

LA PENICILINOTERAPIA EN LAS INFECCIONES GINECOLOGICAS.

RESULTADOS OBTENIDOS EN CERCA DE DOSCIENTAS ENFERMAS

Por el Dr.

FRANCISCO J. CANESSA

Con el reciente advenimiento de la penicilina en el tratamiento de las infecciones y sobre todo en la mayoría de las provocadas por los cocos Gram positivos y algunos Gram negativos, etc., se alentó una nueva esperanza de que dichas afecciones serían definitivamente vencidas, superando aún el gran avance terapéutico que supuso la introducción en la terapia de las infecciones de los compuestos sulfamídicos.

Es probable en nuestro entender, que como ocurrió con las sulfamidas, los resultados obtenidos en realidad fueran quizá algo inferiores a lo que se esperaba, tal vez por insuficiencia de las dosis empleadas, pero con todo la penicilina constituye un arma extraordinaria, poderosísima contra las infecciones producidas por los cocos Gram positivos y algunos Gram negativos, como el estreptococo hemolítico, el estreptococo viridans, el estafilococo, el neumococo, el gonococo, el meningococo, los anaerobios, etc., contando además sobre las sulfamidas con la ventaja de que rara vez se observan síntomas de intolerancia, dada su escasísima toxicidad.

Blake, en su trabajo sobre las indicaciones terapéuticas de

las sulfamidas y la penicilina (1), clasifica las infecciones en tres grandes grupos, a saber:

a) Infecciones en que se obtenían resultados eficaces tanto con las sulfamidas como con la penicilina, y son las provocadas por el estreptococo hemolítico, el estreptococo viridans, el estafilococo, el neumococo, el meningococo, el gonococo.

b) Infecciones en las que la penicilina no tiene ninguna o casi ninguna acción, pero que son sensibles a las sulfamidas, y son: las producidas por el colibacilo, el bacilo disentérico, el neumococo de Friedlander, el bacilo de Duchey y otros.

c) Infecciones sensibles a la penicilina, pero en las cuales carecen de valor terapéutico los derivados sulfamídicos: sífilis, y afecciones producidas por otras espiroquetas, como el leptospira icteroides, etc.

La penicilina puede administrarse:

1º) Por vía endovenosa (5.000 a 10.000 unidades por centímetro cúbico) que era la vía que sobre todo se empleó en los comienzos de la penicilinoterapia.

2º) Por la vía intramuscular (10.000 a 50.000 unidades por centímetro cúbico).

Las inyecciones subcutáneas de penicilina son algo dolorosas y no son aconsejables.

Se han utilizado diversas sales de penicilina a base de sodio, calcio, magnesio, potasio, amonio, estroncio y litio, disueltas en solución fisiológica en la proporción indicada, para dar de 20.000 a 100.000 unidades por vez cada tres o más horas según la afección y según la gravedad del caso.

Nosotros usamos sobre todo las sales sódicas de penicilina.

Dado los inconvenientes de índole práctica en la administración de la penicilina, y con el fin de espaciar las inyecciones, se han utilizado también las suspensiones oleosas de penicilina cálcica que dada su reabsorción lenta permite aplicar de golpe en una sola inyección, 300.000 unidades del medicamento. Pero su acción en los casos agudos no nos ha parecido tan brillante como con las soluciones acuosas.

Creemos que la principal indicación de las suspensiones oleosas, es como tratamiento complementario de las soluciones acuosas, como cura de consolidación.

También para los casos crónicos, y además para aquellos, en que si por cualquier circunstancia no fuera posible practicar a los enfermos las inyecciones durante la noche, o con la frecuencia necesaria, por inconvenientes insalvables, los pacientes no se vean privados del beneficio de tan eficaz medicación, dada la lentitud de la eliminación penicilínica, de las preparaciones oleosas.

Ultimamente han aparecido en el comercio comprimidos de penicilina para administrar por vía bucal, pero nosotros no tenemos experiencia en esta forma de administración de dicha substancia, aunque creemos que su acción es mucho más débil requiriéndose dosis de penicilina mucho mayores, lo que constituye un inconveniente dado su elevado precio.

Si se tiene en cuenta, que dos grandes infecciones sobre todo, son las que dominan la escena en Clínica Ginecológica, a saber:

a) La infección gonocócica; y b) la infección séptica, y sobre todo la causada por el estreptococo y estafilococo (post-parto y post-aborto) y teniendo la penicilina una acción eficazísima sobre el gonococo de Neisser y los gérmenes piógenos y anaerobios, es natural que inmediatamente nos dedicáramos a administrar dicha medicación y a observar los resultados obtenidos en todas aquellas enfermas con afecciones ginecológicas de tipo inflamatorio, ya fueran agudas, sub-agudas, o crónicas.

El presente trabajo *no es una síntesis bibliográfica* de los trabajos publicados sobre penicilinoterapia y no tiene otra pretensión que el de presentar en la forma más escueta posible, el resultado de nuestra experiencia en cerca de doscientas enfermas con infecciones inflamatorias de sus órganos genitales tratadas con penicilina.

Dicha experiencia la hemos realizado durante los años 1945 (35 casos) y 1946 (161 casos).

La gran diferencia en el número de casos tratados durante los años 1945 y 1946, se explica porque en 1945 como es público la penicilina se hallaba racionada; se requería autorización de las autoridades para obtenerla y su precio era mucho más elevado que en la actualidad, inconvenientes que hacían que su aplicación fuese más restringida.

Pero en el curso del año 1946, al decretarse libre la venta de la penicilina, así como la baja de su precio dada su mayor abundancia en plaza, hizo que pudiéramos administrarla en mayor escala, en todos aquellos casos en que creíamos indicada su aplicación.

Los casos que mencionamos en este trabajo, y que comprenden enfermas del Servicio de Clínica Ginecológica del Hospital Salaberry (Consultorio Externo y Salas V y VI) y de la clientela privada, se refieren algunos de ellos a pacientes en las cuales nos fué posible determinar por el laboratorio (examen bacteriológico del flujo; en los casos de gonococcia baja por ejemplo) el germen causante de la infección.

En otros casos (anexitis, metroanexitis, pelviperitonitis, etcétera) nos hemos guiado para establecer con mayor o menor exactitud cuál había sido el germen causante de la infección primitiva (ya que después podían asociarse otros microorganismos) sobre todo por los antecedentes de la enferma y por el cuadro clínico (antecedentes de una gonorrea baja: flujo amarillo, uretritis y cervicitis, a veces con gonococos en los frotis) para la salpingitis gonocócica por ejemplo. Antecedentes de infecciones puerperales (partos sépticos, abortos provocados, etc.), cuadro clínico, para las infecciones sépticas provocadas por el estreptococo, estafilococo, etc. (endometritis, metroanexitis, pelviperitonitis, etc.).

En otros casos no nos fué posible determinar en forma más o menos categórica el germen preponderante, por hallarse asociados varios de ellos y ser imprecisos los antecedentes de las enfermas.

Además de todas estas pacientes, las que tenían una gono-

coccia baja (vulvitis, vulvovaginitis, uretritis, cervicitis, Bartholinitis, etc.) no habían recibido ningún tratamiento con sulfamidas.

Antes de referirnos a los casos que presentamos y antes de clasificarlos, diremos nada más que algunas poquísimas palabras acerca de la infección gonocócica y de la infección séptica.

En cuanto a la infección tuberculosa, sabemos que la penicilina no tiene al parecer ninguna acción sobre el bacilo de Koch.

Nosotros mencionamos en el presente trabajo, un caso de salpingitis doble crónica, en el cual la penicilina administrada no tuvo ninguna acción.

Dicha enferma fué intervenida después quirúrgicamente y en la intervención se comprobó que se trataba de una salpingitis tuberculosa. Solamente la edad de la enferma, 24 años, el antecedente de una pleuresía serofibrinosa que había tenido a los 18 años, y el fracaso de los tratamientos anteriores a que había sido sometida, nos hizo pensar en la posibilidad de una salpingitis bacilosa.

Pese a ello se le inyectaron 800.000 unidades de penicilina por vía intramuscular que no la mejoraron, en absoluto.

Pensamos que en los pocos casos en que la anexitis o pelvi-peritonitis tuberculosa, se presentan en forma aguda con un cuadro clínico semejante al de la anexo-peritonitis aguda de naturaleza gonocócica o estreptocócica, la penicilino-terapia podría servir de piedra de toque para establecer el diagnóstico diferencial, al curar o mejorar las formas originadas por el gonococo y el estreptococo, y no tener acción sobre la producida por el bacilo de Koch.

Infección gonocócica. — Es una infección catarral ascendente típica del aparato genital.

Su gravedad es mayor en la mujer que en hombre, pudiendo dar lugar a lesiones irreparables del aparato genital.

El gonococo de Neisser que como es sabido es el agente

específico causal de la enfermedad, tiene la particularidad de atacar sobre todo los epitelios cilíndricos y de transición, siendo los epitelios pavimentosos estratificados más resistentes a su acción.

Es por dicha causa que en lo gonococcia baja, abierta o de las vías genitales inferiores, localizada por debajo del orificio interno del cuello uterino, que es la más frecuente (del 65 % al 70 % de los casos), y la menos grave, el gonococo se localiza sobre todo en las mucosas tapizadas por dichos epitelios cilíndricos y de transición, o sea en la uretra, glándulas vestibulares, exo y endocervix, y en el recto; y sólo en circunstancias especiales, cuando los epitelios pavimentosos de los tegumentos vulvar y mucosa vaginal pierden sus propiedades defensivas (infancia, castración, embarazo, vejez, etc.) es cuando es posible observar la infección difusa de la vulva y de la vagina (vulvo-vaginitis propiamente dicha).

Pero lo corriente es la infección focal: de la uretra, glándulas vestibulares, exo-endocervix y recto.

En los casos agudos, el foco más frecuentemente afectado es la uretra (95 %), luego el endocervix (75 %), recto (30 %) y glándulas vestibulares (20%).

En cambio en los casos crónicos, el foco en que con mayor frecuencia se localiza la infección, pasa a ser el endocervix (95 %), manteniéndose en los restantes focos la infección en una proporción aproximada del 25 al 30 %.

Por lo demás, es raro que esté afectado uno solo de los focos mencionados. La regla es que se afecten todos o la mayoría de ellos.

Cuando la infección rebasa el orificio interno del cuello uterino, tenemos constituida la gonococcia alta, cerrada o de las vías genitales superiores mucho más grave.

La endometritis gonocócica, es benigna, suele pasar desapercibida y en general cura espontáneamente con la descamación fisiológica mensual de los tejidos inflamados.

Las lesiones del ovario son generalmente superficiales. En

cambio la trompa es el gran foco infeccioso de la gonococcia alta que suele originar en ella lesiones graves y muchas veces irreparables.

La infección séptica ginecológica. — Es la producida sobre todo por los gérmenes Gram positivos: a) estreptococo (con sus variedades: estreptococo hemolítico, viridans, anaerobios putríficos, etc.).

El estreptococo es el principal agente de la infección de las heridas en general, y de las heridas puerperales (80 % de los casos según algunos autores).

El estafilococo (se observa en el 20 % de los casos aproximadamente de las infecciones puerperales) con sus variedades: el blanco, el dorado, anaerobio aerógeno diplococo Gram negativo, habitante frecuente de la vagina.

El colibacilo, que se encuentra en ciertas infecciones genitales de origen urinario o intestinal, y sobre el cual la penicilina no tiene acción eficaz.

Los *anaerobios* (estreptococo anaerobio pútrido, estafilococo anaerobio aerógeno arriba mencionado, el bacilo espumoso o enfisematoso de Fraenkel o bacilo aerógeno capsulado de Welch y Nuttal, agente específico de la gangrena gaseosa.

No nos vamos a ocupar aquí “in extensu” de la infección séptica, como tampoco lo hemos hecho para la infección gonocócica por no ser éste el objeto de nuestro trabajo.

Sólo diremos que debido a la distinta forma de actuar de los gérmenes sépticos con respecto al gonococo, a su capacidad de penetrar en la profundidad de los tejidos, a su mayor virulencia, a la facultad de propagarse no solamente por la vía directa o canalicular como el gonococo, sino sobre todo por la vía linfática y sanguínea, la infección séptica ofrece en general un cuadro anatomo-clínico mucho más complejo y en general más grave que la infección gonocócica.

Sabemos que la penicilina tiene una acción muy eficaz como la tiene también para el gonococo, sobre los gérmenes causantes de la infección séptica, y sabemos también cuán

frecuentes son las infecciones sépticas en obstetricia y ginecología, dada la frecuencia de las heridas genitales y sobre todo de la herida puerperal debida al desprendimiento del huevo o la placenta.

Los gérmenes piógenos que generalmente necesitan una puerta de entrada, al revés de lo que ocurre con el gonococo que ataca los epitelios intactos, tienen pues reunidas en el útero puerperal, las mejores condiciones para la evolución de una infección séptica: cuello abierto, herida puerperal o placentaria recubierta por coágulos sanguíneos y restos ovulares (verdaderos caldos de cultivo de los gérmenes), temperatura óptima 37°, y debajo gruesas venas y linfáticos ampliamente abiertos (por la sub-involución uterina) que constituyen espléndidas vías para la infección séptica.

La infección séptica puede quedar localizada: cervicitis endometritis, etc.; o bien generalizarse por cualquiera de las tres vías: 1º, vía *directa o canalicular* (la menos frecuente) salpingoovaritis, pelviperitonitis, peritonitis; 2º, por *la vía linfática*: a) metritis (formas supurada, gangrenosa, etc.); b) parametritis o celulitis pelviana, con sus dos formas: circunscripta (flemones de la base del ligamento ancho y del ligamento ancho propiamente dicho) y celulitis pelviana difusa; c) peritonitis, etc. y 3º, por *la vía sanguínea*: a) tromboflebitis séptica (fegmasia alba dolens); b) tromboflebitis supurada; c) septicemia, caracterizada por la existencia *permanente* de microbios *virulentos* en la sangre; d) septicopioemia (consecutiva generalmente a la tromboflebitis supurada).

Expuestos estos breves conceptos acerca de la infección gonocócica y de la infección séptica, diremos ante todo que la acción de la penicilina según es sabido, y eso es lo que hemos podido comprobar nosotros, es muy distinta según se trate de infecciones agudas o crónicas, tanto en la gonococcia genital como en la infección séptica.

De acción rápida, eficaz y brillante en los casos agudos, no sucede lo mismo en las afecciones crónicas en las que su

acción terapéutica es muchísimo menos marcada, no suplantando a los tratamientos habituales, verbigracia: ondas cortas, diatermia, etc., en las anexitis crónicas, si bien acorta la evolución de las mismas.

En cambio hemos tenido ocasión de comprobar por ejemplo en los casos agudos de gonococcia baja sobre todo la desaparición rápida a las 48 horas de los gonococos y la disminución de la flogosis con evidente mejoría del cuadro clínico y sobre todo en las enfermas tratadas últimamente en las cuales por las razones enunciadas más arriba hemos podido emplear dosis mucho mayores de penicilina (500.000 a 800.000 unidades y más). En la actualidad se emplean dosis mucho mayores.

Los resultados obtenidos en nuestras enfermas afectadas de gonococcia genital, no coinciden con los de ciertos autores como: Cohn A., Taylor H., y Grunstein I. (3) que dan como dosis mínima total, la de 100.000 unidades inyectadas por la vía intramuscular en dosis fraccionadas como necesarias y suficiente para una cura bacteriológica.

Creemos que si en algunos casos, suele obtenerse dicho resultado, en la mayoría de ellos no sucede así, y es necesario la administración de nuevas dosis del medicamento para obtener la curación real y definitiva de la infección.

Dentro de la semana suele desaparecer el flujo uretral; el cervical es a menudo más rebelde, pues desaparece en general algo más tarde, y los signos clínicos también desaparecen.

En las anexitis agudas de las gonococcias altas, suelen desaparecer la temperatura y los dolores entre los 5 y 10 días si se administran dosis elevadas de penicilina.

En cuanto a los signos semiológicos, suele observarse en general, que la retrogradación de los tumores anexiales se hace con mayor rapidez que cuando no se emplea la penicilina.

En lo que respecta al tratamiento local, sobre todo en los casos de cervicitis (subagudas y crónicas por ejemplo) hemos usado en algunos casos preparados comerciales de penicilina (Topenilina) pero los resultados obtenidos no nos han parecido

superiores a los que se obtienen con los medicamentos habituales (nitrato de plata, sulfamidas, etc.).

También se obtienen buenos resultados con la penicilina en las afecciones genitales provocadas por los gérmenes piógenos.

Y así por ejemplo, en los abortos infectados con restos ovulares o placentarios, en las endometritis, en los que hemos aplicado el tratamiento penicilínico, pudimos observar que la penicilina cuando la aplicábamos en dosis suficientes, producía una mejoría muy grande, acortando el período febril y haciendo retrogradar los fenómenos flogósicos.

Simultáneamente administramos medicamentos ocitócicos que casi siempre libran a la cavidad uterina de los restos grandes, y cuando es necesario practicamos el curetaje instrumental.

La apirexia se produce más rápidamente con la penicilina que sin su administración.

También en las anexitis, pelviperitonitis, etc., la retrogradación de la temperatura y los signos inflamatorios agudos, se produce mucho más rápidamente con la penicilina, abreviando su evolución.

No hemos tenido ningún caso de septicemia con hemocultivos *reiteradamente* positivos durante los años 1945 y 1946, para poder practicar en él, el tratamiento penicilínico.

En los abcesos de mama, flemones del ligamento ancho, etc., el tratamiento penicilínico intenso combinado con la punción y la inyección local de penicilina, no impidió por lo menos en los casos que presentamos, la abertura quirúrgica de la colección purulenta, pero su evolución fué más corta.

Salvo en cinco casos en que utilizamos la vía endovenosa e n todos los demás practicamos inyecciones intramusculares de soluciones acuosas, en la proporción de 5.000 a 10.000 unidades por centímetro cúbico y más.

En la actualidad se usan dosis mucho más concentradas y dosis totales muy elevadas.

Creemos por lo demás, que en lo que respecta a la cuestión de dosis, no puede ser ésta, igual para todas las infecciones.

Dependerá como es lógico de la virulencia del germen y de la gravedad del caso, pero lo que es seguro, es que las dosis inadecuadas constituyen una de las principales causas del fracaso del tratamiento penicilínico.

En las infecciones muy graves, especialmente las producidas por los gérmenes piógenos y los anaerobios, son necesarias concentraciones de 50.000 unidades y más por c. c., y llegar a dosis totales grandes, varios millones de unidades de penicilina.

Sólo en 7 casos usamos las preparaciones oleosas, que nos parecieron poco activas en los tratamientos de ataque. Creemos sean más útiles en los casos crónicos o en las curas de consolidación.

.....

Los 196 casos en total que presentamos tratados con penicilina durante los años 1945 (35 casos) y 1946 (161 casos), podemos descomponerlos de la siguiente manera:

Infección gonocócica.

a) Gonococcia aguda (baja):

Vulvovaginitis, uretritis, cervicitis agudas ..	73 casos
Bartholinitis aguda	5 „

b) Gonococcia aguda (alta):

Salpingitis aguda	2 „
Anexoperitonitis aguda	1 „

c) Gonococcia crónica (baja):

Cervicitis crónica	10 „
Uretritis crónica	10 „

d) Gonococcia crónica (alta):

Salpingoovaritis crónica	1 „
--------------------------------	-----

Total 108 casos

En la mayoría de los casos agudos, desaparecieron los gonococos, el flujo, la temperatura y los síntomas agudos con dosis de penicilina que oscilaron entre las 300 y las 800.000 unidades. Las bartholinitis fueron incindidas quirúrgicamente en tres casos; en dos casos se abrieron espontáneamente.

En el caso de anexo-peritonitis aguda, la enferma curó casi, en 4 semanas con 1.000.000 de unidades.

En 14, de los 20 casos de cervicitis gonocócica crónica en los que el frotis realizado con el flujo del endocervix, reveló la presencia de gonococos, la penicilina linoterapia hizo desaparecerlos al cabo de algunas semanas.

La cura local de la cervicitis se complementó con los cáusticos habituales.

En el caso de *salpingoovaritis crónica*, el resultado de la penicilinoterapia fué poco evidente. Se complementó el tratamiento con fisioterapia.

Infección tuberculosa.

Tuberculosis genital crónica:

Salpingitis doble	1 caso
	<hr/>
Total	1 caso

De este caso nos hemos ocupado más arriba.

Infección séptica.

Cervicitis crónica	10 casos
Abortos infectados	50 „
Endometritis	22 „
Pelviperitonitis (aguda)	2 „
Flemones del ligamento ancho	2 „
Flebitis post-operatoria	1 „
	<hr/>
Total	88 casos

En los casos de cervicitis crónica la acción de la penicilina fué casi nula. Los toques locales del cuello con penicilina (Topenilina) no nos parecieron mejores que los de nitrato de plata, etc.

En los casos de abortos infectados la penicilina hizo descender con mayor rapidez la temperatura. Se dieron entre 300 y 800.000 unidades. Se administraron ocitócicos y el curetaje se practicó en 3 casos en período afebril.

En las enfermas con endometritis, los síntomas locales y generales desaparecieron en 15 casos entre los 3 y los 7 días, con dosis entre 300 y 500 mil unidades.

Los otros 7 casos requirieron dosis mayores y tratamientos locales.

En las 2 enfermas de pelviperitonitis, se inyectó un millón de unidades de penicilina que las mejoró entre 4 y 6 semanas.

En las 2 enfermas con flemón de ligamento ancho se aplicaron en una 600.000 y en otra 800.000 unidades, en una de ellas por vía en dovenosa. En ambas la mejoría fué grande, pero en las 2 enfermas hubo que abrir y drenar el absceso, si bien la evolución fué más corta.

En el caso de flebitis post-operatoria, el período febril fué acortado, recibiendo la enferma 800.000 U. de penicilina.

En la actualidad se tiene más experiencia con la penicilina y dado su mayor abundancia en plaza, su menor precio y sobre todo su escasísima toxicidad se dan dosis muchísimo más elevadas que las que hemos dado nosotros en los años 1945 y 1946.

CONCLUSIONES

1. La penicilina constituye un agente terapéutico antiinfectioso de extraordinaria eficacia, y sobre todo contra las infecciones producidas por los gérmenes piógenos: estreptococo, estafilococo, los anaerobios, el gonococo, etc., y de ahí su importancia capital en el tratamiento de las infecciones ginecológicas y obstétricas.

2. Por su tolerancia, dado su escasísimo índice de toxicidad, las dosis deben ser efectivas, suficientes, y aplicadas a intervalos regulares de acuerdo al germen, virulencia del mismo, y gravedad de la infección.
3. Es indiscutible que la precocidad en el diagnóstico y en la iniciación de la terapéutica penicilínica, así como la suficiencia de las dosis empleadas, son factores de fundamental importancia para el éxito del tratamiento.
4. Su acción es más efectiva en los casos agudos que en los crónicos, si bien acorta la evolución de estos últimos.
5. Aunque localmente puede ser utilizada con éxito en los abscesos en general, por lo común no excluye el avenamiento quirúrgico de los mismos.
6. Las soluciones acuosas tienen al parecer una acción más rápida e intensa que las suspensiones oleosas. Estas últimas en cambio prestan gran utilidad en las curas de consolidación, en los casos crónicos, y cuando deban espaciarse las inyecciones por inconvenientes insalvables.

En los tratamientos de asalto deben preferirse las soluciones acuosas.

7. Por su escasísimo índice de toxicidad, la penicilina debe preferirse a las sulfamidas.

Desde otro punto de vista en cambio éstas aventajan a aquélla, porque siendo muy activas por vía oral su administración es mucho más práctica y mucho menos onerosa para los enfermos.

RESUMEN

El autor después de una experiencia de cerca de doscientas enfermas tratadas, considera que la penicilina constituye un arma poderosísima en el tratamiento de las infecciones ginecológicas, sobre todo en las agudas y subagudas.

Estima que deben preferirse las soluciones acuosas a las suspensiones oleosas; y que dado el escasísimo índice de toxi-

cidad de la penicilina, las dosis deben ser altas y sostenidas según la gravedad del caso y la virulencia del germen.

Considera igualmente que la precocidad en el diagnóstico y en la iniciación de la terapéutica penicilínica, así como la suficiencia de las dosis empleadas constituyen factores de capital importancia para el éxito del tratamiento.

Si bien en los casos tratados la penicilina no impidió el avenamiento quirúrgico de las colecciones supuradas, abrevió la evolución de la enfermedad.

En los casos crónicos y en la tuberculosis genital el resultado de la penicilinoterapia fué poco evidente.

Pese a la desventaja de su elevado precio y a los inconvenientes de su aplicación, el autor prefiere la penicilina a las sulfamidas por su escasísimo índice de toxicidad, no habiendo observado hasta la fecha en ninguna enferma síntomas de intolerancia por la penicilina.

Esto, constituye una ventaja valiosísima para el tratamiento de pacientes con emuntorios deficientes.

BIBLIOGRAFIA

1. *Blake F. G.* The therapeutic indications of the sulfonamides and penicillin. *J. A. M. A.* 1945, 127:517.
2. *Pérez M. L.* Tratado de Obstetricia.
3. *Cohn A., Taylor H. y Grunstein I.* Penicillin treatment of sulfonamida resistant gonococcal infections the female (*Am. J. Obst. and Gynec.* 1945. Mayo. Volum. XLIX, n. 5, pág. 657.

RESUME

Dr. F. J. Canessa.

L'auteur, après avoir traité presque 200 malades, considère que la pénicilline est très puissante dans le traitement des infections gynécologiques, surtout dans celles aiguës et subaiguës.

Il considère qu'on doit préférer les solutions aqueuses et puisque la toxicité de la pénicilline est très petite, les doses doivent être élevées et ininterrompues selon la gravité du cas et la virulence du germe.

Il considère également, que la précocité dans le diagnostic et dans l'administration de la pénicilline, de même que la suffisance des doses employées, sont des facteurs très importants pour réussir avec le traitement.

Bien que dans les cas traités, la pénicilline n'évita pas l'opération des collections suppurées, elle abrégéa l'évolution de la maladie.

Dans les cas chroniques et dans la tuberculose génitale, le résultat de la pénicillinothérapie ne fut pas notable.

Malgré la désavantage de son prix élevé et les inconvénients pour son application, l'auteur préfère la pénicilline aux sulfamides par sa petite toxicité; jusque maintenant on n'a pas observé aucun symptôme d'intolérance pour la pénicilline.

Cela est un riche avantage pour le traitement des malades dont leur émonctoire est défectueux.

A B S T R A C T

The author, after having treated almost 200 patients, confirms the power of penicillin in the treatment of gynecologic infections, especially in acute and superacute ones.

He prefers aqueous solutions to oily suspensions, and as the penicillin toxicity is very small, the doses must be high and interrupted according to the gravity of the case and the germ virulence.

He considers also, that the precocity in the diagnosis and in penicillin administration, the same as sufficiency in the doses employed, are very important factors to get good results in the treatment.

It is true that in these cases, the penicillin didn't prevent the operation in suppurative collections but it shortened the evolution of the disease.

Penicillinotherapy result was not remarkable in chronic cases and genital tuberculosis.

Although its high cost and the difficulties for its application, the author prefers penicillin to sulfamides, because its toxicity is smaller and the patients haven't presented, till now, any symptom of intolerance.

This is a great advantage in the treatment of patients with deficient emunctory.