

T # 38 - Ep # 1

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA  
TUBERCULOSIS GENITAL FEMENINA**

*en casos observados en el Hospital Rosales  
durante los años de 1945 a Octubre de 1954*

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

OSCAR RENE RODRIGUEZ AMAYA

EN EL ACTO PUBLICO DE  
SU DOCTORAMIENTO

SAN SALVADOR, DICIEMBRE DE 1954

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA  
TUBERCULOSIS GENITAL FEMENINA**

*en casos observados en el Hospital Rosales  
durante los años de 1945 a Octubre de 1954*



TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

OSCAR RENE RODRIGUEZ AMAYA

EN EL ACTO PUBLICO DE  
SU DOCTORAMIENTO

SAN SALVADOR, DICIEMBRE DE 1954

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Ingeniero Antonio Perla

SECRETARIO GENERAL:

Dr. José Salinas Ariz

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

Dr. Ernesto Fasquelle

SECRETARIO:

Dr. Roberto A. Jiménez.



oOo

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Jurados que practicaron los exámenes Generales

Primer Doctoramiento Privado:

CLINICA MEDICA:

Presidente: Dr. Luis Edmundo Vásquez

Primer Vocal: Dr. Lázaro Mendoza

Segundo Vocal: Dr. Benjamín Mancía.

Segundo Doctoramiento Privado:

CLINICA QUIRURGICA:

Presidente: Dr. Luis A. Macías

Primer Vocal: Dr. Saturnino Cortéz

Segundo Vocal: Dr. Fernando Alvarado Piza.

Tercer Doctoramiento Privado:

CLINICA OBSTETRICA:

Presidente: Dr. Antonio Lazo Guerra

Primer Vocal: Dr. Salvador Batista Mena

Segundo Vocal: Dr. Jorge Bustamante.



DOCTORAMIENTO PUBLICO:

PRESIDENTE: Dr. Roberto Orellana V.

PRIMER VOCAL: Dr. Salvador Batista Mena.

SEGUNDO VOCAL: Dr. Ricardo J. Burgos.





**A G R A D E C I M I E N T O :**

Al Dr. Roberto Orellana V.

Al Dr. Salvador Batista Mena

Al Dr. José González Guerrero y

Al Dr. Ricardo J. Burgos.

## DEDICATORIA



Con el cariño de un hijo agradecido, dedico este trabajo, que presento como Tesis Doctoral, a mis queridos padres don Juan Ramón Rodríguez y Doña Enma Amaya de Rodríguez, quienes no solo me dieron la preparación necesaria para la dura lucha de esta vida sino que con su ejemplo han sabido mantener en mi espíritu el deseo del triunfo, inculcándome el amor al - trabajo y a la honradez conduciendo así mis pasos por el difícil sendero de la vida.

Asimismo dedico este trabajo a mi hija Silvia Alicia, a mis hermanos: María de Boet e hijos, Juan Ramón Rodríguez y familia; Ernesto, Pablo y Enma Elizabeth.

Al recuerdo de mi tía María v. de Salinas, que Dios la tenga en su gloria. A mis tíos señor Francisco Rodríguez Amaya y Doctor Alberto S. Amaya y demás familiares con todo mi aprecio.

Al amor que le guardo a mi novia Señorita Nena Giralt, a quien con mayor cariño recuerdo este día.

A mis profesores y maestros, en especial a los Doctores Andrés Gonzalo Funes y J. Benjamín Mancía, como un agradecimiento por sus inapreciables enseñanzas.

A mis compañeros y amigos como un recuerdo a sus sinceras e inolvidables manifestaciones de amistad.

P L A N D E T R A B A J O :

- 1) INTRODUCCION
- 2) GENERALIDADES DE LA TUBERCULOSIS  
GENITAL FEMENINA.
- 3) CASUISTICA.
- 4) ANALISIS DE LOS CASOS ESTUDIADOS.
- 5) CONCLUSIONES.
- 6) BIBLIOGRAFIA.



## INTRODUCCION



Terminados ya mis exámenes privados, una honda preocupación se cruzaba en mis anhelos como era el de obtener la investidura académica que me autorizara para ejercer la noble profesión de la Medicina. Claro está, no era mi deseo salir del apuro presentando en el acto de mi doctoramiento una tesis que no tuviera más valor que el recopilar datos o informaciones sobre un problema cualquiera. Es por ello que desde hacía mucho tiempo me había sugestionado como tema para presentar este día un estudio sobre uno de los problemas de la Ginecología: "Tuberculosis Genital".

Primero: habiéndome llamado la ramade la ginecología mi predilección durante estudiante había leído en el texto de Warthon sobre esta enfermedad lo siguiente: "Es uno de los problemas Ginecológicos más interesantes y de diagnóstico más difícil por sus manifestaciones variables". Al revisar la literatura Médica Nacional me había encontrado que a pesar de ser problema tan difícil pocos estudios se habían hecho sobre ello.

Segundo: el Médico Salvadoreño en su constante afán de superación por conservar el plano de hegemonía, que tiene y se le reconoce en Centro América a la medicina de nuestro país, he comenzado a interesarse en estudiar en forma más completa la Patología nuestra. Médicos de toda edad y especialización han rivalizado en ésto y nos toca a sus alumnos el --continuar su obra.

Tercero: Al revisar los casos que se han presentado en el Hospital Rosales había comprobado diferencia de-

estadística tanto en su frecuencia, sintomatología, de la publicada en la literatura médica en otros países.

Cuarto: He deseado por este medio analizar la forma de diagnóstico, tratamiento y control que se ha llevado en las pacientes descubiertas, ver deficiencias, omisiones y ayudar al mejor esclarecimiento del problema. Si con ello he logrado evitar en casos futuros errores y ayudar a seguir pasos distintos, en pacientes que por negligencia o ignorancia han sido mal tratadas, habré logrado mi anhelo de que no fueron vanos mis esfuerzos y de que he ayudado en algo, aunque sea pequeño, a la medicina de nuestra patria.

En el presente trabajo he estudiado primero, las generalidades de la tuberculosis genital; presentando luego la Casuística, y analizando los datos principales comparativamente con la estadística dada en otros países sobre todo norteamericanos. Doy por último las conclusiones de los casos que analizo.

## GENERALIDADES DE LA TUBERCULOSIS GENITAL FEMENINA.

DEFINICION:

Se entiende por Tuberculosis la enfermedad infecciosa producida por el Mycobacterium Tuberculosis, llamado también Bacilo de Koch. Se halla muy extendida entre seres humanos y animales; uniformemente mortal en algunas especies, con mayor rareza en otras; aguda y generalizada en ciertos individuos, crónica y localizada en algunos casos; y que se caracteriza anatómopatológicamente por el desarrollo de infiltraciones inflamatorias, tubérculos, necrosis caseosa, abscesos, fibrosis y calcificaciones. El Mycobacterium puede localizarse en cualquier parte del organismo humano; al tomar sitio en el aparato genital femenino, constituye una forma particular de esta infección general con síntomas clínicos y patológicos propios por ser órganos especiales, y toma entonces esta infección el nombre particular de "TUBERCULOSIS GENITAL FEMENINA".

Antes de hablar sobre las características generales diré algunas palabras sobre el microorganismo productor de esta enfermedad: El Bacilo de Koch.

El Mycobacterium Tuberculosis fué descubierto por Roberto Koch en 1882; es un organismo en forma de bastón, recto o ligeramente curvado, con lados más o menos paralelos y extremos redondeados; se disponen aislados o en pequeños grupos, a veces en haces, o bien en grupos de tres o cuatro formando entre sí ángulos agudos pareciéndose en esto a los bacilos diftéricos. Sus dimensiones varían considerablemente según sea el medio en que ger

minan, en el organismo animal suelen ser más largos y delgados que en los cultivos. Su longitud media es de 1 a 4 micras, es decir aproximadamente la mitad de un glóbulo rojo, observándose a veces formas raras hasta de 8 micras; su anchura varía entre 0.3 micras a 0.6 micras.

Hay que recordar que los bacilos no son móviles, ni esporógenos, ni capsulados. El reconocimiento del bacilo tuberculoso depende de que se tiñe con dificultad y una vez teñido retiene el colorante tenazmente. Aunque se le trate con ácidos minerales, que eliminan con rapidez el tinte de otras bacterias. En preparaciones teñidas, los bacilos tuberculosos se van como unos bastoncillos rojos y finos sobre un fondo azul de moco, que aparece en forma de filamentos y fajas delicadas, detritos granulados y células. El estudio químico nos ha revelado tres componentes principales en su constitución: una sustancia lipoidea o cerea, una proteína y un polisacárido. A la primera debe el bacilo su ácido-resistencia y la reacción tisular típica, y a la proteína el constituyente fundamental de la tuberculina: la respuesta alérgica.

Los bacilos tuberculosos pueden dividirse por las reacciones patógenas y de cultivo en 5 tipos: humano, bovino, murino, aviario y de los animales de sangre fría. Entre estas variedades, únicamente las dos primeras son patógenas para el hombre.

La bovina ataca sobre todo al niño por medio de la leche contaminada, determinando la tuberculosis articular, osea o ganglionar. El bacilo, variedad humana, ataca al adulto provocando sobre todo la tuberculosis pulmonar. Estos dos tipos de --

tuberculosis no evolucionan simultáneamente. la primera infección tuberculosa tiene lugar en la infancia alrededor sobre todo del tercer año, pudiendo localizarse sobre todo en el pulmón, del 80- al 90% de los casos, y siendo extra pulmonar ya sea intestinal, cutánea, amigdalina, genital, o de otra localización en el resto de los casos. La lesión inflamatoria que se forma en el lugar -- donde primitivamente ataca el bacilo se denomina foco primario. - Casi siempre, como se dijo; este foco es pulmonar y está situado en el lóbulo superior del pulmón derecho constituyendo el chancro de inoculación o de Ghon, en reconocimiento a los estudios anatómopatológicos de este autor a principios de este siglo; otros autores llaman a este chancro de Kūs.

Luego viene la adenopatía satélite o sea el gan glio linfático tributario y la combinación chancro-ganglio constiti tuye el complejo primario de Ranke. El complejo se llama incom-- pleto si no es perceptible el foco parenquimatoso o el linfático, pero esto es raro. La evolución del proceso varía grandemente según la virulencia del micro-organismo y el estado de defensa del organismo, pero por regla general esta primoinfección dá una sintomatología tan escasa que pasa inadvertida. Es de comprender que la evolución de esta enfermedad puede ser bajo dos formas: si hay condiciones favorables para su desarrollo sobreviene una tubercu- losis declarada; en caso contrario las defensas del organismo venen cen y el foco queda circunscrito y bloqueado.

#### DATOS HISTORICOS:

La tuberculosis ha sido desde hace siglos uno - de los principales azotes que afligen a la humanidad y prueba de

que existe desde la más remota antigüedad son los descubrimientos arqueológicos de esqueletos con lesiones tuberculosas.

Por largo tiempo se admitieron diferentes variedades, pero la unidad en el origen de la tuberculosis fué proclamada y defendida por Laënnec; pero no fué hasta 1882 que fué descubierto, su micro-organismo infectante por Koch quien además de aislar este micro-organismo específico produjo experimentalmente la enfermedad en que se aceptó universalmente el acierto de la concepción de Laënnec. En el año siguiente 1883 Canniel y Bobes descubrieron el bacilo en la leucorrea, pero sin embargo se consideraba la tuberculosis genital como una localización rarísima y de pronóstico mortal, apareciendo en 1886 los primeros estudios -- escritos de esta afección genital en la Monografía de Hegar. Si-- guieron luego los estudios de Morgagni que descubrió lesiones de tuberculosis genital en la mujer y que publicó a mediados del Si-- glo XVIII. Lavis y Raymond volvieron a llamar la atención sobre esta localización de la tuberculosis a mediados del siglo XIX, apa-- reciendo después varias observaciones médicas en Europa princi-- palmente en Inglaterra, pero casi todos estos escritos se limita-- ban a estudios de autopsias y notas clínicas.

En 1862 el eminente cirujano inglés Sir Spencer Wells creyendo se trataba de un quiste ovárico practicó una laparatomía pensando hacer otra de sus ya famosas ovariectomías, encontrándose con una tuberculosis abdomino-pelviana con líquido ascítico enquistado, La operada se restableció y Osler afirmó -- había vivido 25 años más. Esta imprevista y dichosa experiencia quirúrgica conocida como el "Gran error de Spencer Wells" demostró dos grandes cosas: que la tuberculosis peritoneal no era in-

curable y segundo que era beneficiosa la introducción de la terapéutica quirúrgica en la tuberculosis abdomino-genital de la mujer. Desde entonces la tuberculosis genital ha sido tema de investigación mundial y objeto corriente de discusión de muchos congresos de ginecología en todo el mundo y especialmente en Francia y Alemania.

Este interés creciente se debe a que es uno de los problemas ginecológicos más interesantes tanto por las secuelas asociadas, las manifestaciones variables como por ser uno de los problemas diagnóstico más difíciles por la sorprendente manera de simular otros procesos ginecológicos.

#### HISTORIA EN EL SALVADOR:

Posiblemente muchos casos de tuberculosis genital han sido operados por nuestros cirujanos desde hace tiempo, sin pensar jamás en la verdadera etiología del proceso y no fué sino hasta 1942 que por primera vez se reportó y estudió el primer caso por el Dr. Roberto Orellana en un Congreso Médico Nacional. Este trabajo fué comentado por el Dr. Ernesto Fasquelle - quien hizo el estudio histopatológico de las piezas remitidas. Después este proceso aunque posiblemente diagnosticado en algunos casos, por ser felizmente una rara afección en nuestro paciente ginecológico permaneció en lo que respecta a su estudio en el olvido, hasta el año 1953 en que fué presentado al Primer Congreso Centroamericano de Obstetricia y Ginecología un trabajo sobre este tema por el Dr. Salvador Batista Mena con el nombre de "Tuberculosis genital en El Salvador, reporte de 6 casos del Hospital Rosales" que eran las pacientes estudiadas

en el Servicio de Ginecología del Hospital Rosales durante los -- años 1951 a 1953 inclusive.

Actualmente el Dr. José González Guerrero ha -- preparado el estudio titulado "Tuberculosis Genital Latente diagnosticada por biopsia y curetaje del endometrio en pacientes ginecológicas". Este trabajo será presentado al Primer Congreso -- Venezolano de Obstetricia y Ginecología que se celebrará en 1955 en Caracas.

#### FRECUENCIA:

A pesar de la gran morbilidad de la tuberculosis se consideraba, hará unos 50 años la localización genital como una enfermedad rara, observaciones posteriores nos han venido a confirmar la opinión sostenida por Hegar.

Según las estadísticas norteamericanas de 1901 la tuberculosis era la enfermedad de mayor mortalidad y con justa razón se la llamaba "La Gran Peste Blanca", con un coeficiente de mortalidad de 196.6 x 100.000 habitantes. Con el mejoramiento -- del standard de vida y sobre todo con las campañas realizadas para el mejor descubrimiento de casos, de control y tratamiento de estos pacientes, se logró que como causa de mortalidad la tuberculosis fuese perdiendo su primacía y vemos que en 1929 ocupaba el 6º lugar y en 1943 el 7º lugar, estando precedida de enfermedades del corazón, cáncer, vasculares del cerebro, nefritis, accidentes y neumonía. Como se comprenderá por los datos anteriormente anotados, la tuberculosis genital femenina tenía que seguir igualmente esta curva descendente.

La distribución de las lesiones tuberculosas en el organismo ha sido muy bien estudiada y Schimpert en 3514

autopsias, encontró lesiones tuberculosas en 61% de los casos, repartidos en los órganos en el siguiente porcentaje:

Pulmones .....	84.3%
Intestino .....	32.3%
Peritoneo .....	4.9%
Organos genitales .....	3.4%
Meninges .....	3.3%
Huezos .....	2.5%
Pericardio .....	2.2%
Aparato urinario.....	1.4%

En los estudios hechos por Auerbach en el Seaview Hospital en 1143 autopsias de tuberculosos encontró la tuberculosis genital en el 12.7% de sus casos.

En los estudios realizados en el Hospital Rosalles por la Dra. Gladis Urbina en 1000 autopsias ha encontrado la localización y estadística siguiente:

Localización -----	Casos-----	Porcentaje
Ganglios	169	16.9%
Pulmones	138	13.8%
Hígado	67	6.7%
Bazo	64	6.4%
Aparato Urinario	45	4.5%
Peritoneo	30	3.0%
Meninges-encéfalo	28	2.8%
Intestino	12	1.2%
Pericardio	8	0.8%

Miocardio	2	0.2%
Organos Genitales	2	0.2%
Páncreas	1	0.1%

Frecuencia de la localización del bacilo tuberculoso en los órganos genitales femeninos.

Hemos estudiado las estadísticas generales de la tuberculosis comparándola con otras enfermedades, aparatos y órganos donde preferentemente se localiza el bacilo de Koch. Vamos a circunscribirnos ahora a comparar la localización del bacilo en los órganos genitales femeninos. Al respecto casi todos los autores están de acuerdo en hacer la clasificación de los órganos atacados en el siguiente orden: Trompa de Falopio, Utero, Ovario, Cervix, Vagina y Vulva.

Las estadísticas de Norris y de Greemberg dan un índice de 100x100 de infección a la trompa, haciendo recalcar que nunca baja del 85%. Esto quiere decir, que salvo los raros casos en que la tuberculosis se encuentra localizada en los órganos genitales externos, por lo general decir tuberculosis genital significa casi siempre salpingitis tuberculosa.

El útero se lo ha encontrado afectado en las  $\frac{3}{4}$  partes de los casos o sea un 75% y de estos, el endometrio estaba atacado en un 95% y únicamente en 5% se encontraba infectado el miometrio en forma exclusiva. Lackner afirma que de 125 biopsias endometriales tomadas en pacientes tuberculosas sólo en dos casos encontró tuberculosis endometrial y así mismo en el Cook County Hospital sobre 113 autopsias de pacientes

tuberculosos se encontró solamente en dos casos afectado el endometrio. Generalizando podemos decir que en tuberculosis pulmonar la biopsia del endometrio da una frecuencia de 1.6% de endometritis tuberculosa. Se cree que estos casos son debido a lesiones metastásicas de un foco distante en la que el bacilo siguió la vía hematógica. En estudios hechos por Sharman en una serie de 457 biopsias de un estudio sobre esterilidad encontró un 5% de tuberculosis genital.

El ovario está afectado en una tercera parte de los casos por lo que nos dá un porcentaje de 33.3%. El cuello del útero está afectado en un 5 a 6% y la vagina y la vulva en el 0.5% de los casos. Es de hacer notar que de los 18 casos de localización cervical de la serie de Sharman todos menos uno, iban asociados a tuberculosis genital femenina generalizada.

Las estadísticas de Reuten en un estudio anatómopatológico sobre la tuberculosis genital femenina encontró 83.6% de localización tubárica; 50% de localización uterina, 4.3% de localización ovárica.

Es de hacer resaltar el dato estadístico comparativo con la localización de la blenorragia, en la que la infección es primero en los genitales externos: uretra, vagina y cuello en el 100% - de los casos y solo secundariamente pudiera invadir las trompas y órganos genitales externos.

Si comparamos la localización bacilar con las otras afecciones ginecológicas, es interesante saber que de cada 13 salpingitis Greemberg del John Hopkings ha encontrado una localización lo que nos dá un porcentaje de 7.5 que es muy próximo al encontrado por Novak de 5%. En lo que respecta al ataque -

endometrial se dice encontrar un caso en 4600 infecciones ginecológicas varias.

Relaciones de tuberculosis genital con los órganos vecinos:  
-----

Al entrar al estudio de cuales son los órganos vecinos, que se encuentran atacados frecuentemente, en unión de los órganos genitales por el bacilo de Koch, tenemos que: el peritoneo presenta la enfermedad del 50 al 70% de los casos de tuberculosis genital y recíprocamente las trompas están afectadas del 31 al 44% de los casos de afección peritoneal.

Pero quién se infectó primero? Este es un problema casi siempre sin resolución pues aún los mismos anatomopatólogos llegan al estudiar el mismo material a conclusiones totalmente diferentes.

Además, las infecciones pueden perfectamente provenir del mismo foco al mismo tiempo, y ser enteramente independientes uno de otro. Hay que hacer notar que la relación con este órgano es de mucha importancia y que la extensión, tipo e intensidad en que está afectado el peritoneo, pone factores de primer orden en el tratamiento y decide el pronóstico.

Los órganos urinarios están muy pocas veces afectados en la tuberculosis genital. Ciertos pacientes se quejan de síntomas urinarios pero casi siempre se debe a procesos extra-urinarios como peritonitis tuberculosa, o bien alguna masa que presione la vejiga y puede producir una cistitis tuberculosa sin estar por ello afectado la parte alta del aparato urinario.

La enteritis tuberculosa se asocia a veces a la tuberculosis genital, pero es bastante rara a menos que se inclu-

ya en los casos de enteritis debida a una propagación de la tuberculosis pelviana. La tuberculosis del apéndice ha sido encontrada acompañando a la del aparato genital en un 3% de los casos; esto hace resaltar la importancia de la apendicectomía sistemática en las operaciones por infecciones pelvianas, cuya naturaleza no se descubre quizás hasta que se examinan microscópicamente los tejidos.

Frecuencia de la enfermedad según la edad:  
-----

La tuberculosis genital no respeta edades presentándose en cualquier época de la vida, sin embargo predomina en la época del período de actividad sexual sobre todo entre los 20 y los 40 años. Se ha observado ocasionalmente casos de niñas afectadas cuya edad era de menos de 2 años, y asimismo mujeres después de los 60 a los 70 años. En las jóvenes adolescentes la tuberculosis genital adopta a menudo la forma de una peritonitis tuberculosa difusa, miliar, con ascitis variando la gravedad y extensión de la infección pelviana de caso a caso.

Los ginecólogos franceses la encontraron tan frecuente que denominaron a este tipo de tuberculosis abdominopelviana con el nombre de ascitis de las jóvenes.

MODO DE INFECCION:

La tuberculosis del aparato genital femenino puede ser secundaria o primaria.

Se reconoce como punto importante que generalmente es una manifestación local y secundaria, de una infección que tiene su foco primario en algún otro órgano de la economía sobre todo los pulmones. Esto es dato de importancia en la diferencia--

ción de la tuberculosis genital con las infecciones gonocócicas - locales. Es de hacer notar que este foco tuberculoso puede ser - activo o inactivo siendo esto último más frecuente, es decir cons\_ tituye una reactivación o exacerbación de la enfermedad, lo que se llamaba antes reinfección endógena, para describir la reanudación del curso progresivo de lesiones que ya eran inactivas y hasta -- parcialmente curadas. De este foco el bacilo de Koch puede seguir tres vías para alcanzar los órganos genitales:

a) La más importante de las vías de propagación mencionadas es la vía sanguínea, siendo su mecanismo el siguiente: desde el foco tuberculoso pulmonar, intestinal, etc. los gérmenes son trasportados o vehiculizados por la sangre y llevados hasta - los órganos genitales, de preferencia a las trompas de falopio, - donde como veremos más adelante es facilitada su detención por su sistema de circulación.

b) La vía linfática que siguen los bacilos para la propagación de las lesiones tuberculosas de los órganos veci-- nos como sistema urinario, intestino, etc. que se comunican por - este medio con el aparato genital. Esta vía es muy poco usada.

c) Vía peritoneal o de continuidad llamada tam- bién de extensión directa es la propagación de la tuberculosis pe\_ ritoneal al endosalpinx por aspiración de los bacilos. La tubercu\_ losis peritoneo-genital es frecuentísima.

Al producirse una infección tuberculosa, que ca- si siempre tiene localización primera en la trompa, los bacilos - para continuar su difusión, siguen casi siempre una marcha descen- dente ya sea linfática, canalicular, o mucosa contamiando el resto del aparato genital.

La tuberculosis primitiva es sumamente rara: No rris la ha encontrado en uno a dos por ciento del total de sus casos. Si se exceptúa la contaminación directa de la vulva nos encontramos con dos vías de infección para la localización primitiva del bacilo en el árbol genital: endógena o descendente y exógena o ascendente. La primera comprende aquellos casos en la que los bacilos sin determinar lesiones apreciables en el pulmón o intestino son transportados por vía sanguínea a los órganos genitales.

La vía exógena o ascendente llamada por Warthon de "contagio externo directo", es cuando los bacilos son llevados directamente a la vagina. Como se comprende, esta contaminación es difícil de probar científicamente, pero existen si bien es cierto muy pocos casos, pruebas fehacientes de esta forma de infección; algunos autores descartan esta vía para la vida práctica. Estos bacilos pueden ser llevados: por instrumentos contaminados como cánulas de irrigadores, tactos sépticos, o a consecuencia del coito con un enfermo que tenga lesiones tuberculosas abiertas en el aparato genital. Teniendo en cuenta esta última posibilidad teórica es mejor prohibir las relaciones sexuales en el matrimonio cuando el cónyuge padezca de tuberculosis genito-urinario como epididimitis tuberculosa, a menos que empleee preservativos.

Como se vé, esta vía de contaminación sería la seguida para el cervix uterino y vagina, forma de tuberculosis que es rara y además casi siempre que encontramos una lesión a este nivel existen lesiones ya sea activas o latentes de tuberculosis en el resto de los órganos genitales o en otra parte del cuerpo por lo que muchos autores niegan esta vía de contaminación. Al localizarse el bacilo en estos órganos infecta el resto del aparato geni

tal femenino por los distintos mecanismos ya descritos.

Hablaremos ahora someramente de los diferentes factores que se cree contribuyen al desarrollo de la tuberculosis genital: tumores, infecciones gonocócicas o puerperales, hipoplasia uterina. De los primeros factores es difícil probar como es que hacen accesible el terreno para la implantación de mycobacterium-tuberculosis. Respecto a la hipoplasia uterina, a la que tanta importancia le dan los ginecólogos europeos, en Norteamérica ha sido estudiada muy poco. Jameson en 1935 dijo que "la hipoplasia siempre existía en la tuberculosis genital", basando su experiencia en la medición de la cavidad uterina, pero agregaba que era difícil o imposible probar que se producía primero si la tuberculosis o la hipoplasia genital. A este respecto hay que hacer no tar que los pacientes de tuberculosis genital por lo general no han concebido nunca y es natural que el útero sea menor que si hubiera funcionado correctamente o engendrado hijos.

La asociación entre ambos procesos es algo fuera de discusión desde luego que se han observado en las mismas pacientes pero queda en interrogación la relación clara de la interrelación de estos dos procesos.

#### ANATOMIA PATOLOGICA:

Es necesario conocer a fondo las lesiones Anatómo-patológicas más importantes de la tuberculosis para comprender la evolución, sintomatología y tratamiento de la infección. - El bacilo de la tuberculosis produce esencialmente las mismas alteraciones histológicas en cualquiera de los tejidos del organismo; el aspecto microscópico de las lesiones depende de los caracteres anatómicos de los órganos atacados.

Los caracteres histológicos de una infección tuberculosa se conocen e indentifican, por lo general muy fácilmente, por ser una inflamación crónica de los tejidos lo que da lugar a un predominio de células mononucleares emigrantes sobre los leucocitos, proliferación de células epiteliales, células gigantes y tu bér culos. En estos órganos atacados se puede identificar los bacilos empleando ya sea métodos de tinción, cultivos apropiados o bien identificarlos por inoculación al animal (cuyo).

El progreso histológico de la infección tuberculosa ha sido descrita frecuentemente. Por su disposición nodular y su tendencia proliferativa, la típica lesión tuberculosa es un granuloma infeccioso y está representado por una formación de cuerpos translúcidos, pequeños y grisáceos llamados "tubérculos miliares", que es la primera alteración observada como consecuencia de la reacción del tejido atacado por el bacilo de Koch. Cada uno de estos tubérculos perceptibles a simple vista, se compone de múltiples elementos pequeños que únicamente se pueden diferenciar con el microscopio. Los tubérculos tienen notable tendencia a confluír y unirse formando masas de tamaño considerable.

Al estudio histológico del tubérculo típico encontramos del centro a la periferia:

a) Una o más células gigantes de muchos núcleos y de gran tamaño formada por la fusión de células epitelioides.-- Aparecen cuando se produce la necrosis y tienen por función digerir y eliminar el tejido muerto indicando su presencia una resistencia efectiva.

b) Por fuera de estas células gigantes se forma una corona de células epitelioides del núcleo grande o vesicular,

protoplasma abundante que son de tamaño y de contornos poco netos. Las células epitelioides son consideradas como grandes mononucleares transformadas y constituyen el elemento más característico de la lesión tuberculosa.

c) Hacia el exterior existe un anillo de linfocitos que aparecen al final del primer septenario y cuya función, aunque no es conocida, se considera que debe ser de mucha importancia. El tubérculo carece de vasos y debido a esta falta de riego sanguíneo lo mismo que a las toxinas secretadas por los bacilos, la parte central del tubérculo sufre a menudo "necrosis", pudiendo luego hialinizarse por completo y siendo esta una evolución favorable. Casi con la misma frecuencia el núcleo del tubérculo se transforma en una masa parecida al queso, "caseum", proceso característico de la necrosis causada por el bacilo y a la que se le da el nombre de caseificación. La caseificación ocurre a veces en un solo tubérculo, que entonces toma un color amarillento y pierde su traslucidez; puede afectar también a una masa de tubérculos reunidos y conducir a la formación de un absceso cuyo tamaño depende de la extensión de la lesión tuberculosa, dándosele el nombre a esta masa caseosa necrosada de absceso frío.

La caseificación puede ir seguida de reblandecimiento y liquefacción y están asociados con una activa reproducción de bacilos. A veces este material caseo-necrótico se calcifica, proceso favorable, pero puede infectarse secundariamente con microorganismos piógenos agravando el proceso.

Veamos ahora la evolución de este proceso causado por el bacilo de Koch atendiendo a la virulencia de los gérmenes y a la potencialidad de reacción del organismo: puede desa-

rrollarse lentamente y la cicatrización es también gradual. Las adherencias y las paredes del tejido de granulación que acompaña y rodea a casi todas las lesiones tuberculosas representa esfuerzos para confinarlas.

El que el proceso cure o progrese hasta ocasionar incapacidad grave, pérdida de función o la muerte depende de la resistencia del individuo, de la virulencia o importancia de la infección bacilar y del tratamiento que se aplique. El proceso tuberculoso es infiltrante, destructor y debido a la longevidad del bacilo, es además crónico y susceptible de reactivación. Estos caracteres anatómo-patológicos dan a la tuberculosis sus caracteres clínicos especiales y sirven de base a los principios por los que se rige su tratamiento.

Dejamos sentado entonces que el tubérculo puede curar sin dejar lesiones, calcificarse encerrando bacilos vivos, formarse un tejido de granulación en lugar de la calcificación o bien puede diseminarse el proceso con la formación de nuevos tubérculos. Esta somera descripción explica la diversidad de aspectos que presenta la lesión tuberculosa en cada órgano, y precisamente las lesiones tuberculosas genitales se caracterizan por su complejidad y difusión.

Paso a estudiar ahora, las características anatómo-patológicas que presenta cada órgano del aparato genital atacado por el bacilo de Koch, dividiéndola en dos partes, a saber: La tuberculosis de los genitales internos y peritoneo, luego la tuberculosis del cuello del útero y genitales externos.

#### TUBERCULOSIS DE LOS GENITALES INTERNOS Y PERITONEO:

Ovario: Cuando este órgano es atacado por el -

bacilo tuberculoso casi siempre lesiona las trompas. Es no obstante relativamente rara y Norris únicamente lo ha encontrado afectado 4 veces en un total de 64 veces. Sin embargo al revisar la literatura médica se ve que la mayoría de los autores concuerdan en dar un porcentaje de 33.33% de infección de este órgano. La lesión puede ser únicamente superficial, pues la gruesa túnica albugínea constituye una buena barrera de defensa, esta lesión constituye lo que se llama una peri-ooforitis bacilar.

No obstante los desgarros de la superficie del ovario, debidos a la ovulación, favorecen la penetración de la tuberculosis y la invasión del parenquima constituyendo la ooforitis u ovaritis tuberculosa parenquimatosa. En este último caso el órgano alcanza hasta el tamaño de una cabeza fetal, presentándose acribillado de abscesos que por confluencia lo transforman en una bolsa purulenta. Otras veces se transforma en grandes abscesos tubo-ováricos que clínicamente recuerdan los de origen gonocócico.

b) Las trompas de Falopio: Son los órganos más atacados por el bacilo de Koch. Es un factor fundamental que hay que tener siempre presente pues la mayoría de las estadísticas le dan un 100% de frecuencia en los casos de tuberculosis genital. Por consiguiente, el estudio y tratamiento de la tuberculosis genital suele ser el estudio de la salpingitis, con manifestaciones o sin ellas, y de las localizaciones de la enfermedad en el resto del aparato genital. Hay que recordar además que la salpingitis tuberculosa en modo alguno es rara, y constituye aproximadamente el 5 % de la totalidad de los casos de salpingitis.

¿Pero cómo explicar esta preferencia del bacilo por la trompa? Calatroni expone varias teorías, ninguna de ellas

exenta de crítica: "Rémorra circulatoria por la dirección opuesta a la corriente sanguínea de las arterias tubo-ováricas y uterina; menor calibre de los capilares, riqueza de pliegues y ondulaciones del órgano, ausencia de eliminación cíclica de la mucosa como en el endometrio; frecuencia de salpingitis de otra naturaleza que crea condiciones de menor resistencia."

En la mesa de operaciones conviene diferenciar las trompas tuberculosas de las que no lo son, pero el aspecto macroscópico de esta trompa varía en diferentes casos y por regla general no difiere en nada del que presentan las distintas formas de la salpingitis gonorréica crónica y es notable la frecuencia en la cual, ginecólogos bien preparados en anatomía patológica no logran hacerlo. Como la gonocócica la salpingitis tuberculosa es casi siempre bilateral, Greemberg la ha encontrado en 99% de sus casos y ha sucedido con frecuencia, que cirujanos que han conservado una trompa que parecía sana han tenido que volver a operar a los pocos meses con el fin de extirparla.

La tuberculosis de las trompas puede ser endo o peri tubárica, coexistiendo ambas formas en muchos casos; la endosalpingitis es la más frecuente y representa una infección hematógena procedente de un foco distante, puede semejarse mucho a la salpingitis aguda o sub-aguda o bien a un piosalpinx.

Las extremidades de las trompas tienen menor tendencia a invertirse, es decir, tomar la forma de bastón que en la infección gonocócica. Greemberg ha llamado la atención sobre lo que él ha dado en llamar, aspecto de tabaquera o valija, que presenta el pabellón producido por la eversión de las fimbrias, alrededor del ostium abdominal permeable en este

caso y que se presenta muy rara vez en la salpingitis de origen gonocócica.

Sin embargo, como he dicho tantas veces los mismos caracteres que presenta la salpingitis tuberculosa pueden ser reproducidos por la de origen gonocócicas o estreptocócicas y a menos que en la superficie serosa o en el peritoneo adyacente se encuentre tubérculos, es imposible reconocer la naturaleza de la lesión.

La peri-salpingitis tuberculosa es por lo general una parte del proceso tuberculoso que afecta al peritoneo parietal y visceral, manifestado por numerosos y pequeños tubérculos opalescentes esparcidos por la serosa. A veces las trompas parecen estar afectadas únicamente en la serosa, pero ello no es prueba de que la afección no haya invadido el endosalpinx y Everret afirma que microscópicamente todas las trompas extirpadas en enfermos de tuberculosis peritoneal sufren de ensalpingitis. Como se comprende este punto es de capital importancia en cuanto a la terapéutica. En algunos casos el material tuberculoso abandona el interior de las trompas e infecta la serosa de los órganos localizados en la pelvis y peritoneo adyacente, estos son los casos de tuberculosis del peritoneo pélvico estrictamente localizados; los tubérculos son escasos pero es posible reconocerlos en número suficiente para identificar la naturaleza de infección tubárica.

El aspecto macroscópico en lo particular difiere como se comprende según que la afección afecte la serosa, la muscular, la mucosa o las tres porciones. Si la infección es reciente y superficial el órgano está enrojecido, las franjas -

del pabellón infiltradas, pero la lesión típica asienta en la serosa en forma de tubérculos más o menos abundantes. Si el proceso es crónico el aspecto de la trompa varía grandemente tomando el aspecto de múltiples lesiones, pero fundamentalmente adoptan la forma de una salpingitis crónica común, hidrosalpinx o la de un piosalpinx.

El cuadro histológico de las lesiones bacilares es igualmente muy proteiforme y respecto a la fase o estados evolutivos de la infección en la trompa podemos presentarlas así:

- 1) Forma miliar, de tubérculos aislados o de comienzo;
- 2) Forma o fase parenquimatosa-caseosa, estado de confluencia o avanzado;
- 3) Fase fibrosa, de calcificación o de curación.

Describiremos cada una de estas distintas fases por diferenciarse grandemente entre sí, tanto en su aspecto macros cópicamente, histológico como en su sintomatología y pronóstico.

1) Forma miliar de la salpingitis tuberculosa:

Esta es la primera manifestación de la infección. Hay dos tipos de salpingitis miliar: el primero en el cual sólo está afectado la superficie peritoneal de la trompa de falopio, el segundo en el que existe una verdadera salpingitis con infección de todos los tejidos tubéricos.

Tipo peritoneal: En el tipo peritoneal o seroso la infección está limitada a la cubierta peritoneal de las -- Trompas de Falopio, incluyendo talvez la superficie descubierta de las franjas. Estas lesiones suelen ser parte de una tuberculosis peritoneal general con tubérculos miliares en todo el peritoneo y ascitis. La forma o el tamaño de la trompa no se altera, es delicada, delgada y no muestra ningún indicio de enfermedad

salvo en la superficie peritoneal. La extremidad franjeada puede estar edematosa, brillante según que su mucosa esté o no infectada.

Salpingitis verdadera: Es el segundo tipo de la salpingitis miliar, la lesión más constante y característica de la tuberculosis genital. La infección probablemente empieza como una endosalpingitis afectando la mucosa y extendiéndose luego hasta los campos más profundos, presentándose casos en los que a veces no existen tubérculos peritoneales.

En clínica esta fase de la salpingitis tuberculosa rara vez se observa porque no producen alteraciones funcionales o síntomas de importancia. La infección miliar puede permanecer latente durante períodos indefinidos: a veces se resuelve dejando únicamente cicatrices y tubérculos hialinizados cicatrizados sin ninguna actividad, y otras veces evoluciona gradualmente hasta fases muy avanzadas de la enfermedad.

Forma parenquimatosa-caseosa:

En la fase más aguda de la salpingitis la trompa está congestionada, edematosa y algo engrosada. La extremidad franjeada se ve brillante, hinchada, ancha; la superficie peritoneal puede o no tener tubérculos. A medida que progresa la enfermedad se van presentando otros tipos de lesiones anatómicas patológicas, que dependen del grado de infección del peritoneo, de la oclusión tubárica y de la extensión de la afección en las otras vísceras pelvianas. Como ya dijimos el peritoneo pelviano se contamina por secreciones procedentes de la trompa tuberculosa.

Piosalpinx: es la secuela usual de la forma parenquimatosa -

de la salpingitis tuberculosa; a veces grande, otras pequeña, es en algunos casos imposible de distinguirlo de la de origen gonocócica, si no es al microscópio. La presencia de tubérculos sella el diagnóstico, asimismo el contenido caseoso de la trompa o una rigidez insólita deben hacernos pensar en la etiología bacilar de esta afección. La trompa tuberculosa es, por lo general, muy adherente; sin embargo, hay que recordar un tipo notable y excepcional de piosalpinx tuberculoso llamado por los franceses "absceso frío". En este caso las franjas de la trompa se cierran antes de infectar el peritoneo y por lo tanto no hay adherencias, tubérculos, ni líquido libre; ambas trompas se han transformado en grandes sacos de pus, duros, tortuosos, que parecen cuernos de vaca; se encuentra libre echados sobre la parte inferior del abdomen. Cuando la enfermedad ha llegado a la fase de piosalpinx es imposible curarla y restituir la trompa a su estado normal, puede hacerse es cierto inactiva, sobrevenir la fibrosis y disminuir de tamaño pero jamás podrá tenerse la seguridad de que los bacilos de Koch hayan muerto todos. El hidrosalpinx es una rareza encontrarlo. El hematosalpinx se debe a la erosión de los vasos sanguíneos en una trompa inflamada, puede confundirse con un embarazo tubárico y llevarnos a la idea errónea de que el embarazo extrauterino y la tuberculosis van asociados casi siempre.

### 3) Fase fibrosa de la Salpingitis:

Es la forma inactiva, esclerosa en la que las trompas están arrugadas, llenas de cicatrices y con grandes adherencias. Pueden haber nódulos a lo largo de la trompa llamándosele entonces: "salpingitis ístmica nodular", hay que hacer

constar que este tipo también se encuentra en la blenorragia.

En la formación crónica las trompas están cerradas en el 61% de los casos. El cierre completo es probablemente un acontecimiento afortunado, pues impide el derramamiento periódico y recurrente de pus en la cavidad pelviana, que es la causa de exacerbaciones, peritonitis, abscesos pelvianos y adherencias extensas. (Warthon).

Hay que recalcar para terminar, lo difícil en la mayoría de los casos para poder diferenciar la salpingitis tuberculosa de otra salpingitis crónica y que el verdadero diagnóstico no se lleva a cabo hasta que lo establece el examen microscópico.

c) El útero:

El cuerpo y cuello uterino se comportan de diferente manera respecto a la susceptibilidad al bacilo tuberculoso y a su reacción ante la enfermedad; mientras la tuberculosis cervical es rara, la tuberculosis del cuerpo uterino es la localización más frecuente después de la de las trompas, haciendo notar que es el endometrio el sitio de predilección.

Por regla general el útero se infecta por vía tubélica, el material tuberculoso procediendo de las trompas penetra en la cavidad uterina originando una endometritis tuberculosa, de ahí la infección invade el miometrio por extensión directa del proceso tuberculoso desde la mucosa; sin embargo, el miometrio puede ser invadido desde afuera en los casos de trompas adheridas al útero. Se cree que la falta de invasión del miometrio se debe a la actividad cíclica del endometrio con su descamación periódica que vuelve difícil la pululación bacilar, sir-

viendo en esa forma de barrera protectora. Recordemos por último que existen muchos casos de endometriosis tuberculosa aislada, -- cuando el microorganismo ha seguido la vía hematógica.

En la etapa inicial cuando los tubérculos son finos su aspecto microscópico varía poco; pero a medida que se van haciendo más grandes y se van juntando pueden verse los cuerpos nodulares, a menos que estén enterrados profundamente en el endometrio. Después sobreviene la ulceración y caseificación, haciéndose se las lesiones más claramente visibles.

La caseificación y ulceración suelen ir acompañadas de profusa secreción purulenta, a veces hemorrágica. Si hay destrucción extensa de endometrio sobreviene la amenorrea y si este proceso es ulceroso proliferante y ocluye el orificio cervical interno puede venir una acumulación de pus en el útero constituyendo un piometra. Esta lesión ulcerosa puede penetrar en el miometrio. Es de hacer notar la similitud del cuadro anterior bajo el punto de vista anatómico-patológico con un carcinoma del endometrio: las vegetaciones tuberculosas, desarrollo de excrecencias papilares, el tejido proliferante de granulación, la ulceración y necrosis exigen el estudio microscópico antes de descartar un cáncer, sobre todo si esta sintomatología se ha presentado en una paciente vieja.

El músculo uterino no está tan afectado como la mucosa, presentándose en el 5% de los casos de tuberculosis del útero, sin embargo se han presentado casos de tuberculosis miometral pura; en esos casos puede desarrollarse un absceso frío en la pared y Warthon relata uno de estos casos en el que se hizo el diagnóstico de mioma del útero.

La anatomía histopatológica de la endometritis tuberculosa se caracteriza como en todas partes por la presencia de tubérculos y células gigantes típicas.

Relación con la función uterina:

La endometritis tuberculosa plantea algunos problemas muy interesantes en relación con la función y los desarreglos menstruales, la implantación del óvulo y la tuberculosis desidual. La lesión es más bien única porque afecta el desarrollo y presencia de tubérculos en un tejido que se descama y reemplaza todos los meses (Warthon). Los tubérculos son de lento desarrollo y permanecen así una vez que se han formado y sin embargo la mayor parte del endometrio se desprende cada mes y por consiguiente hay que preguntarse si el endometrio tuberculoso es expulsado cada mes, si reacciona normalmente a estímulos endocrinos y si sufre cambios clínicos.

Estas respuestas están sin un estudio apropiado y es necesario el estudio de úteros tuberculosos extirpados para estudiar y arrojar alguna luz sobre la historia de los tubérculos y la causa de los desarreglos menstruales en pacientes de endometritis tuberculosa. El útero tuberculoso puede no mostrar cambios característicos ni a la palpación, ni a la inspección y parecer completamente normal; a veces debido a la hipoplasia es pequeño y menor que el normal y otras si la inflamación es activa y difusa es mayor y esponjoso, siendo a menudo muy adherentes.

Peritoneo:

Aunque sin ser en forma estricta, un órgano del aparato genital femenino, el peritoneo cubre totalmente algunos de sus órganos y otros en alguna parte, teniendo por tanto rela-

ciones muy grandes con ellos y por este motivo participando muy a menudo del ataque sufrido por el aparato femenino. Es por ello -- que al estudiar la tuberculosis genital femenina de los órganos internos nos vemos obligados a estudiar la tuberculosis del peritoneo pélvico adyacente.

El peritoneo está infectado en un 63% de los ca--  
sos de salpingitis tuberculosa y pueden presentarse dos casos: pri--  
mero, que de una salpingitis tuberculosa se encuentran en la su--  
perficie de las trompas y peritoneo abdominal. La participación -  
del peritoneo en estos casos es del todo incidental, ligera y e--  
voluciona como una salpingitis tuberculosa típica. La segunda --  
eventualidad es que la infección afecte principalmente el peritoneo  
abdominal con participación secundaria y ligera de los órganos pel--  
vianos, tenemos entonces una peritonitis tuberculosa faltando in--  
cluso signos clínicos de participación genital y en ese caso lo -  
que denomina es el cuadro general. Como se ve varían estos cua--  
dros grandemente tanto en su forma de presentarse, como pronósti--  
co y tratamiento. Hay que saber es cierto que existen casos que--  
es enteramente imposible averiguar donde comenzó la infección y -  
qué lugar fué el primero donde los bacilos llevados por vía san--  
guínea se anidaron si en el peritoneo o en el aparato genital.

La clasificación anatomopatológica comprende -  
tres formas: Ascítica, fibroplástica, y caseoso nodular. Estos -  
tres tipos de infección no están delimitados entre sí en forma --  
exclusiva y pueden presentarse las tres formas en el mismo abdo--  
men.

A) La forma ascítica: se caracteriza por la -  
presencia de líquido con tubérculos miliares en el peritoneo. Es

la variedad que se presenta en las jóvenes adolescentes y quizá la forma de comienzo de muchas infecciones. La diferencia de otras ascitis por ejemplo la de la obstrucción portal, renal o cardíaca es que por lo general es de tipo enquistado, hallándose la pared formada por las asas intestinales aglutinadas. La importancia es que a veces por adoptar esta forma han sido confundidas con quistes ováricos y basta recordar el error de Wells.

A medida que se va reabsorbiendo el líquido la enfermedad puede seguir estos cursos:

- 1) Los tubérculos pueden cicatrizar y no queda restos de la infección, a veces ni adherencias.
- 2) Quedan a veces tubérculos esclerosados como señales del antiguo proceso, con o sin adherencias.
- 3) Los intestinos y masa intrapelvianas forman una masa inextricables de adherencias, constituyendo el tipo fibroplástico.
- 4) Los tubérculos individuales se juntan, se hacen mayores, se funden, caseifican, infectan secundariamente, establecen fístulas entre asas intestinales y otros órganos o masas intraabdominales es el tipo caseoso o nodular.

B) Forma fibroplástica: Como ya se dijo se caracteriza por adherencias de los órganos intra-abdominales. Corresponde al tipo esclerótico de la pelvis en el que las trompas de Falopio llenas de cicatrices y contraídas están enterradas en una masa de adherencias.

C) Forma caseosa: Llamada también nodular es por suerte más raro, digo por suerte porque es el más grave. Se caracteriza por grandes bascosos y tubérculos intra-abdominales; puede conducir a la perforación de asas intestinales contiguas,

formando comunicaciones entre sí, o con la vejiga, vagina, recto o perfora la pared abdominal estableciendo comunicaciones -- con el exterior, originando salida de pus de un órgano al otro. Esto produce un alivio temporal pero la situación en sí es más grave, porque permite que gérmenes invasores secundarios infecten las cavidades del absceso y el abdomen, acelerando el progreso de la enfermedad. Este tipo de tuberculosis raramente es asequible al tratamiento quirúrgico.

Vamos a estudiar ahora la forma más rara de la tuberculosis. La de los órganos genitales externos siempre bajo el punto anatómico-patológico.

#### Cuello del útero:

Se considera casi siempre secundaria a una tuberculosis de los genitales internos, aunque puede existir bajo forma aislada, se la ha encontrado en el 5 a 6% de los casos. Se la encuentra como una lesión hiperplásica y ulcerativa que macroscópicamente puede ser confundida con un carcinoma del - cuello, lesión mucho más frecuente. A veces el cuello está cubier to de tejido tuberculoso de granulación polipeoidea. No es friable. En casos avanzados puede el cuello presentarse excabado, - distinguiéndose de una lesión neoplásica, en que no es friable - ni puede excavarse como una cucharilla; sin embargo, lo único - para distinguir una lesión de otra es la biopsia. La tuberculo-- sis del cuello como todas las otras localizaciones tiene siem-- pre como característica histológica los tubérculos con sus célu- las gigantes y epitelioides.

#### Vagina:

Se localiza la lesión la mayoría de las veces - en el tercio superior de la pared posterior. Macroscópicamente

puede presentarse la forma miliar con mucosas rojas engrosadas - con granulaciones grises o amarillas que pueden ulcerarse. O bien en la forma hipertrófica: varios condilomas rodeados de mucosa - roja. Si se presenta en forma ulcerosa, éstas por lo común son - poco profundas, de bordes desprendidos irregulares, base granula - da y caseificada, a veces rodeada de fistulas que raramente per - foran el recto o vejiga.

#### Vulva:

Es la forma más rara y apenas se han publica - do unos 60 casos en la literatura médica. Puede presentarse en forma hipertrófica o ulcerada, siendo ésta más frecuente. Las úlceras son serpiginosas con bordes desprendidos, base nodular y área caseosa. El principio de estas úlceras es casi siempre un nódulo gris.

#### SINTOMAS:

Aquí también es necesario dividir el estudio según sea una tuberculosis de los genitales internos y perito - neo o ya sea de los órganos genitales externos, sin embargo, re - cordando que casi siempre la tuberculosis de los genitales exter - nos se acompaña de ataques a los internos describiremos la sinto - matología en común haciendo notar cuáles son las características propias de la tuberculosis de los genitales externos.

La tuberculosis genital carece de una sinto - matología propia, sin signos físicos constantes en la pelvis de - pendiendo en gran parte de la fase en que se encuentra la enfer - medad; es por ello que es una de las enfermedades que presenta - mayor dificultad en hacer un diagnóstico correcto en la mayor par - te de los casos; sin embargo, ciertas modalidades propias y la -

valorización detenida del cuadro permiten reconocer a veces la naturaleza bacilar del proceso. Enfermedad eminentemente crónica, propia de la segunda y tercer década de la vida, tiene por lo general, una iniciación que no se acompaña de síntomas llamativos y que tiene una evolución tórpida, entrecortada por exacerbaciones más o menos intensas. En ocasiones la infección se evidencia por un cuadro agudo de difícil interpretación, pues bien puede ser debida a una granulía con síntomas de localización genital exclusiva, como a una tuberculosis genital de gran virulencia o exaltada por un proceso infeccioso sobre agregado, tipo gonocócico o séptico consecutivo a parto, aborto o maniobra intrauterina, ejemplo: insuflación tubárica en el estudio de la esterilidad. Hasta que la infección progresa lo suficiente para manifestar trastornos funcionales, la enfermedad solo ofrece síntomas de carácter general y gastro-intestinal a veces durante un lapso relativamente largo. Es por ello que siguiendo el orden en que se presentan veremos, primero síntomas generales y después síntomas locales.

#### SINTOMAS GENERALES:

Estos desempeñan un papel de primer orden en el curso de la enfermedad, antiguamente los franceses decían que debe sospecharse la tuberculosis genital cuando los síntomas generales y gastro intestinales están fuera de toda proporción con los resultados de exploración de la pelvis. Los síntomas principales son fiebres vespertinas inexplicables, pérdida de peso, laxitud, malestares, astenia, falta de energía, pérdida de apetito, indigestión, flatulencia, molestias abdominales vagas, ascitis, sudores nocturnos, taquicardia.

Un punto importante del diagnóstico es la cronicidad de esos síntomas los que pueden existir durante años antes de presentarse los primeros síntomas locales, por ejemplo, la fiebre puede ser tan poco elevada, que a veces pasa inadvertida para la paciente que puede tener una vida de trabajo más o menos normal.

En el texto de Warthon "describe el caso de una niña a quien su padre un médico, por estos síntomas sospechaba - un proceso bacilar, sin embargo, jamás pudo localizar la lesión. Los síntomas continuaron al llegar a la edad adulta a los 21 años se le extirpó el apéndice por una incisión Mac Burney pequeña - sin explorar el aparato genital; esta operación no consiguió ningún alivio. La paciente se casó con un médico y no concibió nunca. A los malestares generales se agregaron poco a poco síntomas genitales, períodos menstruales irregulares, dolores abdominales vagos, manchas leucorréicas y la aparición de una masa en la mitad izquierda de la pelvis. Después de la extirpación de los órganos enfermos esta paciente disfrutó al fin de una vida normal". Este es un bello ejemplo de la forma crónica y obscura en que pueden presentarse los síntomas generales de la tuberculosis genital .

Síntomas locales o ginecológicos más llamativos son:

-----  
 Síntomas menstruales, esterilidad, leucorrea, dolores pelvianos, lumbago, síntomas urinarios. Agregándose - cuando están atacados los genitales externos: dolores y ardores vulvares, dispareunia y señalando algunos autores frigidez sexual.

Respecto a los síntomas menstruales: están presentes en el 86% por orden de frecuencia las perturbaciones mens-

truales son: dismenorrea en el 62%; menorragias 41%; irregularidad en el ciclo 32%; oligamenorrea 24%; amenorrea 6.5% (Greenberg). - Las metrorragias por lo general son poco profusas. Estos síntomas casi todos los autores están de acuerdo en vincularlos con lesiones del ovario o del endometrio, de hacer notar que estos síntomas son más frecuentes en las infecciones pelvianas tuberculosas que en las gonorréicas, porque los ovarios como sabemos están más a menudo y más gravemente dañados en los casos de tuberculosis.

La esterilidad y leucorrea pueden ser síntomas únicos. En la tuberculosis cervical la leucorrea es muy abundante y a veces sanguinolenta y en algunos casos de endometritis tuberculosa se han señalado partículas caseosas en la leucorrea.

Los dolores no presentan carácter específico se refieren a cualquier parte del abdomen, pelvis o espalda. Las características de estos dolores son que no se adapta a ningún tipo, su aparición persistente y periódica durante años a pesar del tratamiento sintomático. Los síntomas urinarios están presentes en la mayor parte de los casos y son debidos a la presión de las vísceras vecinas inflamadas, porque la tuberculosis renal o vesical acompaña raramente, un 25%, a los pacientes de tuberculosis genital.

Los signos pélvicos encontrados en los pacientes de tuberculosis genital son tan variados como los síntomas.

En algunos casos no hay ninguna masa pelviana, otras veces se encuentran los hallazgos de exploración de una salpingitis gonocócica con masas fijas y laterales de variado tamaño y grados variables de sensibilidad a la presión. Otras veces encontramos masas pelvianas puras que nos recuerden un tumor maligno.

no. Si la infección ha atacado el peritoneo puede haber ascitis libre o enquistada, grandes empastamientos, endurecimientos o fijación de los anexos.

Cuando ataca ya sea el cervix o vagina vulvar encontramos las lesiones descritas en el capítulo de la anatomía patológica que recuerdan neoplasias y que únicamente la biopsia asegura diagnóstico.

Como vemos, presenta la tuberculosis genital femenina tal variedad de síntomas y signos tan comunes, que se creería imposible su diagnóstico, pero aunque difícil al sumar la historia, los hallazgos clínicos generales, los síntomas y órganos abdomino-pelvianos indicadores de lesión crónica, antigua recurrente podemos sospechar la afección y el capítulo siguiente haremos la comparación con los cuadros que por su similitud ha sido confundida con ella.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Haremos este capítulo haciendo la diferenciación con las enfermedades que pueden ser confundidas al fijarnos ya sea en los síntomas generales o con las enfermedades que por sus sintomatología propia de la mujer son más difíciles de diferenciar.

1) Muchos pacientes de tuberculosis genito-peritoneal han sido admitidas en Hospitales con diagnóstico de fiebre tifóidea o paludismo sobre todo cuando la reacción general y febril es prominente, en tanto que las alteraciones pélvicas son leves. En estos casos es necesario insistir en una buena historia clínica, en exámenes de laboratorio y sobre todo en observaciones del curso de la enfermedad.

2) Apendicitis: Es un error común y son muchos los pacientes que han tenido como primer síntoma dolores abdominales generalizados, a veces del cuadrante inferior derecho. Ante este dato y agregando una historia de síntomas gastro-intestinales se han hecho varias laparatomías por apendicitis aguda o crónica. Al realizarla debe el cirujano, si el apéndice no explica las manifestaciones clínicas, explorar el aparato genital para un diagnóstico correcto.

3) Cuando en el examen ginecológico se han palpado masas duras, densamente adheridas al útero, insensibles y agregando una historia de metrorragias se ha hecho el diagnóstico de mioma uterino. El error contrario también ha sido cometido. Estos errores pueden evitarse con un estudio cuidadoso de los pacientes y practicando aún legrados diagnóstico que nos confirmarían un diagnóstico.

4) Con los tumores del ovario el diagnóstico al principio puede ser imposible, pueden presentarse dos cuadros clínicos según que exista o no ascitis.

En los casos donde no hay ascitis la semejanza entre un tumor sólido del ovario y el tipo de tuberculosis nodular en la cual hay masas caseosas en la cavidad peritoneal o pelviana o hay ganglios mesentéricos que se tocan engrosados, es muy notable. La malignidad puede diferenciarse por la historia pues la paciente tuberculosa ha estado enferma durante mucho más tiempo, con remisiones a veces de años; además a veces hay otro foco tuberculoso y la historia de trastornos ováricos puede orientarnos. Cuando hay ascitis puede ser confundida con un sarcoma o un cáncer papilar, en este caso la edad de la paciente es muy importante, - cuanto más joven mayores posibilidades de tuberculosis, cuantos -

más años mayores probabilidades de neoplasia ovárica, pero debemos recordar que toda regla general tiene sus excepciones.

Existen también casos en los que a pesar de un estudio cuidadoso, tenemos que practicar laparatomía exploradora no solo para confirmar el diagnóstico sino para que al mismo tiempo decidir la operación.

5) Con la salpingitis crónica: Es el error que se comete más frecuentemente y es muy difícil el diagnóstico diferencial de la etiología de la salpingitis, dando la literatura médica un 13% de diagnóstico correcto antes de la operación.

Los datos que nos ayudan para un mejor diagnóstico son:

a) La historia buscando antecedentes de tuberculosis o bien la presencia de un foco activo.

b) El hallazgo de masa anexiales en vírgenes y en mujeres en las que con bastante seguridad se puede excluir otro tipo de infección tubárica.

c) Desproporción entre la lesión anatómica y la sintomatología subjetiva de la enferma.

d) Signos de intoxicación bacilar; fiebre térmica vespéral a veces bien tolerada por la paciente, anemia, pulso rápido, adelgazamiento, etc.

Otros datos que nos ayudan después de una valorización de ellos para inclinarnos hacia un diagnóstico son los siguientes:

El dolor abdominal en la mayor parte de los casos bilaterales; si es de comienzo insidioso es más probable que se trate de una tuberculosis, sin embargo se han visto casos de salpingitis bacilar en los cuales el dolor fué de comienzo tan agudo como en las afecciones gonocócicas o estreptocócicas.

Por lo general se puede afirmar que con el mismo grado de afec-  
ción tubárica el dolor espontáneo suele ser menos intenso en --  
las lesiones tuberculosas que en las de otra etiología.

La relación entre los síntomas pelvianos y los  
trastornos menstruales facilita en algunos casos el diagnóstico.-  
En las infecciones a cocos no hay trastornos menstruales y si -  
los hay, son posteriores al comienzo de la infección; en la in-  
fección bacilar al contrario es común encontrar al menos antece-  
dentes de reducción del flujo menstrual aún antes de los dolores  
pelvianos. La dismenorrea y la amenorrea tan frecuentes en los -  
procesos tuberculosos son rarísimas en las infecciones de otro -  
origen. Respecto a la temperatura es común en los procesos tu-  
berculosos; es una fiebre ligera, persistente, bien tolerada.

La fase aguda y subaguda de las infecciones  
gonocócicas suelen ser de corta duración y en la fase crónica -  
en proceso es afebril; las infecciones estreptocócicas son alta-  
mente febriles y con un curso que no excede de varias semanas,  
por lo tanto el antecedente de una fiebre de 38<sup>o</sup> prolongada es  
un fuerte indicio a favor de la naturaleza bacilar.

Sobre la leucocitosis sabemos que durante -  
la fase aguda de la salpingitis gonorréica existe una leucoci-  
tosis volviéndose normal durante el período residual. En las-  
infecciones pelvianas a estreptococos la leucocitosis es muy -  
elevada disminuyendo al mismo tiempo que la fiebre mientras --  
que en la infección bacilar la leucocitosis no es proporcional  
a la temperatura. Según Greemberg en un tercio de los casos -  
la cifra de leucocitos era superior a 9.000, mientras que en -  
una cuarta parte de las pacientes existía leucopenia. Cuando-

en una infección bacilar la cifra de leucocitos es mayor de --- 20,000 es indicación casi siempre de grandes colecciones de pus, ya sea en el fondo de saco de Douglas o abscesos tubo ováricos, presentándose casos de una infección secundaria.

El cuadro anémico es poco o nada lo que nos puede orientar: las infecciones estreptocócicas son anemizantes por lo general, pero la anemia es común en los otros tipos de - infecciones ginecológicas debido probablemente a deficiencias ditéticas. La ascitis constituye un signo diferencial de gran importancia y podemos decir que sella el diagnóstico, pero en este caso hay que diferenciarlo de un tumor del ovario.

Respecto del diagnóstico de la tuberculosis del endometrio cuando existe aislada, es casi imposible diagnosticarla, ocultándose la mayor parte de las veces como casos oscuros de esterilidad y es por ello que en estos últimos años con el frecuente empleo de la biopsia endometrial para el estudio de la función ovárica que se están descubriendo inesperadamente muchos casos.

En el diagnóstico diferencial de la tuberculosis de los genitales externos con un proceso carcinomatoso o de otro origen, es la biopsia la que afirma el diagnóstico, puede sospechársela si valoramos la edad de la paciente, el antecedente o hallazgo de foco tuberculoso.

La exploración vaginal puede ser útil cuando se trata de diagnosticar una tuberculosis genital, pero a menudo no nos permite palpar ni ver nada anormal, lo que dificulta y puede hacer imposible el diagnóstico. Le leucorrea es común en todos los tipos de infecciones genitales y su aspecto macroscópico no tiene ningún valor. El hallazgo de gonococos en extensiones o cultivos identifica a veces la naturaleza de la afección, pero el no hallarlo no excluye completamente el diagnóstico. En pocas ocasiones se encuentra el bacilo de Koch en el flujo procedente del cuello.

Un signo aislado de mucha importancia a favor de la sapingitis bacilar es como ya se dijo la existencia de un orificio vaginal virgen; mientras que signos de infección frecuente o antigua de las glándulas de Bartolin o Skene apoya el diagnóstico del origen gonocócico.

El aspecto del cuello en una cervicitis de origen bacilar es por lo general normal, pero pueden encontrarse pequeñas ulceraciones en las que por biopsia se demuestra el origen tuberculoso; es rara que sea de este origen una amplia lesión cervical granulosa que se extienda a los fondos de saco vaginales, en ese caso es preferible pensar en un origen neoplásico. El cervix de las infecciones agudas gonocócicas está enrojecido; en las infecciones estreptocócicas está blando y abierto

haciéndose pensar en un embarazo reciente; así mismo por este embarazo en contramos en estos casos el cuerpo uterino aumentado de tamaño mientras que en las lesiones gonocócicas y tuberculosas el órgano no ofrece cambio en su tamaño.

La limitación de la movilización del útero es un signo común de las inflamaciones pélvicas por ello sin importancia. En las infecciones bacilares a veces únicamente la serosa es la afectada en la infección de las trompas y las regiones anexiales se palpan normales o ligeramente engrosadas, en estos casos casi siempre encontramos ascitis. Por lo general, las trompas están más inflamadas cuando la infección es de origen gonocócica pero se han observado enormes abscesos tubo-ováricos y del Douglas de origen tuberculoso que no pueden diferenciarse de los de etiología neisseriana.

La existencia de nudosidades en las trompas aunque es una presunción a favor de la tuberculosis no es decisiva. Un engrosamiento notable de los ligamentos anchos es un argumento a favor de la etiología estreptocócica. Generalmente al explorar la pelvis hay una sensibilidad dolorosa menos aguda en las anexitis tuberculosas que en las de otro origen.

El hecho de que el diagnóstico de salpingitis tuberculosa se establece con seguridad en un tanto por ciento tan reducido, indica que la palpación de la región anexial no tiene características particulares para diferenciarlas por ellas de otras afecciones ginecológicas. Es necesario por tanto en estos casos difíciles completar el estudio de estas pacientes con biopsias endometriales y deberá insistirse, que el fracaso de las medidas terapéuticas corrientes en la anexitis es un fuerte indicio a favor de la etiología bacilar y a este respecto hay que --

recordar las palabras de Richard W. Telinde: "En las salas de Hospital donde hay un gran número de pacientes con infecciones pelvianas se ha llegado con mayor frecuencia al diagnóstico de tuberculosis, apoyándose en este hecho mas que en cualquier otro dato."

Es fácil recordar o comprender mejor, la dificultad del diagnóstico de la salpingo-ovaritis tuberculosa si recordamos que en muchos casos no se la sospecha ni aún durante la operación y es descubierta por el examen histopatológico de la pieza extirpada.

#### PRONOSTICO:

Depende evidentemente como es fácil comprender de la extensión del proceso, y de la existencia y grado de las lesiones asociadas en otros sitios como pulmones y peritoneo. Si el ataque tuberculoso está limitado principalmente los órganos-pélvicos el pronóstico es generalmente bueno. Norris ha comunicado supervivencia de 16 casos en 22, de 3 a 12 años después de la operación.

Ultimamente el pronóstico ha mejorado notablemente con el advenimiento de la quimioterapia.

#### TRATAMIENTO:

Se deduce claramente de lo que acabamos de exponer, que en el tratamiento de las pacientes de tuberculosis genital femenina, nos podemos encontrar ante 2 situaciones: Primero, el caso que ha sido diagnosticado y segundo aquella paciente que nos llega a Sala de Operaciones con un diagnóstico erróneo, creyendo que se trata de anexitis residuales debido a gonoco o estreptococo, y que desgraciadamente a veces ni aún durante el

acto quirúrgico no se reconoce la naturaleza de la afección y es hasta que se lleva a cabo el estudio microscópico de las trompas que se reconoce la verdadera etiología. Cada uno de estos grupos representa un problema diferente sin embargo nos vamos a limitar al estudio del caso que ha sido diagnosticado porque al hacerlo exponemos las bases del tratamiento de la segunda clase de pacientes.

La terapéutica de la tuberculosis genital debe llenar dos permisas fundamentales tratar el estado general y el local. El tratamiento local ya sea quirúrgico o fisioterápico es insuficiente si no es completado por un tratamiento general que comprende: reposo, estudio cuidadoso de deficiencias dietéticas, antibióticos y quimioterapia.

Como se ve es por tanto importante el estudio cuidadoso de estas pacientes para descubrir si existe un foco activo de tuberculosis en otra parte del cuerpo.

#### Tratamiento general:

1) Reposo: Es la única forma antigua de tratamiento que ha resistido la prueba del tiempo y puede ser completo o modificado según las facilidades del caso y el grado de actividad de la lesión que será revelada por fiebre, leucocitosis, velocidad de sedimentación acelerada, examen físico.

#### b) Mejorar estado físico:

Es importante averiguar el estado general del organismo atacado y tratar de aumentar las defensas por medio de una buena alimentación, hierro, hígado, vitaminas y aún pequeñas transfusiones si el estado general lo necesita para colocar a estos pacientes en óptimas condiciones para el momento de la inter-

vención.

c) Antibióticos y quimioterapia:

Desde 1944 el descubrimiento de la estreptomina inició una nueva era en el tratamiento de la tuberculosis y llegó a decirse exageradamente quizá, que la quimioterapia llegaría a **hacer** desaparecer la tuberculosis.

Después de la estreptomina han venido apareciendo nuevas drogas que en orden de importancia son: dihidroestreptomina, ácido para-amino-salicílico (PAS), nicotinamidas - (Rimifón, Marsillit, Nydrazid,) thizemincarbarzonas (Tb<sub>1</sub> y Tb<sub>2</sub>) - Viomycina, Nizin, Terramicina.

Únicamente las 4 primeras drogas han probado su eficacia y por tanto únicamente de ellas diré algunas palabras, las otras por su poco valor antibacteriano o por ser muy tóxicas no tienen el valor de las primeras.

ESTREPTOMICINA:

Extraído de hongos del género estreptomina, fué aislado en los Estados Unidos por Waksman y Feldman en 1944.

(Premio Nobel) usada por primera vez en el género humano por Rinsho y Feldman en 1945, es una sustancia blanca soluble en agua siendo una gramo igual a 1.000.000 de unidades internacionales.

La estreptomina es bactericida o sea que inhibe la reproducción de los elementos bacterianos y en consecuencia hace desaparecer la colonia activa bloqueando las sustancias vitales para la vida y reproducción de las células microbianas; tiene acción in vitro como in vivo sobre el bacilo de Koch. La vía electiva de administración es parenteral, por vía oral no -

es absorbible pero conserva su poder bacteriostático.

Atraviesa las meninges lo mismo que la barrera pleural. EXCRECION: Casi exclusivamente renal en un 50% en forma de estreptomina pura, la eliminación es efectuada en el glómerulo y no es absorbible por los túbulos.

RESISTENCIA: Es uno de los obstáculos mayores en el uso prolongado de la estreptomina la aparición de cepas resistentes; - cuando se usa sola la resistencia puede aparecer a las seis semanas de tratamiento y a los 4 meses entre un 75 a 85% muestran ya resistencia a la droga. Es posible prolongar el tiempo de aparición de esta cepa resistente usando la estreptomina en tratamientos combinados es decir asociados con PAS o con NICOTINAMIDAS.

TOXICIDAD: Relativamente es una sustancia poco tóxica, pudiendo producir: Rash cutáneos, eosinofilia, edemas angioneuróticos, urticaria, fiebre, trastornos digestivos, urinarios, y cambios sanguíneos (anemias aplásticas, púrpura trombocitopénica). Selectivamente es tóxica para la rama vestibular del 8º para craneal, produciendo: vértigo, mareo, sordera que a veces es total.

#### DOSIS:

Al principio se usaron dosis altas hasta de 4 gramos diarios y a eso se debieron muchas de las reacciones observadas; actualmente en infecciones que requieren tratamiento muy largo se recomienda la dosis de 3 gramos a la semana. En la tuberculosis femenina el tema que nos ocupa, Fall recomienda un gramo diario intramuscular durante dos meses como preoperatorio y continuar por lo menos con la misma dosis tres semanas más, pero como se comprende el estudio de cada

caso en particular es lo que nos dará la dosificación a seguir.

DIHIDROESTREPTOMICINA:

Forma hidrogenada derivada de la anterior; al principio se dijo que tenía todas las ventajas de la droga antes estudiada y ninguna de sus desventajas, lo cual es falso; selectivamente tóxica para la rama coclear del 8º par produciendo especialmente la sordera. Actualmente está en boga el uso del tratamiento combinando la mitad de ambas drogas creyéndose que disminuye la toxicidad.

ACIDO PARA AMINO SALICILICO: PAS.

Descubierto por Lehman en Suecia y sintetizado por Seidel y Bittner. Se ha probado que es un metabólico esencial para ciertas bacterias, capaz de inhibir el crecimiento del bacilo tuberculoso en un 50 a 75%. El PAS hace retardar el apareamiento de la estreptomycin resistencia por que se les da siempre combinadas haciendo así, su acción efectiva por más largo tiempo.

Vía de administración: Cualquiera siendo la preferida la oral. Hay que saber que es irritante de la mucosa gástrica, por lo cual la dosis total se fracciona en cuatro, dando al mismo tiempo hidróxido de aluminio o tintura de belladona. La dosis diaria es de 10 a 12 gramos dada la preferencia durante las comidas. Después de 30 a 60 minutos de suministrada aparece en la sangre en concentraciones útiles. (12.7x100).

Puede producir náuseas, vómitos, diarrea, calambres intestinales. Usando sólo PAS aparecen formas de resistencia rápidamente. Como todos los salicilatos baja el tiempo de Protrombina, por lo tanto hay que suministrar vitamina K

sobre todo si hay insuficiencia hepática.

NICOTINAMIDAS, o Hidrazina del ácido isonicotínico: I.N.H.

Sintetizada por los austriacos Mayer y Mally en 1912 y descubierta la actividad antituberculosa en 1945 por los franceses Chorine y Huant. Tiene una actividad bacteriostática in vitro frente a cepas de bacilos tuberculosos en diluciones muy pequeñas en 1 por 28.000.000 hasta 1 por 60.000.000 in vivo tiene una acción protectora y curativa contra el bacilo de Koch. Es la droga que más se acerca a ser la ideal; influye sobre el estado general aumenta el apetito lo que tiene gran importancia.

Su toxicidad es moderada, sin embargo produce lesiones de insuficiencia hepática. Causa insomnio, por ser excitante del sistema nervioso central por lo que no hay que darle a epilépticos. En pacientes de edad avanzada hay retención de orina en ocasiones. Provoca constipaciones por inmovilización de la musculatura intestinal.

Esta sustancia provoca en el organismo una potenciación de ciertas drogas: Adrenalina, efedrina, atropina, morfina, aumentando su acción 2 ó 3 veces de lo normal, por lo que en estos casos hay que usar estas drogas con mucha cautela.

DIFUSION: después de las dosis orales, la concentración sube durante la primera hora, descendiendo rápidamente a las 12 horas.

ELIMINACION: En un 60% es eliminado por la orina, en pequeña parte es eliminada también por la saliva y las heces. En las primeras 24 horas elimina un total de 70.7 por 100, de la dosis ingerida y a las 48 horas la eliminación es total.

DOSIS: Se recomienda de 3 a 4 milgm. por kg. de peso, dividida de preferencia en 3 dosis, las que se recomienda darlas después de las comidas. Se usa casi siempre en combinación con la estrept

tomicina y otros autores lo asocian al mismo tiempo con el PAS.

En Inglaterra Barns y Smith publicaron en The Lancet, Inglaterra 246.817,821, 25 de abril 1953, haber tratado 32 casos con 150 mlgm. de isoniazida durante 16 semanas con muy buenos resultados pero falta comprobarlos con la acción del tiempo.

Como se ve contamos actualmente con múltiples drogas de comprobada eficacia para el tratamiento de nuestras pacientes, pero es importante y necesario comprender que para el tratamiento de estas enfermas se debe valuar cuidadosamente tanto el estado general como los hallazgos físicos y los cambios que experimentan durante el tratamiento; la quimioterapia ha venido a ser gran ayuda y convertir en casos operables a pacientes que antes no se les podía dar ningún tratamiento. Condición indispensable es el que estos tratamientos sean en forma continua y prolongada pues las interrupciones pueden crear también el apareamiento de formas de resistencia por este motivo es aconsejable la asociación simultánea de varias drogas.

TRATAMIENTO LOCAL: hemos estudiado los principios del tratamiento general, vamos a analizar el tratamiento local que puede ser quirúrgico o fisioterápico. Ya dijimos que cualquiera de estos métodos son insuficientes e incorrectos si no los precede y sigue un tratamiento general.

TRATAMIENTO QUIRURGICO: Es importante saber que es mucho mejor aplazar una operación durante un año que desencadernar una diseminación miliar con desastrosas consecuencias por intervenir precozmente y como dice Warthon, el cirujano que padece de pruritus operandis no debe ocuparse de infecciones pelvianas baci-

lares. En la mayoría de las estadísticas la mortalidad operatoria fué de 11.2%, en el grupo afebril fué de 4%, y el 82.4% de las pacientes que murieron hasido operadas durante la fase febril de la afección.

CONTRAINDICACIONES: La presencia de focos activos en otra parte del cuerpo suele contraindicar las intervenciones quirúrgicas en la tuberculosis genital, claro que esto tiene sus excepciones porque a veces, un paciente con tuberculosis pulmonar y pelviana es incapaz de luchar contra los dos focos y se cree puede defenderse en ciertas probabilidades, de éxito contra uno solo, en ese caso puede ser necesario evacuar una antigua masa caseosa o extirpar un órgano infectado.

Sin embargo, estos casos son raros y deben ser evaluados cuidadosamente. La fiebre indica activación en el proceso y ya se dijo que aumenta grandemente la mortalidad operatoria, por lo que debe evitarse las operaciones en esta fase.

Ante un estado general malo es necesario aplazar la intervención, a menos que sea urgente, y posponerlo hasta después de haber ensayado algún tratamiento pre-operatorio general.

INDICACIONES: Las ventajas operatorias son bastante concretas:

a) Es el único medio seguro de establecer diagnóstico, recorde mos que puede confundirse con otras muchas enfermedades graves. Así que al menos puede hacerse laparatomía para tomar biopsias y sellar el diagnóstico, decidir operabilidad del proceso.

b) Cuando se puede admitir con bastante certeza la etiología del proceso anexial y no existen signos de peritonitis.

c) Se prefiere tratamiento quirúrgico cuando se palpan masas

anexiales definidas, asociadas a peritonitis tuberculosa en la que se consideran más grave el daño genital y secundario el peritoneal pero con el derecho de no continuar la intervención si las adherencias intestinales son tan densas y numerosas que el continuar la operación entreañe el grave peligro de lesionar el intestino. Además la naturaleza de las adherencias no siempre se conocen antes de la intervención.

A veces es necesario operar en pacientes por circunstancias urgentes a pesar de las malas condiciones de la enferma, fiebre, etc. Como ejemplo tenemos casos de obstrucción intestinal, hemorragia, en los que podemos decir es necesario intervenir, pero estamos obligados a continuar después con el tratamiento general.

#### ELECCION DE LA OPERACION:

En ningún otro proceso genital como la tuberculosis debe el cirujano ginecólogo hacer gala de mayor discernimiento, pues antes de decidir el tipo de operación tendrá en mente los antecedentes evolutivos del progreso de la enfermedad, la importancia de las lesiones, la capacidad funcional de los órganos dañados, la edad de la paciente, la posibilidad de una curación con el mínimo de peligro y el máximo de resultados felices. Cada enferma en particular, constituye un problema particular a resolver. (Calatroni y Ruiz).

Puede ser que la naturaleza tuberculosa de la afección venga a descubrirse en la mesa de operaciones pero a pesar de ello debe de seguirse en lo posible los siguientes conceptos.

a) Si nos encontramos con una tuberculosis variedad ascítica o miliar, la importancia de la lesión tubá*ri*

ca y la edad de la paciente son las que deciden el tipo de la operación, si nos encontramos en el caso de mujeres jóvenes o niñas y el proceso es puramente peritoneal, sin que por lo menos aparentemente esté complicado el parenquima de la trompa puede prescindirse de la salpingectomía y limitarnos a evacuar el líquido ascítico libre cerrando el abdomen sin drenaje; existe una tendencia en gran número de cirujanos a extirpar rutinariamente el apéndice. Esta es quizás la única forma de la tuberculosis genito-peritoneal en que se justifica respetar las trompas, fijándonos siempre que la lesión sea superficial, sin presentar ninguna alteración macroscópica que nos haga pensar en una endosalpingitis. Por fortuna esta afección es la que se presenta comúnmente en las mujeres jóvenes y niñas en las que es necesario conservar las trompas.

Cuando además de la ascitis se comprueba la existencia de una verdadera salpingitis deberá practicarse salpingectomía bilateral acompañándola en la mayoría de los casos de una histerectomía. En este caso por lo general las trompas están dilatadas, hiperémicas y edematosas. A veces la apariencia normal de una trompa incita a conservarla lo que es un error, porque no es sino preparar una segunda intervención.

La elección entre la cirugía conservadora y la radical ha dado lugar a muchos estudios y discusiones: la tendencia actual es tratar la tuberculosis genital más radicalmente que cualquiera otra infección pelviana.

Las razones a favor de esta cirugía que han sido expuestas son: 1) Las trompas de Falopio están complicadas en 100% de los casos; el útero en las dos terceras partes de los

casos; los ovarios en la tercera parte de los casos, ya que uno de los motivos de la intervención es suprimir los focos tuberculosos pelvianos, se entiende que es obligatorio remover la mayor cantidad de tejidos potencialmente enfermos. 2) La observación clínica ha demostrado que los órganos una vez lesionados rara vez vuelven a la normalidad. 3) La esterilidad es la regla, y cuando el caso se ha complicado con un embarazo los resultados han sido desastrosos. 4) La menstruación parece retardar la curación tanto de las lesiones locales como pulmonares. 5) Los resultados de la cirugía radical superan los de la conservadora.

Notamos de lo antes expuesto lo difícil que es defender la cirugía conservadora respecto del útero y de las trompas, pero es necesario estudiar cuidadosamente y valorizar si es posible y está indicada la conservación de los ovarios, Si nos ponemos a recordar que el ovario está atacado en la tercera parte de los casos, si además de ello sabemos por la anatomía patológica que por su túnica albugínea se defiende su interior mejor de la infección, si recordamos que es un órgano que por su situación podemos inspeccionar minuciosamente, comprenderemos que siempre que sean normales exteriormente y que pueden salvarse sin comprometer su riesgo sanguíneo o sus relaciones anatómicas, sobre todo en una mujer joven, debe intentarse conservar al menos uno. Puede suceder que los ovarios están afectados manifiestamente como en los abscesos tubo-ováricos bilaterales, y en ese caso la histerectomía con salpingo ovariectomía bilateral es la operación indicada sin tomar en cuenta la edad de la paciente.

En la forma de tuberculosis miliar que acabamos de estudiar, prácticamente no hay mortalidad operatoria y los re-

sultados finales son excelente, siempre que no exista focoa pulmonar activo.

b) En la forma de tuberculosis genito peritoneal forma parenquimatosa con el proceso limitado a los órganos pelvianos los resultados son igualmente buenos. Las lesiones halladas son: piosalpinx tuberculoso, abscesos tubo-ováricos, salpingitis crónica antigua con adherencias y masas pélvicas; en esta forma de tuberculosis el cirujano hace frente a dos problemas: la dificultad técnica de la operación y la elección entre los procesos conservadores y radicales. Respecto a la elección de la operación ya hablamos en el capítulo anterior y podemos decir que la operación puede ser en sí difícil, pero la tuberculosis genital forma parenquimatosa ha dado buenos resultados cuando se combina con buen tratamiento general.

c) Las formas tuberculosas fibroplásticas o adherentes y las formas caseosas son las que dan los problemas quirúrgicos más difíciles, en nada comparables con los buenos resultados con las formas anteriores. En esas pacientes encontramos grupos con un estado general pobre, lesiones más avanzadas con mayores dificultades quirúrgicas, complicaciones más graves, es por ello que encontramos una mortalidad operatoria muy alta y un número bajo de curaciones en estos pacientes. En el tipo fibroplástico encontramos adherencias difusas generalizadas siendo innecesario liberarlas. Por regla general las asas intestinales se acomodan muy bien en estos procesos lentos y es un problema tratar de averiguar que adherencias o bandas son la causa de los síntomas. En estos casos si es posible extirpar los órganos pélvicos infectados que mantiene activa la lesión, sin causar mayores daños debe hacerse.

En el tipo caseoso el problema es presentado por las masas inflamatorias o acumulación de materiales caseosos opurulentos, rodeado de vísceras y órganos a veces adheridos. Es tas masas purulentas pueden estar en comunicación con la vejiga , con asas intestinales o fístulas externas que pueden estar infectadas secundariamente. En estos casos el cirujano debe esforzarse ante todo evitar lesionar estos órganos sobre todo el intestino puesto que acarrea inmeditamente infecciones secundarias: una de las complicaciones más graves de la tuberculosis genito-peritoneal. Es preferible dejar una parte de material caseoso unido - al recto o al sigmoide que abrir el intestino intentando hacer un desbridamiento perfecto. Hay que recordar que la tendencia natural de todo proceso tuberculoso es cicatrizar y es probable que pueda ser absorbido el tejido infectado residual si se eliminan las lesiones locales y se mejora la resistencia o estado general. En esto se diferencia esencialmente la cirugía tuberculosa de la cirugía del cáncer, en donde es necesario y esencial la extirpación completa del tejido enfermo. En este grupo de pacientes en donde es imposible la cirugía completa es donde tiene todavía un papel más grande el tratamiento general y los tratamientos quimioterápicos.

#### DRENAJE:

Punto esencial de recordar en cirugía genital tuberculosa es el de evitar dejar drenos. Las incisiones deben cerrarse completamente evitando contaminación de las heridas con material tuberculoso. Es posible que algunas de estas heridas no cicatricen por primera intención, pero en los casos drenados son más frecuentes las fístulas intestinales y por tanto es

una prolongación de la convalecencia con el peligro de infección secundaria, Las estadísticas de Greemberg son demostrativas a este respecto, antiguamente se usó mucho el drenaje y en 104 casos drenados 18 presentaron fístulas estercoraceas, cosa que no ocurrió en ninguno de los casos no drenados.

Las únicas indicaciones de drenaje son: los casos de lesión intestinal que no han podido repararse adecuadamente; la existencia de una porción de pared de un absceso necrótico que no puede extirparse sin riesgo y por último aquellos casos complicados con infección secundaria. En estos casos hay que recordar que los tubos no deben colocarse cerca del intestino y sobre todo siempre que sea posible usar drenaje vaginal en vez del abdominal.

#### ANESTESIA:

Para el buen éxito de una operación es básica la anestesia, diré pues algunas pocas palabras sobre ella: muchos cirujanos prefieren la raquianalgesia por no comprometer el estado pulmonar y creo que es la más indicada por favorecer además la cirugía pélvica con un buen silencio abdominal. Otros muchos cirujanos prefieren la avertina basal o el pentothal sódico solo o combinado con una mezcla de óxido nitroso y oxígeno. Es de hacer notar que dosis pequeñas de éter son al parecer relativamente inocuas.

La mortalidad operatoria y el porcentaje de curaciones dependerá, en gran parte, del cuidado de seleccionar los casos operatorios debidamente, de haber colocado a estas pacientes en óptimas condiciones, del uso apropiado de antibióticos y quimioterápicos, de la aplicación de los principios y téc-

nicas quirúrgicas debidamente y que se prodiguen cuidados post operatorios eficientes y prolongados.

La mortalidad operatoria es de un 3%. La mortalidad global es de 10 a 20% ocurriendo casi todos los fallecimientos antes de un año; siendo la causa principal la tuberculosis pulmonar. Casi todos los autores están de acuerdo en afirmar que la cirugía radical supera en mucho a la conservadora en lo que respecta a resultados finales.

#### Tratamiento fisioterápico:

El tratamiento local fisioterápico comprende Rayos X, pues el Radium cayó ya completamente en desuso. Fué usado por primera vez por Ausset y Rédar en 1899 cinco años después de haber sido descubierto por Roentgen. Este método se usa solo o como complemento del tratamiento quirúrgico, se desconoce todavía el mecanismo íntimo de la acción de las radiaciones sobre la lesión tuberculosa: parece que los Rayos X por la desintegración celular liberan albúminas que estimulando el tejido conjuntivo vecino al foco tuberculoso sustituye al tejido enfermo; activa además el proceso defensivo anti infeccioso en general, por proteínoterapia no específica.

La regresión de las lesiones después de roentgenoterapia no es rápida y va precedida por reacciones caracterizadas por tumefacción dolorosa del foco irradiado y elevaciones térmicas.

El método preferido es el llamado estimulante o de pequeñas dosis por ejercer doble acción beneficiosa: local y general.

Las técnicas empleadas son:

Castración total y definitiva, técnica fran-

cesa; que apoya su modo de pensar en la comprobación frecuente de la bilateralidad de las lesiones, las pocas probabilidades de fecundación y la reactivación que pueden tener los procesos al de fecundación y la reactivación que pueden tener los procesos al iniciarse la actividad ovárica.

b) Castración unilateral o hemicastración: técnica poco utilizada y ya casi abandonada.

c) Castración temporaria indicada en formas especiales.

d) Roentgenoterapia por dosis pequeñas y moderadas en las que se llega a la curación del proceso sin castrar a la paciente.

El método no puede ser uniforme puesto que varía según los casos, por ejemplo en hipermenorrea o metrorragia se practica castración temporaria o definitiva; en otros casos se prefiere dosis pequeñas o moderadas 60 a 120r. por sesión y por campo repetidos con intervalos variables sin llegar a la castración.

La indicación precisa de los Rayos X es cuando se ha formulado un diagnóstico indudable, lo que no siempre es posible, sin intervenir. Se usa sobre todo cuando por dificultad técnica operatoria no se ha podido llevar a cabo la supresión de los focos tuberculosos, ejemplo: muchas adherencias, etc.

El empleo de los Rayos X está contraindicado en forma absoluta en la tuberculosis uteroanexial o peritoneo-genital asociada con una localización intestinal o pulmonar en actividad; así como los casos de mal estado general por la gran

extensión de las lesiones.

En términos generales, sobre el uso de los Rayos X, existen dos escuelas. la Europea (Alemania, Francia e Italia) y la Norteamericana e Inglesa. La primera donde se acepta su empleo y dicen haber obtenido buenos resultados. Gilbert informó de 24 casos, 18 de ellos diagnosticados por laparatomías, de estos 24 casos: 16 curaron o mejoraron mucho, 4 mejoraron un poco y 5 murieron.

Los norteamericanos no son partidarios de ello y se basan en la incertidumbre del diagnóstico, sino se confirma por la biopsia o intervención quirúrgica; que los resultados obtenidos son equívocos y aconsejan usarla con mucha cautela por no saber el efecto que producirá.

#### Tratamiento de la tuberculosis genital externa.

Vamos a estudiar ahora que conducta observaremos ante un diagnóstico microscópico de tuberculosis por biopsia de una lesión cervical. Podemos encontrarnos ante varios casos diferentes: la lesión cervical es extensa invadiendo hasta los fondos de saco vaginales, poriblemente complicados con tuberculosis genital interna, ante esto solo queda el tratamiento complicado con tuberculosis genital interna, ante esto solo queda el tratamiento quimioterápico: estreptomina, PAS, I.N.H. y levantar el estado general hasta que la reducción de la lesión permite intervención quirúrgica.

Si la lesión es pequeña debe hacerse un cuidadoso examen vaginal, palapando concienzudamente los anexos, si es necesario bajo anestesia general: si hay signos de salpingitis, cirugía radical, si no hay signos de tuberculosis interna tratamien

to antibiótico-quimioterápico y cauterización de la lesión, pero para esto hay que estar plenamente seguros de la no invasión del endometrio por medio de biopsia-curetaje. Si la lesión a pesar del tratamiento no mejora estamos obligados a intervenir sin pérdida de tiempo con cirugía radical.

En la tuberculosis vulvo-vaginal es donde el médico debe ser más conservador, someter a la paciente a tratamiento general, antibiótico quimioterapéuticos, aún Rayos X y solo en último caso intervenir.

Estos son casos difíciles porque la extirpación quirúrgica a pesar de que sea amplia no da resultados satisfactorios, las heridas pueden abrirse e ir seguidas de úlceras tuberculosas mayores que las que existían antes de la intervención.

#### TUBERCULOSIS GENITAL Y EMBARAZO:

Puede una mujer que ha padecido de tuberculosis salir embarazada? Qué probabilidades existe que este embarazo sea normal y llegue a término? Este producto de la concepción será normal? No implica grave daño para la madre salir embarazada?

Estas preguntas son importantes de hacérselas al comenzar a tratar a una paciente que padece de tuberculosis genital, porque ellas nos guiarán en buena parte, sobre la conducta terapéutica a seguir. Es necesario saber que son muy pocas las mujeres que han concebido después de padecer esta afección y recordando que muchos diagnósticos son hechos en la sala de operaciones donde se han tenido que practicar operaciones mutilantes bajando por ello aún más el número de pacientes que quedan aptas para concebir. La verdadera endosalpingitis tuberculosa -

esteriliza casi siempre; en la literatura médica se registran 24 casos de embarazo intrauterino después de salpingitis tuberculosa estudiados por Warthon: 7 de estas mujeres concibieron años después de su padecimiento y en 6 de ellas su embarazo llegó a término natural, teniendo 5 puerperios normales. Las 17 pacientes restantes concibieron antes de curación total, solo 5 de ellas llegaron con su embarazo a término, de estos niños 3 murieron de tuberculosis a los pocos meses. De estas 17 madres 11 murieron de exacerbaciones puerperales de la tuberculosis pelviana con la diseminación usual.

Se describen casos de pacientes que han salido embarazadas después de padecer tuberculosis genito-peritoneal, pero en estos casos no existía una verdadera endosalpingitis sino que la lesión estaba limitada al peritoneo, consistía en tubérculos miliares superficiales desparramados sobre la serosa peritoneal del intestino y aparato genital.

Después de endometritis bacilar sin síntomas activos, descubiertos accidentalmente en pacientes ginecológicas por biopsia o legrado practicados con diferentes fines son escasas las mujeres que han podido salir embarazadas. De todas maneras es de aconsejar que una paciente que padece de tuberculosis genital no debe exponerse, bajo ninguna circunstancia a la concepción hasta que todos los datos de exploración sean negativos y hayan transcurrido al menos algunos años.

El embarazo ectópico es también raro, encontrándose algunos casos descritos en la literatura y siendo notable la tendencia de este grupo de convertirse en embarazo abdominal, pues en no menos de la mitad de los casos conocidos el óvulo no se ani-

dó en la trompa, desarrollándose como embarazo abdominal.

Así mismo es de notar que probablemente la función menstrual es perjudicial, demostrado por la frecuencia de las exacerbaciones durante los períodos menstruales y el elevado número de anormalidades menstruales.

En abril de 1953 Barns y Smith publicaron en The Lancet en Inglaterra que de 43 pacientes de endometritis tuberculosa sometida a tratamiento de estreptomycinina combinado con isonicidat y PAS después de no mostrar ya signos de infección, pudo una de ellas concebir y gestar normalmente. Aunque falta la prueba del tiempo, es posible que este aspecto mejore notablemente con la nueva terapéutica y podamos en casos benignos intentar la conservación de los órganos genitales para que puedan concebir estas pacientes, pero será siempre una imprudencia por el momento esforzarse por conservar la función reproductiva en casos avanzados.

C A S U I S T I C A .

Presento a la consideración en esta tesis, 13 casos de Tuberculosis genital femenina:

a) De donde se obtuvo el material:

Este material fué revisado las 10.044 biopsias del Gabinete de Anatomía Patológica del Hospital Rosales del año de 1945 a febrero de 1954 inclusive, de donde se obtuvieron 10 casos, y 3 casos del archivo Médico de dicho Hospital, de estos dos diagnósticos anatomopatológicos fueron hechos por el Dr. Ernesto Fasquelle en 1951 y el último caso fué diagnosticado en Julio del corriente año. El caso descrito por el Dr. Roberto Orellana en la Revista "Archivo del Hospital Rosales" N° 87 de Enero de 1953 únicamente lo describe por ser el primer caso publicado en el país, sin tomarlo en cuenta na la casuística y comentarios por no corresponder a los años estudiados.

Las biopsias de órganos genitales revisadas en el Gabinete de Anatomía Patológica se dividen así:

Vulva-vagina.....	133
Cervix:.....	2196
Endometrio.....	1498
Utero .....	653
Trompa de Falopio.....	487
Ovario.....	360

Estas biopsias hacen un total de 5327, estando además 21 parametrios examinados.

b) Raza:

Por ser el Gabinete de Anatomía Patológica Cen

tral, es decir para todos los Hospitales y Clínicas particulares, las biopsias examinadas varían de pacientes blancos y mestizos, siendo éstos mezcla de indios y españoles la mayoría.

c) Por lo mismo así varía también la condición social de estos pacientes pero haciendo notar que la mayoría son pobres y en un buen porcentaje campesinos.

d) La edad de los pacientes a quienes se les ha hecho biopsia en este gabinete abarca desde el recién nacido, pero las genitales que son las que nos interesan la paciente de menor edad era de 14 años, no teniendo el dato de enferma de mayor edad.

Describiré primero los casos estudiados en la forma más resumida posible, para recopilar los datos principales en cuadros y así poder examinar comparativamente los detalles importantes.

Caso del Dr. Orellana:

F.G. de 22 años, 2 hijos, hace 6 y 4 años; menarquía de 15 años; regla tipo 30x3, escasa.

No hay historia de Tuberculosis en su familia.

Antecedentes personales sin importancia.

Consulta por amenorrea de 6 meses, sin náuseas, vómitos, ni crecimiento del abdomen.

Examen físico 105 libras de peso, 58 pulgadas de altura. Bocio ligero. Exploración del corazón negativa lo mismo el examen pulmonar y abdomen. El examen muestra el útero ligeramente aumentado de volumen, en posición intermedia. Adherida la cara posterior el útero, se persigue en Douglas, una masa

tamaño de una mandarina que se desplaza con la matriz. Se tiene la impresión de un quiste del ovario, de un embarazo extrauterino o de un proceso anexial.

Se le toma el 28 de septiembre hemograma y examen de orina los cuales están normales, Reacción Friedman positiva. Con el diagnóstico de embarazo ectópico se practica laparatomía exploradora encontrándose una Tuberculosis genital con múltiples adherencias. Se hace histerectomía total con salpingoovariectomía bilateral. Radiografía del tórax del 19 de octubre: "Hay infiltración de todos los campos pulmonares tipo miliar". Se repiten exámenes y se investiga Tuberculosis en otros órganos encontrándose todo normal.

En Noviembre 30 se le toma radiografía de control contestando "Hay infiltración de todos los campos pulmonares tipo miliar". La enferma se siente perfectamente bien.

Estudio Anatomopatológico:

Utero: Aspecto macroscópico. Organó aumentado de volumen y recubierto en parte por una serosa despulida y congestionada. Su apertura deja ver una cavidad un tanto ensanchada y la membrana mucosa totalmente sustituida por una capa más o menos espesa de sustancia caseosa. El proceso necrótico, avanza hacia el interior del cuello y se detiene a pocos milímetros del orificio externo.

Aspecto histológico: Se practicaron varios cortes de distintas zonas del útero y en todos ellos el estudio microscópico reveló lo siguiente: yendo de la superficie de la mucosa hacia la serosa, una zona necrótica muy extensa y cuyos caracteres morfológicos corresponden a los del caseum tuberculoso; inmediatamente por debajo de dicha zona, se aprecia un infiltrado de elementos

celulares de tipo monocitario y que en su mayoría son células linfoides. Se encuentra, además, buen número de elementos gigantocelulares tipo lageriano y células epiteloides. Pudo observarse que todos estos elementos tienen muy poca tendencia a agruparse en formaciones nodulares. No se encontraron ni siquiera vestigios de glándulas del endometrio. El proceso inflamatorio que ha sido descrito, se detiene bruscamente en apariencia al contacto con la musculosa, sin embargo se pudo apreciar la penetración de algunos elementos linfoides a poca profundidad entre los fascículos de aquella.

Anexos: Al estudio histológico mostraron lesiones semejantes a las descritas en el endometrio.

En los ovarios se apreciaron lesiones foliculares en pleno estroma.

Resumen: Utero endometritis caseosa.

Trompas: Salpingitis foliculo caseoso.

Ovarios: ooforitis tuberculosa tipo folicular y de localización estromal.

#### Caso N° 1

De este caso únicamente se pudo obtener el dato de la biopsia.

Caso N° 2: N.M.R. de 58 años Registro #39605. Consultó el 16 de Mayo de 1950 habiendo sido ingresada con el diagnóstico de prolapso genital grado II al 2º Servicio Cirugía Mujeres del Hospital Rosales.

Historia: Menopausia hace 4 años desde entonces empezó a sentir que el útero se le salía poco a poco cuando estaba de pié, al cabo de un año se le salió del porto que hoy presenta.

Antecedentes hereditarios y familiares sin importancia para el caso. Historia menstrual: menarquía a los 13 años tipo 28x3. Menopausia a los 54. Embarazos 6 a término; vivos 2.

Ha padecido de dolores reumáticos desde hace 3 años y cefalalgia desde los 13 años.

Medio ambiente: ciudad.

Examen físico: T.37° C. P.80 R.23.

Paciente de mucosas pálidas, piel morena, que responde bien al interrogatorio; faltan piezas dentarias faringe negativa, cuello nada que notar, tórax simétrico. Aparato respiratorio negativo. Aparato circulatorio: pulso filiforme, el resto nada que notar. Abdomen blando depresible, hígado a la palpación profunda. Aparato genitouterino; Prolapso uterino grado III con pequeña ulceración del cuello: Extremidades: hormigueo en el miembro inferior izquierdo.

Se le deja hígado y hierro para mejorar su estado general. Al mismo tiempo se había indicado examen de orina y heces que fueron con resultados negativos. Hemograma: Hemoglobina 7.9 gm., 55%, Hematócritos 24, la anemia era tipo normocítica, normocrónica, glóbulos blancos 9.500x mm<sup>3</sup>, con una fórmula diferencial normal. Tiempo sangramiento y coagulación normales.

El 30 de Mayo se encuentra úlcera cicatrizada. El 12 de Junio el hemograma revela una hemoglobina de 101 gramos con un 70% y un hematócrito de 35.

Fue operada el 27 de Junio con un diagnóstico de prolapso uterino grado III siendo la operación proyectada y practicada histerectomía vaginal. Método de Heaney.

Examen anatomo patológico útero y anexos habiendo contestado el 5 de Julio, ermicitis tuberculosa (biopsia N<sup>o</sup> 1904). El 7 de Julio se le ordenó una radiografía cuya contestación fué negativa a lesiones pulmonares.

El curso de esta paciente fué epirético, habiéndosele dado el alta el 7 de Julio.

Caso N<sup>o</sup> 3:

M.H. de F. de 47 años Registro N<sup>o</sup> 76073, consulta a este Hospital el 18 de Agosto -51 por dolor en el vientre, escurrimiento vaginal.

Historia: desde hace 4 años padece de una úlcera en la región poplítea. Padece de irregularidades en sus reglas, que se le adelantan, son dolorosas y dejan escurrimiento amarillento. Padece de dolor en el vientre desde hace 4 años, al mismo tiempo nota una tumoración en la región inguinal izquierda.

Al examen físico encuentra temperatura 36.7<sup>o</sup> pulso 84, respiración 24, tensión arterial 110 por 60, peso 92 $\frac{3}{4}$  libras, talla 148 $\frac{1}{2}$  cm. Es una enferma de edad madura, pálida - con una placa costrosa, en la región poplítea izquierda; lengua sucia, dentadura casi desaparecida, faringe negativa. Abdomen normal, bazo e hígado negativo. Aparato respiratorio y circulatorio normales. Hay hernia inguinal izquierda.

Examen vaginal: cuello corto, útero aumentado irregular.

Con el diagnóstico de: Fibromatosis uterina y hernia inguinal izquierda es ingresada al servicio de Ginecología. De la historia del servicio extraigo los siguientes datos nuevos: el escurrimiento según relata el paciente le ha comenzado hará un -

año sin causa aparente.

Sus reglas le venían cada quince días a 22 , con poco dolor, sintiendo piquetazos vulvares por la que toma - Regulador Gesteira; siente una sensación de peso como una pelota en la fosa iliaca izquierda. Presenta nicturia, tiene hematuria que la atribuye a la fuerza para orinar. Poliaquiuria.

Oficios domésticos. Padre 70 años, padece de reumatismo. Madre 60 años fué operada de la matriz. Hermanos 8 sanos. Fuma cigarrillos; bebedora muy escasa. Ha padecido de cefáleas y corizas.

Historia menstrual: menarquía a los 15 años tipo 30 x 8, cantidad poca.

Actualmente menstrúa cada quince a veintidos días. Nunca ha estado embarazada. Al examen físico: enferma adulta, delgada, tiroides ligera hipertrofia. Pulmonar y cardíaco negativo. Hernia inguinal.

Piel: muslo izquierdo parte posterior escarnificaciones que recuerda excema.

Ginecología: U y B. (-), periné firme, cuello cónico de nulípara, orificio puntiforme; cuerpo aumentado dos veces de tamaño, irregular con ódulos fibromatosos; fondo de saco derecho e izquierdo libres. Especulum: vaginitis, cuello puntiforme limpio. Diagnóstico fibromioma uterino y Hernia Inguinal izquierda.

Esta paciente se le indicaron exámenes de orina que fué normal, lo mismo el Hemograma; Examen de heces negativo. Tiempo de sangramiento y de coagulación normales. Cardioplipina y Eagle negativos. Con la paciente en buenas condiciones de opera el 1º de septiembre: operación proyectada Histerectomía abdominal

total método Richardson con salpingo ovariectomía bilateral, -

Se remitió al gabinete de Anatomía Patológica las piezas removidas, y el 22-IX-54 contestaron biopsia N° 2942: útero y anexos consistencia dura, cuello 25 cm. Hay una tumoración en el istmo uterino. Cuerpo de 9 cm. presenta tumoración de 5 cm. de diámetro, apariencia fibromatosa en el fondo. Ovarios, con quistes pequeño. Estudio microscópico: hay un proceso de tuberculosis folículo caseoso con abundantes células gigantes en el endometrio; hay zonas del endometrio que han sido invadidas por el proceso. Sangre: G.R. 3. 500.000 H.G. 65% 9.4.gr.% E.E. 35 por 100 cc. V.G. M. 100. Mic. B.G.O. 92., H.G.M. 26 Mic. G.B.12.800, N.82, E.1, B.1, L.15, Ml. Orina y heces negativo. Frotis vaginal negativo a G.C. hay flora banal y tricomonas.

Sale del servicio mejorada con recomendación de reposo, duchas vaginales y aplicaciones de inducto-termia vaginal. El 24 de abril del mismo año reingresa con los mismos síntomas. La fiebre le ha vuelto desde un mes antes; el dolor le ha persistido por todo el tiempo. Le pusieron 20 aplicaciones de inducto termina sin ninguna mejoría.

El 20 de marzo próximo pasado tuvo su última regla, durándole diez días y escasa. Al examen persiste el dolor en F.I.I., sin irradiación, aumentado por la presión a ese nivel. El estado general se mantiene más o menos bien, sin embargo está decaída y palida. Aparato respiratorio y circulatorio nada que notar, no hay disnea; 81 pulsaciones por minuto; T.A. : 9.5/5.

Examen ginecológico: vulva entreabierto; U y B. negativa; vagina normal; cuello; mediano, cilíndrico, rasgado transversalmente, de consistencia normal y movilidad disminuida. Cuerpo: difícil de

precisar ,parece desviado hacia adelante y hacia la derecha. F. A.A.; ocupado por una tumoración dura y voluminosa; F.S.L.I: se toca una tumoración voluminosa, dura, que invade el Douglas; ambas tumoraciones parecen formar una sola masa, que suben al abdomen hasta nivel del ombligo. Diagnóstico: Absceso tubo-ovárico consecutivo a un Piosalpinx izquierdo antiguo.

Como el cuadro no cediera a pesar de los antibióticos y después de un nuevo examen se dispone practicarle una colpotomía con fecha 22 de mayo 1951: se encuentra abundante pus, que se logra vaciar en gran parte; hay cierta zona de consistencia dura que no se pueden drenar; se deja un dreno de hule en Y y gasa yodoformada en la vagina; se extrajeron además fragmentos de tejido necrótico que en su estudio histopatológico resultó corresponder a un embarazo tubario, con vellosidades coriales hialinizadas, (Biopsia #2860, 26 de mayo/51) La paciente mejora, la fiebre desciende en lisis y 12 días después casi llega a la normalidad que se estableció el 8 de Juni durante una semana; el 15 de Junio, nueva elevación de temperatura de dos grados en agujas, que nos hace decidir la intervención abdominal haciéndole el 19 de Junio 1951: Laparatomía media infra-ombilical con anestesia raquídea; se encuentra una tumoración quística, fluctuante, voluminosa, fuertemente adherida a la cara posterior del útero, el cual se encuentra rechazado hacia adelante y a la derecha, a las asas intestinales y epiplón; al tratar de romper las adherencias se abre accidentalmente la colección quística, saliendo un pus verdoso, fétido, espeso, que se succiona, liberando después las adherencias intestinales y epiplóides. Se practica salpingo-ovariectomía derecha con Histerectomía sub-total. En el fondo de la cavidad quística se encuentran restos aparentemente placenta--

rios. Se peritoniza parcialmente, se deja polvo de sulfa en la cavidad y se cierra la pred abdominal en cinco planos sin drenaje.

El examen histopatológico dice así: macroscópicamente pieza operatoria constituida por el útero considerablemente deformado por una tumoración insertada en su borde izquierdo y que corresponde posiblemente a los anexos. Microscópicamente se trata de un proceso de tuberculosis útero-anexial; (Biopsia N° 718.)

Fué para nosotros una sorpresa muy grande encontrarnos con un diagnóstico histológico semejante e inmediatamente investigamos una radiografía pulmonar que resultó negativa a lesiones pulmonares (N° 62.945). El post-operatorio inmediato fué satisfactorio puesto que la fiebre descendió a la normal en cuatro días, pero al noveno día la fiebre vuelve a subir junto con el pulso por haberse formado un absceso de la pared del abdomen que tuvimos que drenar por espacio de un mes hasta que la enferma se mantuvo apirética y salió del Servicio el día 20 de Agosto de 1951 aparentemente curada y después de recibir fuertes dosis de antibióticos, en especial 30 gramos de Dihidroestreptomina y con la recomendación de volver a control dentro de dos meses. Nueva radiografía el 24 de Agosto de 1951, negativa a lesiones pulmonares.

Esta enferma ha sido controlada posteriormente y continúa en buen estado de salud.

Caso N° 5:

C.M. de R. de 20 años. Registro N° 36.667  
 ingresa al Primero de Medicina de Mujeres el 26 de Mayo 1951,  
 consultando por: hinchazón del abdomen. Historia: 3 meses antes

de su ingreso notó que su abdomen le iba creciendo, con sensación de pesantez y deseos frecuentes de orinar, pero era muy poca la cantidad de orina que emitía. Su abdomen le fué creciendo en forma gradual, sin acompañarse de dolor y ningún otro malestar que la pesantez ya citada. Ha enflaquecido ligeramente, siente aversión a tomar agua porque provoca ahogamiento al hacerlo. Come poco.

Antecedentes personales: Estuvo hospitalizada en marzo y abril 1950 por Pleurecía sero-fibrinosa izquierda y ascitis y en junio de 1950 a julio de 1950 por la misma afección siendo tratada en ambas ocasiones con estreptomocina, glucocal y Sterogil saliendo notablemente mejorada. Antecedentes ginecológicos: Menarca a los 16 años, reglas regulares. Un hijo hace dos años. en Mayo 1950 fué vista en el Consultorio de Ginecología y le diagnosticaron : Colpitis y anexitis izquierda gra. II, gonococo positivo.

Examen físico: enferma joven, blanca, tranquila, con abdomen abombado, sin edemas ni ganglios, no hay dolor a la palpación ni espontáneo. Aparato circulatorio y respiratorio: nada que notar.

Fuó enviada al Servicio de Ginecología el día 8 de junio 1951 para examen con diagnóstico posible de síndrome de Meigs, por su apirexia y ascitis. En el Servicio encontramos: Vulva mediana, entreabierta, periné lacerado ligeramente: U y B negativo; hay leucorrea purulenta; vagina con mucosa ligeramente enrojecidas. Cuello: en ángulo normal con la vagina, cilíndrico, rasgado transversalmente, con rugosidades en su ángulo derecho, consistencia y movilidad normal. Cuerpo: en anteverso-flexión normal; tamaño aumentado, consistencia y movilidad normal. Douglas y F.S. A. libres.- F.S.L.D.: hay una tumoración como de -

unos diez cm. de diámetro, ligeramente redondeada, con surco de limitación con el útero, al cual está unida por el istmo de la trompa inflamada, móvil en el sentido anteroposterior pero fijada a la pared pelviana, dolorosa y de consistencia dura.-F.S.L.I hay una tumoración igual a la anterior en consistencia, tamaño y movilidad, pero diferentes una de otra. Espéculum: hay vaginitis y cervicitis ulcerosas sub-agudas.- Histerometría 7 cms. Impresión: Anexitis bilateral posiblemente T.B. basadas en la historia de la paciente. Descartar el origen Gc. por examen leucorreico positivo, encontrado en el Consultorio hace un año. Indicamos: Laparatomía y cirugía de los anexos indicada por el estado afebril actual, haciendo una biopsia del endometrio antes. Se toma frotis vaginal investigando gérmenes. La biopsia endometrio fué contestada el 15/VI/51.- negativa a lesiones T.B.# 638. El frotis vaginal: Hay diplococos en grano de café extracelulares que recuerdan al gonococo. 9/VL/51.-

En vista del diagnóstico cada vez más sospechoso de T.B. Genital habiendo sido tratada con PAS. Estreptomycin en los meses anteriores y estar sin fiebre se decide hacer el tratamiento quirúrgico y el 19/VI/51.-se practica Laparatomía infraumbilical: se encuentra una Peritonitis T.B. generalizada al intestino y peritoneo y Anexitis bilateral T.B. a predominio de Salpingitis voluminosa . Se hace Salpingectomía izquierda por estar el ovario izquierdo sano y ser joven la paciente y Salpingo-avariectomía derecha y aspiración Ascitis libre sero-sanguinolenta. No se hace Histerectomía por dificultades técnicas debido al engrosamiento

y congestión del peritoneo del ligamento ancho y peri-uterino y engrosamiento de la pared vesical. Cierre de la pared abdominal en cinco planos sin drenaje. El post-operatorio fué satisfactorio, la herida cicatrizó por primera intención.

El reporte de Anatomía Patológica de las piezas operatorias fué: ovario: proceso manifiesto de tuberculosis folicular que ocupa casi todo el estroma del órgano. Trompa Salpingitis tuberculosa. Biopsia N<sup>o</sup>.713.

El 29 de junio de 1951 se le comienza a inyectar un gramo de estreptomina cada día durante 30 días y sale del Servicio muy mejorada el día 28 de julio/51 con indicaciones de guardar reposo en buen clima y con una buena alimentación y volver dentro de 3 meses a control.

El día de su salida del Hospital se le hizo examen ginecológico encontrándole: útero aumentado de tamaño. Parametrio izquierdo engrosado y doloroso; cuerpo en posición normal. Dice que su regla le vino el lunes 23 de julio/51 durante 5 días.

Esta paciente se ha controlado dos veces notándose una mejoría más acentuada, aumenta de peso y han desaparecido los dolores pélvicos.

Caso N<sup>o</sup> 6:

A.A. de L. 20 años. Registro N<sup>o</sup>.42.399, ingresa al servicio de Ginecología el 3 de octubre/51 quejándose de dolor de vientre y disuria.

Historia: Hace tres años tuvo fiebre, pesantez abdominal, además de pies, abdomen y cara consultando con un médico particular

quien le diagnosticó "Nefritis". Fué sometida a tratamiento intenso con antibióticos tipo penicilina, no cediendo sus síntomas hasta que se le cambió con estreptomocina durante largo tiempo; el edema, dolor de vientre desaparecieron persistiendo solamente la sensación de malestar y pesantez abdominal y apareciéndole un nuevo síntoma Poliaquiuria y disuria.

En junio/50 consultó por primera vez en el Consultorio de Ginecología del Hospital Rosales quejándose de los síntomas arriba descritos más tenesmo vesical y Dispareunia; le diagnosticaron: Salpingitis crónica bilateral del tamaño de una naranja que invadía el útero. Fué tratada otra vez con penicilina no sintiendo ninguna mejoría a pesar de dos consultas más, hechas en junio una una y la otra en noviembre de ese mismo año/50.-Hasta el 3 de octubre del/51 vuelve a consultar por su mismo padecimiento y en el examen le encontraron leucorrea y las tumoraciones han aumentado al de una grape fruit y con un diagnóstico de Pío-Salpinx bilateral es ingresada al Servicio de Ginecología.

El examen ginecológico practicado el 8/10/51 dice: Vulva cerrada de nulípara. Vagina normal. Cuello piriforme de nuli-grávida alargado consistencia normal, movilidad disminuida, Cuerpo en anteversión, forzada, rechazada contra el pubis por una masa voluminosa, semiblanda que ocupa el Douglas, abombado en la vagina y que también se extiende a ambos lados del útero llenando y abombando ambos fondos de saco laterales; por arriba se eleva en el abdomen hasta 3 traveses de dedo por debajo del ombligo, y que inmoviliza completamente al útero. Al especulum: se comprueba el

abombamiento de la tumoración y el alargamiento del cuello en forma periforme , el orificio externo cerrado y sano en apariencia se practica punción del Douglas extrayéndose diez centímetros cúbicos de líquido francamente ceroso y cetino.

Impresión: quistes cerosos del ovario o anexitis residual voluminoso. Exámenes complementarios: sangre: Hemograma normal.

Eritrocedimentación: 17 mm.x hora. Khan negativo. A.G. Menarca a los 13 años, tipo 25/2, indoloras, escasas, Cultivos negativos a gérmenes de la punción del Douglas. Orina y heces negativos.

El día 9 de octubre/51 con el diagnóstico pre-operatorio de quistes del ovario se practica Laparatomía media infra-ombilical encontrándose: Peritonitis tuberculosa genital tabicada, Salpingo-Ovaritis bilateral tuberculosa, con tubérculos diseminados en el peritoneo y mitad inferior del intestino y apéndice. Se practica Histerectomía abdominal total con salpingo-ovariectomía bilateral y apendicectomía. Sutura de la pared en cinco planos sin drenaje Anestecia Raquídea.

El post-operatorio fué satisfactorio cicatrizando la herida por primera intención. El reporte anatomo-patológico fué: hay un proceso de tuberculosis peritoneal en ambos sitios folicular cicatrizado y Salpingitis tuberculosa franca, los quistes del ovario son de tipo pseudo-mucinoso, aunque hay algunos de tipo folicular simple. Biopsias Nos. 3028 y 3029.

Examen de esputos practicados post-operatorios fueron negativos y una placa radiográfica del tórax, de octubre 18, fué negativa a lesiones pulmonares, archivo N<sup>o</sup>.65.763.

Desde el día 23 de octubre, es decir dos días después de operada se le principió a inyectar un gramo de Dihidro-estreptomina a la dosis de un gramo al día durante 30 días saliendo aparentemente curada el día 12 de noviembre del/51 con recomendaciones de continuar con su tratamiento de estreptomina durante dos meses más a la dosis de un gramo tres veces por semana.

Esta paciente ha sido controlada varias veces, la última un año un mes después de operada, encontrándose en perfecto estado de salud, con placas pulmonares negativas a T.B. quejándose únicamente de su menopausia precoz que se controla con estrógenos, trabajando actualmente en una panadería.

Caso N° 7:

I.C.D., 26 años. Registro N°90.151 ingresada el 18 de fe - brero/52 enviada del consultorio de Ginecología con diagnóstico de: Tumor del anexo derecho, anexitis derecha.

Historia: Refiere la paciente que a los 15 años tuvo su menarca, viniendo su regla una tan sola vez con mucho dolor y poca cantidad y desde entonces tiene amenorrea, que todos los meses, más o menos en la fecha que le correspondía su menstruación siente dolores en el vientre, dolor que se ha venido acentuando siendo este mes de febrero de mayor intensidad por lo que consulta en este hospital. Desde hace cinco años viene padeciendo de leucorrea blanquesina de regular cantidad. Disuria hace un mes.

Examen Som; Paciente tranquila, bien constituida, con su intelecto claro, de color moreno claro, pálida, Examen de aparatos nada que notar. Existe una cicatriz en el ángulo supero-externo del

hemitórax derecho que dice ser una "pelota" que le reventó junto con otras dos en la región epitrocLEAR derecha hace unos doce años.

Abdomen: blando, depresible e indoloro; a la presión en el epigastrio hay un poco de dolor así como en la F.I.D. donde se siente una pequeña tumoración.

Examen Ginecológico: Vélvula mediana, introito congestionado, hay leucorrea purulenta, U. positiva; Cuello piriforme, blando y móvil. Cuerpo: en posición intermedia, parece aumentado en tamaño doloroso al movimiento, consistencia dura. F.S.L.D: se aprecia una tumoración yuxta-uterina del tamaño de una mandarina, dolorosa, consistencia semi-blanda, alargada en el sentido transversal que corresponde al anexo derecho engrosado y desplaza el útero hacia la izquierda. F.S.L.I.: no se palpa el anexo izquierdo, pero está sensible. Al especulum: leucorrea purulenta, se manda a investigar G.C.: Cuello limpio con piqueteado hemorrágico. Impresión Clínica: Enxitis derecha grado III<sup>o</sup> y Colpitis a tricomones. Se ordenan exámenes complementarios y tratamiento de antibióticos en prueba. Exámenes complementarios: frotis vaginal: hay tricomonas activas y flora benal; negativo a G.C. Eritrocédimentación; 5 mm. por hora. Hemograma normal.

T.C. 10 y medio minutos . Glucosa 95 mg.% . Urea 20 mg.% nitrógenos no proteicos 28 mg. Heces y orina negativos.-

El 3 de marzo/52 en vista de que el tratamiento de prueba, el hemograma y la eritrosedimentación y el examen ginecológico revisado no concuerdan con el diagnóstico de Anexitis, pensamos en un

tumor quístico del ovario derecho.

Sin embargo, tomando en cuenta su amenorrea de 11 años, investigamos signos de desfemenización y no encontramos ninguno, ni signos de masculinización pues hay un reporte fisiológico del vello mamas normales y clitoris de tamaño normal que nos hagan pensar en un tumor sólido masculinizante del ovario; disponemos un curetaje del endometrio que se hace el siguiente día 4 y para sorpresa nuestra nos contestaron del Departamento de Anatomía Patológica bajo biopsia N<sup>o</sup>. 3650: Tuberculosis del endometrio . Una placa de pulmones tomada 8 días después nos contestan negativa a lesiones pulmonares. archivo N<sup>o</sup> 68.475. Ordenamos tratamiento con Dihidroestreptomicina, un gramo diario desde el 7 de marzo/52 durante tres semanas. El primero de abril y estando la paciente completamente apirética le practicamos Histerectomía abdominal total con Salpingo-ovariectomía bilateral portuberculosis genital generalizada y con invasión al peritoneo y epiplon. Se extirpan varios ganglios aparentemente calcificados. Se inyectan 5 gms.de estreptomicina en la cavidad abdominal; cierre de la pared en cinco planos. Anestecia gas y éter.

Post-operatorio ligeramente febril durante una semana; herida cicatrizada por primera intención.

La contestación Anatómo-Patológica fué: Cuello: Cervicitis crónica. Endometrio: Tuberculosis. Miometrio: Tuberculosis y Adenomiosis. Trompa: Salpingitis T.B. : Ovario: quistes simples múltiples y cuerpo lúteo hemorrágico gigante. Después de operada continuó recibiendo un gramo de Estreptomicina cada día durante 30 días y fué dada de alta el día 7 de mayo/52, aparentemente curada y con recomendaciones de continuar con su tratamiento de

Estreptomocina durante dos meses más a la dosis de un gramo tres veces por semana y control en tres meses.

Esta enferma fué controlada casi cuatro meses después de operada y estaba en mejores condiciones de cuando salió del Servicio.

Caso N° 8.:

M.T.S.S., de 30 años. Registro N° 48.820, ingresa al Servicio de Ginecología, enviada del Consultorio del mismo nombre el 4 de julio/53, quejándose de amenorreas, leucorrea, dolores de vientre y cervicitis, con biopsia positiva a tuberculosis, archivo 7458.

Historia: desde el mes de noviembre del año pasado, 51, viene padeciendo de amenorrea, creyéndose embarazada consulta un especialista, quien le descarta el embarazo. Desde es misma fecha acusa dolor suave, sobre todo al caminar, a nivel del hipogastrio y ambas fosas ilíacas. Dos o tres meses de instalada su amenorrea acusa picazón en el ano y poco después nota una úlcera que sangra al defecar y que ha crecido. Leucorrea desde hace mucho tiempo. El ginecólogo que la atendió en el Consultorio, la envió en consulta al Departamento de Dermatología por úlcera perineal a allá tomaron examen ultramicroscópico investigando sífilis con resultado negativo.

Enferma joven, tranquila, bien constituida, de estatura mediana y talvez un poco obesa, conjuntivas coloreadas y piel morena; afebril y sin concordancia con sus síntomas. Ex. de Ap. completamente normales.

Antecedentes ginecológicos: Menarca a los 14 años, tres embarazos a término y dos abortos. 2 hijos vivos: Examen Ginecológico: hay

una placa granulosa, como de tres centímetros de diámetro, bordes irregulares, que arrancan del margen izquierdo del ano e invade el periné anterior, hacia la vulva. Vulva entreabierta; periné flácido. Cuello: hipertrofiado, cilíndrico, rasgado transversalmente, se siente granuloso en su superficie. Cuerpo de tamaño posición y consistencia normales. Anexo derecho se aprecia un empastamiento doloroso, pero no se pueden tocar tumoraciones. Anexo izquierdo igual que el anterior. Al espéculum: hay una úlcera granulosa en ambos labios, ya biopsiada, como de unos 4 ctms. de diámetro, que invade atrás hacia la vagina, que no sangra. Histerometría 6.5 cm. Se toma biopsia del endometrio con Sonda de Novak, extrayéndose un tejido blanco y caseoso, grueso. Impresión: T.B. Genital.

La biopsia endometrial fué negativa, solo tejido necrótico encontraron.

Exámenes complementarios: Hemograma normal; Eritrosedimentación 14 mm. x h.; Cardiolipina: negativo. Gluc. 96 miligramos; N.N.P. 31 mlg.; A.U. 1.8.mlg. Radiografía pulmonar: negativa a T.B. Heces y orina Negat-- B. de K. en orina negativo -Histero-salpingografía; irregularidad del fondo de la mucosa lo que sugiere lesiones en el endometrio. Las trompas aparecen completamente normales. Radiografía riñones: Funcionamiento renal normal en ambos lados. No se observa nada de particular. VIII-31-53. Cistoscopia: VII-25\* Cuello vesical normal; Trígono normal. Orificios ureterales, forma, localización y reflujo orinario en ambos de color claro y normal; paredes vesicales lisas de aspecto normal. Arriba del trígono, en la pared posterior de la vejiga hay una prominencia que parece ser extrínseca, podría corresponder al útero

es de paredes lisas, color normal. La vejiga es sensible a la dilatación moderada. Segunda biopsia del endometrio: Tuberculosis del endometrio. N<sup>o</sup>.8039.-VIII-21-53. La enferma ha continuado afebril y en tratamiento con Dihidro-estreptomicina un gramo diario desde el 6-VII-52, es decir 8 semanas hasta su operación.

Con todos estos exámenes descartando todo foco activo de T.B. en otra parte del organismo, la sometimos a la Laparatomía media infra-ombilical el 5-IX-54, encontrando una tuberculosis peritoneal avanzada y genital avanzada, a pesar del tratamiento médico de 8 semanas, con siembras de tubérculos y adherencias generalizadas y formando un todo el intestino delgado, peritoneo visceral y parietal, útero y anexos, los cuales son casi invisibles, únicamente por la palpación pueden localizarse y por ser imposible romper estas adherencias se suspende la intervención, cerrando la pared en 5 planos.

Lo único que nos quedaba era continuar el tratamiento médico con estreptomicina y reforzarlo con Rimifón (Hidrázina del ácido Nicotínico). este tratamiento lo continuamos durante 3 semanas más y después de un post-operatorio satisfactorio, sale del servicio el 25-IX-53., con las recomendaciones de continuar con su tratamiento durante tres meses más, solo que con tres inyecciones de Estrepto por semana y rimifón diario. Las lesiones del cuello y periné cicatrizaron a las 8 semanas de tratamiento médico. Una biopsia del cuello después nos dió: Cervicitis crónica y del Endometrio: negativa a T.B.

La semana pasada tuve la oportunidad de controlar esta paciente y al examen ginecológico encontré el útero móvil y todas las lesiones anexiales han mejorado en un 80 % aparentemente al presen-

te y continuará con el tratamiento médico. Creemos que al final de su tratamiento talvez podamos reintervenirla para extirpar las lesiones T.B. genitales que encontramos y asi curarla definitivamente.-

Caso N<sup>o</sup>. 9:

M.F.A. de R. de 25 años Archivo N<sup>o</sup>.131.041, Consulta en este Hospital el 28 de junio de 1953, por ardor para orinar desde hace 3 y medio meses, ardor que describe como quemada, constante en toda la vulva que solo mejora cuando está sentada. Leucorrea desde hace 3 años y medio, niega embarazo. Examen serológico negativo hace 6 meses.

Examen físico: Temperatura 37.5 pulso 84, T.A. 100x70, peso 87  $\frac{1}{2}$  libras. Talla 247 cm.

Nos encontramos ante una adulta joven, buen estado general. Boca y faringe nada especial. Abdomen depresible, dolor a la presión en fosas ilíacas e hipogastrio. Examen rectal sensible pero sin encontrar ninguna anormalidad. Aparato circulatorio y respiratorio negativo al examen físico.

Impresión clínica fué la de una metritis y alcalosis urinaria. Se dejaron como indicaciones: Mandelamine 6 comprimidos al dia hasta completar 30, solicitándose una consulta ginecológica.

Examen del Consultorio de ginecología: Disuria desde hace 4 meses Piquetazos en el bajo vientre. No hijos, no abortos.

Examen vaginal: Vulva cerrada. Leucorrea. Vagina amplia. Cuello grueso erosionado. Cuerpo en anteversión. Anexos: libre el derecho engrosado el izquierdo.

Se tuvo la impresión clínica: de anexitis. Colpitis. Se tomaron

examen de heces que revela huevos de uncinaria y ascárides.

Examen de orina: albúmina trazos fuertes. Cilindros negativos. Píocitos incontables: este examen no fué hecho por cateterismo. El hemograma normal.

Regresa de nuevo a este hospital el 23 de Sep. del 53, consultando porque: siente ardor en sus órganos genitales externos en el momento de las micciones. Refiere la paciente que desde abril del presente año empezó a sentir ardor en el momento de las micciones con frecuentes deseos de orinar. Su regla le ha faltado desde 1950.

Nos encontramos con una paciente joven, de regular aspecto físico. En la que existe dolor a la palpación abdominal en la región umbilical e hipogástrico; Examen ginecológico. Organos genitales normales. U y B negativos. Vagina normal. Cuello de molípara con ercción granulosa en ambos labios, sobre todo en el posterior del cual se toman varias biopsias. Cuerpo, posición, tamaño y movilidad normales. Anexo derecho libre. Anexo izquierdo empastado y ligeramente doloroso.

Examen de orina: color amarillo pajizo, olor fétido, aspecto turbio con una densidad 1.012 y un p H de 6.5. Cilindros negativos. Hematíes 10 a 15 por uno. Piocitos 10 a 15 por uno. Albúmina trazas y glucosa negativa.- Examen de heces: negativo.

Se recomienda una radiografía del tórax investigando lesiones pulmonares que explicarán la amenorrea de esta enferma, y regresa a nueva consulta con su radiografía para ahondar examen.

La radiografía fue contestada el 2 de octubre del 53: Hay infiltración de tipo fibroso en ambos campos pulmonares, más marcados en ambos lóbulos superiores debido a una tuberculosis pulmonar-

muy antigua.

El 7 de Octubre del 53 aparece la contestación de Anatomía Patológica: biopsia N°8526 tuberculosis folicula caseosa con células gigantes. Con el diagnóstico de que el cuadro ginecológico correspondía a una tuberculosis genital secundaria, - se remitió al servicio de Fisiología.

Con fecha 22 de Octubre de 1953, aparece la nota que dice: "Probable tuberculosis pulmonar moderada, predominio fibroso en ambos vérticis. Las lesiones del aparato genital son probablemente del mismo origen. Se ordenó examen de esputo y del pus vaginal (Servicio Tisiología). El examen de esputo por hemogenización fué negativo.

Su tratamiento ha sido: levantar el estado general y reposo y estreptomycin un gramo tres veces a la semana - presentando una mejoría relativa. Esta enferma está en control.

Caso N° 10:

J.M. de E.33 años. Registro N° 134.658, ingresa al Servicio de Ginecología el 3-X-53, enviada del Consultorio de Ginecología con el diagnóstico de: Enfermedad pélvica inflamatoria o Fibroma uterino.

Historia: Refiere la enferma que hace dos años, después de una infección intestinal comienza a sentir dolores en el hipogastrio y Fosas ilíacas, dolor que se acentúa al hacer sus ocupaciones habituales y con las relaciones sexuales. Al principio sus reglas - eran normales, pero hace 10 meses que se volvieron profusas y últimamente se repiten hasta cuatro veces al mes. Hace tres meses acusó fiebre alta, con escalofríos y sudores durante una semana, sin ninguna medicación; este síndrome lo registra varias veces

y después de cada parto con dolores en el vientre.

Antecedentes Ginecológicos: 7 embarazos a término vivos y un aborto hace 11 años. Examen Som: enferma de edad media, color moreno, pálida con cloasmas en ambas mejillas, de constitución débil, enflaquecida. Abdomen plano, doloroso en el hipogastrio. Bazo e hígado en sus límites normales. Aparato respiratorio y circulatorio nada que notar.

Examen Ginecológico: Vulva entreabierta: U y B. negativos; periné flácido de multípara, vagina sin particularidades. Cuello: un poco posterior, rasgado transversalmente, con sistencia y movilidad normales.

F.S.L.D.y Douglas: ocupados por una tumoración del tamaño de una mandarina, blanda, dolorosa y semi-fija. F. S.L.I.: hay una tumoración más pequeña y más dura que la anterior, fija. Al especulum: Hay leucorrea. Cuello: aparentemente sano en sus labios anterior y posterior, pero en el endocervix y del endometrio. Impresión: Anexitis en fase sub-aguda. Exámenes complementarios: Sangre: G.R. 4.230.000; H.G. 10.7 gr. 67% E.E. 36%; V.G.M. 86 Mic. cúbicos; C.H.G. 30 gramos %, G.B. 6.000; L. 22; B.O.; Eritrosedimentación 23 mm. por hora; orina; Alb. T. Leves; lo demás negativo. Heces E. Coli, Tricomonas Hominis, hay huevos de uncinarias y ascárides.

Radiografía del tórax: negativa a lesiones pulmonares 28.IX-53  
Sangre: Glucosa 112 mlgms %, N.U. 14 mlg. U. 31 mlg, N.N.P. 36 mlg. Acido úrico 1.7. mlg. t. de S. 3/4 mnt. T. de C. 13 Biopsia del endometrio: "tuberculosis del endometrio", ( N<sup>o</sup>8606) - biopsia del cérvix: "Cervicitis crónica".(N<sup>o</sup> 8661).

Tomando en cuenta la contestación positiva - A. t.B. del endometrio, referimos todos la sintomatología de esta

paciente a una T.B. genital, de naturaleza al parecer primaria por no encontrar ningún signo de lesiones pulmonares, intestinal o urinaria. Ordenamos tratamiento con Dihidroestreptomicina un gramo diario, el 12 de octubre del 53, combinado con Rimi-fón un comprimido tres veces al día, hasta el día primero de noviembre de 1953 en que la familia exige el alta de esta paciente porque desde hace 3 días presenta un cuadro de Psicosis alucinatoria. Esta paciente ha sido imposible controlarla.

Caso N° 11:

M. de C. de 32 años consulta el 17 de noviembre de 1953 por Esterilidad.

Historia: ha padecido desde hace años de dolores abdominales, habiendo consultado con varios médicos por esterilidad. Dolor premenstrual que desaparece el segundo día de su regla quedando luego con flujo amarillento, moderado, sin prurito vulvar. Deseo sexual pobre, dispareunia por lo que no logra orgasmo, disuria frecuente. Apetito normal, buena digestión; cámaras 2 a 6 diarias, diarréicas.

Menarquía: 18 años pequeñas irregularidades, tipo 25 a 30 por 3; dolor moderado, cantidad escasa sin coágulos. Sus reglas actuales son escasas, sangre rutilante, acompañada de mareos y cefáleas. Primeras relaciones 17 años. Nunca ha estado embarazada. Antecedentes familiares y personales sin importancia. No antecedentes de tuberculosis. El esposo de 42 años con potencia sexual conservada, 3 a 4 coitos semanales, con hijos pequeños fuera del matrimonio,

Examen físico: apariencia normal, nutrición buena, panículo adiposo, uniforme, no ha disminuido de peso. Examen cardiorespira---

torio y abdomen negativo.

Examen ginecológico: vello púbico abundante, vulva cerrada; U y B. (-), periné de nulípara: mucosa vulvo vaginal rosada; leucorrea moderada mucopurulenta. Cuello: posición anterior, consistencia normal, orificio externo cerrado. Cuerpo en anteversión, tamaño normal, movilidad ligeramente dolorosa, consistencia y superficie normales. Anexos dolorosos ambos sin empastamiento.

Especculum: cuello sano.

Histerometría 6 cm. Se toma biopsia endometrial premenstrual:.

Metabolismo basal más 17 (ligeramente aumentado). Radiografía pulmonar negativa. Hemograma normal. Contestación biopsia N° 9062: tuberculosis endometrial.

Se da por tratamiento estreptomycin 1 gr. diario - por 40 días y Rimifón 150 mgr. diarios por el mismo tiempo.

Consulta nuevamente el 22 de Enero de 1954 y en su historia: Amenorrea desde el 25 de Octubre y dolor lumbosacro intenso, después en la nuca que dificulta movimientos, siempre dolor hipogástrico y cámaras diarreícas. Sensación de plenitud abdominal. Leucorrea variable.

Al examen vaginal: no hay signos de embarazo, prácticamente negativo. Se le propuso curetaje uterino de control que lo rehusó no presentándose a nueva consulta.

#### Caso N° 12:

M.C.U.O. de 20 años, Registro N° 62739. Consultó en este Hospital el 24-IX-52 por hemorragia genital.

Historia: refiere la paciente que en Julio de este año verificó parto a término sin complicaciones en este Hospital. Un mes más tarde se inicia hemorragia genital, cantidad mayor de una regla

que el duró por espacio de 8 días. A los 8 días volvió a presentar hemorragia genital que le duró 4 días. En esta forma ha venido padeciendo de hemorragia que se presentan c/8 a 12 días durándole 4 días. Nos manifiesta además que desde su menarquía las reglas se le presentan cada quince días. Secundípara, buena constitución, conjuntivas pálidas, dentadura buen estado de conservación, lengua limpia, tiroides normal; aparato respiratorio y circulatorio negativos. Al tacto vaginal: U y B (-), periné flácido, vagina libre, cuello en el eje de la vagina; consistencia ligeramente reblandecida, en el anexo izquierdo se palpa pequeña tumoración como del tamaño de una mandarina, ligeramente dolorosa.

Con la impresión clínica de quiste de Ovario, desórdenes endócimas post parto, indicaron Estrógeno 1 mg. diario.

Vuelve a consulta el 2 de junio 1953 por hemorragia genital después de  $3\frac{1}{2}$  meses de amenorrea siendo practicado curetaje y apareciendo en la nota que se extrajeron abundantes restos, los que no se mandaron a Anatomía Patológica.

En septiembre consultó por leucorrea, siendo el frotis negativo atricomona, monilia y gonococo. Regresa a consulta en Enero del 54 consultando siempre por leucorrea, dolores abdominales y porque desde que fué hecho el curetaje en junio no ha tenido su período menstrual.

Al examen ginecológico se aprecian siempre la masa anexial izquierda, ahora bastante dolorosa lo que impide su palpación correcta; al especulum se encuentra cuello uterino erosionado. Se toma frotis y biopsia del cuello. La biopsia del cuello es con-

contestada tuberculosis folículo caseosa y el frotis positivo a tricomona vaginal siendo ingresada al Servicio de Ginecología el 22 de Febrero.

En el servicio la paciente de los siguientes - datos: Menarquía a los 16 años, sus reglas nunca han sido normales. Antes de tener contacto sexual sus reglas le venían cada 15 días, abundantes, no dolorosa, le duraba cuatro días. Después de su primer hijo tuvo metrorragia cada 8 días, abundante, no dolorosa le duraban cuatro días.

Después del curetage: amenorrea y leucorrea.

Historia obstétrica: embarazo 3, a término 2, aborto 1. Niñas vivas 2.

Examen vaginal: vulva cerrada, periné flácido de multípara; U y B (-); vagina sin particularidades. Cuello descendido grado I, cilíndrico, rasgado transversalmente, cerrado. Cuerpo en posición intermedia, dolorosa a la presión, un poco aumentada de tamaño y desviado a la izquierda. F.S.L.I.: se toca empastamiento doloroso que fija el cuerno izquierdo del útero a la trompa inflamada. F.S.L.D.; anexo aumentada como 3 veces su tamaño, dolorosa y fija al ovario que también es doloroso.

Espéculum: ligera erosión del cuello. Histerometría  $6\frac{1}{2}$  cm. Se toma biopsia del endometrio, siendo ésta caseosa.

Se tomó Radiografía pulmonar el 10 de Febrero y contestaron negativa a lesiones pulmonares (Nº Archivo 77837). Examen orina por cateterismo sin particularidades. Urocultivo: se aisló estafilococo aureus hemolítico con pruebas de patogenicidad negativas (17 Febrero 1954). Hemograma normal.

La biopsia del endometrio fué contestada el 25 de Febrero (Nº 9993), la mayor parte de la muestra está constitui-

da por sustancia necrótica amorfa.

Hay folículos tuberculosos con células gigantes. Se le indicó estreptomycinina 1 gr. diario hasta el 1º de Marzo es decir 8 gr. y PAS 8 gr. diarios.

Se le da el alta el 1º de marzo quedando en control del Servicio, inyectándole 1 gramo de Estreptomycinina 3 veces a la semana, estando bastante mejorada.

Caso N° 13:

M.J.F.G. de 19 años, Archivo N° 155.989, consulta al Hospital Rosales el 5 de julio de 1954 por: dolor abdominal. Historia: Refiere la paciente que desde hace 8 días comenzó a sentir dolor en el bajo vientre, suave y continuo, pero que el día de hoy se le agudiza y acompaña de temperaturas altas.

No ha tenido vómitos y sus cámaras han sido normales. Este dolor se le ha generalizado por todo el abdomen. Antecedentes familiares y personales sin importancia.

Historia Ginecológica: nunca ha menstruado, ni estado embarazada. Tiene marido.

Examen físico: joven, bien constituida, febril con temperatura bucal de 49.5º y rectal de 40.1º. Al examen abdominal: ligera resistencia a la palpación, hay dolor generalizada pero más pronunciado en la fosa ilíaca derecha. Maniobra de Rosbing positiva.

Ginecológico: además de ligera leucorrea; encuentran fondos de saco laterales dolorosas en ambos lados, no hay resistencia, no se aprecian los anexos.

Con la impresión clínica de Anexitis o apendicitis aguda es ingresada al Servicio de Ginecología; con indicaciones de antibióticos y exámenes complementarios y además investigar la amenorrea de esta paciente.

En el Servicio en el examen ginecológico anotan: Vulva hipoplás-  
tica; U y B. negativa. Periné firme. Cuello periforme de nulípara  
infantil; orificio externo cerrado, Cuerpo Hipoplásico en posición  
intermedia. En el F.S.L.D. hay una tumoración irregular no doloro-  
sa, firme que corresponde al anexo y que sube a la fosa ilíaca de-  
recha, como de 15 cm. de diámetro, con una prolongación hacia el -  
fondo de saco anterior dando la impresión de ser la trompa infla-  
mada. En el anexo izquierdo se toca una tumoración como de un --  
tercio de la del lado derecho.

Espéculum: cuello aparentemente sano. A la histerometría mide la  
cavidad 6 cm. Se toma biopsia del endometrio extrayéndose blanco  
purulento.

Se tiene la impresión de tratarse de Tubercu-  
losis genital, La biopsia es contestada N° 11602; tuberculosis  
caseosa con células gigantes. Se tomo Radiografía pulmonar N°  
86920: negativo a lesiones pulmonares. Se toma radiografía del  
aparato urinario y cistoscopia siendo ambas negativas.

Después de tratamiento a base de 1 gr. de -  
Estreptomina y Rimifón 150 mgr. por 38 días, se toma nueva  
biopsia endometrial que contestaron: Endometrio en fase foli-  
culínica, hay abundante sustancia necrótica, pero no se encuen-  
tran lesiones de tuberculosis.

Esta paciente continúa en control habiendo  
casi desaparecido por completo los hallazgos anexiales y se -  
siente en mejores condiciones.

CUADRO No. 1

CASO	ARCHIVO	FECHA	EDAD	SERVICIO	FIEBRE	DOLOR	LEUCORRÉA	EMBARAZOS	ASCITIS
No. 1		10 Mayo 1950	18 a.	Clínica Dr. Cañas					
No. 2	39605	16 Mayo 1950	58 a.	2o. C.M.	No	No	Si	6	No
No. 3	76073	22 Agos. 1951	47 a.	Serv. Ginecología	No	Si	Si	0	No
No. 4	60670	17 Enero 1951	25 a.	Servicio Ginecolog.	Si	Si	Si	2	No
No. 5	36667	26 Mayo 1951	20 a.	Servicio Ginecolog.	No	Si	Si	1	Si
No. 6	42399	30 Oct. 1951	20 a.	Servicio Ginecolog.	Si	Si	Si	0	No
No. 7	90151	18 Feb. 1952	26 a.	Servicio Ginecolog.	No	Si	Si	0	No
No. 8	48820	4 Julio 1953	30 a.	Servicio Ginecolog.	No	Si	Si	5	No
No. 9	131041	28 Jul. 1953	25 a.	Consult. Ginecolog.	No	Si	Si	0	No
No. 10	134658	3 Oct. 1953	33 a.	Servicio Ginecolog.	Si	Si	Si	8	No
No. 11		20 Nov. 1953	32 a.	Clínica Dr. Burgos	No	Si	Si	0	No
No. 12	62739	22 Feb. 1954	20 a.	Servicio Ginecolog.	No	Si	Si	3	No
No. 13	155989	5 Jul. 1954	19 a.	Servicio Ginecolog.	Si	Si	Si	0	No

Continuación CUADRO No.1

TRASTORNOS MENS TRUALES	TRASTORNOS URINARIOS	ANTECEDENT. TUBERCULOS.	EXAMEN GINECOLOGICO.
Menopausia	No	No	Prolapso uterino
Dismenorrea Metrorragia	Nicturia Polaquiuria hematuria	No	Cuerpo aumentado de tamaño, noduloso, irregular.
Metrorragia	No	No	Tumoración en plastrón, semi- blanda en F.S.A. e izq, cue- llo erosionado.
Irregularid. menstruales	Polaquiuria	Pleuresía	Tumoraciones anexiales bi- laterales.
No	Polaquiuria disuria, po- liuria.	No	Tumoración del Douglas y fondo de saco laterales hasta el ombligo.
Amenorrea	Disuria	Adenitis tuberculosa	Tumoración yxtauterina de- recha que llega hasta el ombligo.
Amenorrea	No	No	Ulcera del cuello, tumoracio- nes anexiales bilaterales.
Amenorrea	Disuria, po- laquiuria.	No	Cuello erosionado, empasta- miento anexial izquierdo.
Metrorragia	No	No	Tumoraciones anexiales bi- laterales.
Amenorrea Dismenorrea	Disuria	No	Negativo.
Amenorrea Metrorragia	No	No	Cuello erosionado. Tumora- ción anexial izquierda.
			Fondo de saco derecho tumo-

CUADRO No. 2

CASO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	METODO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	DIAGNOSTICO OPERATORIO
No.1		Biopsia de cuello		
No.2	Prolapso genital III		Prolapso genital III	Prolapso genital III
No.3	Utero miomatoso		Fibromatosis uterina	Fibromatosis uterina.
No.4	Piosalpinx izq. Pelviperitonitis		Piosalpinx izq. Pelviperitonitis	Piosalpinx izq. Pelviperitonitis.
No.5	Peritonitis bacilar. Síndrome de Meigs?.	Biopsia endometrial	Salpingitis tuberculosa con peritonitis	Tuberculosis genital con peritonitis
No.6	Salpingitis crónica bilateral	Laparotomía	Quistes ováricos	Tuberculosis genital.
No.7	Tumor sólido ovárico izq.	Curetaje diagnóstico	Tuberculosis genital	Tuberculosis genital
No.8	Tuberculosis genital.	Biopsia del cuello	Tuberculosis genital	Tuberculosis genital
No.9	Tuberculosis genital	Biopsia del cuello		
No.10	Enfermedad pélvica inflamatoria.	Biopsia del endometrio		
No.11	Tuberculosis genital.	Biopsia del endometrio.		
No.12	Salpingitis	Biopsia del cuello y endometrio.		
No.13	Salpingitis aguda.	Biopsia del endometrio.		

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO.	EICPSIA No.
Cervicitis tuberculosa con abundantes folículos y células gigantes.	1846
Cervicitis tuberculosa.	1904
Tuberculosis foliculocaseosa con abundantes células gigantes en el endometrio; hay zonas del miometrio que han sido invadidos por el proceso.	2942
Tuberculosis utero-anexial	718
Ovario con proceso manifiesto de tuberculosis folicular que ocupa casi todo el estroma del órgano. Salpingitis tuberculosa.	713
Proceso de tuberculosis peritoneal y salpingitis tuberculosa franca. Los quistes del ovario tipo pseudomucinoso y algunas tipo folicular simple.	3028 3029
Cuello: cervicitis crónica. Endometrio y miometrio con lesiones tuberculosas. Trompa: salpingitis crónica. Ovario: quistes simples, múltiples y cuerpo lúteo hemorrágico gigante.	3650
Cuello: tuberculosis foliculocaseosa. Endometrio: Tuberculosis del endometrio.	8039 7458
Tuberculosis foliculocaseosa	8526
Tuberculosis del endometrio	8606
Tuberculosis del endometrio	9062
Cuello: tuberculosis foliculocaseosa Endometrio: folículos tuberculosos con células gigantes	9993
Tuberculosis caseosa con células gigantes	11602

CUADRO No.3

CASO	TRATAMIENTO	MEDICACION	OPERACION
No.1			
No.2	Quirúrgico.	Transfusión, hígado hierro.	Histerectomía vaginal
No.3	Médico-Quirúr- gico.		Histerectomía total con salpingo-ovariectomía bilateral
No:4	Médico Quirúrgi co.	Hígado, vitaminas	Histerectomía subtotal con salpingo-ovariecto- mía derecha.
No.5	Médico-Quirúrgi co.	Estreptomina 15 gramos	Salpingo-ovariectomía derecha y salpingecto- mía izquierda.
No.6	Médico Quirúr- gico		Histerectomía total con salpingo-ovariectomía bilateral y apendicecto- mía.
No.7	Médico Quirúr- gico.	Estreptomina 21 gramos	Histerectomía total con salpingo-ovariectomía bilateral.
No.8	Médico Quirúrgi co	Estreptomina 56 gramos	Laparotomía exploradora
No.9	Médico	Estreptomina 40 gramos	
No 10	Médico	Rimifon 150 grs día Estreptomina 19 gramos	
No.11	Médico	Estreptomina 40 gramos. Rimifón 150 mgrs diarios	
No 12	Médico	Estreptomina 1 grs día No8, luego 1 gr día alt. No. 30. PAS 8 grs por 60 días	
No.13	Médico	Estreptomina 38 grs. Rimifón 150 mgr por 32 días	

MEDICACION POST-OPERATORIA.	RESULTADO	RADIOGRAFIA	CONTROL	CLASIFICACION
Hígado, hierro.	Bueno	Negativa	No	Primaria
Estreptomina 60 gramos.	Bueno	Negativa	Si	Primaria
Estreptomina 30 gramos	Bueno	Negativa	Si	Primaria
Estreptomina 30 gramos	Bueno	No se observa evidencia de derrame pleural al presenta. Rx. Neg.		Secundaria
Estreptomina 30 gramos	Bueno	Negativa	Si	Secundaria
Estreptomina 30 gramos	Bueno	Negativa	Si	Secundaria
Estreptomina 21 grs y rimifon 150 mgrs diarios	Mejorada 75%	Negativa	Si	Secundaria
	Mejorada 40%	Infiltración tipo fibroso en ambos campos pulmonares más marcado en los lóbulos sup. debido a tuberc. antigua	Si	Secundaria
	Mejorada 50%	Negativa	No	Primaria?
	Bueno	Negativa	1 vez	Clinicamente primaria.
	Mejorada 75%	Negativa	Si	Clinicamente primaria.
	Bueno	Negativa	Si	Clinicamente primaria.

ANALISIS DE LOS CASOS ESTUDIADOS:

Como se ve en los cuadros anteriores el presente trabajo se basa en el estudio de 13 casos de tuberculosis genital descubiertos y tratados en el Servicio de Consulta Externa y sobre todo en el Servicio de Ginecología del Hospital Rosales durante los años comprendidos entre 1945 a octubre de 1954 inclusive.

Como se comprueba de estos casos , del primero fúé imposible datos exceptuando la biopsia, por ser un caso particular, por lo que la presente estadística la baso en el estudio de doce casos restantes.-

Vamos a analizar los datos obtenidos en nuetros casos comparando frecuencia, síntomas, evolución, etc. como lo publicado en otros paises: respecto a la condición social vemos en el cuadro N°1 que de doce pacientes, únicamente dos eran de clientela privada, pero ello se explica haciendo notar que la inmensa mayoría de las biopsias examinadas son de las pacientes hospitalarias y que algunos casos particulares no están en estos archivos, por lo que no podemos concluir definitivamente. Es de recordar asi mismo que siendo la tuberculosis más frecuente en individuos que por su condición económica viven en lugares insalubres, mal alimentados, la tuberculosis genital también es más frecuente en esta clase de población.

Algo que llama poderosamente la atención en nuestros estudios es que teniendo la tuberculosis un alto índice de morbilidad en nuestro medio, la localización genital es rara: la Dra. Urbina la en

contró en 0.2% comparándola con la localización en otros órganos, mientras que en la mayoría de las estadísticas nos da un porcentaje de 3.5%.

si lo comparamos únicamente con otras enfermedades ginecológicas la estadística del Dr. Salvador Batista Mena es de 6 casos de tuberculosis genital en 1494 pacientes ginecológicos ingresadas a su servicio o sea un 0.5%. En su clientela particular el Dr. José González Guerrero seleccionó 156 casos de pacientes estériles de un grupo de 346, por poseer varias biopsias endometriales encontrando únicamente dos casos de tuberculosis genital o sea un porcentaje de 1.28%

Aún en nuestras pacientes tuberculosas la localización genital es rara, durante los años 1953 y 54 el Dr. Batista Mena, en 28 pacientes con lesiones pulmonares radiológicas y esputo positivo tomó biopsias endometriales, no encontrando en ningún examen lesiones bacilares. En el presente trabajo encontramos 11 casos en un total de 5827.órganos genitales examinados en el Gabinete de Anatomía Patológica con distintas afecciones ginecológicas o sea un 0.19 %.-

Es mi opinión sin embargo, que esta afección existe en mayor porcentaje por lo siguiente: al revisar los archivos del Hospital Rosales he notado que muchas veces sospecharon con fuerte base clínica tuberculosis peritoneal con localización primaria en el aparato genital, pero estas pacientes desgraciadamente se les sometió a tratamiento sin ahondar estudios para comprobación estió lógica completa como era una biopsia del cuello y sobre todo del

endometrio y aún en algunos casos estaba justificadísimo llegar a laparotomía exploradora para diagnóstico y tratamiento.

Es una pena consignar que en algunos casos se ordenó esta laparotomía y sin explicación ninguna estos pacientes fueron dados de alta.

Como un dato que nos afirma la sospecha anterior estudiamos el porcentaje de los casos descubiertos por años y tenemos :

AÑO	CASOS	PORCENTAJE
1945	0	0 %
1946	0	0
1947	0	0
1948	0	0
1949	0	0
1950	2	15.38%
1951	4	30.76%
1952	1	7.69%
1953	4	30.76%
1954 (nueve meses)	2	15.38%

Respecto al interesante dato dato que durante los primeros 5 años de estudio no se haya descubierto un tan solo caso de tuberculosis y que el porcentaje en los últimos años exceptuando 1952, venga en aumento, a mi juicio este aumento se debe a tres causas

- 1) En estos últimos años debido al mayor personal y deseo de superación se han estudiado mejor los pacientes hospitalarios, practicándose exámenes mucho más completos. Fácil de comprobación es esta pues se nota inmediatamente al revisar las hojas clínicas del archivo del hospital.

2) El cirujano y en especial el ginecólogo con el descubrimiento de estos casos insospechados se ha preocupado más por el estudio histológico de las piezas removidas, remitiéndolas en casi todos los casos al Gabinete de Anatomía Patológica.

3) El patólogo ha puesto en vista de ello mayor interés en la revisión de las piezas remitidas para su estudio, obteniendo por tanto mejores resultados en su investigación.

Además actualmente debido a la mejor educación y a la gran facilidad de transporte en el país nuestros pacientes acuden al Hospital y clínicas privadas en mayor número que en años anteriores y es por ello que creo que en años venideros tendremos un mayor número de casos descubiertos de tuberculosis genital, obteniendo así nuestra incidencia verdadera.

Respecto a la localización del bacilo en los órganos del aparato genital, los resumiremos en el presente cuadro:

ORGANO	CASOS	PORCENTAJE
Ovario	3	23.07%
Trompa de Falopio	10	83.33%
Utero: endometrio	8	61.53%
miometrio	2	15.38%
cervix	5	38.46%
Vagina	1	7.69%
Periné	1	7.69%

Quiero hacer constar que en la estadística anterior se han tomado los hallazgos anatomo-patológicos en los casos operados y en los casos tratados terapéuticamente los hallazgos encontrados en

el examen ginecológico.-

Si comparamos estos datos con las estadísticas extranjeras notamos que la trompas, los órganos más atacados, están afectados en un 83.33% o sea igual al índice de morbilidad menor que da Greenberg de 85%.-

El ovario se encontró infectado en tres casos o sea un 23% lo que nos concuerda con otras estadísticas.

El útero tanto en lo que respecta a la infección endo como miometrial se lo ha encontrado en igual porcentaje que en los otros países, mientras que el cuello uterino lo encontramos afectado en un 38.46% que comparativamente con la estadística extranjera de 5 a 6% es una notable diferencia. Algo importante de recalcar es la contradicción en el modo de infección de este cuello; dijimos al hablar en las generalidades que casi siempre era debido a una infección oxígena como creo aconteció en el caso N<sup>o</sup>.2 en la que encontramos una tuberculosis exclusiva del cuello uterino. Del caso N<sup>o</sup> 1 no podemos concluir por no tener datos completos. Pero en los otros tres casos en que el cuello estaba infectado nos ha llamado la atención que se encontraron también grandes masas anexiales y salpingitis bacilares histológicas, es decir que el ataque era secundario a otra localización genital lo que se considera la excepción.

Algo llamativo fué el hallazgo en el caso N<sup>o</sup>8 en que se encontró lesiones vaginales extensas y en el periné descritos en otros países, casi exclusivamente de asiento primario, mientras que en nuestro caso al ataque fué secundario a una salpingitis tubercu-

losa.

En lo que se relaciona a la peritonitis tuberculosa que tan frecuentemente acompaña a las lesiones del aparato genital, por lo que algunos autores la describen conjuntamente, nosotros la hemos encontrado en tres casos lo que dá un porcentaje de 23.07% en contraste con lo descrito en la literatura de 50 a 70%, sin embargo no podemos concluir definitivamente por existir tres casos tratamos medicamente, sin hacer laparatomía.

No encontramos en ninguno de nuestros casos lesiones del aparato urinario a pesar de haber encontrado su buen porcentaje de pacientes con trastornos de ese tipo, cosa que nos extrañó porque todos los autores están de acuerdo en ello.

Analicemos ahora la edad de los pacientes atacados y tenemos lo siguiente:

AÑOS	CASOS	PORCENTAJE
10-14	0	0 %
15-19	2	15.38%
20-24	3	23.07%
25-29	3	23.07%
30-34	3	23.07%
35-39	0	0
40-44	0	0
45-49	1	7.69%
50-54	0	0
55-60	1	7.69%

En nuestro cuadro tenemos pues que de los 13 casos examinados 10

están entre los 20 y los 34 años o sea la época activa de las mu je re s lo que está de acuerdo con los datos dados por la literatura m é d i c a . Que puede presentarse en otras épocas, lo que demuestra: el que describimos un caso en una niña de 18 años y dos caso s en pacientes menopáusicos.

Sin embargo estos casos son raros.

Entre los factores relatados como predisponentes, en nuestros ca so s, no se ha encontrado ninguno de hipoplasia uterina. Dos de nuestras pacientes, caso N<sup>o</sup> 4 y N<sup>o</sup>12, había padecido en épocas recientes de abortos y en los casos N<sup>o</sup> 8 y N<sup>o</sup>10 el descubrimiento de la tuberculosis fué hecho poco tiempo después de su último pa rt o.

#### SINTOMAS:

Vamos a analizar los datos que aparecen en el cuadro N<sup>o</sup>1 en el que se han agrupado los síntomas y signos más importantes: el dolor: fué un signo constante 100% unas veces fué descrito so r do, como una molestia hipogástrica y en otros fué de tal intensidad que el sólo motivó la consulta.

La fiebre: signo tan característico de la bacilosis únicamente se presentó en 4 casos o sea un 33.33%. En el caso N<sup>o</sup>5 y en el N<sup>o</sup> 8 se presentó un proceso febril de tres días de duración después de la intervención quirúrgica siendo después apiréticas.

Antecedentes de tuberculosis los encontramos únicamente en 2 paci en te s, el caso N<sup>o</sup> 5 que padeció de una pleuresía serofibrinosa que supuraron dejando cicatrices visibles, durante su adolescencia y que en mi opinión se trataron de escrófulas.

La leucorrea se presentó en el 100% de los casos, cosa fácil de explicarse pues se le encuentra en casi todo proceso infeccioso ganital.

Respecto a los trastornos urinarios lo encontramos descritos en 6 de nuestros pacientes, consistiendo en poliaquiuria, disuria en la mayoría de los casos, poliuria en 1 caso, presentándose hematuria y nicturia en un solo paciente. Tenemos pues que se presentaron estos trastornos en la mitad de los casos.

Respecto a la esterilidad se presentó en 6 pacientes, lo que nos dá un porcentaje de 50% en contraste con el alto porcentaje que nos dan los norteamericanos de casi 90%. Creemos sin embargo que en nuestro hospital no se hacían estudios completos en pacientes estériles en las que es muy probable hubiéramos encontrado más casos.

A propósito de los trastornos menstruales los encontramos en 11 casos de los 12 estudiados con datos completos o sea un 91.66% y los síntomas podemos resumirlos así:

Amenorrea	6 casos	50 %
Metrorragias	4 "	33.33%
Dismenorrea	2 "	16.66%
Irregularidades menstruales	1 "	8.33%
Menopausia	1 "	8.33%

Greemberg da estadísticas bastante distintas encontrándose la dismenorrea en primer término y las metrorragias pero en porcentaje mayor.-

Respecto de la ascitis me ha llamado la atención que a pesar de

encontrarse casos con tuberculosis peritoneal bastante avanzados únicamente en el paciente N° 5, encontramos una ascitis serofibrinosa.

En exámenes sanguíneos encontramos anemia de mediana intensidad únicamente en el primer caso; la fórmula leucocitaria estaba en los límites normales con ligera tendencia a la leucopenia, exceptuando el caso N° 4 en el que se encontró una leucocitosis que llegó a 12500 glóbulos blancos.

En el examen vaginal encontramos:

Tumor anexial: único	4	33.33%
bilateral	5	41.66%
Cuerpo uterino noduloso, duro	1	8.33%
Cuello uterino erosionado	4	33.33%
Prolapso uterino	1	8.33%
Examen negativo	1	8.33%

Tenemos que estadísticamente podemos decir que fueron tumoraciones anexiales y lesiones del cuello los hallazgos físicos del aparato genital; las lesiones del cuello exceptuando el caso N° 5 todas eran pequeñas erosiones. Además de ello tenemos que en uno de nuestros casos el hallazgo ginecológico fué prolapso uterino, pero igualmente la contestación histológica fué para nosotros nueva sorpresa. Únicamente en la paciente N° 11 nos encontramos ante un examen vaginal completamente negativo.

Estudiando los diagnósticos comprobamos que en el Consultorio del Hospital de los 12 casos únicamente fueron diagnosticados 4 y de ellos 2 después de varias consultas, en las que se tomó

biopsia del cuello sin sospechar al principio la etiología del proceso.

En el servicio a pesar de una mejor observación clínica, tanto en la historia mas cuidadosa, exámenes repetidos y evolución del caso fué poco diagnosticada.

En las pacientes operadas tenemos los siguientes datos:

De 7 pacientes intervenidas se hizo el diagnóstico preoperatorio en 3, lo que nos dá un porcentaje de 42.71%, de estos casos el N<sup>o</sup> 8 se hizo el diagnóstico al tomar biopsia por sospechar una lesión neoplásica del cuello, terminando de confirmar el diagnóstico por biopsia endometrial. Así mismo fué una sorpresa el diagnóstico en la paciente N<sup>o</sup> 7.

El diagnóstico durante el momento de la operación además de comprobar el diagnóstico ya hecho de los 3 casos anteriores se agregó el de la paciente N<sup>o</sup> 6 que era una tuberculosis genito-peritoneal con tubérculos visibles.

En las últimas 5 pacientes en las que el tratamiento fué únicamente médico el diagnóstico fué hecho en dos de ellos por biopsia del cuello completada en uno por curetaje diagnóstico. En los tres restantes fué la biopsia endometrial la que nos confirmó la etiología del proceso. En ninguno de estos casos se sospechó al principio la enfermedad y fué al hacer exámenes para ahondar el estudio de las pacientes que se encontró con esa sorpresa diagnóstico.

De lo que antecede tenemos que concluir con lo que afirman todos los autores, que el diagnóstico de la tuberculosis genital femenina es uno de los más difíciles y hay que tenerlo siempre

presente para poder sospechar.

Analicemos por último el cuadro N<sup>o</sup> 3 y respecto al tratamiento tenemos que de los 12 casos completos estudiados en 5 de ellos fué un tratamiento exclusivamente médico, en un caso el tratamiento fué solamente quirúrgico y en los 6 restantes combinación de los dos sistemas: médico quirúrgicos.

Cuando se hizo el tratamiento médico quirúrgico en lo que respecta a la intervención fué lo más radical posible habiéndose hecho histerectomía total con salpingoovariectomía bilateral en 3 pacientes; en un caso se hizo histerectomía subtotal dejando al mismo tiempo trompa y ovario izquierdo, por dificultades técnicas producidas por el engrosamiento considerable del peritoneo visceral; por el mismo motivo en el caso N<sup>o</sup> 5 unicamente se practicó salpingo ovariectomía derecha y salpingectomía izquierda, dejándo el ovario de ese lado por estar aparentemente sano y al mismo tiempo ser la paciente muy joven. El caso N<sup>o</sup> 8, a pesar de un tratamiento médico de 8 semanas, unicamente se pudo practicar una laparotomía en la que se comprobó una masa de adherencias entre las asas intestinales, ovario y útero, entre las que era imposible reconocer ninguna estructura definida y en la que unicamente se confirmó el diagnóstico. En el caso N<sup>o</sup> 2 la intervención fué histerectomía vaginal por prolapso, pero el diagnóstico fué un hallazgo de estudio de la pieza removida. A todas estas pacientes ya sea como pre o post operatorio, según que el diagnóstico había sido confirmado antes o después de la intervención, se les había sometido a quimioterapia con dihidro estreptomina a la dosis de 1 gramo diario intramuscular

en número de 30.

En dos de estos casos el tratamiento con estreptomicina fué mas prolongado pero en ese caso después de la cantidad dicha se espació la dosis de la droga a tres gramos a la semana.

En los 5 casos últimos el tratamiento fué exclusivamente médico. En el caso N° 10 el tratamiento fué incompleto por haber exigido la paciente su alta cuando unicamente se le habían inyectado 19 gramos de estreptomicina.

En los casos N° 11 y N° 13 se hizo tratamiento con estreptomycinna combinado con Rimifón, este último a la dosis de 150 mlgs. diarios con excelentes resultados y en el caso N° 12 el tratamiento fué estreptomicina y PAS a la dosis de 8 gramos diarios. El caso N° 9 por ser de localización secundaria y estar en vías de mejoría ha tenido un tratamiento con estreptomicina, pero ambulatorio.

En cuanto al resultado del tratamiento de estos pacientes lo podemos calificar en conjunto de excelente, siendo su resultado bueno inmediatamente en 8 de ellas y presentando las otras franca mejoría como se comprueba en el cuadro N° 3.

En lo que respecta a su control ha sido posible hacerlo dichosamente en 8 pacientes, imposible en tres de ellas por no haberse presentado a este hospital, a pesar de haberse insistido y explicado las ventajas de ello. De estas 8 pacientes permanecen curadas 5 al menos clinicamente y las restantes presentan franca mejoría. Vamos hacer ahora la clasificación de estas enfermedades de tuberculosis genital basandonos en que: es una afección primaria aquellos casos en los que no existen antecedentes ni puede ser demostrada otra localización bacilar en el organismo

o que la lesión genital es predominante a la que pudiera presentar en otro órgano atacado, y secundaria en el caso contrario. Tenemos entonces que de los 12 casos estudiados hemos catalogado 3 como primarios (Nº 2, 3 y 4), lo mismo los casos Nº 11, 12 y 13, clínicamente primarios, y uno de ellos el Nº 10 creemos puede ser catalogado también así.

Los 5 casos restantes fueron catalogados de secundarios por presentar antecedentes de tuberculosis (Nº 5 y Nº 7), o lesiones tuberculosas activas en otros órganos que probablemente son anteriores a las lesiones genitales como ocurre en la mayoría de las veces: pulmonar (Nº 9) o peritoneal (Nº 6 y Nº 8).

Como observamos en nuestra estadística encontramos mayoría de casos de tuberculosis genital primaria en contradicción con la literatura médica, pero lo atribuyo a la falta de estudio en pacientes que presentando sintomatología genital y foco tuberculoso activo en otro órgano no se han completado los estudios de diagnóstico de estas enfermas, para comprobación de localización genital.

CONCLUSIONES

1) He analizado 13 casos de tuberculosis de los órganos genitales femeninos que se descubrieron entre los años 1945 a Octubre de 1954 inclusive. Se presenta la casuística y se analiza edad, sintomatología, diagnóstico, tratamiento, resultados, control y clasificación de estas pacientes.

2) Analizando la Bibliografía nacional encontramos que el primer caso fué reportado en 1942 por el Dr. Roberto Orellana en el 2º Congreso Médico Nacional, habiendo practicado el estudio histológico el Dr. Ernesto Fasquelle.

3) He observado una mayor incidencia de la tuberculosis genital a partir del año 1950, y creo es debido al mayor interés tanto del ginecólogo como del patólogo. En los primeros 8 meses del corriente año se han diagnosticado 2 casos de esta enfermedad.

4) La tuberculosis genital es rara entre nuestros pacientes ginecológicos a pesar de la morbilidad de la tuberculosis. Lo prueba el hecho que en pacientes particulares el Dr. José González Guerrero encontró 1.28% y en el Hospital Rosales el Dr. Salvador Batista Mena lo ha encontrado en 0.5% de las lesiones ginecológicas de pacientes de su servicio. En autopsias la Dra. Urbina lo encontró en 0.2%, y el presente trabajo apenas lo encuentro en 0.19% de las biopsias de órganos genitales examinadas.

5) La localización más frecuente fué siempre las trompas de falopio, pero no extrañó encontrar el cervix afectado en tan alto porcentaje.

6) La edad mas corrientemente afectada fué la de la vida sexual de la mujer (entre los 20 y 35 años), disminuyendo después considerablemente.

7) La condición social no influye en el índice de morbilidad de esta infección, y lo demuestra la estadística del Dr. González Guerrero, ligeramente más alta que la del Hospital.

8) La sintomatología recuerda mucho a la descrita en la literatura médica. El síntoma predominante fué el dolor, siguiendo le luego trastornos menstruales y urinarios, lo mismo masas pelvianas.

9) En el grupo estudiado bajo el punto de vista esterilidad lo encontramos en porcentaje menor que el índice elevado de la literatura médica.

10) El diagnóstico de la afección fué hecho en muy pocos casos, descubriéndose la mayoría al completar el estudio de cuadros pélvicos de etiología obscura, por lo que aconsejo siguiendo el consejo de Warthon, tenerlo siempre presente en los cuadros cuya sintomatología no encuadre en los síndromes ginecológicos conocidos.

11) En ninguna paciente se hizo tratamiento fisioterápico.

12) La mayoría de pacientes estudiados se trataba de casos avanzados de tuberculosis por lo que estaba bien indicada la cirugía radical, completada como en estas pacientes de tratamiento quimioterapéutico.

13) En los casos incipientes o moderados es donde el tratamiento médico está indicado, sobre todo en pacientes nulíparas.

14) Aconsejo usar siempre el tratamiento médico combinado de varias drogas para evitar las cepas resistentes del bacilo.

15) Se debe evitar la concepción de estas pacientes hasta después de varios años de su enfermedad y de haber comprobado por todos los medios diagnósticos posibles la curación de la paciente.

16) Se debe dar tratamiento quimioterapéutico a estos pacientes en el puerperio para evitar la reactivación de las lesiones.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Barns, Tom and Snaith, Linton: Tuberculous Cervicitis, A Report on two cases and note upon the Natural History of the condition, J Obst. & Gynaec. Brit Emp 60:131, 1953.
- 2.-Batista Mena, Dr. Salvador: Tuberculosis genital en El Salvador, Reporte de seis casos del Hospital Rosales. Primer Congreso Centroamericano de Obstetricia y Ginecología de 1953.
- 3.-Calatroni, J. Carlos y Ruiz V: Terapeutica Ginecológica 4a, Edición 1946. Cap. 23. Pags. 527-539.
- 4.-Cecil and Loeb: Tratado de Medicina Interna. 8a. Edición 1953, Pags. 255-304.
- 5.-Crossen J. R: Diseases of Woman. 10a. Edición 1953. Cap. 3, Pags 251-255. Cap 6. Pags 456-459. Cap. 10, Pags 657-665. Cap 11, Pags 691-694
- 6.-Curtis Huffman: Textbook of Gynecology. 6a. Edition, 1950.
- 7.-Fulton John F: Las normas fundamentales de las citas bibliográficas. 2a. Edición, 1951.
- 8.-Harry Sered, Frederick H. Falls and Bruce P. Zummo: Streptomycin in Gynecologic Tuberculosis; J. A. M. A. 142:547, 1950.
- 9.-Herring, John S. and King John A. - Tuberculosis of endometrium and of cervix associated with pregnancy. Successful treatment with streptomycin: Am. J. Obst. & Gynec. 60:925, 1950.
- 10.- Kisa, Kanji: A clinical Analysis of the "Angiograms" found in the course of Hysterosalpingography with Special reference to tuberculosis of the females genitals: Am. J. Obst. & Gynec. 67:57, 1954.
- 11-Luben, Samuel and Wualtman Richard. Female Genital tuberculosis treated with streptomycin Am. J. Obst. & Gynec. 60, 1177, 1950
- 12-Moore, Robert Allen. Anatomía Patológica, 1a. Edition 1944.
- 13-Marsalek, J: X ray. Picture of uterine and tubal tuberculosis Am. J. Obst. & Gynec 67:465, 1954.
- 14-Novak and Novak: Textbook of Gynecology. 4a. Edition, 1942.
- 15-Novak Emil. Gynecology and Obstetric Pathology. 3a. Edition, 1953
- 16-Orellana V. Dr. Roberto, Tuberculosis genital en la mujer. 2o. Congreso Médico Nacional 1942.

- 17.-Te Linde R.W.-Ginecología Operatoria.la.edición,1948.,
- 18.-Te Linde R.W.Operative Gynecology.2a.edition,1953.
- 19.-Vásquez Luis Edmundo, Juan José Fernandez, José A.Saldaña.  
Notas de Terapeutica Clínica,1954.
- 20.-Wharton L.R.Ginecología con sección sobre urología feme-  
nina.2a.edición,1950.