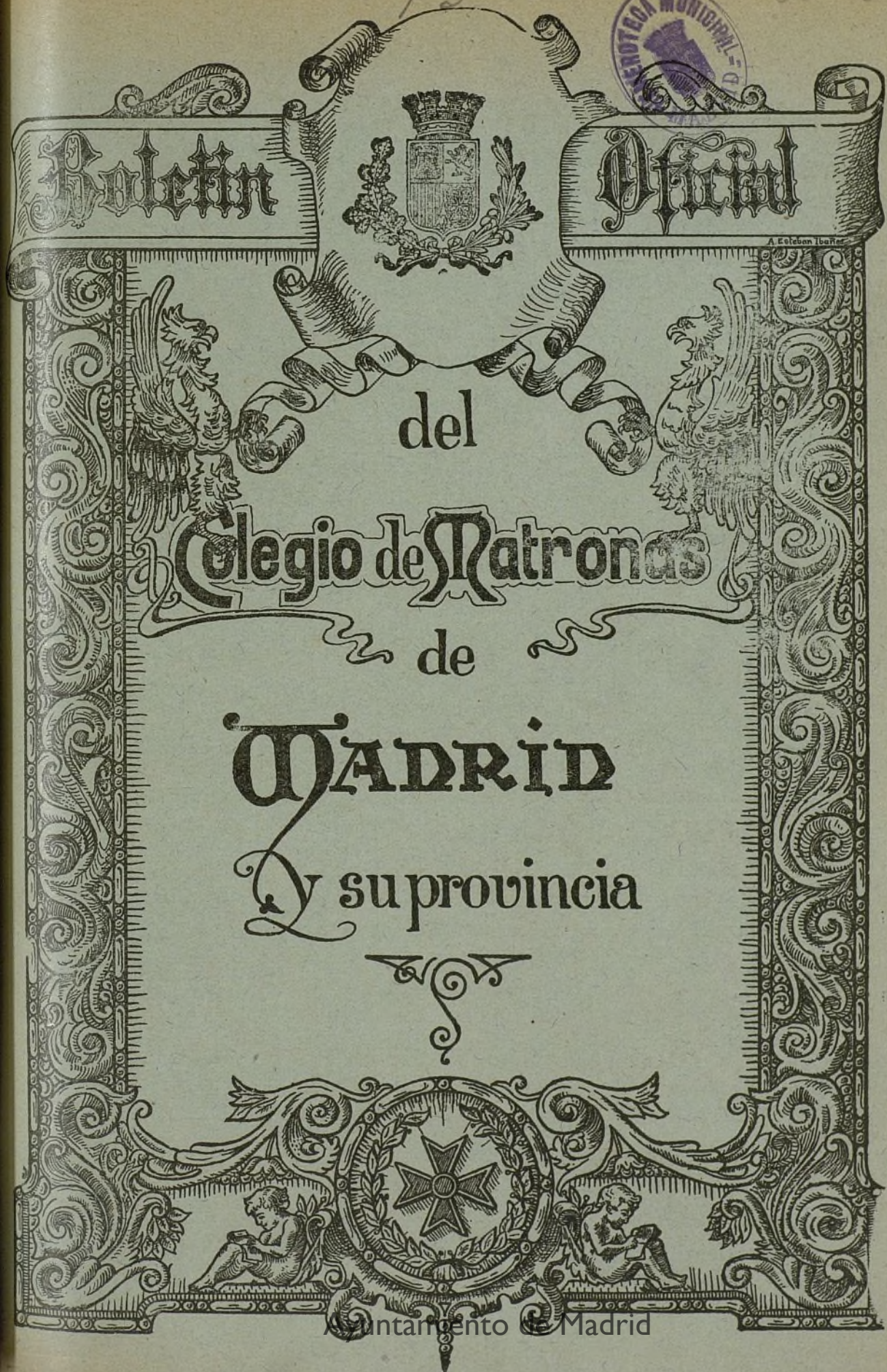


1873 66-6

66-6



Boletín



Oficial

A. Esteban Ibarra

del

Colegio de Matronas

de

MADRID

Y su provincia

Antariento de Madrid

CONSERVE USTED SU ROSTRO TERSO 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, núm. 2** Teléfono 11752

SUMARIO

Enhorabuena. • Insistiendo. • Necrología. • Puericultura. • Diagnóstico y diagnóstico diferencial de las afecciones ginecológicas (continuación)

ENHORABUENA



La constancia y la lucha intensa desarrolladas por los practicantes al ver sus intereses hollados por la disposición ministerial de Instrucción Pública aparecida en la "Gaceta de Madrid" del 18 del pasado mes, ha dado por resultado que dicha orden sea modificada en condiciones que les benefician. Esto se debe al gran celo desplegado por sus directivos, que no desmayan ante ningún trabajo, por grande que sea, hasta lograr sus propósitos. Nuestra más cordial enhorabuena a los queridos compañeros, que tan perseguidos están siendo, pero que no obstante, por su perseverancia en defender sus derechos, saldrán triunfantes.

J. R.

El Boletín, como órgano y portavoz de los deseos de todas las colegiadas, se complace en saber las necesidades, quejas, preguntas y observaciones que puedan ocurrírseles, para procurar ponerlas en antecedentes de cuanto ignoren, para lo cual es deber de toda colegiada contribuir a llevar al periódico cuantas iniciativas y noticias sean dignas de ello, y con ello se enaltecerá nuestra revista y podrá hacerse la labor fecunda y de solidaridad.

INSISTIENDO



No hemos de cansarnos en repetir que el intrusismo es la plaga más dañina que puede existir en cualquier profesión. Veamos.

Por lo que afecta a la nuestra, ya expusimos bien claro el remedio a dicho mal



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 cualidades excelentes para alimentar el nuevo ser.

ROB-VAID, 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

Los encargados de evitar aquel estrago no hicieron, hasta aquí, nada nuevo para que no exista.

Hemos pedido que fuese expedido el certificado, como justificante, del médico o matrona que asistió al parto, al ser inscrito el recién nacido en el Registro civil. Vano empeño.

Y digo vano, porque hasta hoy no sé qué obstáculos tan grandes pueden hallar los encargados de concederlo para no haber atendido este deseo nuestro.

Ya veremos si de aquí en adelante tenemos mejor suerte. Por de pronto, bueno será hablar ahora algo de ello, para que vean no lo hemos echado en el olvido. E insistiremos en lo mismo tantas veces como sea preciso.

Madrid, agosto 1934.

Remedios RINCON

NECROLOGIA

El pasado mes dejó de existir, tras larga y penosa enfermedad, la madre de nuestra compañera Emilia Tejera, a la cual acompañamos en su gran dolor.

PUERICULTURA

De las Jornadas Sanitarias verificadas en Santander el pasado julio, extraemos la comunicación presentada por el doctor Duarte, llamada "Puericultura", que dice así:

El autor estudia las definiciones, conceptos, división, contenido, límites y orien-

taciones nacionales; sobre esto último, extractamos los siguientes párrafos:

Pero tenemos que declarar que la Puericultura española está en sus comienzos, y que todavía no se han marcado taxativamente sus peculiaridades, impuestas por los factores raza, clima, costumbres, organización sanitaria, demografía, centros de Pediatría y Puericultura, educación higiénica, etc.

Hay que españolizar nuestra Puericultura, y para ello hay que enumerar los problemas más urgentes; es decir, las necesidades españolas, las modalidades que debe cumplir nuestra Puericultura.

Estas orientaciones pudieran ser:

Hay que intensificar el estudio de la composición de la leche del ganado bovino y caprino.

Nuestro gran problema no es de lactancia artificial, sino de lactancia natural, y si tan elevada es la mortalidad, no obstante la excelsitud del procedimiento, es debido a que la gran mayoría de las madres españolas tienen una ignorancia supina en todo lo referentes a la higiene infantil.

La mayoría de los hogares españoles viven en una situación precaria económicamente. Nuestro proletariado vive en una situación de miseria mucho mayor que el resto de las naciones europeas. Y como consecuencia, nuestra Puericultura tiene que ser más benéfica y más protectora que en otros países.

Las instituciones infantiles oficiales (Inclusas, Maternidades, Casas - Cunas, Asilos) son arcaicas y carentes de un moderno espíritu puericultor (con raras excep-

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

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

ciones). En la mayoría de los sitios habría que demoler los edificios y quemar aquellos reglamentos para hacer otros de estructuración diferente, de menos proselitismo religioso y demás sentido humanista. Y en cuanto a las instituciones privadas, están necesitadas de una inspección y de una tutela del Estado, de la que hoy carecen. La protección legal y material del niño abandonado están inspiradas todavía en los sentimientos y en la moralidad del siglo XVII, y esto es totalmente injusto e insuficiente.

Grave y triste es también nuestra situación en la referente a asistencia del niño enfermo. Los hospitales para niños se cuentan con los dedos de la mano. En la mayoría de las Facultades de Medicina no hay clínicas de lactantes. Los sanatorios infantiles son limitadísimos. Por tanto, nuestra Puericultura exige una honda, una radical organización sanitarias que ponga límite a estas realidades.

El medio rural español, que constituye el 80 por 100 de su población, en lo que se refiere a la infancia, está trágicamente abandonado. Ya se hace bastante en las capitales; pero en la población infantil de los pueblos la tutela puericultura es nula.

Es vergonzoso denunciar que en la escuela española no exista con carácter obligatorio y sistemático el servicio médico escolar. Somos un país de excepción en el mundo.

El niño aprendiz y obrero también carece de protección oficial eficaz. En los talleres, en las industrias, en su preparación profesional no hay una inspección, una intervención sanitaria. Es imperiosa la necesidad de una nueva ley de Protección a la infancia.

El pensamiento que ha inspirado esta Ponencia es magnífico y a todas luces necesario; y aquí la matrona está llamada a ejercer un papel importantísimo, pues

nadie mejor para inculcar a las madres, desde antes de serlo, los consejos que necesitan para la buena marcha de su gestación y lactancia. Ellas piden y escuchan con fe los consejos que la matrona les da; y siguiendo la crianza con constantes visitas en aquellas casas donde ya nos consideran como una institución en la familia, puede llevarse una serie de conocimientos de los que carecen.

Las reformas que el autor pide son de absoluta necesidad, y aquí la matrona tiene reservado un puesto que de derecho le corresponde, para lo que hay que procurar que dichos cargos no se los adjudiquen a las enfermeras, sino que sean para nosotras, pues tenemos más derecho que nadie. Las visitadoras puericulturas deben de salir de nuestro seno, y si hace falta alguna asignatura para ello, no vaciléis en hacerla, porque es necesario que por falta de conocimientos no nos arrebatén lo que es nuestro.

La Ponencia presentada por nuestra presidenta en las Jornadas Sanitarias trataba de "La matrona en los Centros de Higiene rural", y aquí también encaja mi idea sobre este asunto, pues la matrona en los pueblos, donde puede ejercer de una y otra cosa, y de este modo será fácil la vida, que si no con la insignificante retribución que ahora las da el Municipio, como no pueden vivir, no las solicita nadie. Esto es cuestión de trabajarlo, pues innegablemente que puestos nuestros a todas luces los desempeñan ya enfermeras, y si no tomamos el asunto en serio, nos pasará lo que en la fábula, que mientras perdemos el tiempo en cosas insignificantes, dejamos que nos lleven lo que más puede interesarnos.

Las visitas domiciliarias, o sean las llamadas visitadoras en las ciudades, y rurales, las Inclusas, Maternidades, Casas-Cunas, son exclusivamente labor de matronas; por tanto, a no dejarlas llevar por todos los medios.

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. Emilio Pardal
Torrijos, 56, 1.º - Teléf. 61120

Tratamiento de la Leucorrea esencial, **sin irrigaciones vaginales**, con los comprimidos antisépticos y perfumados de

“ LEUCOSAN ”

(MARCA REGISTRADA)

COMODO, EFICACISIMO Y DISCRETO

Fórmula (controlada en Clínicas oficiales y privadas alemanas); Sulfoquinolato potásico 0,005. Yodsulfooxicloexatrienpiridin, 0,025; excipiente, c. s.

PESETAS 5'80 TUBO

El tratamiento de la Leucorrea, con irrigaciones vaginales, ha sido desechado ya, casi en absoluto en Alemania y otros países que van a la vanguardia de la Cultura Médica, por las razones siguientes:

Primera. Por sus repetidos fracasos, que obligan a la mujer **indefinidamente** a una práctica diaria (y a veces repetida), engorrosa, molesta, en ocasiones francamente perjudicial y cuando menos **inútil**, en la mayoría de los casos, por la **continuidad ascensional, casi siempre, de los flujos patológicos**, que lejos de obedecer a la acción de las soluciones acuosas, contribuyen éstas a su persistencia, aumento, generalización, reblandecimiento de los tejidos, traumatismo continuado de la mucosa, disminución y hasta abolición a veces, de la sensibilidad sexual, dilataciones vaginales, llagas, ulceraciones, etc., etc.

Segunda. Por las dificultades inherentes al tiempo disponible, sitio adecuado, esterilización de los útiles (cánulas, irrigador, recipientes, etc.), ebullición del agua, posición inclinada de la enferma, costo a la larga de los productos por baratos que fueren, y de cuya eficiencia, por otra parte, no hemos de ocuparnos en este lugar, etcétera, etc.; pues tal como venía irrigándose la mujer, sentada, de prisa, con faja puesta muchas veces, sin desinfectar la cánula (contaminada, o sucia por lo menos, de una a otra cura), con agua sin garantía de pureza, mal hervida o hervida en recipientes caseros, no lo suficientemente limpios y estériles, más que un tratamiento científico, resultaba una práctica **peligrosísima**, que lejos de curar un proceso patológico, lo intensificaba, transformándole en muchos casos en una afección incurable, o grave al menos para la salud y hasta para la vida misma de las enfermas.

Los comprimidos antisépticos y perfumados de LEUCOSAN (cuya fórmula se usa desde hace algún tiempo en Alemania con éxito insospechado y que ha venido a obviar todos estos inconvenientes), es el tratamiento ideal, cómodo, científico, eficazísimo, discreto, rápido e inofensivo y más económico existente en la actualidad, para la curación de la Leucorrea esencial y toda clase de flujos patológicos (blanco, amarillento y hasta el blenorragico, etc.), en pocas semanas; pues basta introducir un solo comprimido entero en la vagina, lo más alto posible, cada tres días, suprimiendo toda clase de irrigaciones, si venían usándose, para ver disminuir muy pronto, y desaparecer después las secreciones vaginales, y con ellas la fetidez, prurito, escoceduras y todas las demás desagradables molestias locales y los síntomas generales graves cocomitantes, anemia, clorosis, fiebre, cansancio, adelgazamiento, etcétera, etc., de tan repugnante y desgraciadamente tan frecuente padecimiento, del que rara es la mujer que no sufre.

En las enfermas con integridad del himen deben usarse un Inyectable de LEUCOSAN cada dos o tres días, con observación médica, o una copita de las de licor, de vino de LEUCOSAN, un cuarto de hora antes, o inmediatamente después de las comidas, que además de su probado efecto antileucorréico, es el Reconstituyente perfecto, agradable y rápido de la mujer, en todos sus estados y edades.

Literatura y muestras: ABASCAL, 16

LABORATORIO FARMACEUTICO
MADRID

De venta en todas las buenas farmacias y centros de Especialidades.

Ayuntamiento de Madrid

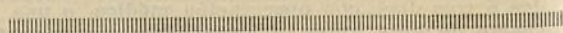
Diagnóstico y diagnóstico diferencial de las afecciones ginecológicas

(Continuación)

importancia no influyen en este sentido). Si se practica una exploración al comenzar los síntomas de incarceration, basta con frecuencia la evacuación de la vejiga y una ligera maniobra correctora para volver el útero a su posición normal, sobre todo si la retroflexión no está fijada. Cuando él es grande y los fenómenos de incarceration persisten ya durante mucho tiempo es difícil la corrección, aunque no existan adherencias. La narcosis es entonces inevitable, aunque no sea nada más que para calmar los dolores; a pesar de emplearla, se necesitan a veces maniobras de larga duración para conseguir resultado. Al mismo tiempo conviene tener en cuenta que hay que proceder con violencia si se quiere conservar el embarazo y evitar otras lesiones. Se prescindirá de querer establecer el diagnóstico diferencial cuando la vejiga esté ya alterada y la orina turbia, hemorrágica y de mal olor, o existan síntomas peritoníticos. En general podrá admitirse entonces la existencia de una retroflexión fijada. Aunque no existan síntomas de incarceration se evitarán maniobras forzadas. Si se nota que al intentar la corrección la pared anterior del recto sigue al útero y se abomba hacia el interior de la pelvis, se procederá con mucho cuidado, porque ello es un signo peligroso que nos obliga a ser prudentes.

No requieren descripción especial la elevación, debida principalmente a tumores vaginales, hematocele, miomas submucosos expulsados, tumores del espacio de Douglas, etc., la lateroposición, debida, sobre todo, a neoformaciones intraligamentarias, exudados, retracciones cicatriciales, etc., y la torsión originadas por rotación de miomas subserosos, tumores ováricos de pedículo corto, etc.

Los cuadros clínicos que existen en estos casos son debidos, sobre todo, a la enfermedad el diagnóstico de la inversión uterina para evitar confusiones desagradables y errores operatorios al extirpar miomas pediculares o pólipos). La invaginación del útero es siempre originada por tumores intrauterinos, salvo en los casos de origen puerperal. Debido a la tendencia expulsiva espontánea, o a la tracción verificada durante la operación, se invagina la pared uterina y los anejos, sobre todo si el tumor tiene base amplia o pedículo grueso. Si la invaginación avanza, puede ocurrir una inversión completa, de modo que la superficie interna del endometrio sea visible en el cuello o hasta que aparezca al exterior. El síntoma principal de la inversión que comienza es un aplanamiento a nivel de la base del útero, en tanto que en la invaginación adelantada o en la inversión completa aquella se deprime en forma de embudo. Es ya sospechosa la pérdida de abombamiento normal del útero que se observa en miomas submucosos o pólipos, a pesar de no existir todavía inversión. Cuando el tumor asienta en la vagina o en el cuello, no se reconocen los estadios iniciales de invaginación mediante tacto de la superficie interna del útero, porque el tamaño de aquél y el poco espacio no permiten que el dedo pueda apreciar la zona de investigación. La inversión total es muy rara, porque la pared uterina es muy resistente y las enfermas acuden pronto al médico, obligadas por las hemorragias y los dolores. Sólo se observa algunas veces al operar miomas submucosos.



A las señoras colegiadas que no estén al corriente en el pago de la cuota mensual, se les suplica lo hagan a la mayor brevedad, en evitación de molestias desagradables para todas.



Tejidos Higienicos Absorbentes

SAGA es un tejido especial compuesto de DOS, TRES, CUATRO, o más capas, que forman una sola tela de inmenso poder absorbente. **SAGA** absorbe y evapora al mismo tiempo, siendo insustituible para la ropita de los niños.

Todas las mamás emplean para sus bebés

Braguitas	S A G A
Pañales	S A G A
Ombliqueros	S A G A
Batas	S A G A
Capitas de baño	S A G A
Pijamas	S A G A
etc., etc.	

En virtud de los principios eminentemente higiénicos de **SAGA**, las señoras Profesoras, serán, por convencimiento, sus más entusiastas propagandistas en pro de la salud del niño.

Los productos **SAGA**, se venden en las casas importantes de ropa blanca y artículos para niño, donde se facilita también, a quien lo pida, el folleto **SAGA**.

Lo que primero llama la atención al palpar es la falta del útero. El orificio interno del bién está invertida) se continúa inmediatamente con el tumor que sale del útero. La sonda introducida alrededor del pedículo no penetra profundamente en ninguna dirección y encuentra muy pronto resistencia. Al mismo tiempo llama la atención la consistencia más blanda y la superficie lisa, muy roja y aterciopelada, que contrasta con la dureza del tumor.

Mayor importancia práctica tiene el llamado descenso o prolapso de las paredes vaginales y de los órganos vecinos, asociado casi siempre a retroversión del útero.

El diagnóstico de descenso, o prolapso (de este último se habla cuando los órganos desplazados llegan hasta el introito o el plano vulvar), se refiere a alteraciones muy distantes entre sí. Conviene precisarlas, para elegir, en etiológicas del parto, del exceso de trabajo, de la constitución débil, de la enteroptosis adquirida, de la pérdida de elasticidad de los tejidos debida al adelgazamiento, de la obesidad, de la menopausia, etc.; todo descenso es originado, en último término, por reblandecimiento, falta de cierre e insuficiencia del aparato muscular y conjuntivo de sostén. El desplazamiento es más o menos acentuado según la extensión del defecto de este aparato, según el grado de duración e intensidad de la presión y según la importancia de la pérdida de cohesión y elasticidad. En el descenso participan de modo heterogéneo y en extensión diversa, junto a las paredes vaginales, la posterior de la vejiga, la anterior del recto y, en muchas ocasiones, el útero, total o parcialmente. Pocas veces inicia el descenso de este último órgano el proceso total del desplazamiento; en tales casos la vagina es invertida secundariamente, desde arriba a atrás, hacia abajo y adelante. En el prolapso total (figuras 40-43) puede palparse el útero dentro del tubo vaginal y

delante de la vulva, variando su tamaño según la edad. Mucho más frecuente es la dislocación primitiva de la pared vaginal anterior. En general, participan en el proceso ambas paredes vaginales (descenso o prolapso vaginal anterior y posterior). Existen, sin embargo, también desplazamientos aislados de la pared anterior ("descensus vaginales" anterior), y mucho más raramente de la posterior ("descensus vaginalis" posterior). La vejiga se desplaza siempre con la pared vaginal anterior debido a la adherencia íntima de su suelo con aquélla y con el cuello uterino. De ahí la aparición de un cistocele, de una prominencia mayor o menor de la vejiga, según sea la intensidad del descenso. En todos los desplazamientos de la pared vaginal anterior puede añadirse por lo tanto al diagnóstico el apelativo: con cistocele. El rectocele, o sea la prominencia o estiramiento de la ampolla rectal, es muy raro, debido a las adherencias poco íntimas de la pared anterior del recto (fácilmente desplazado) y la pared vaginal posterior. La participación del útero (casi siempre retroversionado y a veces también retroflexionado) en el desplazamiento se limita generalmente al cuello, debido a la frecuencia con que ambas paredes vaginales descienden y a que ese rector uterino está especialmente predispuesto a la presión introabdominal y a la tracción hacia abajo; en muy pocos casos desciende el útero en conjunto. El cuello experi-

menta muchas veces un alargamiento de varios centímetros ("elengatio colli") y con frecuencia también una hipertrofia del hocico de eenea, especialmente de su labio anterior (debida a éstasis).

Además de comprobar la naturaleza y extensión del descenso, así como el grado de participación de la vejiga, recto y útero, hay que averiguar en cada caso qué relación pueden tener las molestias existentes con la anomalía de posición. Siempre hay que explorar exactamente todo el aparato genital, porque no todos los llamados síntomas de prolapso son debidos en absoluto al mismo. Puede no existir ninguna molestia, a pesar de ser el desplazamiento muy acentuado (v. figura 44). Del mismo modo que existe sensación de flujo sin flujo, también existe, a veces, sensación de prolapso sin prolapso. Las sensaciones de "salirse todo el vientre" al moverse, o levantarse, o agacharse, etc., pueden ser debidas en gran parte o indudablemente a un descenso. Otras molestias, como estiramientos a nivel del sacro y del bajo vientre, son extraordinariamente frecuentes, pero pueden ser debidas en gran parte a procesos inflamatorios de los anejos o del parametrio, aunque estos últimos no sean de gran extensión (tumores, exudados, por ejemplo). Una parametritis posterior de poca importancia basta. Otras molestias, como flujo, esterilidad, frigidez y anomalías de la menstruación no son características en absolu-

Ulloa-Optico

Gafas-Lentes. - Carmen, 14-Madrid

to. Pueden ser consecuencia del descenso, pero también de otras muchas enfermedades genitales. Los frecuentes trastornos de la defecación son debidos casi siempre más a la anteroptosis generalizada que al descenso. Sólo en el rectocele de gran tamaño es característica la retención de las heces. Puede llegar a tal extremo el trastorno que sólo sea posible la evacuación de las mismas endurecidas mediante presión mecánica del saco vaginal posterior prominente. Con respecto al flujo, y especialmente a las hemorragias, seremos muy escépticos; si las últimas son debidas a úlceras de decúbito (que se presentan sobre todo a nivel del vértice del prolapso, alrededor del orificio exterior del cuello y casi siempre en labio anterior), existe, naturalmente, una relación causal. Las hemorragias uterinas son debidas, sin embargo, en general a otras causas que habrá que averiguar. Indudablemente existen bastante mujeres con menstruación y funciones genitales normales, a pesar de presentar descenso importante con participación del útero. Más fáciles de explicar son en cambio las molestias vesicales. Debido a la dilatación o falta de tono del esfínter, se presenta muy pronto e involuntariamente salida de algunas gotas de orina al levantar algún peso, toser, estornudos, reír o sufrir alguna emoción.

Cuando el cistocele es muy pronunciado no puede conseguirse a veces una evacuación completa de la vejiga más que después de reponer el prolapso. Las molestias vesicales son, por lo tanto, muy frecuentes. No obstante, procuramos siem-

pre averiguar si son debidas o no a otras causas.

Una mujer de setenta y cinco años, con prolapso total, en la que se colocó un histeróforo, fué tratada durante semanas con lavados, por suponer que existía una cistitis post-retención. Sólo más adelante se comprobó que la verdadera causa de la cistitis era un cálculo vesical del tamaño de una nuez (v. figura 45).

El reconocimiento de la anomalía de posición por sí misma, es fácil. Pueden padecer equivocaciones respecto a su extensión si se explora a las pacientes acostadas, después de un largo período de reposo o de reposición intencionada. En las fases iniciales desaparecen fácilmente las partes distendidas o desplazadas. Hasta los prolapsos totales pueden retroceder espontáneamente o hacerlo después de un reposo de larga duración, debido a la elasticidad, que siempre persiste en mayor o menor grado (la reposición puede mantener, a pesar de mantenerse y andar las pacientes). Muchas veces el único signo visible es la presencia de pliegues muy acentuados a nivel de la vagina. También tiene valor la existencia de un introito muy ancho y de un periné muy bajo. Para conseguir más datos, es útil que las enfermas hagan fuerza como si fuesen a defecar, porque entonces una o las dos paredes vaginales se abomban en el introito ensanchado. Con frecuencia se hace también visible entonces el hocico de tenca. Pocas veces es necesario pinzar o tirar de este último para poner en evidencia el prolapso total. Generalmente éste se ve, o bien se



INSTITUTO QUIRÚRGICO-ORTOPÉDICO "HORTOR"

Carretas, 23 (31 antiguo)

MADRID

Teléfono 11260

ORTOPEDIA CIRUGIA DEPOSITOS GOMAS

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

Gabinetes de aplicación dirigidos por señorita especialista

(IMPORTANTES DESCUENTOS A LAS SEÑORAS PROFESORAS)

ESTABLECIMIENTO MONTADO A LA ALTURA DE LOS MEJORES DE ESPAÑA

describe claramente su existencia en el interrogatorio. Si la vejiga no se ha vaciado de antemano, se observa muy bien el cistocèle al hacer fuerza; en los prolapsos totales su polo inferior está claramente del hocico de tenca por una depresión, y en los descensos acentuados de la pared vaginal llama la atención por su consistencia quística. Para estar seguro de la existencia de un distocèle puede introducirse en la vejiga un catéter y hacer bascular su punta. La presencia de un rectocèle puede comprobarse sólo mediante la exploración rectal. En caso de existir, se nota al hacer fuerza que la pared anterior del recto se abomba espontáneamente junto con la pared vaginal que desciende. Después de hacer fuerza o de tirar del prolapso, puede averiguarse también el grado de participación uterina. La palpación proporciona casi siempre conclusiones a este respecto, si la vagina asienta en mayor o menor existencia delante de la vulva. Cuando el útero, casi siempre atrófico, desciende por completo, pueden palparse sus contornos e inclusive su fondo desde la vulva. Si se puede seguir hasta muy arriba un cordón del grosor de un dedo pulgar, se hará el diagnóstico de alargamiento del cuello. Más rápidamente se consiguen resultados mediante el sondaje: si el cuello está alargado, existe mucha mayor distancia entre el orificio externo del cuello y el fondo uterino. Cuando el prolapso está repuesto, el alargamiento no se aprecia tan bien, porque la retracción de los tejidos hace que se corrija en parte. En casos de descenso moderado o incompleto, es necesaria la exploración interna para comprobar la situación del útero y sus relaciones con los órganos vecinos; mente, cinco semanas después de ser dada de alta y tres días después del período, intensos dolores, náuseos y vómitos. El médico llamado diagnostica una colecistitis también se practicará siempre la inspec-

ción con ayuda del espéculo, sobre todo si existe flujo. Los prolapsos totales son casi siempre visibles al exterior. Se asocian muy pocas veces a ellos exudados, miomas, etc.; pero pueden también experimentarse sorpresas a este respecto. Muy desagradable es no diagnosticar un tumor ovárico simultáneo, porque su reconocimiento tiene importancia decisiva para elegir la técnica operatoria.

Al apreciar la situación del útero (que puede tener importancia para establecer la indicación operatoria), tendremos en cuenta que en la mayoría de los casos está retroversioflexionado, pero que en descensos iniciales sin complicaciones puede hallarse también en posición normal. En tales casos convendrá, sin embargo, explorarlo repetidamente, porque casi siempre se nota ya en la segunda exploración que el útero ha adoptado una posición patológica. Para terminar el estudio de un descenso se examinará el tamaño del orificio herniario, la diástasis de los elevadores del ano y el grado de hipofunción del suelo de la pelvis. Levantando la región glútea y haciendo contraer fuertemente el ano pueden palparse muy bien los bordes musculares desde la vagina y hacerse cargo de lo que acabamos de decir.

Cambio de posición de los anejos.

Su diagnóstico tiene sólo excepcionalmente importancia práctica. Los anejos se adaptan a los cambios de posición del útero tanto como lo permite su aparato de sostén. Su función no se altera entonces, y no se originan molestias, salvo que enfermen por otro motivo. Tampoco se presentan síntomas en casos de descensos primarios de los anejos (poco frecuentes). Sin embargo, en pacientes sensibles pueden aparecer dolores en casos de aumento de tamaño, fisiológicos, del debido a la fal-

ta de espacio y a la poca protección contra influencia exteriores. De ahí que las conmociones, presiones intensas y golpes determinen dolores; también puede ocurrir lo mismo con la cohabitación. No obstante, conviene tener en cuenta que en la mayoría de los casos la causa real de los dolores son procesos patológicos de los anejos, del peritoneo o del parametrios, y por eso es necesario excluir primero su existencia antes de hacer responsable al descenso anexional de la aparición de las molestias. Mucho más interés tiene la torsión de los anejos (v. figura 46) o la torsión de la trompa aislada y muy alargada en casos de infantilismo. La anomalía no es tan rara como podría creerse en individuales. Sin embargo, puede presentarse muchas anomalías de desarrollo. El crecimiento puede detenerse precozmente o, al contrario, ir más allá de los límites normales. Del mismo modo se presentan a veces defecto de desarrollo localizados. Todos estos trastornos son con frecuencia atención a la escasa literatura. Por lo menos yo he operado ya nueve casos, y de ellos tres el año pasado. Sólo en dos sospeché el diagnóstico de antemano, en los demás se admitió un embarazo extrauterino perturbado o un tumor ovárico con el pedículo torcido. El diagnóstico no puede hacerse correctamente más que en enfermas que fueron exploradas casualmente poco antes de verificarse la torsión, porque los síntomas clínicos y el hallazgo objetivo son poco característicos. Debido a la torsión, se producen pronto intensas infiltraciones hemorrágicas de los órganos congestionados y mal nutridos y hemorragias en las trompas y en el ovario, que dan lugar a aumentos de tamaño de los

mismo. La acumulación de serosidad hemática en la trompa torsionada, la aparición brusca de hematosalpinx de tamaño a veces mayor que un puño, la entrada de sangre en el peritoneo con peritonitis aséptica y adherencias extensas con el epiplón y el intestino producen la impresión de que existe un tumor anexial, un hematocele o un tumor ovárico. La aparición brusca de intensos dolores cólicos en el lado afecto, la tensión de las paredes abdominales, el colapso, la retención de heces y ventosidades, la fiebre y la leucocitosis son síntomas que se repiten siempre. Cuando la torsión tiene lugar en el lado derecho, al principio puede confundirse con una apendicitis. Si al mismo tiempo existe ictericia (como ocurrió en uno de mis casos), se piensa a veces en la coledocitis. Cuando el hallazgo palpatorio varía, hay que practicar un interrogatorio cuidadoso para hacer el diagnóstico diferencial frente a ruptura tubárica, hematocele, etc. (Véase el diagnóstico del hematosalpinx, de los tumores ováricos, del embarazo ectópico.) En contra de embarazo tubárico, habla la menstruación normal y la falta de amenorrea. Curiosa es la coincidencia de los primeros síntomas con la menstruación, insultos mecánicos o cambios bruscos de posición. El dato de más valor para mí es el aspecto del líquido obtenido por punción; en los casos de torsión es de color rojo oscuro, como en el hematocele, pero mucho más transparente y flúido, a causa de la mezcla con exudados.

Enferma de veinticinco años, tratada como anexitis bilateral. Después de un período de bienestar, se presentan busca- causa de múltiples molestias genitales, especialmente cuando la evolución normal

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

no llega a su término; no son raros entonces síntomas funcionales como amenorrea, oligomenorrea, hemorragias, flujo, esterilidad, etc. Lo mismo puede decirse cuando el desarrollo es defectuoso, en tanto que los trastornos son poco frecuentes cuando el crecimiento ha sido excesivo y cuando los órganos genitales se han diferenciado por completo. La aparición de síntomas funcionales no depende sólo de las perturbaciones del desarrollo, sino también de otras causas, y por eso se explíten. Los dolores calman pronto; pero aparecen de nuevo una semana antes de la siguiente menstruación, que se retrasa tres días; los dolores son más intensos y duraderos, desapareciendo, no obstante, casi por completo al presentarse la regla. Elevación máxima de temperatura: 38 grados. Ingresa en la clínica a causa de las molestias. Se hace primero el diagnóstico de hematocele, fundándose en el hallazgo palpatorio. Sin embargo, como la enferma niega estrictamente toda cohabitación y el líquido obtenido por punción es sero-hemorrágico, se diagnostica una torsión de los anejos. Al operar se encontraron los anejos del tamaño de un puño, de color azul negruzco y torsionados unos 360. El ovario quístico era del tamaño de un huevo de gallina, y la trompa abierta estaba infiltrada hemorrágicamente, tenía color azul rojizo y era muy gruesa.

Otra mujer hasta entonces sana presentó de repente dolores y síntomas peritoníticos después de una menstruación en apariencia normal. La exploración practicada ocho días después comprobó la existencia de un tumor casi del tamaño de una cabeza de niño, que llegaba hasta el ombligo. Por punción se obtuvo un líquido serohemático. Nada de fiebre, velocidad de sedimentación en los hematíes 40 minutos. Se hizo el diagnóstico de tumor ovárico con el pedículo torsionado. En la operación se encontró un tumor del tamaño

del puño en lado derecho, de color azul rojizo, rodeado de epiplón e intestinos adheridos, y en rotación de 360 grados. Este tumor estaba constituido por la trompa muy engrosada y el ovario, de color azul rojizo. Los anejos del lado izquierdo eran normales.

Diagnóstico de los trastornos del crecimiento del desarrollo de las atresias, de las anomalías congénitas y el hermafroditismo,

Los órganos sexuales son dobles en su origen embrionario, pero ya en el tercer mes de vida intrauterina comienza la fusión de los conductos de Müller. Lo último que se une son los cuernos del útero. Al final del quinto mes lunar ha terminado ya el desarrollo. En relación con el crecimiento del cuerpo, experimentan los órganos genitales un aumento demasa cuyo resultado final es bastante uniforme respecto a la extensión y tamaño y situación, etcétera, dejando aparte las diferencias que no siempre existan acompañando a aquéllas. La causa de los trastornos funcionales no radica sólo en la esfera genital, sino que por encima de ella está la constitución general y la influencia hormonal de las glándulas de secreción interna. Claro está que existe una relación amplia con respecto a la localización, naturaleza y grado del trastornos genital del crecimiento o desarrollo. Algunas anomalías de desarrollo, defectos congénitos o deformidades, no determinan en absoluto síntomas y carecen de interés clínico por la falta de molestias y alteraciones funcionales. Otras constituyen simplemente un hallazgo accesorio o tienen a lo más importancia para el diferencial.

Los cuadros clínicos que se presentan no son característicos de una determinada anomalía. La exploración objetiva, espe-

cialmente la palpación, permiten encontrarlas y juzgar si los trastornos existentes pueden ser debidos a ellas.

Algunos trastornos del crecimiento y del desarrollo pasan inadvertidos a causa de su situación profunda. La aplasia genital, en cambio, en fácilmente comprobable. Los órganos genitales externos se encuentran en ella casi siempre bien conformados, aunque en general presentan cierto infantilismo, manifestado en pos escaso desarrollo piloso, introito abierto y periné bajo, deprimido en forma de quilla. En lugar de la vagina, se encuentra generalmente sólo una depresión (v. figura 47). Al practicar la exploración rectal se palpa en cada lado un cordón que va de la línea media a las paredes pelvianas. En lugar del útero se encuentra un nódulo del tamaño de una judía. Los ovarios son difíciles de apreciar, a causa de su localización alta. Con frecuencia son también pequeños, pero en algunos casos se les ha encontrado del tamaño natural. La falta de vagina no basta para hacer el diagnóstico de aplasia genital, porque puede tratarse simplemente de una ginatresia vaginal y ser los demás órganos genitales de tamaño y función normales. En la aplasia genital no sólo existen dificultades para la combinación, sino también falta del período, en tanto que en la ginatresia vaginal y también en la atresia del cuello, existen cada cuatro semanas molestias menstruales con dolores cólicos que van aumentando poco a poco de intensidad. La presencia de un abombamiento de color azulado a nivel del introito ya orienta respecto a la existencia de un cierre membranoso de la vagina. Mediante exploración rectal se aprecia en la pelvis un tumor quístico (hematocolpos), debido al acumulo de sangre menstrual, y cuya cúpula superior se palpa a veces a nivel del abdomen. En general, no se puede distinguir el útero separadamente del tumor; están elevado o bien

abombado como un balón por la sangre menstrual retenida (hematometrio). Cuando existe al mismo tiempo atresia del cuello, se palpan, además del tumor principal, otros situados a los lados y correspondientes a las trompas (hematosalpinx). La punción permite excluir errores diagnósticos. La consistencia de alquitrán de la sangre es más característica (v. figura 48). Conviene, sin embargo, tener en cuenta que la punción debe hacerse con precauciones asépticas si se quiere evitar el peligro de la infección. Cuando existe hematosalpinx será mejor no practicarla. Pueden padecerse equivocaciones si junto al hematometrio existen hedrosalpinx. En todos los casos de hematometrio se practicará la exploración con muchos cuidados, especialmente si se hace en narcosis, porque las presiones fuertes pueden determinar roturas anexas de consecuencias muy desagradables.

Más experiencia se requiere para comprobar la existencia de una hipoplasia genital en la que participan también el útero. Conviene tener en cuenta para ello que en los países del Norte este órgano no termina con frecuencia su desarrollo hasta el final del segundo decenio de vida o principio del tercero. También es difícil el diagnóstico, porque el tamaño del útero se aprecia sólo aproximadamente. Las diferencias poco importantes del mismo pasan inadvertidas si se palpa a través de paredes abdominales muy gruesas o muy tensas. El empleo de la sonda no proporciona datos seguros, porque la cavidad uterina puede presentar longitud normal (unos siete centímetros), a pesar de existir hipoplasia del cuerpo. Fijando, mayores son las diferencias de tamaño con respecto a la normalidad, tanto más fáciles reconocerlas, porque entonces se presentan también acordonamientos importantes, que llegan a tres y cinco centímetros. En los casos de infantilismo uterino, no solamente

el cuerpo es pequeño, sino también el cuello del hocico de tenca. Otro signo frecuente de hipoplasia es la intensa anteflexión en ángulo agudo, propia del útero infantil. Además existen casi siempre vagina vertical que se estrecha hacia arriba, periné corto y escaso desarrollo piloso. Cuando la hipoplasia es acentuada, los ovarios son siempre pequeños. Muy importante para el diagnóstico es también el estado general, si bien en el mismo pueden existir grandes diferencias. Lo más frecuente es el "status hipoplasticos", o infantilismo, en el que todo el organismo ha quedado detenido en una fase de desarrollo infantil. En otros casos existen obesidad, enanismo, gigantismo o bien acremegálicos.

El reconocimiento de los excesos de crecimiento, de la hiperplasia genital, presenta también dificultades. El aumento de tamaño del útero es considerado muchas veces erróneamente como de origen neoplásico.

Una joven de diecisiete años, delgada, baja, con desarrollo piloso muy intenso y con mamas ricas en grasa, es enviada a la clínica por el médico de cabecera a causa de metrorragias repetidas. Primera menstruación, a los doce años. Al principio los períodos eran siempre muy intensos, du-

raderos e irregulares; a partir de los dieciséis años, se presentó una metrorragia de siete meses de duración, con interrupciones de pocos días. Después de tres meses de amenorrea, se presentó de nuevo otra hemorragia, que duró once meses, hasta intervenir el médico. La exploración demostró que el útero estaba muy aumentado de volumen. Con ayuda de la narcosis, se comprobó su consistencia dura, su tamaño como un huevo de ganso y su longitud, mediante la sonda, de nueve centímetros. Se practicó una laparatomía, creyendo que se trataba de un mioma. Sin embargo, no se encontró ningún nódulo miomatoso en la cavidad uterina ni en la pared. Existía, simplemente, una mucosa hiperplásica y un útero grande, de forma regular. Los ovarios no estaban engrosados.

El hipergenitalismo se manifiesta sobre todo en la infancia, en forma de pubertad precoz. Esta se caracteriza más que por la aparición temprana del período, por el desarrollo precoz del útero, de los genitales externos y de los caracteres sexuales secundarios (riqueza en grasas de las mamas). También llama la atención el crecimiento en altura y el peso no proporcionado a la edad.

(Continuará)

BARDANOL

Elixir de bardana y estaño eléctrico

Muestras y literatura: A. GÁMIR.-Valencia

INDICACIONES ESTAFILOCOCIAS EN TODAS SUS MANIFESTACIONES

HORDENAL

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. GAMR

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

Lysiform

**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 3 % con agua caliente. Desinfección del instrumental y utensilio (4 %). Combate el **flujo** y las afecciones de la **matriz**. **icatrizante** 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 proceso 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 - - Serrería, 9 - - GRAO-VALENCIA



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. 76186.-Madrid