

In this manner he secures a declive drainage both comfortable and rational not leaving any retained secretion; another advantage of this method in complicated cases, lies in the fact that if a fistule ensues the trouble to the patient is less severe while closing up.

He presents 4 cases, intervened on account of serious gynecological affections, where it was required to apply this method of pelvic plugging with only one death which result is, by no means, inferior to the classical Mikulicz.

Following a total hysterectomy and once the fundus of the pelvis in a peritonitis state, a conductor with three pads on its end distributed through the central portion and lateral parts of the pelvis so as to isolate completely the small cavity, is introduced through the vaginal section.

As assistant rubs gently the conductor till the gauze pads appear through the vulva, ending the intervention with a complete suture of the walls through planes.

In some cases a rubber tube with lateral holes coming out of the vulva and also appearing through the abdominal wall, is introduced together with the pads. The pads begin to be withdrawn on the fifth day so as to eliminate them altogether the following day, or it may be necessary to wait longer if they do not come out easily. Once withdrawn, daily vaginal irrigations. The patient can get up within 12 or 14 days.

ZUSAMMENFASSUNG

Es legt der Autor die Vorteile der Drainage bei den Eingriffen am Beckens dar, welche auf infizierte oder der Infektion verdächtige Organe angewandt werden, (Salpingitis, Fibrome auf dem Wege zur Nekrose, alle Cancerarten des Uterus ohne Ausnahme) indem er die Indikationen und die Technik von Mikulicz kommentiert, deren Fundament nicht nur im Dränieren besteht, sondern besonders darin, die grosse Serosa vom kleinen Becken zu trennen, eine Grenze aufrichtend, welche die Exkremente des Darmes enthält, und es verhindert, dass diese bei ihren peristaltischen Bewegungen die septischen Materiale auflesen und sie über das ganze Peritoneus ausstreuen.

Die Erfahrung erweist dass der Mikulicz vollständig seinen Gegenstand erfüllt bei den grossen Indikationen der Drainage: die Hemorrhagie und die Infektion; aber der Umstand, bei seiner Anwendung den Leib offen zu lassen und die relative Häufigkeit der nachoperativen Eventration, als Folge dieses Verfahrens, bewirken es, dass es sich nicht um ein vollendetes Vorgehen handelt.

Er legt in dem Folgendem seine persönliche Methode dar, bereits im Juni 1919 beschrieben, auf dem Kongresse der Ärzte catalanischer Sprache.

Auf diese Art erhält er eine geneigte Drainage, bequem und rationnell, welche gar keine zurückgehaltenen Sekretion belässt, ein anderer Vorteil der Methode in komplizierten Fällen besteht darin, einer Fistel vorzubeugen. Das Missgeschick ist für die Kranke weniger beschwerlich während der Zeit, welche die Schliessung auf sich warten lässt.

Er erwähnt in der Folge eine Kasuistik von 14 Beobachtungen bei Kranken, denen bei gynäkologischen ernstesten Fällen beigestanden wurde, bei denen diese Methode des Tamponnements des Beckens angewandt werden musste, mit einem einzigen Sterbefalle, welche Tatsache den klassischen Mikulicz in keiner Weise in seinem Werte herabsetzt.

Nachdem die vollständige Hysterectomie angewandt wurde und ein Mal der Grund des Beckens peritonisiert wurde wird durch den Vaginal-Abschnitt ein Konduktor eingeführt, welcher an seinem äussersten Ende 3 Kompressen angebracht trägt, welche sich über den zentralen Abschnitt und die seitlichen Teile des Beckens verteilen, in einer Art, die die kleine Höhlung vollständig isolieren. Ein Heilgehilfe reibt den Konduktor milde bis zum Herauskommen der Gazekompressen aus der Vulva.

Die Intervention wird abgeschlossen durch das vollständige Zuziehen der Wand in Ebenen.

In einigen Fällen führt er im Anschluss an die Kompressen eine Gummi röhre mit seitlichen Löchern ein, welche aus der Vulva herausragen und auch durch die abdominale Wand erscheinen. Am 5. Tage fängt man damit an, die Kompressen zurückzuziehen, um sie am folgenden Tage vollständig wegzulassen, oder länger warten, ob sie nicht mit Leichtigkeit herauskommen. Ein Mal herausgenommen, tägliche Irrigation der Vagina. Nach 12-14 Tagen kann die Kranke schon aufstehen.

RADIOLOGÍA DEL APÉNDICE

por el doctor

J. CAMBIÉS

Médico de los Hospitales de París y del Balneario de Châtel-Guyon

Entre todos los problemas que se presentan diariamente a la atención del médico o del cirujano, no cabe duda de que la apendicitis y su diagnóstico en todas las edades y más particularmente el de la apendicitis crónica es uno de los que más dificultades ofrece y de los que han originado mayores polémicas entre internistas y cirujanos.

Si parece haber acuerdo en lo que se refiere a la conveniencia de operar los casos agudos lo antes posible, no ocurre lo mismo en lo que atañe a los casos dudosos.

No es suficiente, en efecto, que haya un dolor agudo en el punto de MAC BURNEY para poder afirmar de una manera evidente y segura que se trata de apendicitis. DIEULAFOY, el gran Maestro de la clínica francesa, ya señalaba en sus maravillosas lecciones el peligro que se corre de operar de apendicitis enfermos que sólo padecían entero-colitis, en los que es más peligroso intervenir que abstenerse.

Teniendo ocasión de seguir, ayudando a mi maestro, el Dr. BENSUADE, en el Hospital San Antonio de París, y en el verano, en el Balneario de Châtel-Guyon, especializado en el tratamiento de las enfermedades del intestino, muchos enfermos que presentan síndromes dolorosos de la fosa ilíaca derecha, — los unos operados de apendicitis sin mejoría o con trastornos mayores (los rasguñados de Plombières y de Châtel-Guyon, como decía DIEULAFOY) — los otros no operados, hemos pensado que podría ser muy útil hacer un mejor diagnóstico de estos síndromes dolorosos por exploración muy atenta con los Rayos X, del lado derecho del vientre, particularmente, por la inyección del apéndice.

Muchos autores, en América del Norte y del Sur, sobre todo, han estudiado esta cuestión, pero muy pocos, ante las dificultades ofrecidas para llenar el apéndice con la comida opaca, creyeron que este procedimiento pudiera tener algún valor y dijeron que nada parecía tan semejante a un apéndice enfermo como un apéndice sano.

Otros trabajos y los nuestros demuestran, por el contrario, que este estudio es de primera importancia y que, hoy, no es permitido, a un verdadero clínico, dejar operar un enfermo de apendicitis sin haber hecho, antes, el estudio radiográfico del apéndice y de los órganos vecinos.

Hemos observado, desde 1918, durante las curaciones hidro-minerales de los enfermos del intestino, la influencia excito-motora de las soluciones de cloruro de magnesio sobre las fibras musculares de las tunicas gástricas e intestinales y esto nos hizo pensar que podría ser útil aprovechar esta acción para inyectar el apéndice.

Al mismo tiempo en América del Norte, MELZER estudiaba la acción motora del sulfato de magnesio (en solución a 30 por 100) sobre la vesícula biliar, y por el sondaje del duodeno, recogía las diferentes bilis que, después de numerosos estudios, permitieron establecer la prueba de MELZER-LYON, vulgarizada en Francia por el Profesor CHIRAY.

De modo que es evidente que el ion magnesio (sulfato en los estudios sobre la vesícula; cloruro, en los del apéndice) tiene acción motora segura sobre el aparato digestivo, acción particular que hemos aprovechado para el mejor estudio del apéndice.

En nuestros primeros trabajos hemos utilizado una solución de cloruro de magnesio preparada en el momento del examen e isotónica, a 10 gr. 50 por 1000. Ahora, usamos esta solución, o mejor, el agua de Châtel-Guyon-Gubler, que se encuentra por todas partes y tiene una mineralización de cerca de ocho gramos por litro.

En noventa por ciento de los casos, hemos tenido resultados positivos y nuestra estadística se refiere a 1.200 casos, con una serie comprobada en el acto operatorio.

Técnica

Necesita una preparación anterior, muy especial, del enfermo. Este debe conformarse con la misma, si quiere tener buen resultado. 3 ó 4 días antes del examen, se evacúa el intestino por enema o por purgante de aceite o salino. En los casos dolorosos, para evitar trastornos, se hace lo siguiente: Durante 2 días, antes del examen radiológico, se toma 2 veces por día, una hora antes del desayuno, y por la tarde entre cinco y siete, una dosis de 200 gramos de solución tibía de cloruro de magnesio (agua Gubler, por ejemplo.)

El día antes del examen, en ayunas, se da 200 gramos de la misma agua, y por la tarde la misma dosis sirve para la preparación de la comida opaca.

Usamos, sea la gelobarina de la casa Poulenc (sulfato de bario en crema), sea, según nuestras experiencias, la comida opaca preparada por la casa de regímenes Heudebert de París (mezcla de substancia opaca y de elementos nutritivos, de setecientas calorías).

Se diluye esta substancia opaca con 200 gramos de solución de cloruro de magnesio y esta preparación se toma en 2 veces: por la tarde, de cinco a siete, y por la noche, de diez a doce.

El enfermo es examinado, en ayunas, a las nueve del día siguiente, absorbiendo, detrás de la pantalla una papilla como la de la víspera. Recomendamos, cuando se trata de enfermos muy estreñidos, tomar los días antes del examen, en la comida del medio-día, de doscientos hasta trecientos gramos de

Yoghourt, que aumenta por su riqueza en ácido láctico la acción motora del cloruro de magnesio.

Una vez descrita la técnica, vamos a examinar, rápidamente, estos dos puntos muy importantes:

La Fisiología Radiológica del Apéndice y del ciego, y la Patología Radiológica de la Apendicitis crónica.

Fisiología Radiológica del Apéndice y del Ciego

El ciego se llena entre cuatro o cinco horas; el apéndice normal podría llenarse en este tiempo; pero no sería este el momento oportuno para examinarle radiológicamente.

El apéndice normal se presenta como una línea oscura, derecha o incurvada, ancha de dos a cinco milímetros, larga de cinco a diez cm., saliendo de la parte interna del ciego.

El apéndice puede llenarse lentamente o de prisa, según el punto de estancia de la comida opaca, debido a las contracciones peristálticas o anti-peristálticas del ciego, originadas en el colón transversal, cerca de la flexura derecha, en el punto que los autores americanos, CANNON, por ejemplo, consideran como nudo de contracciones, lo mismo que en el corazón, los nudos de KEITH y FLACK.

Esto explica que el apéndice sea visible solamente cuando el ciego entra en contracción y la solución de cloruro de magnesio aumentando estas contracciones favorece el pasaje de la papilla dentro de la luz del apéndice y su progresión hacia adentro, gracias a los movimientos peristálticos propios del órgano.

La evacuación del órgano se hace de la punta a la base por movimientos inversos evacuando la substancia opaca. Esto explica las evacuaciones repetidas del apéndice, en poco tiempo, y la necesidad de hacer, de vez en cuando, radiografías en serie. Cuando la estancia de la comida opaca es de más de 40 horas, hay éstasis apendicular, indicando, frecuentemente, fenómenos patológicos.

Patología Radiológica de la Apendicitis Crónica

Para hacer un buen examen de la región del ciego y del apéndice y fijar su patología, es necesario:

Primero. Poner el enfermo en decúbito supino o en TRENDELENBURG, en la posición que separa el apéndice del ciego y se le examine, con cuidado, de ocho a nueve horas después de la absorción de la comida opaca.

Segundo. Hacer una serie de exámenes, tres o cuatro, entre seis y treinta horas, después de la absorción de la papilla.

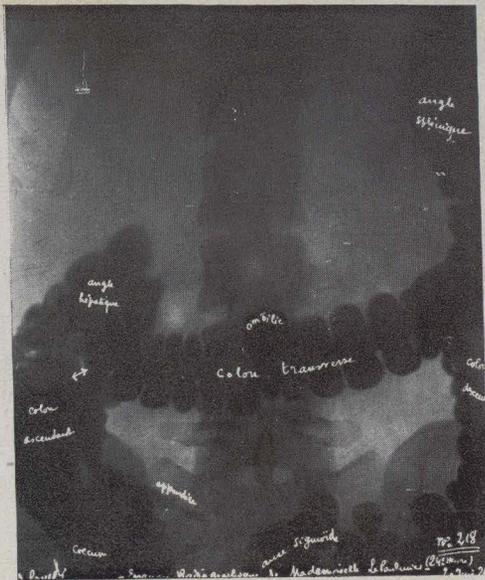
Tercero. Combinar exámenes radioscópicos y radiográficos. Haciéndolo así, es casi seguro que el apéndice se llena.

Pero no se debe olvidar que, en algunos casos, el apéndice es invisible, bien sea de una manera transitoria (por una incurvación del órgano o adherencias ligeras) y que el cambio de posición permite llenarla; bien sea de una manera permanente, cuando hay procesos inflamatorios que cierran la luz del órgano.

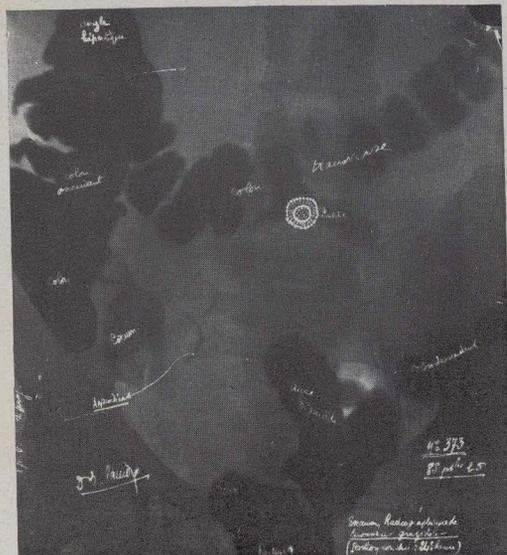
¿En que proporción se ve el apéndice?

RADIOLOGÍA DEL APÉNDICE

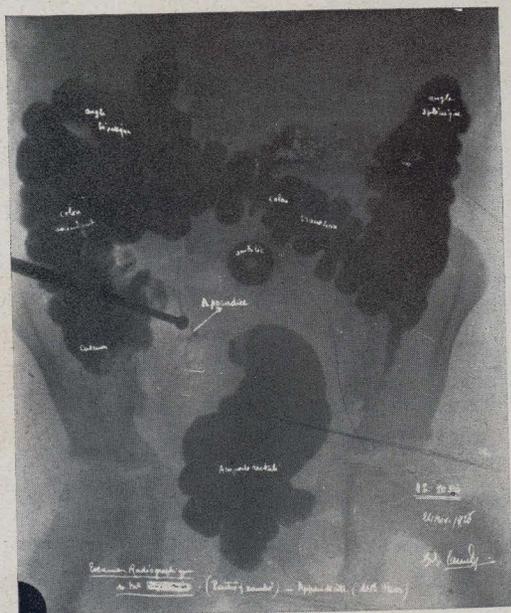
DR. J. CAMDIÈS



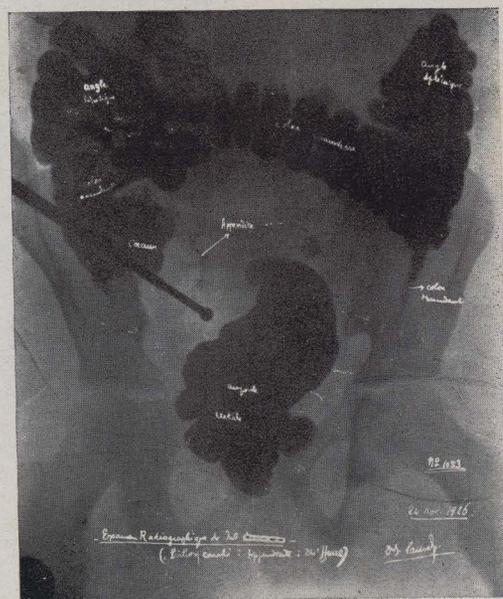
Radiografía 1.ª — Apéndice normal, visible después del empleo del cloruro de magnesio.



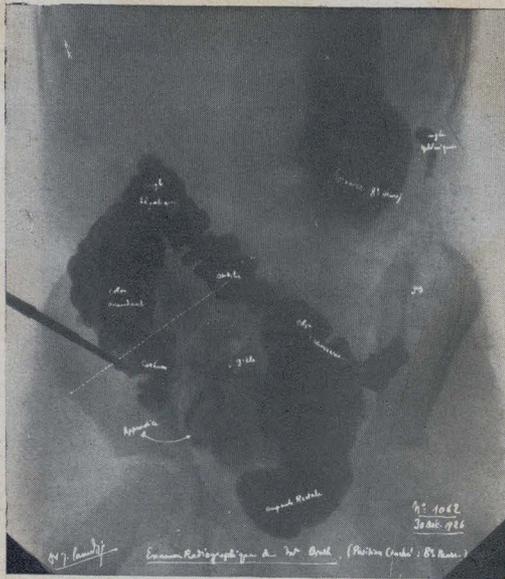
Radiografía 2.ª — Apéndice normal.



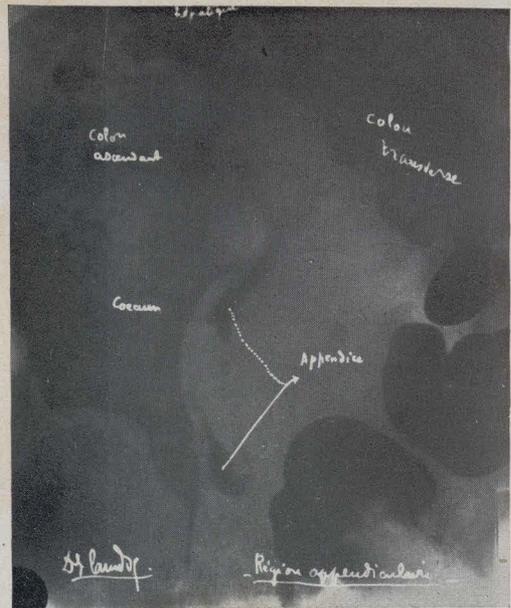
Radiografía 3.ª — Apéndice en reloj de arena; ulcerado en la punta y en la base. Operado.



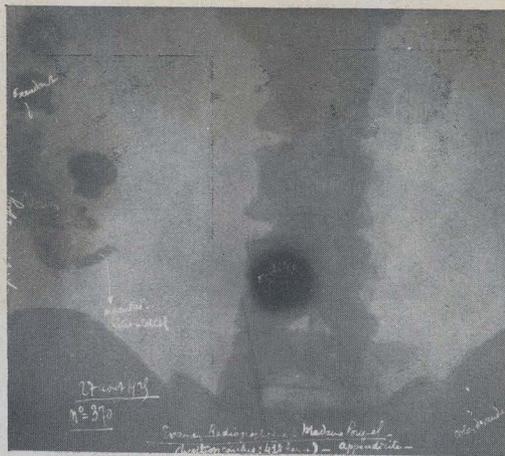
Radiografía 4.ª — Apéndice en reloj de arena; ulcerado en la punta y en la base. Operado.



Radiografía 5.^a — Apéndice en forma de pipa.



Radiografía 6.^a — Apéndice en forma de pipa.



Radiografía 7.^a — Apéndice retrocecal. Operado.

Para los Americanos, del Norte, en setenta por 100 de los casos; para DUQUE ESTRADA, de Montevideo, en ochenta por ciento. Con nuestro método, lo hemos observado en noventa por 100, y en un nuevo trabajo, publicado en Los Archivos Radiológicos de Italia, por el Dr. ARMANI, que confirma nuestros trabajos, en 92,25 por 100.

La visibilidad del órgano es, así, cosa segura, de tal modo que en todos los síndromes de la fosa ilíaca debe hacerse este estudio, que permitirá conocer los signos físicos y funcionales del apéndice.

Como *signos físicos*, hay que notar:

La Forma del órgano, irregular, incurvada o poligonal, con contornos dentellados, indicando procesos inflamatorios.

La irregularidad de la penetración de la papilla, debida a cálculos o a estenosis inflamatorias constituyendo la variedad de apéndice seccional de ELLIS, signo capital de inflamación.

La Posición del órgano; bajo el ciego, detrás del ciego o ascendente.

Las *Vacuolas*, observadas, en general, detrás de las estenosis inflamatorias.

Finalmente, las incurvaciones fijas en los procesos inflamatorios llamados peri-visceritis.

Los *Signos Funcionales* son de la mayor importancia para establecer un diagnóstico seguro.

La Fijeza del órgano es muy importante; indica procesos inflamatorios o adheridos (por ejemplo, en la peri-colitis membranosa de JACKSON).

La Estasis del órgano traduce o bien la atonía, frecuente en las esclerosis apendiculares, o bien un obstáculo accidental, o bien estenosis inflamatorias, cuando persiste dos o tres días.

Pero el signo más importante es la localización precisa del dolor bajo la pantalla.

No basta producir dolor más o menos agudo en la parte interna del ciego para afirmar apendicitis crónica y aconsejar la intervención. El diagnóstico es más delicado y como dice, con mucha razón, HARGARD: La cuestión de la apendicitis crónica es una de las que necesitan más juicio y decisión pronta.

Se hará la palpación, con guantes de goma, el enfermo de espaldas sobre la mesa de exploración, las piernas en flexión, la cabeza sostenida en una almohada.

En general, el dolor se localiza en la base o en el punto extremo del órgano, no olvidando que éste se mueve con velocidad, de tal modo que, muchas veces, el punto doloroso puede estar muy lejos de la parte interna del ciego.

La Base: Siguiendo los movimientos del ciego, en armonía con los respiratorios, se comprende, fácilmente, que es imposible atribuir un punto doloroso fijo sobre la pared abdominal; de tal modo que el clásico MAC-BURNEY no corresponde, en la mayoría de los casos, a la verdad. De nuestros estudios podemos concluir que en posición de pie como en posición acostada, el punto de LANZ (en la unión del tercio derecho y medio de la línea bis-ilíaca) corresponde, lo más frecuentemente, a la base del apéndice.

En los casos dudosos, no se olvidará de buscar los signos complementarios.

1. Fijeza el ciego: Signo de apendicitis crónica, salvo cuando se trata de esta variedad muy bien descrita por los doctores de MARTEL y ANTOINE, de ciego dilatado, consecuencia de tiflocolitis primitiva.

2. La estasis ileal refleja, de más de ocho horas, que hace pensar en adherencias del ileon o en la retracción del meso-apéndice.

3. Los Doctores BÉRARD y VIGNARD, de Lyon, quisieron hacer un signo de apendicitis crónica de la ptosis del transversal.

Para nosotros, este signo no tiene valor, y se encuentra en casos sin relación con apendicitis crónica.

4. Finalmente, en todos los casos dudosos, el análisis de la sangre tiene mucha importancia para comprobar el diagnóstico clínico y radiográfico: Polinucleosis de más de ocho por mil, y eosinofilia de más de tres por ciento indican un proceso inflamatorio.

Así, el examen radiológico hecho sistemáticamente en todos los casos de apendicitis, es un medio excelente de estudio, indispensable antes de todo acto operatorio, pues da al cirujano datos muy útiles sobre anatomía y fisiología del órgano, permitiéndole operar con el mejor éxito.

RÉSUMÉ

Les difficultés diagnostiques qu'offre toujours l'appendicite et en particulier l'appendicite chronique ont impulsé l'auteur dans ses travaux sur la radiologie de l'appendice, de cherchant dans cette dernière un auxiliaire clinique qui procure "de visu" des dates au sujet de l'état anatomique et fonctionnel de l'appendice.

La radiographie de l'appendice dans son double aspect—radiographie et radioscopie—nécessite une préparation spéciale du malade si l'on veut obtenir un bon résultat. Il est nécessaire d'employer 3 ou 4 jours avant, des purgatifs salins. En outre la pâte opaque doit se mêler avec 200 gr. de solution de chlorure de magnésium, qu'il faut donner deux fois: le soir de 5 à 7 et la nuit de 10 à minuit. Le malade est examiné à jeûne à 9 heures du jour suivant, prenant une nouvelle bouillie comme celle de la veille.

Normalement l'appendice se présente comme une ligne obscure, large de 5 mm. et longue de 5 à 10 cm. qui sort de la partie interne du caecum. Le temps qu'il prend pour se remplir est variable.

Pour faire un bon examen de la région appendiculaire il est nécessaire de mettre le malade décubitus supinus ou de la manière de Trendelenburg; faire trois ou quatre examens au terme de 36 heures après avoir pris la pâte; continuer à faire des examens radioscopiques et radiographiques.

Procédant de cette manière on peut obtenir des dates au sujet de l'état anatomique (forme, esthénose, position, courbure) et fonctionnel de l'appendix (fixité, ex-tase et localisation précise de la douleur) et des dates complémentaires comme sont: la fixité du caecum et l'extase iléal réflexe.

SUMMARY

The difficulties in diagnosis always offered by the ap-pendicitis, and more particularly chronic cases, have urged the author in his work on the Radiology of the appendix, seeking a clinical auxiliary which would provide "de visu" with data as to the anatomical and functional conditions of the appendix.

The radiology of the appendix in its double aspect—radiography and radioscopy—requires a special prepara-

tion of the patient. Saline purges are required from 3 to 4 days previously. Furthermore, the opaque paste should be diluted with 200 grams of magnesium chloride solution taking it in two separate times, in the afternoon from 5 to 7, and in the evening from 10 to 12. Patient is examined while fasting at nine next morning, taking a new paste as in the previous evening.

Normally the appendix appears like a dark line 5 millimetres wide and from 5 to 10 cm. long, coming out of the internal portion of the cecum. The time taken to fill varies.

To perform a good examination of the appendicular region the following is required: the patient in a supine or lying position or in a Trendelburg posture, three to four examinations within 6 to 30 hours following the intake of the paste; to continue the radiographic and radioscopic examinations.

In this way new data can be obtained about the anatomical condition (form, stenosis, position, incurvation) and about the functional condition (fixity, stasis and accurate site of pain) of the appendix also complementary data such as fixity of the cecum and ideal reflex stasis.

ZUSAMMENFASSUNG

Die diagnostischen Schwierigkeiten, welche die Appendicitis immer bietet und im Besonderen die chronische Appendicitis, haben den Autor in seinen Arbeiten über Radiologie des Appendix angetrieben, in dieser einen klinischen Hilfsfaktor zu suchen der "de visu" Daten hinsichtlich des anatomischen und funktionellen Zustandes des Appendix liefert.

Die Radiographie des Appendix, in ihrem doppelten Aspekte—Radiographie und Radioskopie—bedarf einer besonderen Vorbereitung des Kranken, will man ein gutes Resultat erzielen. Es ist nötig, 3 oder 4 Tage vorher salzige abfällige zu benutzen. Ausserdem muss der dicke Brei mit 200 gr. von Chlorür-Magnesium Lösung vermischt werden, die man 2 mal erneut reichen muss: abends von 5-7 und nachts von 10-12 Uhr. Dre Kranke wird nüchtern geprüft um 9 Uhr am folgenden Tage, einen neuen Brei nehmend, wie am vorhergehenden Tage.

Normalerweise zeigt sich der Appendix als dunkle Linie, 5 mm. breit und 5-10 cm. lang, welche von dem inneren Teile des Blinddarmes ausgeht. Die Zeit, welche er braucht, um sich zu füllen ist verschieden.

Um eine gute Untersuchung der appendikularen Region machen zu können ist es nötig, den Kranken in decubitus supinus oder nach Trendelenburg zu legen; 3 oder 4 Prüfungen in der Zeit von 36 Stunden zu machen, nachdem der Brei genommen wurde; fortzufahren mit radioskopischen und radiographischen Prüfungen.

Indem man in dieser Weise vorgeht, kann man Daten erlangen, hinsichtlich des anatomischen Zustandes (Form, Esthenose, Lage, Krümmungen.) und hinsichtlich des funktionellen Zustandes des Appendix (Fixiertheit, Ekstase und bestimmte Lokalisation des Schmerzes) und komplementäre Daten, welche sind: die Fixiertheit des Blinddarmes und die ideal reflektierte Ekstase.

NOTAS GINECOLÓGICAS

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DURANTE EL EMBARAZO

por el doctor

FRANCISCO TERRADAS

Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Barcelona

Si el embarazo puede contraindicar o simplemente hacer aplazar una operación aunque sólo sea por prudencia, existen buen número de afecciones ginecológicas en las que pasa lo contrario; el embarazo determina la urgencia de la operación.

Corriente es el caso de embarazo y quiste ovárico o mioma que por su tamaño o situación puede dificultar el desenvolvimiento del embarazo, o el parto; menos corrientes son los casos de anexitis, bartolinitis, grandes papilomas vulvares, fistulas urinarias o rectales, que pueden ser causas de infección puerperal, que conviene eliminar cuanto antes.

En la *Rev. Esp. de Obst. y Ginec.* (Nov. 1916) publiqué una nota con 11 casos personales variados; posteriormente he visto algunos más, pero los que más me han llamado la atención son dos casos de adherencias pelviperitoneales que con el embarazo se hicieron dolorosas, obligando por este único síntoma a la intervención pronta. Por ser casos raros y de difícil diagnóstico me veo tentado a describirlos.

1.º C. M., de 36 años, casada; 2 partos, del último hace 10 años. Se presenta a la consulta porque cree estar embarazada y sufre fuertes dolores abdominales. Dice que estuvo siempre bien reglada gozando de buena salud, aunque sufriendo diversos trastornos intestinales que no precisa bien por no haberles dado importancia. Está amenorreica de 5 meses, y ya desde el primero empezó a tener un pequeño dolor en la fosa ilíaca derecha que en el 2.º mes aumentó dándole ligerísima fiebre y algún vómito, pero que duraron pocos días; a los 3 meses reaparecen los dolores, pero sin fiebre, para hacerse ya continuos, aumentando en intensidad a medida que se abulta el vientre hasta llegar a ser intolerables; están localizados principalmente en el hipogastrio y región umbilical, y no desaparecen con el reposo en cama. El abdomen está abultado como de un embarazo de 5 1/2 meses, con todos los caracteres del mismo, sin que se encuentre otra tumoración; la zona dolorosa está, pues, por delante y encima del útero grávido, no aumenta con la presión, pero sí, cuando se ladea el útero sensiblemente. No hay nada patológico, digestivo, urinario, ni hepático.

Diagnóstico.—Embarazo de 5 1/2 meses, sin poder precisar la complicación causal del dolor, aunque suponiendo la existencia de una apendicitis crónica con fuertes adherencias pelvi-uterinas. La intolerancia creciente del dolor al compás del crecimiento del útero y la ausencia de flógosis aguda decide la intervención.

Laparotomía media. Aparece el útero grávido con el fondo y pared anterior tan llenos de adherencias a epiploon, intestino y pared abdominal, que parecen las ataduras de un globo cautivo, siendo la mayor parte delgadas y duras en forma de cordones fibrosos; muchas de ellas hay que romperlas con las tijeras; parecen de larga fecha. Liberado el útero, se encuentra fácilmente el apéndice atrofiado que se extirpa, sin que a su alrededor haya ningún foco especial de flógosis. Se cierra el vientre con una sutura en 3 planos. La enferma se despierta con la agradable sorpresa de no sufrir, y en lo sucesivo no siente ya más dolor, continuando el embarazo su curso normal hasta término. Parto y puerperio buenos sin relajación de la cicatriz abdominal; nunca más ha vuelto a sentir dolor.