

Resultados del tratamiento médico de las anexitis mediante la fisio-inyectoterapia asociada; con especial mención de la vacunoterapia intradérmica (método Goldenberg)

Por el doctor **J. Vanrell**

Ginecólogo del Hospital de San Pablo (Barcelona)

Uno de los problemas que con mayor frecuencia se ofrecen, en la práctica ginecológica, a la consideración del especialista, es el que hace referencia al tratamiento de los procesos inflamatorios de los anejos, agrupados clínicamente bajo el término genérico, y un tanto vago, de *anexitis*. Así enunciada, constituye ésta una entidad nosológica de mucha amplitud y límites poco precisos, que comprende, por una parte, afecciones de diferente etiología y, por otra, abarca órganos y elementos dispares como la trompa y el ovario, el peritoneo pelviano y el tejido celular subyacente.

La misma elasticidad del concepto, permite al clínico establecer, con facilidad, un diagnóstico de anexitis, pero le es más difícil precisar su etiología y sobre todo sentar para cada caso la indicación terapéutica más adecuada.

Dos son, como se sabe, los recursos de que dispone el ginecólogo: el tratamiento médico o mejor médico-físico y la exéresis quirúrgica más o menos radical. ¿Por cuál decidirse? Dejando aparte casos especiales y, sobre todo, indicaciones de urgencia en las que, desde luego, no hay lugar a opción,

en los restantes se suman, en la práctica, a los datos suministrados por la exploración clínica, otros factores de índole para-médica, social, personal y hasta moral si se quiere, que pesan en la balanza y que conviene estimar con justeza antes de decidirnos por una u otra terapéutica; se comprende, en efecto, que no es lo mismo, bajo el punto de vista práctico, el tratamiento de la anexitis en la obrera, por ejemplo, que en la mujer acomodada; en la nulípara que en la multípara, en la recién casada que en la matrona pre-menopáusica, en la viuda, que en la casada, en la mujer honesta que en la de vida más o menos airada.

Tanto la indicación quirúrgica como la médica tienen en la actualidad sus defensores en todos los períodos de la enfermedad. En los casos agudos, el tratamiento operatorio, radical a toda ultranza, cuenta con muy pocos sufragios, hecha excepción naturalmente de las emergencias que puedan presentarse en momentos de urgencia. BOURNE en Inglaterra, STANTON en los Estados Unidos y AMBERGER en Alemania son, entre los más calificados, partidarios de la intervención precoz. El primero opera sis-

temáticamente los casos agudos y los supurados; los dos últimos aconsejan una espera prudencial y se deciden por el tratamiento activo si después de un período de inmovilización y reposo en cama no cede la fiebre ni desaparecen las molestias.

Este criterio intervencionista precoz es en la actualidad compartido por muy pocos. BOURNE ponente sobre el tema en el VI Congreso Inglés de Obstetricia y Ginecología de Manchester (1927) no encontró ambiente en la defensa de su tesis y los más condenaron una práctica que si gozó de predicamento en las épocas heroicas de la ginecología, está fundadamente desechada en la actualidad como peligrosa y reprobable en atención a los dolorosos y terribles fracasos que siguieron a su aplicación. Sustentando este criterio J. HENDRY, pudo presentar al mismo Congreso una estadística de 24 casos operados en fase aguda por causas diversas, especialmente errores de diagnóstico, en los que 9 fallecieron de peritonitis, y en sus conclusiones considera temerario el pretender equiparar la cirugía de los anejos a la del apéndice, inspiradora de esta iniciativa.

En los casos ya enfriados, la exeresis del órgano afecto, constituye indudablemente una indicación fundada, pero el territorio de su jurisdicción disminuye de día en día, ante los buenos resultados obtenidos por la terapéutica médica conservadora. Ciertamente que en estos últimos tiempos se observa en este punto alguna reacción, sin llegar a ser todavía un franco viraje al intervencionismo, sobre todo en Alemania, donde algunos autores parecen inclinarse nuevamente al tratamiento radical, con el ánimo de no entretener a la enferma y de lograr en el menor tiempo posible su recuperación social, pero no hay duda que este criterio les ha sido impuesto más bien por consideraciones

extra-médicas de las que ya hemos hablado, y, sobre todo, causas ocasionales, como son la miseria, el incremento del aborto criminal, el relajamiento de la moral colectiva, etc., todos ellos factores de recidivas, que no por el convencimiento obtenido después del cotejo de las estadísticas.

En épocas normales el número de casos tributarios de intervención radical es cada vez más reducido; las técnicas de castración se batan en retirada desplazadas por el auge justificado de la ginecurgia conservadora y la mayor eficiencia de los tratamientos fisiomédicos, métodos ambos que cuentan en su haber el primero con un número estimable de reparaciones funcionales y el segundo con un porcentaje bastante elevado de restituciones fisiológicas.

Si comparamos estadísticas recientes veremos que en las clínicas hospitalarias el número total de enfermas que llegan a la intervención oscila entre el 5 y el 30 %: la frecuencia operatoria (incluyendo las complicaciones de los casos agudos y los fracasos del tratamiento médico y conservador) es del 10 % en la clínica de SCHAUTA (Viena), del 13 % en la de THOMSON, del 5 % en la de HEYNEMANN (Hamburgo), del 30 % en la de BEUTTNER (Ginebra). Para HEYNEMANN las pacientes hospitalizadas sufren intervenciones en la proporción global del 10 al 20 %.

Por nuestra parte en un lote reciente de 151 enfermas tratadas por anexitis en la Clínica y Policlínica ginecológica del Hospital de San Pablo fueron operadas 29, lo que representa un 19 %; de ellas 7 fueron operadas de urgencia en fase aguda o de agudización (6 por colpotomía; 1 por vía abdominal): 4'5 % del total. Si al número global restamos esta cifra por tratarse de enfermas que no fueron previamente sometidas a tratamiento conservador, resulta que

entre 144 enfermas 22 fueron tratadas quirúrgicamente, lo que arroja una frecuencia operatoria de 14 % en medio hospitalario.

Identificados en absoluto con los postulados del máximo respeto a la función sexual que constituye la tendencia general de la Ginecología contemporánea, nuestra primera preocupación al encargarnos del Dispensario del Servicio de Ginecología del Hospital de San Pablo, que nos fué confiado por benevolencia de nuestro maestro doctor PUJOL Y BRULL, fué precisamente el tratamiento racional de esta clase de enfermas, dentro de la esfera de nuestras posibilidades.

El elevado contingente de pacientes afectas de procesos anexiales que acude a los servicios de la Policlínica y la categoría de las consultantes, todas en plena madurez sexual, y en su mayor parte obreras a las que la enfermedad convierte en inválidas o cuando menos en valetudinarias incapaces de auxiliarse con su trabajo, sin contar los estragos sociales y familiares de la esterilidad que es casi obligada consecuencia de su estado, justificaban plenamente nuestra predilección.

De las 5.120 historias que se hallan archivadas en los ficheros de nuestro Dispensario, 575 llevan el diagnóstico de anexitis, lo que correspondería a un porcentaje de 11'20 del total de enfermas ginecológicas.

Este porcentaje, similar al de SCHAUTA de Viena (10 %), es inferior al de las estadísticas alemanas modernas, de post-guerra, en las que el total de anexitis es mucho más elevado (HÖRRMANN, Munich, 29 %; HEYNMANN, Hamburgo, 30 %). Con anterioridad, la estadística de HIRSCHFELD, arrojaba resultados mucho más bajos (4'2 % según el archivo de 10 años).

De nuestros casos sólo en 25 pudo ha-

cerse un diagnóstico presumible de tuberculosis (4'5 % del total) basado en los antecedentes; en otros 30 casos se trataba de afecciones supuradas y en 49 de formas preferentemente paramétricas; el resto del contingente está constituido por casos corrientes de anexitis, más o menos agudizadas, de predominio bilateral. En el 25 % su origen era manifiestamente puerperal.

Sólo un exiguo número de casos, los más apremiantes, fueron hospitalizados desde las primeras visitas de selección. El resto constituyó el contingente de enfermas sujeto a tratamiento ambulatorio.

Hagamos constar, ante todo, que en principio somos poco partidarios del tratamiento ambulatorio. *La indicación formal en la anexitis es el reposo*, en la mayor parte de los casos. Con arreglo a ello hubieran tenido que ser hospitalizadas no sólo las formas agudas y supuradas, si que también las febriles agudizadas, las subfebriles y en general todas las espontáneamente dolorosas. Pero la limitada capacidad del servicio y la atención que debe merecernos otras categorías de enfermas ginecológicas, nos impone una severa selección, que beneficia en primer término a las pacientes tributarias de intervención quirúrgica, y en segundo lugar a todos los casos agudos o en *pousée* de agudización.

Los casos ambulatorios, convenientemente estudiados, a los que se prescribe un reposo relativo, de todos órdenes, en su propio domicilio, son generalmente tratados por los medios físicos y la inyectoterapia.

Si bien la estadística de NEVERMANN de la clínica de Hamburgo, concede igual importancia a ambos métodos, y les asigna un porcentaje similar de curaciones, estimamos útil simultanearlos y así, por regla general, la enferma es sometida conjuntamente a esta doble terapéutica.

No obstante, al objeto de poder establecer comparaciones, un limitado grupo de pacientes fué sometido independientemente a cada uno de estos métodos con resultados, por otra parte, concordantes con los de NEVERMANN.

En lo que hace referencia al tratamiento por el calor y los medios físicos, utilizamos la diatermia, los rayos termolumínicos y los infrarrojos; este último método, que constituía una innovación entre nosotros, se aplica sistemática en el Dispensario desde hace dos años: la fuente radiante consiste en una lámpara modelo Zoalite, tamaño mediano, que emite ondas largas de calor conversivo de una longitud que oscila entre los 10.000 y 2.000.000 de A; es decir, mucho más largas que las obtenidas con los aparatos corrientes. Los efectos de los rayos infrarrojos, cuya penetración a través de la piel alcanza, según asegura BENHAM SCHOW una profundidad de más de 11 centímetros, son principalmente hiperhemiantes y analgésicos: su cualidad más característica es la analgesia que determinan, siempre que su aplicación sea lo suficientemente larga (media hora como minimum a 35 cm. de la piel, para el modelo mediano). Si bien las primeras sesiones parece como si reactivaran el proceso, las sesiones siguientes calman eficazmente las algias y dolores pélvicos y hacen desaparecer casi completamente las molestias subjetivas. Esta acción analgésica es tan evidente, que hay que vigilar de cuando en cuando el grado de calor de la piel de la paciente, o aconsejar a ésta que lo compruebe por sí misma con la mano, para no exponerla a quemaduras que la anestesia de los corpúsculos sensitivo-térmicos de la piel permitiría con facilidad. Comparando los resultados obtenidos con la fuente de rayos infrarrojos y los suministrados por la lám-

para de rayos termo-lumínicos filtrados, o no, con *ecrán* rojo, modelo "Sollux" por ejemplo, los resultados son favorables a la primera. El espectro infrarrojo es asimilado mucho más analgésico que la diatermia: su superioridad sobre la termo-penetración es bajo este punto de vista evidente; pero no podemos decir lo mismo de su poder resolutivo sobre los plastrones y empastamientos flogósicos que se reabsorben más difícilmente que con la diatermoterapia: a este respecto la diatermia no puede ser hoy día desbancada por ningún otro método fisioterápico.

He aquí una primera estadística que comprende 25 casos tratados únicamente por los infrarrojos:

Enfermas	Promedio de sesiones	Aliviadas	Mejoradas	Restablecidas	No modificadas o empeoradas
25	20	3	8	11	3
		22			

En 22 enfermas, el resultado obtenido, bajo el punto de vista subjetivo, fué realmente interesante, si bien los datos objetivos suministrados por la exploración no fueron tan satisfactorios; algunas curaron definitivamente pero otras volvieron a sus antiguas molestias y una parte de ellas tuvieron que ser objeto, en general, de tratamientos complementarios.

Otros 50 casos fueron tratados por la asociación diatermia-infrarrojos con el siguiente resultado:

Enfermas	N.º de sesiones Promedio	Aliviadas	Mejoradas	Restablecidas	No modificadas
50	30	5	16	25	4
		46			

Como se ve, el método combinado dió mejores resultados; la regresión de las lesiones fué más acusada y se registraron menos recaídas.

En algunas ocasiones asocióse al tratamiento por los infrarrojos o la diatermia, los baños locales de luz ultravioleta.

En los casos restantes, las pacientes fueron sometidas a tratamiento mixto físico-proteínico. Como medicación interna se prescribieron estípticos y cal por ingesta o por vía hipodérmica.

La elección de la proteína a inyectar constituyó una de nuestras preocupaciones. Después de una serie de tanteos, tuvimos que ir descartando, para la aplicación del método de SCHMIDT, los derivados lácteos, la caseína y los terpenos a consecuencia de la reacción local, focal o general que acostumbra a producir.

Tales productos, algunos de ellos realmente eficaces, por vía hipodérmica o intravenosa, como el aolán, caseosán, caseal, terpichín, tetraproteína, propidón yatrén, yatrén-caseína, etc., deben ser aplicados en las Clínicas y en enfermas sometidas íntegramente a cura de reposo, pero no es práctico en las pacientes sujetas a tratamiento ambulatorio, en atención a las molestias producidas por la inyección que hace desistir a numerosas consultantes.

Por idénticos motivos, nos vimos precisados a restringir a sus más estrictas indicaciones, el tratamiento vacunoterápico, específico o polivalente, los sueros y la autohemoterapia.

Los mejores resultados desde el punto de vista de eficiencia y ausencia de reacción, fueron obtenidos con la albúmina de huevo (Cibalbúmina) y las albúminas bacterianas (Omnadina). Ambos productos apenas si producen reacción general y pocas molestias focales, así como tampoco es corriente

la observación de fenómenos de anafilaxia. Pero el elevado precio de estos específicos, nos hizo desistir bien pronto de su empleo, sustituyéndolos por una solución de ovoalbúmina (20 cgms.) en suero fisiológico preparada en la farmacia del mismo Hospital, esterilizada por tyndalización, a la que se añade una pequeña cantidad de anestésico. Los resultados fueron igualmente favorables y en lo que hace referencia a fenómenos de anafilácticos, se registraron únicamente tres casos en más de 1.500 inyecciones.

No obstante estas enseñanzas, era nuestro propósito iniciar el estudio de la acción protoinoterápica de ciertas albúminas derivadas de razas bacterianas, e íbamos a poner en práctica su aplicación intradérmica, habida cuenta las numerosas aplicaciones derivadas del concepto de inmunidad local de BESREDKA, tan bien explotado por los dermatólogos, cuando llegó a nuestro conocimiento los buenos resultados obtenidos por METZGER y FISSON en el tratamiento de los procesos anexiales siguiendo el método de GOLDENBERG, derivado del primero y extendido a multitud de afecciones (1).

Uno de los motivos de esta nota terapéutica es precisamente la vulgarización entre nosotros de este método tan interesante e inocuo y la exposición de los resultados obtenidos, motivo por el cual daremos a esta parte de nuestro trabajo una mayor extensión.

Es sabido que al lado del concepto de inmunidad general obtenida por inyección parenteral, impuso BESREDKA en el período de la post-guerra, la doctrina de la *inmunidad local* de ciertos órganos electivamente

(1) A. Metzger, E. Fesson. Le traitement des annexites par l'intra-dermo-vaccinothérapie. Gyn. et Obst. Nov. 1930. t. XXII n.º 5.

receptores de determinados virus y en especial de las primeras vías de protección cutáneo-mucosas. Para este autor, ciertos órganos hállanse sensibilizados por determinismo celular frente a antígenos y en especial gérmenes productores de una infección determinada que, comenzando como enfermedad local, no tarda en generalizarse a través del medio interno. La desensibilización de las células receptoras determina inmunidad contra la infección, haciendo refractario, local y somáticamente, al individuo, sin necesidad de llegar a la formación humoral de anticuerpos.

Este concepto de defensa general por vacunación local, fué aprovechado por GOLDENBERG y le condujo desde 1923 al estudio de la inmunidad determinada por las reacciones antigénicas de la piel, considerando ésta "como un aparato autónomo de biología particular, agente a su vez de defensa contra determinados gérmenes específicos, que responde por reacciones alérgicas, a las sollicitaciones específicas que le son dirigidas, contribuyendo a la elaboración de la inmunidad por mecanismos cuya importancia y génesis nos es en gran parte absolutamente desconocida".

Constituye esta base el cuerpo de doctrina de la vacunoterapia intradérmica de GOLDENBERG, aplicada con buen éxito a numerosas infecciones, y cuya importación al campo ginecológico llevaron a cabo hace más de un año los mencionados A. A. aplicándola especialmente al tratamiento de los procesos infectivos de los anejos.

Administran estos autores una vacuna elaborada con sujeción al método clásico de GOLDENBERG en inyección intradérmica.

El tratamiento comprende unas quince inyecciones, comenzando por una gota de vacuna e inyectando progresivamente en días alternos, II, III, IV, V y hasta VI

gotas de vacuna, sin pasar de esta dosis. A partir de la dosis III, se fracciona la inyección administrándola por mitad en dos lugares distintos de la piel de ambas fosas ilíacas.

La vacuna se distingue por su polivalencia y alta concentración y cada gota contiene mil millones de gérmenes muertos por procedimientos físicos y químicos a los que se añade una determinada cantidad de cuerpos bacterianos solubilizados. He aquí la fórmula:

Estafilococos . . .	4.000 millones	} por c.c.
Colibacilos . . .	4.000	
Enterococos . . .	4.000	
Streptococos . . .	3.000	
Gonococos . . .	3.000	
Difterimorfos . . .	2.000	

Por nuestra parte hemos modificado su composición simplificándola por eliminación de los gérmenes difteroides y añadiéndole un mayor dosaje de lisados bacterianos bromados (1).

Paralelamente a estos ensayos, hemos practicado además la proteinoterapia intradérmica simple, con albúmina de huevo para comprobar si efectivamente tenía sobre ésta positivas ventajas la vacuna-terapia.

Con anterioridad a estos trabajos HEYNEMANN, entre otros autores, había ensayado ya las inyecciones intradérmicas de diversas proteínas; el caseosán y la novotropina le produjeron molestias locales de importancia, ascensos térmicos, dolores y escaras. El aolán es mejor tolerado, por lo que aconseja su empleo intradérmico en los casos agudos o con febrícula, teniendo en cuenta que con este producto las reacciones generales y focales son raras.

(1) Nuestra gratitud y reconocimiento a la casa RONCHESE de Niza preparadora de las «Amphovaccions» y a su representante Sr. Sarrias que ha preparado, siguiendo nuestras indicaciones, una vacuna de alta concentración a base de lisados y cuerpos bacterianos con la escrupulosidad en ella característica.

Tampoco estamos por nuestra parte descontentos del empleo de la proteinoterapia intradérmica con la albúmina de huevo, si bien hemos de confesar que sus resultados son inferiores a los obtenidos con albúminas bacterianas.

TECNICA.—De utilizarse la vacuna preparada para nuestros ensayos, aconsejamos la inyección intradérmica progresivamente creciente de dos, cuatro y hasta seis décimas de centímetro cúbico repartidas en ambas fosas ilíacas y administradas en días alternos. La inyección va seguida raramente de reacción local o general (tres casos entre 40); sólo en un caso cada inyección determinó una fuerte reacción febril y fué preciso suspender el tratamiento. Con mayor frecuencia se nota a nivel del punto de inyección una escara epidérmica sin importancia.

RESULTADOS.—Los 53 casos estudiados fueron seguidos en su mayor parte durante más de 6 meses, anotándose los resultados. El número de inyecciones administradas, osciló entre 6 y 25. A partir de la 15.^a inyección, no se modifica el cuadro, por cuyo motivo aconsejamos no pasar de las 15 inyecciones. He aquí la división de estos casos ateniéndonos a su forma anatomoclínica.

Anexitis	Agudas	5
	Crónicas	25
Parametro-anexitis	Agudas	3
	Crónicas	10

En las *formas agudas* los resultados han sido excelentes salvo en un caso. La enfermedad ha evolucionado en un lapso de tiempo que oscila entre los 15 y los 45 días. Un caso de perianexitis supurada, presentó un exudado en el Douglas con fluctuación manifiesta que hubo de ser tratado por colpo-

tomía. Evacuado el pus, persistióse en el tratamiento y la restitución y cierre de la herida operatoria fué más rápido que de ordinario.

En los *casos crónicos*, obtúvose mejoría rápida en el 75 % de los mismos, y alivio más o menos acentuado en el 20 %; sólo en cuatro casos el tratamiento no dió resultado alguno y hubo de ser modificado el plan terapéutico aconsejándose generalmente la intervención.

Las mejorías obtenidas se refieren: 1.º A los trastornos subjetivos; 2.º A los datos objetivos de exploración; 3.º A la evolución de las lesiones uterinas concomitantes: metritis y cervicitis; 4.º A los trastornos menstruales; 5.º A la desaparición de la leucorrea, y 6.º Al estado general.

Trastornos subjetivos: El dolor, los síntomas consensuales, la reacción vesical y rectal, y en general las molestias genitales de cualquier orden acusadas por la enferma, desaparecen con más o menos rapidez en la mayoría de los casos. Podemos decir que la analgesia ha sido completa en el 35 % de nuestra casuística; la mejoría ha sido notable en el 50 % y los dolores han persistido únicamente en el 15 %.

Estas cifras rigurosamente exactas son algo menos optimistas que las de METZGER y FISSON.

Para comprobar si la disminución del dolor es debido tan sólo a la infiltración meflejo, en su área de proyección sobre la piel, a la manera de LEMAIRE y de SICARD, o bien es debida, a la influencia focal de la vacuna, hemos practicado en la región inyecciones anestésicas y salinas intradérmicas con resultados mucho menos claros. Hemos de concluir por tanto, que la mejoría es debida a una acción francamente específica.

Datos objetivos de exploración.—En los dos tercios de los casos, el tumor y sobre todo el plastrón perifocal disminuyen paulatinamente. En algunos casos, la desaparición de la masa tumoral es tan rápida, que produce asombro e induce a creer incluso en un error de exploraciones anteriores. En el 25 % de los casos, las lesiones regresan rápidamente, dando la ilusión de curación absoluta. Cuanto más agudo es el ataque y más precoz el tratamiento, el resultado es más concluyente.

Evolución de las lesiones uterinas concomitantes.—El tratamiento vacunoterápico influye relativamente poco sobre este tipo de lesiones. La metritis es la más francamente influída; desaparece el dolor a la movilización, el engrosamiento y la turgencia del órgano. Pero sobre todo en el cuello la cervicitis adopta su marcha tórpida habitual. Tan sólo en un pequeño número de casos desaparece el flujo y regresan ostensiblemente las lesiones. No obstante nuestras observaciones, permiten asegurar que un tratamiento vacunoterápico o protoinoterápico asociado a las curas tópicas locales, permite acortar la duración del proceso. De todos modos, en este aspecto nuestra impresión no es ni con mucho, tan favorable y optimista como la de METZGER.

Trastornos menstruales.—Se regulariza la función menstrual paralelamente a la regresión de las lesiones anexiales.

Estado general.—La vacunoterapia mejora rápidamente el estado general de las pacientes, sobre todo si no ocurren fenómenos de reacción general. Aumenta el apetito, el peso y la euforia, exactamente como con los restantes tratamientos proteinoterápicos.

En resumen: podríamos sintetizar el resultado del tratamiento médico conservador de las anexitis, en las siguientes conclusiones:

1.^a En sus variadas formas anatómicas, la anexitis constituye entre nosotros, el 12 % del total de afecciones ginecológicas.

2.^a El tratamiento combinado fisioproteínico, permite la curación de *factu*, con o sin restitución fisiológica, del 81 % de enfermas afectas de procesos inflamatorios de sus genitales internos.

3.^a Tan sólo en el 19 % de los casos ha sido precisa la hospitalización. En el 14 % del total de pacientes, ha tenido que recurrirse a la intervención quirúrgica (castración, resección tubárica mono o bilateral, colpotomía, etc.).

4.^a El tratamiento por los rayos infrarrojos es un método excelente y económico al alcance de todos, merecedor de mayor difusión. Conviene sobre todo a las formas hiperálgicas y a los casos agudos y subagudos. Alivia rápidamente a las pacientes, pero tiene menor poder resolutivo que la termo-penetración sobre los exudados y plastrones perifocales. Las formas tuberculosas benefician de la irradiación infrarroja, sola o mejor asociada al baño local ultravioleta.

5.^a El tratamiento por la vacunoterapia intradérmica, de reacción local y general casi nulas, se ha mostrado en la casuística superior a los métodos corrientes de protoinoterapia y a la vacunoterapia específica o polivalente, administrada por vía subcutánea.

Su acción más impresionante es analgésica. La sedación del dolor es rápida en la mayoría de los casos, y su aplicación no tiene contraindicaciones. En el 25 % de los casos, se obtiene una rápida restitución ob-

jetiva, y en un 65 % la disminución acentuada de la masa flogósica. Su efecto es rápido en las formas agudas, menos claro en las endosalpingíticas, y en los procesos tórpidos y de escaso valor en la cervicitis.

El número de inyecciones, oscila entre 6 y 20, y la duración del tratamiento no es superior a dos meses.

Si bien no es absolutamente imprescindible, es de aconsejar la asociación al método intradérmico de los tratamientos físicos.

6.^a Salvo casos especiales, complicaciones o indicaciones de urgencia, con excepción de las formas tuberculosas, no es lícito

en el momento actual aconsejar de buenas a primeras un tratamiento quirúrgico, y con menos motivo la castración, a pacientes en plena madurez sexual, portadoras de un proceso flogósico anaxial, sin recurrir previamente a los tratamientos médicos conservadores luego de haberse convencido de su ineficacia después de un tiempo de ensayo prudencial.

7.^a En todo caso el tratamiento médico previo, facilita el acto operatorio, lo limita lo indispensable y reduce considerablemente la mortalidad y las secuelas post-operatorias.