

## ABORDAJE DE LOS ABSCESOS PELVICOS POR VIA VAGINAL CON EL USO DE ESTREPTOKINASA Y ESTREPTODORNASA\*

*Dr. Saulo Muñoz D.\*\**  
*Dr. Humberto Caicedo\*\*\**  
*Dr. Reinaldo Mora\*\*\*\**  
*Dr. Horacio Fernández\*\*\*\*\**  
*Dr. Rafael Rodríguez\*\*\*\*\**

Los abscesos pélvicos constituyen un factor muy importante de invalidez temporal y de esterilidad, que ensombrecen el pronóstico obstétrico y ginecológico de estas pacientes.

Son una de las entidades más difíciles en cuanto a diagnóstico, manejo y tratamiento y a pesar de los grandes beneficios obtenidos con los antibióticos (6, 30, 33, 55, 62, 64, 66), quimioterápicos, corticoides (15, 55, 62, 70), antiflogísticos (2, 11, 13, 38, 68) y fisioterapia (12, 18, 21, 36, 58), siguen constituyendo un grave problema. En nuestro medio son causa de alta incidencia de hospitalización y de elevada mortalidad y su solución aún está lejos de obtenerse.

La escasez de literatura al respecto después de la aparición de los antibióticos, hace pensar que este tema se ha descuidado por creerse que con el advenimiento de aquellos el problema se había resuelto; además la literatura es confusa, con resultados poco comparables debido a la falta de una clasificación aceptada que individualice cada tipo de absceso de acuerdo con su localización y cuadro clínico. La diversidad de nomenclatura

(12, 26, 27, 29, 33, 34, 44, 45, 54, 58, 60, 62, 64) y conceptos hace más confusa y difícil el análisis de cualquier trabajo al respecto.

En el manejo de estos abscesos encontramos conductas tan opuestas como las que abogan por tratamiento quirúrgico (14, 42, 44, 64, 67) o por solo tratamiento médico (10, 34) o escuelas intermedias o eclécticas (1, 30, 51).

Al ocurrir la inflamación hay aumento inicial del flujo sanguíneo en el sitio de la lesión y es seguido por edema (56, 57), el cual detiene la circulación gradualmente con formación de coágulos de fibrina, micro-

---

\* Este trabajo fué posible por una asignación y envío de Varidasa (R) hecho por el Departamento Médico de la Cyanamid International, Pearl River, New York.

\*\* Profesor Auxiliar de Obst. y Gin. Facultad de Medicina, Universidad del Valle.

\*\*\* Auxiliar de Cátedra de Obst. y Gin. Facultad de Medicina, Universidad del Valle.

\*\*\*\* Instructor de Obst. y Gin. Facultad de Medicina, Universidad del Valle.

\*\*\*\*\* Instructor de Obst. y Gin. Facultad de Medicina, Universidad del Valle.

\*\*\*\*\* Médico Tiempo Parcial del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García".

trombos fibrinosos y cúmulos de leucocitos (61). El fibrinógeno del líquido exudado forma una delicada red de fibrina en los espacios intercelulares, red que al parecer localiza el proceso infeccioso (50).

Esta estasis se intensifica por la disminución en la permeabilidad del tejido conectivo por la formación de fibrina, edema localizado y luego engrosamiento del exudado como resultado de la liberación de desoxyribonucleoproteínas de la desintegración celular (3, 38, 31, 37, 61, 69).

Normalmente el cuerpo establece su propio sistema de enzimas proteolíticas, las cuales contrarrestan las secuelas de inflamación. Se establece un sistema fibrinolítico que actúa la liberación de la kinasa tisular el plasminógeno a plasmina (25). La disolución de la fibrina contribuye al adelgazamiento del exudado e incrementa el intercambio capilar. De esta manera se contrarrestan los efectos de la inflamación, restableciéndose el flujo sanguíneo, la permeabilidad vascular e incrementando la migración de los leucocitos (61).

La introducción de la Streptokina y Streptodornasa que modifica estos procesos y que ha acertado significativamente el tiempo necesario para repararlos tanto en la experimentación animal (35, 63, 65, 69), como en la experiencia clínica (7, 11, 17, 20, 23, 32, 40, 41, 43, 46, 48, 61, 68), puede ser un método más en el tratamiento de los abscesos pélvicos.

Son enzimas que digieren la fibrina (37, 65) y modifican el pus (31, 41, 61, 65) haciéndolo menos viscoso y facilitando de este modo la acción de los agentes antibióticos y quimioterápicos.

El presente trabajo tiene por objeto presentar una clasificación de tipo

anatómico y evaluar clínicamente la acción de la Streptokina y Streptodornasa sobre el proceso inflamatorio de los abscesos.

### Material y Método:

#### A - Pacientes:

Se estudiaron 55 pacientes con abscesos pélvicos ingresados al Hospital Universitario del Valle durante el año de 1960. Se analizaron la edad, raza, paridad, antecedentes ginecológicos y obstétricos y etiología del absceso con relación al tipo del mismo, según la clasificación que se estudiará más adelante (Cuadro N° 1 y N° 2).

#### B - Método Diagnóstico y Localización del Absceso:

Al ingreso se practicó examen cuidadoso, que en algunos casos fué bajo anestesia, anotando la localización, el tamaño, la dirección hacia la cual apuntaba el absceso y se hizo valoración del dolor y la consistencia, de acuerdo con las siguientes convenciones.

##### 1 - Dolor:

- ++++ Espontáneo, agudo, intenso, continuo o tipo cólico, con angustia e irresistible sin analgésicos.
- +++ Espontáneo, agudo, de intensidad moderada, intermitente, sin angustia y soportable.
- ++ Dolor continuo, sordo o provocado por la palpación abdominal.
- + Dolor a la palpación y movilización de los anexos, ya sea con tacto vaginal o rectal o dolor a la palpación bimanual de los anexos.

## 2 - Consistencia:

- ++++ Blanda, renitente, líquida similar a la de los labios de la boca.
- +++ Renitencia, menos blando, semejante a la punta de la nariz.
- ++ Dura, no renitente, con consistencia como de cartílago de la oreja.
- + Duro, firme, resistente, como hueso o madera.

## 3 - Culdocentesis:

Se practicó con el fin de confirmar el diagnóstico y tomar una muestra para cultivo y antibiograma. Se aplicó Streptokinasa y Streptodornasa en el sitio del absceso en cantidad de 100.000 y 25.000 U. respectivamente, disueltas en 5 cc. de agua. En los casos en que se obtuvo pus se retiró la misma cantidad que se introdujo. Se hizo anotación sobre la calidad, cantidad y test de fluidez, de acuerdo con la técnica propuesta por Collins (13).

## C - Tratamiento:

### 1 - Administración de Streptokinasa y Streptodornasa y antibióticos

Se dió por vía oral tres o cuatro tabletas de Streptokinasa 10.000 U. Streptodornasa 2.500 U. indicando a las pacientes claramente la manera de tomarlas, disolviéndolas en la boca, para que no se destruya el agente enzimático. En otros casos utilizamos Streptokinasa 20.000 U. Streptodornasa 5.000 en inyección diaria intra-muscular. Se observó la evolución del cuadro clínico anotando las condiciones del absceso en cuanto a dolor, tamaño, consistencia y dirección.

Se administraron antibióticos de amplio espectro especialmente Deme-

tyl Clortetraciclina hasta conocer el cultivo y antibiograma para dar el antibiótico adecuado en caso de que éste no lo fuera.

## 2 - Colpotomía:

Cuando la consistencia lo permite, o sea que presente las características +++ o ++++ ya descritas y que apunte al fondo de Saco de Douglas, se hace culdocentesis con repetición del test de fluidez y se toma muestra para cultivo y antibiograma. Luego se practica **Colpotomía** y se deja dren en forma de cruz.

## 3 - Evolución del Caso:

Se observó diariamente y se retiró el dren cuando dejó de salir material. Se permitió la salida de la paciente cuando la masa del absceso se había reducido completamente o sólo se encontró la fibrosis residual. Cuando el orificio de la colpotomía se había cerrado y no existía evidencia de colección o proceso inflamatorio agudo, se envió a Fisioterapia para tratamiento por onda corta.

## Clasificación y Cuadro Clínico:

En los trabajos publicados sobre abscesos pélvicos se encuentran diversas nomenclaturas (54) que hacen difícil la metodología de éstos y casi imposible la comparación de los resultados.

Así algunos autores hablan de "pelviperitonitis" (12, 26, 27, 29, 33, 44, 45, 58, 60, 62, 64) o de "enfermedades inflamatorias pélvicas" (66) o de "celulitis pélvica". Binder con buena lógica se pronuncia en contra de estas denominaciones tan generales como la "enfermedad inflamatoria pélvica", que sería tanto como hablar de "enfermedades del corazón".

Por esta razón es necesario establecer en forma precisa lo que entendemos por absceso pélvico y presen-

tar una clasificación del cuadro clínico que corresponda a cada tipo de absceso.

Cuando se hace la denominación de absceso tubo-ovárico, parametrial o del Douglas, tratamos de diferenciarlos de las demás colecciones purulentas de la pelvis que también constituyen abscesos pélvicos, pero que son menos frecuentes y que no se prestan a confusión. **Por lo tanto reservamos el título de absceso pélvico para las colecciones localizadas en las trompas y ovarios, parametrio y fondo de Saco de Douglas.**

Al presentar una clasificación sobre los abscesos pélvicos debe tenerse en cuenta la tumefacción que es el hallazgo constante y que se puede valorar en una forma objetiva.

Por el cuadro clínico hemos observado que los abscesos se comportan en forma diferente de acuerdo a la relación que guardan con el peritoneo y las estructuras pélvicas com-

prometidas. Hay diferencias en cuanto a su frecuencia (Cuadro Nº 1), su forma de propagación, su etiología (Cuadro Nº 2), su tamaño (Cuadro Nº 3), sus antecedentes (Cuadro Nº 2), la permanencia (Cuadro Nº 4) y en cuanto a la resolución por drenaje (Cuadro Nº 3).

Encontrando una relación notoria entre la localización del absceso y su cuadro clínico, la clasificación de tipo topográfico es la más indicada porque reúne los objetivos que nos proponemos.

Si bien es cierto que en algunos casos es difícil la exactitud en el diagnóstico de localización, la mayoría de las veces con los datos clínicos (8, 16, 22, 49) y un examen pélvico cuidadoso y culdocentesis (4) se logra localizar el absceso. Por esta razón la clasificación propuesta tiene la ventaja de ser objetiva, práctica, fácil para el clínico y además identifica el cuadro y nos da las normas precisas para su tratamiento (Fig. Nº 1).

### Clasificación:

- |  |  |
|--|--|
| I Fondo de Saco de Douglas<br>(Intraperitoneal -<br>Extravisceral) | a) Drenaje o exudado<br>b) Ruptura de víscera<br>c) Tubo-ovárico |
| II Parametriales<br>(Extraperitoneal -<br>Extravisceral)           | a) Celulitis<br>b) Tubo-ovárico                                  |
| III Tubo-Ovárico<br>(Extraperitoneal -<br>Intravisceral)           | a) Abdominal<br>b) Inguinal                                      |

#### I - Absceso del fondo de saco de Douglas (Intraperitoneal - Extravisceral)

"Se considera como el verdadero absceso (5) pues la colección se agrupa dentro de la cavidad pélvica y peritoneal y está libre en el fondo de Saco de Douglas, limitada por los

ligamentos útero-sacros hacia los lados, las asas intestinales y epiplón hacia arriba y útero y cuello hacia adelante".

En los casos en que el absceso es producido por **drenaje o exudado**, la sintomatología no es tan dramática como la producida por la ruptura de

una víscera, caso en el cual presenta dolor súbito y agudo, acompañado de severa reacción peritoneal con defensa abdominal y ocasionalmente por shock. La etiología en estos tres tipos de abscesos de Fondo de Saco de Douglas es diferente.

Los casos por **drenaje** son consecutivos a una peritonitis o al exudado de un piosalpinx. En algunos casos a la perforación de útero con infección peritoneal.

El absceso por **ruptura de víscera** es consecutivo a una apendicitis, a un divertículo del sigmoide o a cualquier otro proceso abdominal. Su sintomatología es dramática y dá signos abdominales agudos bastante claros que hacen necesaria la laparotomía.

En los casos de **abscesos tubo-ováricos** luxados al Douglas es posible mediante un adecuado examen pélvico encontrar que la masa se origina en uno de los anexos. Tienen una evolución tórpida, larga, pero menos grave que cuando apuntan hacia la región abdominal.

Al examen clínico los abscesos del Douglas presentan signos que hacen posible su identificación: tumefacción **localizada** en la línea media y hacia el tabique recto-vaginal, haciendo notoria su prominencia en el Fondo de Saco de Douglas. El cuello y el útero están desplazados hacia adelante.

Al examen rectal puede sentirse **empastamiento** o la colección purulenta entre el recto y la pared posterior.

A la palpación el **dolor** es más intenso hacia el Douglas y el recto. Su **extensión** se produce al fondo de Saco de Douglas y a la pared rectal donde busca drenaje.

En su mayoría evolucionan rápidamente y su tratamiento es fácil por lo accequible a través del saco de Douglas. Al practicar culdocentesis se logra extraer pus fácilmente y a corta distancia del fornix. Se toma el material para el cultivo y antibiograma.

Se aplica localmente Streptokinasa 100.000 U. y Streptodornasa 25.000 U. Al día siguiente o cuando la consistencia sea de +++ o ++++ se hace la colpotomía (19) dejando el dren hasta tanto que no salga material. Se debe tener cuidado en verificar frecuentemente que el dren esté en buen sitio y que no se haya acumulado nuevo material purulento, caso en el cual debe repetirse la colpotomía.

## II - Absceso parametrial

(Extravisceral - Extraperitoneal)

Es un tipo de absceso que se presenta en los casos de aborto séptico y como resultado de infecciones en el puerperio. Se inicia como endometritis que se extiende por vía linfática hacia el ligamento ancho (24). Su evolución es rápida y el tiempo varía de 8 a 12 días produciendo alzas térmicas a consecuencia de bacteremias agudas. Cuando se colecciona, se dirige siempre hacia la región del Fondo de Saco de Douglas. La paciente se encuentra bastante intoxicada, con dolor agudo, constante.

Al examen pélvico se encuentra **tumefacción localizada** en un principio en la región antero-lateral del fondo de Saco y luego se dirige hacia el Douglas. La **extensión** se efectúa hacia el Douglas y ocasionalmente a la región inguinal.

El **dolor** es generalizado en el hipogastrio y en su fase resolutive se hace muy sensible el Douglas. Hay **empastamiento** en la cúpula vaginal, en

los fondos de saco anterior y laterales.

El tratamiento es el drenaje cuando se colecciona en el fondo de Saco de Douglas y responde rápida y satisfactoriamente con inmediata mejoría del estado general.

Cuando la etiología es un aborto incompleto o sepsis por retención de restos placentarios, practicamos el legrado uterino inmediato al ingreso de la paciente, de acuerdo a las normas establecidas en trabajos anteriores (52).

### III - Absceso Tubo-Ovárico

(Extravisceral - Extraperitoneal)

Es el más grave de los abscesos de evolución más larga y complicada y de más difícil tratamiento.

Es el que con más frecuencia se presenta en los servicios de Ginecología. Se localiza en la trompa y en su mayoría involucra el ovario produciendo peri-ooforitis. La infección sigue la vía ascendente a planimétrica (9) a partir del cuello y vagina. Frecuentemente son procesos crónicos, consecutivos a abortos sépticos que se agudizan con intervenciones como histerosalpingografía, insuflación de trompas, relaciones sexuales o cualquier otro tipo de manipulaciones.

Aun cuando en realidad todo piosalpinx es una colección purulenta en las trompas, desde el punto de vista patológico (53, 59) se denomina como absceso aquellas colecciones de pus rodeadas de una cápsula lo que implica que se han perdido las estructuras del órgano. Con fines prácticos denominamos absceso tubo-ovárico aquellos que alcancen un tamaño mayor al triple de su original, pues suponemos que en estas condiciones la distensión de las paredes de la trompa lesiona las estructuras

mucosas y queda convertida en una cápsula. Esto plantea una diferencia entre lo que constituye un piosalpinx y un absceso tubo-ovárico que tiene alguna utilidad clínica práctica para tratamiento y pronóstico.

Estos abscesos en su iniciación son unilaterales, pero rápidamente se vuelven bilaterales prolongando su evolución. El promedio de la estadía hospitalaria es alrededor de 20 a 23 días, dando síntomas abdominales severos por posible compromiso peritoneal. Dolor abdominal difuso, intenso o tipo cólico, contractura de la pared, náusea, vómito, deshidratación, facies pálida y angustiada, distensión abdominal con peristaltismo disminuido y crisis frecuentes de oclusión parcial o ileus paralítico.

Al examen pélvico se encuentra tumefacción localizada en la región adyacente al útero y hacia los fondos de saco laterales.

La **extensión** se hace hacia la región abdominal en la mayoría de los casos, pero puede luxarse al fondo de Saco de Douglas.

El **dolor** es más intenso a la movilización del cuello y a la palpación de anexos y fondos de saco laterales.

Se encuentra **empastamiento** de la parte de la cúpula vaginal en contacto con el absceso.

El tratamiento es médico a base de:

- a) Antibióticos,
- b) Streptokinasa y Streptodornasa
- c) Medidas sintomáticas.

Tratar el cuadro de oclusión parcial mediante succión continua con sonda de Miller Abbott o Levine y hacer un buen balance electrolítico.

Con la administración de Streptokinasa y Streptodornasa, hemos conseguido que el absceso sea abordable por vía vaginal. Cuando la consistencia lo permita se practicará culdocentesis y colpotomía.

La conducta quirúrgica queda reservada únicamente a los casos de inminencia o de ruptura de absceso tubo-ovárico (39, 42, 67), en los cuales se practica salpingectomía y drenaje. En caso de oclusión intestinal completa, liberación de bridas y drenaje.

### Comentario

El considerable número de pacientes que llega a nuestro servicio con abscesos pélvicos y la variabilidad en la morbilidad de los mismos, nos llevó a buscar la razón por la cual procesos evidentemente similares evolucionaron en forma diferente. La aplicación de un criterio anatómico simplificó el diagnóstico y la observación de pacientes así clasificados permitió encontrar las bases pronósticas y terapéuticas en los distintos casos.

La valoración objetiva de los abscesos fué de las primeras dificultades que tuvimos que obviar, pues era necesario establecer las dimensiones para obtener luego una valoración más aproximada de la evolución. En un principio tomamos los diámetros longitudinal y transversal y para calcular el volumen lo asimilamos a una esfera de iguales dimensiones ( $r^3 \times 4,189$ ). Esta medida es aproximada, pues no solamente comprende el volumen de la cavidad sino también el tejido inflamatorio que la rodea. La consideramos satisfactoria para efectos de valoración de la droga; pues buscamos no solamente la acción sobre el contenido del absceso sino también sobre los tejidos adyacentes que participan del mismo proceso.

El mayor número de abscesos en nuestra serie fué de localización tubo-ovárica, más frecuente en las mujeres solteras, cuya promiscuidad favorece las infecciones genitales que por vía planimétrica ascienden a las trompas y fué también frecuente en mujeres menopáusicas, posiblemente por agudización de procesos pélvicos antiguos.

La permanencia hospitalaria se redujo sensiblemente de 32.20 a 17.96 días (Cuadro Nº 4). Sin embargo es difícil establecer la significancia estadística de estas dos cifras o entre los diversos tipos de abscesos, debido a que en los trabajos anteriores (50) no se utilizó la clasificación anatómica propuesta en el presente.

La diferencia entre las dos cifras de promedios (14.24 días) es probatoria y solo se podría comparar con trabajos que utilizarán la misma clasificación.

Para la mayoría de los investigadores (43) la forma como se modifica el proceso con el uso de estas enzimas comprende:

1. Eliminación de las bacterias saprofitas mediante la eliminación de los tejidos necróticos.
2. Estimula el abastecimiento de leucocitos frescos y otras sustancias y mecanismos de defensa de carácter humoral o celular.
3. Favorece la acción de los antibióticos por producir licuefacción de las barreras viscosas, permitiendo que el antibiótico haga contacto con las bacterias.
4. Ayuda a la expulsión de cuerpos extraños.
5. Fomenta el desarrollo de tejidos de granulación normal.

Asociados a la varidasa utilizamos los antibióticos de amplio espectro, medida que es necesaria tener en cuenta para evitar diseminación del proceso infeccioso.

### Resultados

Mediante el examen pélvico fue posible hacer un diagnóstico de localización del absceso. El examen bajo anestesia demostró una gran utilidad en la precisión del diagnóstico en las pacientes en las que el dolor impidió hacer la localización del absceso.

La aplicación clínica de la consistencia de acuerdo a las convenciones establecidas hizo más objetiva esta valoración y permitió que las colpotomías fueran hechas oportunamente.

La culdocentesis fue un método de gran ayuda en el diagnóstico y en algunos casos de absceso tubo-ovárico se logró evacuar el pus y no fue necesario recurrir a la colpotomía. Además de esta ayuda diagnóstica, fue de utilidad para la identificación del germen y se logró la aplicación de Streptokinasa y Streptodornasa en el sitio del absceso. No hubo ninguna complicación causada por el procedimiento.

Los gérmenes predominantes fueron la E. Coli, A. aerógenes, estafilococo, gonococo y estreptococo (Cuadro N° 5).

Los cuadros leucocitarios no demostraron una franca elevación que pudiera ser ayuda diagnóstica (Cuadro N° 6).

Mediante el uso de la Streptokinasa y Streptodornasa se consiguió que la consistencia de los abscesos se modificara haciéndose más blanda entre el 3° y el 4° día del tratamiento.

Auncuando los abscesos tubo-ováricos requirieron un tratamiento más

largo finalmente se obtuvo su reabsorción o su luxación al fondo de Saco de Douglas (Cuadro N° 4).

El drenaje de los abscesos del fondo de Saco de Douglas y de los parametriales fue rápido y fácil, en cambio en los tubo-ováricos el drenaje fue más lento y la permanencia del dren fue mayor, debido a su localización alta. (Cuadro N° 3).

La Streptokinasa y Streptodornasa administrada por vía oral no presentaron efectos secundarios y su acción valorada clínicamente fue igual a la de las otras formas de administración. En cambio la administración intramuscular de Streptokinasa y Streptodornasa se acompañó en la mayoría de los casos de hipertermia y en algunos pocos de lesiones vesiculosas cercanas al sitio de la inyección.

Para averiguar si existe una significancia estadística entre los promedios de permanencia entre los diferentes tipos de abscesos se hicieron comparaciones (Cuadros Nos. 7, 8 y 9). Los promedios de permanencia de pacientes tratadas con Streptokinasa y Streptodornasa fue menor que el obtenido en una serie presentada anteriormente (51) con conductas diferentes.

La aplicación del "test" en una muestra "secuencial" como la presente demostró significancia a nivel del 90%, es decir, que en cada 100 muestras del tamaño de las estudiadas había solamente 90 en las cuales se encontraron diferencias de promedios iguales o mayores que las de las dos series en cuestión.

### Sumario

Una revisión de la literatura sobre los abscesos pélvicos, muestra la diversidad de nomenclaturas existentes y la falta de una clasificación que

los individualice. Existen además, conductas tan opuestas como son la quirúrgica, la médica y la ecléctica.

La clasificación de tipo anatómico relaciona la localización de los abscesos con el cuadro clínico.

Las pacientes recibieron Streptokinasa y Streptodornasa y cuando la consistencia del absceso se modificó se practicó la colpotomía posterior. El análisis de la permanencia del dren en la colpotomía, del tamaño del absceso, de la cantidad de pus extraída demuestra que existe diferencias en los diversos tipos de abscesos pélvicos.

Analizamos los casos desde el punto de vista de la edad, la frecuencia, la raza, la paridad, el estado civil, los antecedentes pélvicos, los abortos, la etiología y el cuadro leucocitario al ingreso.

La comparación de los promedios de permanencia de estas pacientes, discriminando cada tipo de absceso, muestra que hay alguna significancia estadística y su comparación con trabajos anteriores anota una reducción en la permanencia.

Con el tratamiento con estas enzimas no hubo necesidad de recurrir a la cirugía, ni se presentó ningún caso de mortalidad.

### Conclusiones

1. La clasificación propuesta tiene bases clínicas y anatómicas que permiten individualizar los abscesos y sistematizar los tratamientos.

2. La Streptokinasa y Streptodornasa modifican favorablemente el proceso inflamatorio mejorando el tratamiento de los abscesos pélvicos y en especial los tubo-ováricos los cuales reabsorben o se pueden drenar por vía vaginal.

3. Con el tratamiento propuesto no fué necesario recurrir a la cirugía durante el período agudo de los abscesos.

4. En la muestra examinada no se presentó mortalidad y la permanencia disminuyó en relación con trabajos anteriores.

### BIBLIOGRAFIA

- 1 AGUERO O. Ginecopatías inflamatorias de origen obstétrico. Rev. de Ginec. e D'Obstetricia. 102: 349-360, 1958.
- 2 AMOROCHO, J. Tratamiento de las afecciones anexo-parametriales con fenil-butazona. Memorias de la II Convención Colombiana de Obst. y Gin. pp. 315-21, 1955.
- 3 ANDERSON, W. A. D. Pathology, pp. 13-62. The C. V. Mosby Company, St. Louis, 1953.
- 4 BEACHAM D. W. and BEACHAN W. D. Culdocentesis. N. Orleans Med. Surg. J. 103: 283, 288, 1951.
- 5 BINDER S. S. Pelvic Abscesses. Their Diagnosis and Management. J. Tennessee M. Ass. 51: 493-8, 1958.
- 6 BLINICK, C. S. SOICHET. Oxytetracycline in the treatment of pelvic infection. Int. Rec. Med. Gen. P. Clin. 168: 238, 1955.
- 7 BLONSTEIN, J. L. The use of Buccal Varidase in Boxing Injuries. The practitioner 185: 78, 79, (July) 1960.
- 8 BROCCQ P. y BECLERE C. Precis de Gynecologie, Masson y Cie. Paris 1956, pp. 359.
- 9 CALATRONI C. J. y RUIZ V. Terapéutica Ginecológica. Librería y Edit. Ateneo, Buenos Aires, 1944.
- 10 CLASSENS H. R. Pelvic abscessin gynaecological practice. S. Afr. M. J. 32: 1171, 1958.
- 11 COLLINS C. BURMAN R., TUCKER G. Enzymatic Debridement (Streptokinase and Streptodornase) in the treatment of pelvic abscesses. Surg. Gynec. Obst. 98: 467, 1954.
- 12 COLLINS C. G. DAVIDSON V. A. MATHEWS N. M. Use of Cortisone in Pelvic cellulitis preliminary report. New Orleans M. & S. J. 104: 389-394, 1952.

- 13 COLLINS C. G. & TUCKER G. W. The use of streptokinase and Streptodornase in pelvic abscesses; preliminary report. N. Orleans M. & S. J. 104: 385-389, 1952.
- 14 COLLINS C. y JANSEN F. Treatment of pelvic abscess. Clinical Obst. Gyn. June 1959, pp. 514.
- 15 COLLINS C. The use of cortisone in major gynecology problems. The bulletin of the Tulane University Medical Faculty. Obst. Gynec. 18: 1, 1958.
- 16 CONILL MONTOBBIO V. Tratado de Ginecología y de Técnica terapéutica ginecológica. Editorial Labor. Segunda edición, 1950.
- 17 COOPER CH. D., WACKER E. C., and ROMANSKY M. J. El empleo de la Estreptokinasa Estreptodornasa en las lesiones superficiales. A.M.A. Arch. Surg. 71: 268-274, 1955.
- 18 COUNSELLERS V. S. Treatment of Chronic infection of pelvis; consideration of Elliott method. J.A.M.A. 101: 916, 921, 1933.
- 19 DALY M. J. Posterior colpotomy for the diagnosis and treatment of pelvic disease. Am. J. Obst. and Gyn. 74: 623, 1957.
- 20 DAVIDSON, E. PIRGOT A. and MAYNARD AUBRE de L. Buccal Varidase as an Adjuvant in the Therapy of Inflammatory Lesions, Hematoma and Traumatic Edema: a Preliminary report. Harlem Hospital Bulletin. 11: 1:5-15 (June) 1958.
- 21 DAVIS C. y CARTER B. Gynecology and Obstetrics. W. F. Prior and Cia. Hagerstown, Md. V 2 c. XXIV (Kimbrough R. Briscoe C).
- 22 DODD H. Pelvic abscesses: Diagnosis and treatment. Proc. R. Soc. 50: 604-6, 1957.
- 23 EAGLE W. W. Enzyme Therapy in Otolaryngology. A report on the Use of Buccal Table of Streptokinase and Streptodornasa (Varidase). The Laryngoscope. Vol. LXG, N° 5, p. 666-679, Mayo 1960.
- 24 EASTMAN N. J. WILLIAMS. Obstetrics. pp. 924. Appleton Century Crofts, Inc. New York, 1950.
- 25 EHRlich W. E. Lectures in graduate pathology. School of Medicine University of Pennsylvania. 1957. pp. 208-246.
- 26 FALK H. Interpretation of the pathogenesis of pelvic infections as determined by cornual resection. Am. J. Obst. Gyn. 52: 67, 1946.
- 27 FISHER J. J. Office Management of Pelvic Inflammatory Disease. Medical Times, 87: 172-176, 1959.
- 28 FLOREY H. Lectures on general pathology. W. B. Saunders. Company. Philadelphia, 1954. p. 21-99.
- 29 FREED C. R. and CHATFIELD R. C. Surgical Treatment of Pelvic Inflammatory Disease. Rocky Mountain M. J. 54: (9) 907-10, 1957.
- 30 FUENSALIDA S. G., PONCE. Cloranfenicol en las inflamaciones pelvianas agudas. Chloranphenicol in acute pelvic inflammations. Bol. Soc. Chilena O. G. 19: 187-191, 1954.
- 31 GILBERT L. M., OVEREND W. G. and M. WEBB. The Specificity of ribonuclease and of Deoxyribonuclease. Exper. Cell Res. 2: 138-140, 1951.
- 32 GOLDEN S. S. DANKOFF M. H. HORCHEK D. L. A Clinical Appraisal of the Anti-Inflammatory Effect of Streptokinase. Cyanamid International, Pearl River N. Y. 1958.
- 33 HESSELTINE H. Oxytetracycline in obstetric infections. Int. Rec. Med. Gen. P. Clin. 168: 229-237, 1955.
- 34 HESSELTINE H. C. Symposium on obstetrics and Gynecology; pelvic inflammatory disease S. Clin., North Am. 33: 269-277, 1953.
- 35 INNERFIELD I., SHUB H., BOYD L. J. Administración bucal de la Estreptokinasa. Observaciones clínicas y experimentales. New England J. of Med. 258: 1069-1074 (May 29), 1958.
- 36 KOTTKE, F. J. A Study of the relative value of long wave diathermy for heating the pelvis Arch. Phys. Med. & Rehab. 36: 137-140, 1955.
- 37 KUNITZ M. Crystalline Desoxyribonuclease. J. Gen. Physiol. 33: 349-362, 1950.
- 38 LABANDIBAR B. BENZECRY L. I. Nuestra conducta en el tratamiento de la infección pelviana crónica. Sem. Med. B. Air N° 3: 105-108, 1958.
- 39 LARDARO H. Spontaneous rupture of tubo-ovarian abscess into the free peritoneal cavity J.A.M.A. 156: 699, 1954.
- 40 LEDERLE LABORATORIES DIVISION. Data Assembled By: Foreign Clinical Research Section. American Cyanamid Company Pearl River, New York.

- 41 VARIDASA, Estreptokinasa Estreptodornasa. Una eficaz cureta fisiológica. Copyright 1955. Lederle Laboratories Division American Cyanamid Company.
- 42 MALVY P. BADEL. Generalizae peritonitis caused by rupture of uterine abscess Conservative surgery Mem. Acad. Chir. Vol. 86: 376-380, 1960.
- 43 MAZZANTI GAETANO A. La estreptokinasa y Estreptodornasa (Varidasa) en el tratamiento de la cervicitis. Valoración clínica. Obst. & Gyn. 4: 6. Dic. 1954.
- 44 McGRUDER C. J. Surgical management of chronic pelvis inflammatory disease. A study of 138 cases, Obst. and Gyn. 13: 591, 1959.
- 45 MILLER R. N. Pelvic Inflammatory Disorders, Pennsylvania M. J. 61: 1207-9, 1958.
- 46 MILLER J. M. y GINSBERG M. El empleo de Varidasa en Cirugía. La Prensa Médica Argentina, 1957, Nº 8 Vol. BLIV.
- 47 MILLER J. M., GODFREY G. C. Clinical Experience with Streptokinase administered Bycally: Treatment of Infection and edema. J.A.M.A. 1958.
- 48 MILLER J. M. SURMONTE J. A., GINSBERG M., ABLONDI F. B. Experiencia clínica con la Inyección Intramuscular de Estreptokinasa en el tratamiento de la infección y el edema. Maryland State Medical Journal. 4: 4, 1955.
- 49 MORALES J. M. Patología y Clínica Ginecológicas. Librería y Editorial "El Ateneo". Buenos Aires 1951, pp. 395.
- 50 MOORE, R. A. Anatomía patológica. pp. 94-119. La Prensa Médica Mexicana. México, D. F. 1944.
- 51 MUÑOZ S., MORA R., CAICEDO H. Clasificación y tratamiento de los abscesos pélvicos. Rev. Col. de Obst. y Gin. 11: 428-436, 1960.
- 52 MUÑOZ S., PASMIN DE J., MORA R., CAICEDO H. Tratamiento agresivo en el aborto séptico. Rev. Col. de Obst. y Gin. 11: 487, 504, 1960.
- 53 NOVACK E. Gynecologic and Obstetric Pathology. W. Saunders Cía. Philadelphia 1953, pp. 267.
- 54 PLUMKETT R. J. HAYDEN A. C. Standard nomenclature of diseases and operations Mc Graw Hill Book Company Toronto, 1952.
- 55 PETTERS W. A. Prednisone and Tetracycline in the Management fo Resistant pelvic Infection. North Carolina M. J. 19: 488-92, 1958.
- 56 RAFFEL S. Immunity Appleton Century Crofts Inc. New York 1953, pp. 3-22.
- 57 ROBBINS S. L. Text book of Pathology. Saunders Company, 1957. p. 76-100.
- 58 RUBIN A. Treatment of chronic pelvic inflammatory disease with microwaves. (Radard) J.A.M.A. 169: 127-707, 1959.
- 59 RUBIN J. C. y NOVACK J. Integrated Gynecology. The Blakiston Division Mc Graw Hill book Cía. New York Toronto London VI. pp. 475.
- 60 SCHEREIER P. C. ADAMS J. Q. EVERETT R. E.: Optimum time for surgery in pelvic inflammatory disease. Southern Medical Journal 50: 1473, 1957.
- 61 SEELIG, M., GLAUM PATRICIA. Progress Report and Review of Rationale for Use of Buccal Varidase. Medical Research Section, Lederle Lab. Div. April 1958.
- 62 SEWARD H. WILLIS, WARRON HACOBS, A. E. LAUDEN. Cortisone and Tetracycline ni resistant pelvic inflammatory disease. II: 112, 1958.
- 63 SHUB H. and BOYD L. J. Bucally Administered Streptokinase: Clinical and Experimental Observations. The New England Journal of Medicine.
- 64 STOWE L. M. Acute inflammatory masses of female pelvis. Obst. and Gyn. 3: 662, 1954.
- 65 TILLET W. S. and GARNER R. L. The agglutination of Hemolytic streptococci by plasma and fibrinogen. Bull of the Johns Hopkins Hosp. 54: 145-156, 1934.
- 66 TUCK KWONG CHONG. Empleo de la Dermicina en el tratamiento de sepsia puerperal y de aborto séptico. Cyanamid International Pearl River N. Y. 1961.
- 67 VERMEREEN J. THELINDE R. W. Intra-abdominal rupture of pelvic abscesses. Am. J. Obst. Gyn. 68: 402, 1954.
- 68 WALSEN R. TRIVELI O. Varidasa en los procesos pelvianos puerperales. Bol. Soc. Chilena Obst. Gyn. XXIV (4): 114-116, Julio 1959.
- 69 WASSERMAN A. E. CIMINERA J. L., HAYFLICK L. The quantitative determination of Streptokinase J. Lab. & Clin. Med. 41: 812-818, 1953.
- 70 WORMS R. Ph, MERRY J., HUMMEL BULL. Remarquables effects de la cortisone associée á l'antibiotherapie dans un cas de septicemie puerperale colibacillaire. Soc. Med. Hos. Paris, 71: 1194-1208, 1955.