para medir con exactitud científica las dosis del lactante.

Ayuntamiento de Madrid

CAIN Y ABEL



Lo que la Sociedad ha visto siempre con peores ojos han sido las guerras civiles. Es odioso que se susciten peleas entre hermanos y se vierta nuestra misma sangre; pero la humanidad, en su locura, empezó desde Caín y siguió hasta nuestros días; por eso las matronas, que, por lo mismo que somos una clase abandonada a nuestras fuerzas, debíamos ayudarnos mutuamente para hacernos fuertes y llegar adonde debemos estar, es decir, a la máxima consideración y a que se respeten nuestros derechos; por eso las matronas, vuelvo a repetir, para no desmentir la fatal tradición, sentimos ansias fratricidas, nos dividimos en dos ridículos grupos, para perjudicarnos lo que podemos por un amor propio mal entendido, sin pensar que mientras el enemigo común se frota las manos, pues de nuestra desunión se propone sacar el mayor partido posible. Porque lo más extraño de esto es que las que tienen este criterio tan equivocado de sus derechos sean personas que tienen que vivir del trabajo, que lo natural es que pretendan, como todo el mundo, el máximo beneficio con el mínimo esfuerzo dentro de lo legal. ¿Por qué entonces tratar de entorpecer la labor de quien sólo quiere sacaros del servilismo en que hemos estado hasta la actualidad? ¿Es que se puede reprochar nada a quien da el pecho, luchando denodadamente porque podamos, como todo el mundo, tener nuestros deberes, pero también nuestros derechos? No es de personas conscientes querer tirar piedras a su propio tejado, y mucho menos las que se dejan arrastrar por consejos mal intencionados y peor dirigidos.



Diagnóstico y diagnóstico diferencial de las afecciones ginecológicas



(Continuación)

Estadística privada 406, 1928: Mujer de cuarenta años. Último parto, en 1916. Última regla, a mediados de enero. A comienzos de marzo, dolor repentino a nivel de la fosa ilíaca izquierda, acompañada de vómitos y seguido de expulsión continua y moderada de sangre oscura. Después de sangrar durante catorce días, raspado por el médico de cabecera. A pesar de ocho semanas de reposo en cama, de ergotina, de estreptol y de tratamiento reabsorbente, pequeñas hemorragias de vez en cuando. Al explorar a la enferma el 9 de julio se encuentra una hematocele. Después de extirpar la trompa, gruesa como el pulgar, y de vaciar una hematocele peritubárico, desaparecen las hemorragias externas.

Los accesos dolorosos de hemorragias internas que preceden regularmente a la externa son patognómicos de interrupción del embarazo ectópico. Tanto el aborto como la ruptura tubárica van acompañados de dolores producidos por contracciones tubáricas de tipo peristáltico y por irritación peritoneal. Esta última, debida a la hemorragia y al traumatismo, da lugar en ocasiones a síntomas peritoníticos muy pronunciados (eructos, vómitos, sensibilidad a la presión, etcétera). Los datos referentes a la localización de los dolores son muy variables. Algunos autores los describen a nivel de la vesícula biliar y del epigastrio. Otras veces llegan hasta

Los avisos de publicidad a nuestro agente D. Francisco Benito; calle de Juanelo, 11.-Teléf. 75133.-Madrid

EUPARTOL

Gran tónico para
la mujer en todas
sus edades -



Menstruaciones difíciles, dolores de espalda y riñones etc., etc. Es el único auxiliar de la Matrona, tomándolo las embarazadas constantemente desde el quinto mes del embarazo; proporciona un parto fácil y rápido: hijos sanos, robustos y leche abundante. * * *

Perleucuterol

Irrigaciones perfumadas para toda clase de afecciones de los órganos sexuales femeninos. * * *

ENOBIOL

(VINO DE VIDA)

Poderoso tónico aperitivo. Uso en todas las convalecencias

Plasmaserum

(INJECTABLES INDOLOROS)

«Los vómitos, mareos, desvanecimientos producidos por el embarazo de la mujer, desaparecen con el empleo de nuestro PLASMASERUM, curándose por completo dichos trastornos». Remineralizante rápido del organismo. Indicado en la neurastenia. * * *

LABORATORIOS R. T. B.

Calle de Claris, 57. - Teléfono 74245. - BARCELONA

Representante para Madrid
y su provincia

D. Jesús Albarrán

Luna, 40 - Teléf. 54024

el hombro, como ocurre también después de inyección de éter, de insuflar las trompas en estado de irritación peritoneal, etc. Para el diagnóstico diferencial tiene importancia su presentación brusca sin síntomas premonitorios y su corta duración. Los signos de hemorragia interna sólo pueden averiguarse, porque se necesita que aquélla sea muy intensa para que se haga evidente a las personas que rodean a la enferma. Sin embargo, aun en casos de hemorragia moderada, se presentan cambios bruscos de color en la cara, palidez pasajera, lucecitas delante de los ojos y sensación de desmayo, debido a la influencia coadyuvante del *shok*. Los datos amnésicos de esta naturaleza tienen siempre importancia, y más aún si han ido acompañados de la expulsión de una membrana. Las mujeres inteligentes describen a veces exactamente la misma, con su forma triangular, su superficie interna lisa y su superficie externa rugosa. Desgraciadamente, la mayoría de las pacientes no se fijan en ello, o bien los elimina la membrana, como ocurre en las primeras semanas del embarazo. Si la amnesis es característica, no hay que desorientarse porque se hallan practicado ya antes operaciones a causa de embarazo tubárico. Se han observado en ocasiones repetidos embarazos de esta índole, hasta en el mismo lado en que se operó, y a veces existe, además, un embarazo intrauterino simultáneo. Los datos amnésicos pueden no tener fuerza demostrativa absoluta, pero facilitan en gran manera el diagnóstico. La evolución clínica y el

hallazgo objetivo proporcionan indicios de valor para el observador experimentado, sin que pueda hablarse, no obstante, de algo característico. En primer término, recalcaremos que existen los signos genitales del embarazo: inhibición y coloración lívida de las mucosas, reblandecimiento de la región del orificio interno del cuello y aumento de tamaño uterino cuando la menstruación falta algún tiempo. La presencia del calostro tiene sólo importancia en mujeres que no han estado nunca embarazadas, y aun no mucha.

Los signos de hemorragia intraabdominal, comunes a todas las interrupciones de embarazo ectópico, son, desgraciadamente, muchas veces poco evidentes. Cuando la hemorragia es fulminante, se puede sospechar su existencia por el pulso débil, la anemia progresiva y la matidez en las regiones declives del abdomen. En cambio, las hemorragias pequeñas y repetidas determinan con frecuencia modificaciones poco características. Unicamente cuando se forma un hematocele, la palpación directa proporciona más datos. La consistencia especial cística y nunca elástica, la sensación de resistencia, parecida a la nieve húmeda, cuando se practica la exploración por vía rectal, son fáciles de percibir con el dedo, y, además, tienen importancia diagnóstica.

Los demás datos de exploración en caso de hematocele no son tan claros. Las modificaciones periuterinas son muy poco pronunciadas, aunque el embarazo tubárico esté muy adelantado. Unicamente son sospechosas la unilateralidad del proceso, su falta de bordes y el dolor a la presión anexial. La sensibilidad es a veces tan intensa que basta tocar el espacio de Douglas, o tirar del hocico de tenca para que se produzca dolor. Clínicamente tiene importancia la elevación térmica poco intensa (no acostumbra a pasar de 38 grados), debida a la reabsorción de sangre, porque da lugar con frecuencia a confusiones con procesos inflamatorios. No obstante, el recuento leucocitario y la velocidad de sedimentación de los hematíes evitan tal error;

El boletín siempre deseoso de que todas las compañeras comunicasen a la clase sus diferentes puntos de vista, acogería con mucho gusto cuantas aspiraciones, deseos, quejas e iniciativas puedan sentir y de esta manera contribuir al engrandecimiento de la clase y la revista.

la falta de leucocitos y de aceleración de la sedimentación de los hematíes permite excluir la etiología inflamatoria de elevaciones térmicas subfebriles.

El diagnóstico de embarazo tubárico perturbado o de hematocele es tanto más probable cuanto más grande, irregular y dolorosa es la tumoración y cuanto más evidente es su localización unilateral. Menos valor tienen para el diagnóstico de hematocele la isteria (hematinemia de Schottmüller) y la acetonuria (Novak y Porges). Ya hemos indicado antes la falta de resultado de medidas terapéuticas reabsorbentes y lo difícil de modificar que es la reabsorción uterina. Conviene no olvidar que en el embarazo ectópico perturbado no se presentan las reacciones locales y generales que siempre se observan en los procesos inflamatorios a consecuencia de exploraciones, tratamientos estimulantes, como, por ejemplo, inyección intramuscular de leche estéril. Lo que alarma son los accesos dolorosos unilaterales, la anemia progresiva, la agravación, brusca y afebril, de una peritonitis pelviana después de masaje, raspado, etc., así como el aumento de la tumoración a consecuencia de hemorragias repetidas. Curioso es que el aumento de resistencia a la palpación, no acompañado de fiebre ni de leucocitos, progresa más hacia el abdomen que hacia la vagina, en oposición a lo que ocurre con los procesos inflamatorios. Se evitarán confusiones con otras anomalías si, frente a toda alteración parauterina demostrable, se piensa en la posibilidad de un embarazo tubárico tan pronto como existen signos de embarazo. Si se sospecha una hemorragia intraabdominal o un hematocele, se procederá a la punción aséptica, mediante agujas no demasiado delgadas. Cuando el hematocele sobresalga de la pelvis, o la hemorragia consecutiva a la rotura sea reciente, bastará muchas veces la punción abdominal. Más segura, pero también, algunas veces, más peligrosa, es la punción del espacio de Douglas a partir de la bóveda vaginal pos-

terior. La abertura de aquel espacio mediante una incisión (Döderlein) es pocas veces necesaria, y sólo se practica en medio clínico; la laparotomía de prueba es preferible. En general, basta la punción, aunque no siempre proporciona resultados seguros, ya que la sangre aspirada puede proceder también de un vaso.

Averiguando la coagulabilidad de la sangre aspirada se evitan errores, porque la procedente de un hematocele o de la cavidad abdominal no se coagula o lo hace muy difícilmente. La sangre del hematocele se caracteriza, además, por el color oscuro, negruzco y por la presencia de cierta floculación. La punción fracasa a veces en roturas recientes con pequeña hemorragia, o en abortos ya terminados, por no encontrar el hematocele peritubárico, situado muy arriba o de tamaño muy pequeño. Aunque se aspire sangre, no basta ello sólo para establecer el diagnóstico de aborto, porque también puede tratarse de un tumor ovárico que sangra, de un cuerpo lúteo, de un hemayososalpinx, de una torsión de los anejos o de hemorragias foliculares. Los errores pueden ser muy graves cuando la punción resulta negativa al puncionar, por ejemplo, un quiste ovárico o un exudado seroso inflamatorio.

Historia núm. 951, 1928: Última regla, el 17 de marzo de 1928, como de ordinario. Dos días después de terminarse, pequeña hemorragia seguida de dolores, violentos y pasajeros, en el lado derecho del abdomen. Desde entonces, hemorragia persistente y repetición de los accesos dolorosos dos veces. Vómitos todas las mañanas. Exploración: Utero retroflesionado, no turgente. Ninguna coloración lívida. A la derecha y a la izquierda del útero, tumor del tamaño de un huevo de gallina adherido a la pared de la pelvis. 16.000 leucocitos. Temperaturas subfebriles. Punción del espacio de Douglas: líquido seroso de color rosa pálido y estéril bacteriológicamente. La enferma es dada de alta cinco días más tarde por propia voluntad. El 3 de

julio, nuevo ingreso, en estado anémico muy acentuado. Operación inmediata. Embarazo tubárico. Curación.

Sin embargo, estos casos son excepcionales. Dada la poca claridad de la anamnesis y del hallazgo palpatorio en casos dudosos, se obtiene, en general, los datos más seguros mediante la punción.

No hay necesidad de insistir en que no conviene esperar mucho cuando mediante la punción se haya puesto en evidencia la hemorragia interna y exista anemia indudable. Todo retraso puede dar lugar a consecuencias perjudiciales de gravedad (ello debe tenerlo, sobre todo, en cuenta el médico práctico, menos versado en estos asuntos). Las exploraciones no cuidadas pueden empeorar también mucho a las enfermas. Siempre que se sospeche la existencia de un embarazo tubárico perturbado es necesario vigilancia continua, porque en todo momento pueden producirse hemorragias peligrosas de gran intensidad. Aquella vigilancia no puede verificarse más que en una clínica bien organizada, cuyos medios auxiliares permitan combatir los síntomas peligrosos, aunque el diagnóstico diferencial no esté aclarado todavía.

El diagnóstico del embarazo ectópico perturbado es fácil muchas veces si se aprovechan todos los medios auxiliares de que disponemos. Lo más importante es pensar en ese accidente, y de ahí que deba tenerse en cuenta.

Yo no puedo olvidar el caso de una mujer joven que, a pesar de ser operada en seguida y en condiciones favorables, murió a consecuencia de la hemorragia interna; el médico que se llamó primero opinó que se trataba de una intoxicación aguda (los síntomas se presentaron por la noche, después de haber comido pescado) a causa de los vómitos, y perdió un tiempo precioso en lavados gástricos, etc. No obstante, la anamnesis era tan típica que el diagnóstico de verosimilitud era muy fácil de hacer.

Diagnostico de la localización del embarazo Túbarico

Tanto ésta como la del embarazo ectópico en general pueden hacerse sólo casualmente. En el embarazo intersticial (v. figura 34), el único signo seguro es la amplia continuidad del huevo con el útero. Por lo menos, la posibilidad de palpar en pedículo excluye la existencia de un embarazo intersticial. La posición vertical del fondo uterino descrita por Ruge-Simón no existe siempre. También son variables la posición y el curso del ligamento redondo. La distinción entre un embarazo intacto y un abombamiento de Piskacek, o un embarazo en un cuerno rudimentario no es fácil; pero las dificultades aumentan mucho más en el embarazo interrumpido, en el que, por otra parte, no puede perderse tiempo en consideraciones diagnósticas dada la grave hemorragia interna.

Los datos exploratorios son todavía menos claros en las inserciones paratubáricas, ostioabdominal, ovárica y peritoneal. A veces sólo puede discutirse la localización frente al hallazgo operatorio.

Prácticamente basta el diagnóstico de embarazo ectópico y perturbado. Por desgracia, hasta los observadores más experimentados pueden padecer equivocaciones y sorpresas.

Diagnostico diferencial

Hasta en caso de rotura capsular externa con intensa hemorragia abdominal no es siempre fácil establecerlo. La confusión con hemorragias foliculares o hemorragias internas de otro origen sólo pueden evitarse teniendo en cuenta los datos que facilitan las enfermas respecto a su menstruación. Difícil es también la distinción frente a la peritonitis difusa aguda, especialmente si va acompañada de síntomas de aborto, como ocurre muchas veces cuando se han practicado maniobras criminales.

Un médico hizo ingresar una mujer pálida y colapsada, en la que horas antes, dieciocho creo que eran, se habían extirpado el feto y la placenta a causa de una hemorragia genital. Poco después de la intervención aparecieron náuseas y vómitos. Abdomen difusamente sensible a la presión, pulso filiforme. Diagnóstico: peritonitis post-abortum (¿criminal?). Al practicar la laparatomía se encuentra el abdomen lleno de sangre. En el ángulo izquierdo del útero, prominencia del tamaño de una nuez con rotura irregular, a través de la cual se llega a la cavidad uterina después de pasar por un hueco esférico y de paredes lisas. Se trataba de un embarazo intersticial roto, con evacuación del feto y de la placenta en el útero.

En este caso excepcional se hubiera podido también evitar el error practicando la punción abdominal. Esta última constituye realmente en muchos casos el mejor medio auxiliar, porque el aspecto general, el pulso y la temperatura se alteran de modo semejante en ambos procesos. Cosa parecida ocurre con el íleo estrangulado. También aquí la punción aclara el asunto, si es que antes no existían trastornos intestinales que hagan al íleo más verosímil. Afortunadamente estas enfermedades (que hay que tener en cuenta para establecer el diagnóstico diferencial) no varían la conducta terapéutica a seguir, puesto que en todas ellas hay que operar en seguida.

En las interrupciones acompañadas de hematocele, los errores tienen consecuencias

mucho más desagradables. Con cierta frecuencia se confunde un hematocele retrouterino con una retroflexión. En primer término, no se tiene en cuenta que el desplazamiento hacia atrás del útero grávido da lugar a molestias características y, en especial, a retención urinaria, en tanto que el hematocele va precedido o acompañado de hemorragias y de accesos dolorosos con síntomas peritoneales. Si coexisten casualmente las hemorragias del embarazo y la retroflexión uterina, los síntomas principales son: contornos precisos, consistencia blanda y movilidad fácil. Si todavía persisten dudas, se practicará la exploración en narcosis. En el hematocele el cuerpo uterino se encuentra en anteflexión (lo mejor para darse cuenta de su posición es apreciar la dirección del cuello), y puede limitarse más o menos de la resistencia palpable situada detrás.

Muy frecuentemente es la confusión de un embarazo tubárico interrumpido con un aborto intrauterino precoz, porque la hemorragia, los dolores y, sobre todo, la salida de la decidua, son interpretados equivocadamente. Son característicos del aborto la larga duración de los dolores de carácter peristáltico, con intensidad progresiva, las sensaciones de estiramiento en el sacro, la presión hacia abajo, la hemorragia externa intensa y progresiva, la falta de schoks. En la interrupción ectópica, la aparición brusca de dolores unilaterales, que se repiten al cabo de unos días o de unas semanas, disminuyendo de inten-

Ulloa-Optico

Gafas-Lentes. - Carmen, 14-Madrid

sidad; la hemorragia escasa, pero persistente. La exploración objetiva proporciona datos respecto a las regiones parauterinas. Muchos errores se evitarían si los productos de un raspado practicado en tales casos sin motivo se examinaran. La observación macroscópica y la demostración de partes de huevo (sobre todo de vellosidades) también asegurarán el diagnóstico.

La confusión más frecuente es la del hematocele con afecciones inflamatorias de los anejos, a pesar de que los datos anamnésicos respecto al comienzo de la enfermedad, el hallazgo palpatorio y la exploración hemática proporcionan elementos diferenciales suficientes. Resumiendo brevemente, hablan a favor de procesos inflamatorios y en contra de embarazo tubárico la presencia brusca y febril de la enfermedad a continuación de una regla que no se ha retrasado, la intensa hemorragia uterina, la bilateralidad de las tumoraciones anexiales no muy sensibles a la presión, la fuerte aceleración de la velocidad de sedimentación de las hematías en procesos subagudos, la reacción febril después de inyectar leche y la leucocitosis intensa al formarse el absceso. También puede utilizarse para el diagnóstico diferencial la ictericia (Schottmüller) y la presencia de hematina en la sangre que se observan a veces en la hematocele. Lo dicho para las inflamaciones anexiales puede aplicarse también para la peritonitis pelviana. En el hematocele infectado existen, naturalmente, más dificultades diagnósticas, a pesar de que la anamnesis y, sobre todo, la punción, las aclara casi siempre.

Más fácil es resolver la cuestión práctica, a saber: si se trata de una apendicitis o de un embarazo tubárico. Dejando aparte la asociación, muy rara, de ambas afecciones, ocurre a veces que los accesos dolorosos sufridos anteriormente en la región apendicular desvían transitoriamente la atención. Existen, sin embargo, muchas diferencias que se aprecian preguntando y explorando cuidadosamente a las enfermas. El dolor, especialmente comprimiendo el punto de Mac Burney, fiebre, la leucocitosis, la aceleración de la sedimentación de los hematías (que también se encuentran en casos de hemorragia interna intensa y reciente) y la localización lateral y alta de la resistencia palpable sin relación con genitales dolorosos, hablan claramente a favor de apendicitis. El diagnóstico diferencial no tropieza apenas con dificultades hasta en casos de posición anormal del apéndice.

Con cierta frecuencia el médico general, y también el cirujano, diagnostican colelitiasis, debido a que en el embarazo tubárico perturbado los dolores se localizan a veces en la mitad superior del abdomen y van seguidos en ocasiones de ictericia. El error se pone en seguida en evidencia si se exploran bien los genitales. Extraordinariamente difícil y casi imposible es la distinción frente a torsión pedicular de los anejos normales (aunque se piensa en complicaciones), porque las manifestaciones clínicas de ambas afecciones se parecen mucho. La punción proporciona sangre en ambos casos. En la torsión del pedículo, el líquido que se obtiene por aspiración es más flúido y seroso y, además, carece



INSTITUTO QUIRÚRGICO-ORTOPÉDICO HORTOR

Carretas, 23 (31 antiguo)

MADRID

Teléfono 11260

ORTOPEDIA CIRUGIA APOSITOS GOMAS

Talleres de confección de FAJAS PARA EMBARAZO, POT-PARTO, MEDIAS PARA VARICES etc.

Gabinete de aplicación dirigidos por señorita especialista

(IMPORTANTES DESCUENTOS A LAS SEÑORAS PROFESORAS)

ESTABLECIMIENTO MONTADO A LA ALTURA DE LOS MEJORES DE ESPAÑA

de coágulos; sin embargo, estos detalles no tienen valor decisivo. El hecho de no cesar la menstruación no aclara tampoco el asunto, porque en la ruptura y aborto tubáricos persiste a veces aquélla. Desde el punto de vista práctico no es absolutamente necesario establecer el diagnóstico diferencial, porque la torsión pedicular debe operarse también. La confusión con tumores ováricos situados en la pelvis y cuyo pedículo se ha torcido es fácil de evitar explorando a las enfermas con cuidado. Su forma redondeada y su consistencia elástica (de quiste lleno), hasta en caso de que la existencia de adherencias no permita apreciar su movilidad y sus bordes, son datos de importancia suficiente; más aún la tiene la abscesión de líquido sanguinolento mediante punción en casos de infarto, ruptura, quiste del cuerpo lúteo, etc.).

Enferma de treinta y cuatro años, que ha dado a luz tres veces, la última en 1925. Viene a la consulta el 12 de junio, porque una médica especialista sospecha el embarazo tubárico. Última regla, el 6 de mayo. Cuando faltó la regla, en junio, probó la paciente a provocarla mediante lavados, introducción de bastoncillos de Spuman y saltos violentos. Después de esto se presentaron el 9 de junio dolores bruscos en bajo vientre, especialmente en el lado derecho, seguidos de náuseas y sensibilidad a la presión. Ninguna hemorragia externa. La exploración proporciona lo siguiente: vagina y hocico de tenca algo lívidos, útero algo engrosado, signo de Hegar positivo, pulsación uterina clara a la derecha, y en el mismo lado un tumor quístico movable, del tamaño de un huevo de gallina, claramente separado del útero. Diagnóstico: tumor ovárico con pedículo torsionado y embarazo intrauterino. Se practica, además, una punción de prueba, que permite obtener un líquido ambarino claro.

La coexistencia, muy rara, de tumor ovárico y embarazo ectópico la mencionamos solamente para completar este asunto.

Cosa semejante puede decirse respecto al

hematosalpí que se presenta a veces bruscamente a consecuencia de una torsión de pedículo, como yo he tenido ocasión de observar alguna vez. La consistencia quística, la localización extrauterina y la precisión de los bordes aclaran el diagnóstico.

Diagnostico de los cambios de posición del útero y de los demás órganos del aparato genital

Antes se les consideraba como responsables de múltiples trastornos, pero hoy se sabe que en más de una quinta parte de todos ellos la causa real de las molestias es mucho más profunda. En realidad, los cambios de posición del útero son muchas veces algo secundario, especialmente si son adquiridos. Al establecer el diagnóstico hay que buscar siempre las causas que han motivado el cambio de posición, sin dejar por ello de precisar en cada caso lo mejor posible la topografía de los órganos genitales. Indudablemente esto tiene mucho valor para la indicación quirúrgica. Muy importante en el hecho de que algunos cambios de posición van acompañados con frecuencia de otras anomalías genitales o bien de síntomas que son consecuencia directa de la situación patológica. En muchos casos se consigue hacer desaparecer las molestias corrigiendo el cambio de posición.

Normalmente el útero es movable dentro de la pelvis. Se desvía algo al comprimirlo (también la influencia de la prensa abdominal) y su posición varía según el grado de repleción de los órganos vecinos, vejiga y recto. Mediante la exploración bimanual se aprecia muy bien aquella movilidad y se nota que es muy extensa sin que se produzcan dolores. El aparato de sostén y la elasticidad del útero mismo hacen que en condiciones normales este último órgano vuelva rápidamente a su posición de partida después de ser desplazado. Sólo puede hablarse de un trastorno patológico de posición cuando es per-

sistente, es decir, cuando no se modifique por maniobras correctoras, o cuando, después de hacerlo, vuelva rápidamente el útero a su posición de partida; este órgano varía también generalmente de forma en tales casos. Sorprendente es la constancia de la configuración típica del útero, del ángulo obtuso que forma el cuerpo con el cuello, a pesar del desplazamiento por tumores, exudados, presiones y tracciones hacia los lados, hacia arriba o hacia abajo. Normalmente y en posición de reposo el útero forma un ángulo de unos 100° hacia adelante (v. fig. 35) y asienta de tal modo en la pelvis, que el cuello coincide con el eje pelviano y el hocico de tenca está en la altura de las espinas ciáticas; de ahí que se hable de una elevación anterolatero o retroposición del útero, cuando éste en conjunto se desplaza hacia arriba, hacia adelante, hacia los lados o hacia atrás, respectivamente. El cuello y el hocico de tenca experimentaban también, como es natural, cambios de posición semejantes. El desplazamiento del útero hacia abajo se denomina descenso; si llega hasta la vulva, prolapso, y si gira hacia alrededor de su eje, rotación. La denominada rotación axial consiste en que el cuerpo gira sobre el cuello. Si el cuerpo se desvía hacia adelante y el hocico de tenca hacia atrás, o al revés, el cuerpo hacia atrás y el cuello hacia delante, se trata de una rotación del útero alrededor de un eje horizontal que pasa por el agujero interno del cuello, de una ante o retroversión (v. fig. 37). El orificio externo del cuello se dirige entonces hacia el sacro o hacia la sínfisis. La flexión del cuerpo sobre el cuello no desaparece tampoco muchas veces en retroversión (retroversión-anteflexión uterina). Los cambios de posición patológicos más importantes son la hiperante-flexión o anteflexión aguda (véa-

se fig. 26) y la retroflexión (v. fig. 38). En esta última puede ocurrir que el cuerpo esté flexionado hacia adelante o hacia atrás con respecto al cuello. En las formas puras se encuentran el cuello y el hocico de tenca en el centro de la pelvis, como normalmente. El cuerpo se palpa inmediatamente por delante o por detrás del cuello. Constituyen anomalías más extremas el desplazamiento del útero en un saco herniario o su inversión, es decir, la invaginación del abdomen, de modo que se dirija hacia el exterior. No hay necesidad de decir que existen múltiples estados intermedios entre las mencionadas anomalías de posición, de las cuales la retroversión-flexión es la más frecuente. Para comprobar la situación patológica (en la que también participan, como es natural, los anejos) se tendrán en cuenta la posición del orificio uterino, del hocico de tenca y la del cuello con respecto al eje de la pelvis, a la línea que une las dos espinas ciáticas y a las paredes pelvianas. Valiéndose de todo ello, se facilita la orientación y se consigue el diagnóstico fácilmente. Si, por ejemplo, el orificio uterino mira hacia adelante, es indudable la existencia de una retroversión: si el hocico de tenca está muy alto, la de una elevación, y si el cuello está delante del eje pelviano, de una anteposición. Más difícil es apreciar la posición del útero, la flexión del cuerpo con respecto al cuello y al valor del ángulo que forman entre sí. Lo mejor es practicar la exploración cominada rectovaginal, vaciando previamente la vejiga (si esta última y el intestino están llenos, puede encontrarse el útero en retroversión). Se palpa a partir de la bóveda vaginal hacia adelante y hacia arriba, siguiendo el hocico de tenca y el cuello. De este modo se consigue casi siempre, sin dificultad, llegar al cuerpo y determinar con bas-

Pomada DELKE Cura rápidamente las grietas de los pechos. Calma el dolor

tante seguridad la flexión del mismo. En personas muy gruesas o hipersensibles y en enfermedades de la pelvis se presentan, sin embargo, a veces grandes dificultades. Hasta los más experimentados no consiguen palpar el útero cuando existen grandes exudados paramétricos, conglomerados neoplásicos o múltiples miomas. A veces se llega a una orientación sondando el útero y practicando la exploración en narcosis. Esta última no tiene peligro, y asociándola a los métodos de exploración ya mencionados, permite a veces fácilmente determinar con exactitud la posición patológica. Sin embargo, la narcosis no puede utilizarse siempre, debido a motivos de otra índole. Además, existen casos en los que es insuficiente para precisar la situación curso el sondaje, la apreciación de la dirección del útero. Entonces sólo nos queda como reacción del útero mediante el histerómetro. Procediendo con precaución tiene la ventaja este método de que la sonda introducida es apreciada por la mano que palpa en el abdomen, moviéndola adecuadamente. Se practica cóncava introducida (con ayuda de un espéculo) esta operación haciendo que la sonda de vidrio esmerilado sea sostenida por un ayudante y movida según las instrucciones que se den a este último. Procediendo con habilidad, puede practicarse también esta maniobra durante la exploración combinada, valiéndose de los dedos introducidos en la vagina. Tanto el empleo del sondaje como el de la narcosis dependen, en primer término, del estado de los demás órganos genitales. Hay que convencerse previamente de su integridad, para atribuir las molestias existentes únicamente a un trastorno de posición y procurar, por lo tanto, precisarlo exactamente. Ya hemos dicho al principio que la mayoría de cambios de posición son secundarios y pocas veces causa de síntomas subjetivos. Frente a otras enfermedades tiene poco interés práctico el determinar exactamente la posición y topografía del útero.

Del mismo modo que la mayoría de cam-

bios patológicos de posición del útero son simplemente consecuencia o fenómeno acompañante de otros procesos genitales, así también en muchos casos sencillos no determinan síntomas de enfermedad. No existen cuadros clínicos patognomónicos de un determinado cambio de posición. El útero puede estar muy elevado, antepuesto, anteflexionado, retroflexionado o descendido, sin que exista la menor molestia ni el menor trastorno funcional.

Por lo tanto, si aquí, siguiendo la costumbre de obras más antiguas, nos ocupamos del diagnóstico de una hiperante flexión o de una retroflexión, no significa ello que tal diagnóstico sea sinónimo de enfermedad y, por lo tanto, punto de partida de indicaciones terapéuticas. En general, un cambio de posición tiene importancia patogénica únicamente cuando no se encuentran otras causas que expliquen las diversas molestias. Solamente teniendo en cuenta todo esto puede hacerse, por ejemplo, el diagnóstico de hiperante flexión en ángulo agudo. Hay que ser muy escéptico respecto a la misma, puesto que existen muchos casos en los que, a pesar de acentuada hiperante flexión, no se observa ninguna molestia. En mujeres jóvenes se encuentra, a veces, casualmente. No ostante, es indudable que en personas de edad puede determinar síntomas como dismenorrea o esterilidad, sobre todo si el ángulo que forma el cuerpo con el cuello es muy agudo (a veces el cuerpo llega a descansar sobre el cuello). Si al mismo tiempo existen hemorragias menstruales irregulares o demasiado intensas, o dolores en el sacro, puede establecerse una relación patogénica en el sentido de que la hiperante flexión no es muchas veces sino el signo palpable de la causa verdadera de la astenia, de la falta de desarrollo del útero o de la disfunción ovárica. Mediante el sondaje se reconoce muy fácilmente la hiperante flexión (casi siempre congénita), a pesar de que el paso de la sonda más allá del orificio interno del cuello presenta en ocasiones dificultades. Además, este orificio es muchas veces estrecho y

al sonarlo se originan dolores cólicos muy intensos. La exploración bimanual puede engañar, porque el cuerpo pequeño situado inmediatamente por delante del cuello pasa muchas veces desapercibido. Si al mismo tiempo no se explora por vía rectal, se admitirá equivocadamente la existencia de una retrodesviación. Es notable el que la posición en ángulo no se pueda corregir manualmente. La anteflexión en ángulo agudo adquirida en la mayoría de los casos por inflamación retrouterinos, es mucho menos frecuente, y se reconoce en la exploración por los dolores que se presentan al desplazar el útero por la inmovilidad del mismo.

La retroversioflexión, o sea la flexión del cuerpo sobre el cuello formando un ángulo hacia atrás, y al mismo tiempo girando todo el útero hacia el sacro, constituye aún menos que la hiperanteflexión un hallazgo de importancia patogénica. En muchas ocasiones

aquel cambio de posición es simplemente una anomalía congénita sin importancia, y se la considera sin motivo responsable de muchos casos de flujo, esterilidad, dismenorrea, dolores sacros, oligo y polimenorrea. Más importancia tiene el diagnóstico de retroversiohacerlo, vuelva rápidamente el útero a su flexión cuando es adquirida, va asociada a otras enfermedades genitales no es reductible, sino fijada. El dato principal que hay que averiguar en el diagnóstico es la existencia o falta de complicaciones. El reconocimiento del cambio de posición por sí mismo no ofrece dificultades tan pronto como puede palpase el útero. La dirección del orificio externo del cuello hacia la sínfisis ya indica la posición retrógrada del cuerpo, que no se palpa, como de ordinario, hacia adelante, sino hacia atrás, especialmente valiéndose de la exploración rectal. El ángulo de flexión puede apreciarse también siguiendo la pared posterior del cuello desde la bóveda vaginal pos-

Lysiformin

**Antiséptico poderoso
de olor agradable
atxico e inofensivo**

insustituible en la asistencia a **partos**, contra infecciones de la paciente, mediante lavados en solución del 1 al 5 ‰, con agua caliente. Desinfección del instrumental y utensilio (4 ‰). Combate el **flujo** y las afecciones de la **matriz**. **Cicatrizante** y desodorante rápido. Facilita el parto por su composición jabonosa, si hay que ayudarlo con la mano, mojado ésta es una solución.

JABON ANTISEPTICO, de tocador, muy neutro (pastillas) para cutis delicado e higiene infantil.

PROVITA

Jarabe de hipofosfitos

Único combinado con zumo puro de uvas negras, muy concentrado.

Riquísimo en vitaminas, reconstituyente y remineralizante de asimilación inmediata a la sangre. Adecuado a las madres de familia en el periodo del embarazo y lactante y en general a niños débiles, raquíticos y de sangre floja. Indicado también para adultos en procesos de inapetencia, anemia, debilidad nerviosa y enfermos convalecientes. Agradable de tomar.

No produce estreñimiento y lo evita en personas que lo sufren.

PRODUCTOS RECOMENDADOS POR EMINENTES MÉDICOS

LABORATORIO R. TESCHENDORFF - - Serreteria, 9 - - GRAO-VALENCIA

terior, siempre que las paredes abdominales no sean demasiado gruesas o se contraigan. La retroversioflexión no complicada se caracteriza porque el útero puede desplazarse y la anomalía de posición corregirse sin que se presente dolor. Cuando existan molestias debe probarse siempre si el útero puede llevarse a su posición normal, porque entonces se aprecian mejor las complicaciones, como para y perimetritis, anexitis, etc. A veces basta para ello desplazar el hocico de tenca hacia abajo con el dedo introducido en la vagina, y el cuerpo hacia arriba con el dedo introducido en el recto. La mano externa que palpá abarca el cuerpo uterino y lo lleva hacia adelante en anteflexión. Puede facilitarse esta maniobra pinzando primero el hocico de tenca y tirando de él hacia el perineo. Si no se consigue tampoco de este modo corregir la desviación, me parece lo más sencillo introducir una sonda y llevar con su ayuda el útero hacia la mano externa. Después de introducir la sonda se hace girar su mango de modo que le botón terminal se dirija hacia adelante, hacia la pared anterior del útero. Al mismo tiempo se deprime hacia abajo el mango. Todas estas maniobras deben efectuarse sin violencia. A veces es imprescindible la narcosis, que, además, permite orientarse mucho mejor respecto a las posibles complicaciones existen-

tes. Conviene tener en cuenta que el sondaje y la anomalía de posición corregirse sin que está severamente contraindicado cuando existen flujo inflamatorio, embarazo y enfermedades febriles agudas o subagudas. Sólo puede hablarse de retroflexión móvil cuando el útero pueda llevarse fácilmente a la posición normal de anteversioflexión; no basta para ello el que el útero pueda moverse algo y alcanzar una posición extendida, porque esto se consigue también sin grandes dificultades en las retroversioflexiones fijadas. Por lo demás, sólo se considerará que la retroversioflexión es causa de las molestias cuando puedan excluirse con seguridad otras afecciones genitales complicadas. Se sospechará la existencia de estas últimas cuando se presenten dolores al practicar la exploración. Las enfermas se quejan al mover el hocico de tenca, al palpar el útero y, sobre todo, al intentar cambiarlo de posición en estos casos. El objeto principal de la exploración consiste en apreciar la naturaleza de las complicaciones (inflamatorias, parauterinas, por ejemplo), porque en realidad son la causa de las molestias existentes. En la retroflexión fijada pura faltan con frecuencia toda clase de síntomas. Lo característico de esta anomalía de posición es la imposibilidad de volver el útero a su posición normal, aunque se emplee

(Continuará)

BARDANOL Elixir de bardana y estaño eléctrico

Muestras y literatura: **A. GÁMIR.-Valencia**

INDICACIONES ESTAFILOCOCIAS EN TODAS SUS MANIFESTACIONES

HODERNAL Oleum parafinae - Liquidum petrolatum

Parafina líquida - Aceite de Parafina - Petrola o líquido

Remedio racional y tratamiento seguro de la pereza intestinal y del estreñimiento en todas sus formas

Dosis (salvo prescripción médica) para adultos: una cucharada de las de sopa en cada una de las principales comidas sola o mezclada con mermelada o confitura. Para niños: una cucharadita de las de café en igual forma

Preparado en el Laboratorio de **A. GAMIR**

Padre Jofré, núm. 9.-VALENCIA

ENOFOSFORINA SERRA

Un vasito de ENOFOSFORINA SERRA después de las comidas es el más delicioso complemento de la alimentación normal. **CONVIENE** especialmente en la época del **EMBARAZO** porque anima a la madre y le proporciona los elementos necesarios para la perfecta formación del nuevo ser; mientras dura la **LACTANCIA** porque aumenta el apetito y remineraliza ambos organismos; en la **EDAD CRITICA** porque entona, fortifica y evita cualquier trastorno; en todos los **ESTADOS DE DEBILIDAD, CONVALESCENCIA, ANEMIAS**, etc.; indicada durante el **PARTO**,
por la fuerza y energía que comunica.

PIDASE EN TODAS LAS FARMACIAS

REUMA - GOTA - CIATICA

Se combate con el poderoso disolvente del ácido úrico

FEQUINOL SERRA

EN TABLETAS

MEDICACION COMPROBADA

Laboratorio Serra Pamies-Reus

SIC

Específico curativo del

CATARRO-COQUELUCHE

Y TOS CONVULSIVA

Preparación descubierta por el **DOCTOR ZANONI**, de Milán

Jefe de la **Sociedad italiana de Medicina interna**

El Suero «**SIC**» es verdaderamente un remedio dotado de energética virtud curativa de la **Tos Convulsa (Coqueluche)**. Disminuye rápidamente la violencia y el número de los accesos y la cura en pocos días. Es tan inocuo, que puede suministrarse también a los niños de pocos meses de edad, con la ventaja de que en lugar de enflaquecer, deprimir y marear al niño, le estimula el apetito y le da vivacidad, pues no es necesario ningún régimen,

El «**SIC**» es un suero humoral conteniendo los principios activos de la glándula.

SOBRERRENAL INTERIOR CORTICAL

del buey. Se toma a gotas; en cada frasco van las instrucciones para su uso.

En venta en todas las farmacias y centros de específicos

Agentes en España: **J. URIACH Y COMP.^A S. A.**

BARCELONA

POLVOS ANGEL

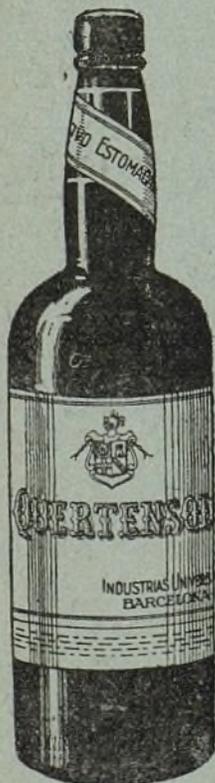


Los preferidos para los pequeños Bebes. Bote. pts. 0'50

Representante general: D. Antolín Marcos. * Cristóbal Bordiu, 35 * Madrid

DELKE Insustituible para curar las grietas de los pechos y conseguir el endurecimiento de los mismos.

Representante general: D. Antolín Marcos.-Cristóbal Bordiu, 35 atico B.-Teléfono 45821.-Madrid



QUERTENSOL

ES EL RECONSTITUYENTE, poderoso y estimulante, rápido, que todo médico debe tener en cuenta en los casos de debilidad general, decadencia nerviosa, miseria fisiológica y desnutrición general, anemia, períodos del embarazo y de la lactancia, crecimiento de los niños, estados atónicos, ga trointestinales, convalecencias difíciles, achaques de la ancianidad, para intensificar la nutrición.

Como preventivo positivo en las epidemias de gripe, su éxito ha sido completo.

Tomándolo durante el embarazo evita la propensión al aborto, si procede de la debilidad.

Durante la lactancia hace recuperar las fuerzas perdidas, haciendo que la secreción láctea sea abundante y reparadora.

SIEMPRE es de resultados sorprendentes, de gusto agradable, de un positivo valor farmacodinámico constante; por esto, deja altamente satisfecho al profesional que lo recomienda.

Facilita la digestión, es un buen oréxico o aperitivo, eleva las fuerzas por mejorar la asimilación celular, da sensación de bienestar por contribuir a fijar el fósforo en el tejido nervioso.

Su composición es tan inofensiva que lo pueden tomar los niños de corta edad.

Por eso TRIUNFA en todas las edades, donde fracasan los preparados de glicerofosfatos; y ello obedece a su actividad rápida, su acción prolongada, su tolerancia considerable, su falta de contraindicaciones.

DOSIS: Una copita antes o después de cada comida.

Representante general: D. Antolín Marcos.-Cristóbal Bordiu, 35 atico.-Teléf. 45821.-Madrid

Imp. Calvario, 6.-Teléf. 71389.-Madrid

Ayuntamiento de Madrid