

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

DR. D. ARCADIO SANCHEZ LOPEZ
CATEDRATICO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

**Valoración diagnóstico - terapéutica
de la tuberculosis genito - peritoneal
femenina**

DISCURSO DE APERTURA DEL CURSO 1959-1960

VALLADOLID
1959

VALORACION DIAGNOSTICO - TERAPEUTICA
DE LA TUBERCULOSIS GENITO - PERITONEAL
FEMENINA

(Discurso de apertura de curso)

Disc. Apert. UVA 59/60 BiCe



5>0 0 0 0 4 0 7 4 8 3



COPIA 407483

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

DR. D. ARCADIO SANCHEZ LOPEZ
CATEDRÁTICO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Valoración diagnóstico - terapéutica de la tuberculosis genito - peritoneal femenina

(Discurso de apertura de curso 1959-1960)



VALLADOLID
1959

Depósito Legal: VA. 447 - 1959

Talleres Tipográficos de la Editorial SEVER-CUESTA.—Valladolid

ORDEN DE EXPOSICION

	Págs.
I. LA PARTICIPACION GENITAL	11
II. LA INTIMIDAD DEL PROCESO	15
<i>La predisposición genital</i>	18
III. VALORACION DIAGNOSTICA	20
LAS FORMAS OCULTAS O HISTOLÓGICAS	23
<i>Datos clínicos generales</i>	23
<i>Esterilidad</i>	24
El ovario	25
La trompa	25
El endometrio	25
Gestaciones a término	26
<i>Mensis</i>	26
<i>Dolor</i>	27
<i>Leucorrea</i>	27
<i>Objetividad</i>	28
La inspección	28
El tacto bimanual	28
Las fistulizaciones	29
1.º LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PREEMINENTES	30
A.— <i>Biopsia del endometrio</i>	30
El microlegrado	30
Los errores del microlegrado	32
B.— <i>Tubérculo experimental</i> !	33
Trozos de endometrio	33
Mensis	33
Secreciones genitales	33

	Págs.
C.— <i>Los cultivos</i>	34
2.º LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARIOS	35
A.— <i>Biológicos</i>	35
La reacción de Mantoux	35
La reacción de Middlebrok-Dubos	35
La reacción de floculación de Vernes	36
La reacción de desviación del complemento de Bes- redka	36
Las llamadas pruebas de carga	37
B.— <i>Métodos laparoscópicos</i>	38
La laparoscopia	38
El oxiperitoneo	39
La culdoscopia	39
C.— <i>El diagnóstico radiográfico</i>	39
D.— <i>El laboratorio común</i>	40
Frotis de exudados	40
La colpocitología	41
<i>El hemograma</i>	41
El índice de Vélez	42
El esquema de Arneth	42
E.— <i>Métodos quirúrgicos</i>	43
La punción exploradora	43
La colpotomía	43
La laparotomía exploradora	43
LAS FORMAS ALTAS O TACTABLES	44
A.— <i>La objetividad</i>	44
B.— <i>La participación peritoneal</i>	45
C.— <i>Diagnóstico diferencial con las anexitis</i>	46
LAS FORMAS BAJAS O VISIBLES	46
A.— <i>La tuberculosis de portio</i>	47
Las formas miliares	47
Las formas productivas	48
Las formas úlcero-caseosas	48
El diagnóstico procesal diferencial	48
El diagnóstico histo-patológico	49
B.— <i>La tuberculosis de la vagina</i>	50

	Págs.
C.— <i>La tuberculosis vulvar</i>	51
D.— <i>Los procesos asociados</i>	51
IV. VALORACION TERAPEUTICA	53
1.º LA LUCHA CONTRA LA INVASIVIDAD	54
A.— <i>Antigenoterapia</i>	54
B.— <i>Las nuevas drogas</i>	54
La estreptomicina	55
El ácido para-amino-salicílico (PAS)	57
La isoniazida	57
La tiosemicarbazona (TB1-698)	59
C.— <i>La asociación de tuberculostáticos</i>	59
Streptomicina-Isoniazida	60
Streptomicina-PAS	61
Isoniazida-PAS	61
Streptomicina-Isoniazida-PAS	62
D.— <i>La medicación hormonal</i>	62
Los andrógenos	62
Los corticoides	62
La hormona somatotropa	63
E.— <i>El control del tratamiento anti-invasivo</i>	63
2.º LA ESTIMULACIÓN REACTIVA DEL TERRENO	64
A.— <i>El tratamiento general</i>	64
B.— <i>La calcioterapia</i>	65
C.— <i>La actinoterapia</i>	65
D.— <i>La roentgenterapia</i>	67
E.— <i>La auroterapia</i>	68
3.º LA EXÉRESIS QUIRÚRGICA	69
COMO EPICRISIS	70

*Magnífico y Excelentísimo Señor Rector,
Excelentísimos Señores,
Ilustrísimos Señores Decanos,
Claustro Universitario,
Queridos Escolares,
Señoras y Señores:*

Día de júbilo es el de hoy, en que la Universidad, “Alma Mater” de la Nación, abre sus puertas a la juventud escolar, que al representar ciertamente la esperanza y porvenir de la Patria, es recibida con cordial solicitud y afecto paternal.

Por mis respetables y respetadas Autoridades Académicas se me ha hecho el inmerecido honor de leer el Discurso de Apertura de este afectivo y solemne acto. Consciente de mi medianía y carente de galas literarias que le embellecieran, temo, fundamentalmente, defraudar la confianza otorgada.

A mis ilustres compañeros de Facultad, prestigiosas figuras de la Medicina Española, no puedo ofrecerles materia que les deleite, mitigue inquietudes científicas o amplíe su vasto saber. Y para aquellos otros que no militan en la compleja disciplina médica, es obligado el lenguaje llano, que exprese sintéticamente conceptos precisos, único modo de no fatigar su atención. Las ideas claras se imponen y dejan siempre un aprovechable

sedimento para el entendido y para el profano. Tales razones conducen mi pluma por un camino medio de síntesis valorativa, que se aparta, tanto de la pretenciosa erudición exhaustiva, como huye de la mediocre pseudo-vulgarización, impropia de este docto recinto.

La Medicina, al estudiar los distintos morbos de la especie, debe considerar al cuerpo humano como UNIDAD, en el que sus funciones, *no se suman, sino que se integran*. Por eso, en el tema elegido, de localismo genital y componente general, queremos analizar y valorar lo que corresponde al todo y lo que es privativo de sus partes.

Todos los aspectos de la tuberculosis genito-peritoneal femenina deben encuadrarse dentro de la universalidad de la peste *blanca*. Así lo han reconocido los más ilustres ginecólogos que específicamente se han ocupado del problema. Aymes dice: “No existen tuberculosis locales”; Weibel afirma: “No hay formas anatómicas de fimia genito-peritoneal: su genuina representación es el tubérculo”, y la autoridad de Rantke, señala que “la fímica genital es una tuberculosa en estado de bacilemia”.

LA PARTICIPACION GENITAL

Dentro del marco de universalidad biológica anotado, ninguna ginecopatía se sella con tan intenso matiz heurístico como la tuberculosis genital femenina. Su presencia, tantas veces ignorada, y otras muchas, solamente advertida como hallazgo casual operatorio o necrópsico, tiene una repercusión social que afecta profundamente a la demografía. Sin discrepancias, con rara unanimidad y precisas comprobaciones es hecho admitido que opera como agente causal de esterilidad, aborto y gestación ectópica, en sus formas activas o en las aparentemente curadas.

Es muy difícil precisar el porcentaje de morbilidad genital imputable a la tuberculosis. No es posible llegar a la verdad estadística por la falta de sistemática histo-patológica del material operatorio y la incomprensible limitación de las autopsias. A tal imprecisión, y con mayor cuantía, coopera el nutrido grupo de ginecopatías inflamatorias, de clínica solapada y macroscopia inespecífica, que sin confrontación histológica o pruebas biológicas precisas, dejan un interrogante causal. Todo ello justifica la estridente disparidad numérica que figura en los endebles datos estadísticos aportados por la ingente bibliografía al respecto, cuya amplia enumeración o análisis, pugna con la norma expositiva que nos hemos trazado. La simple sinopsis

topográfica que a continuación haremos expresa claramente que la metodología que sirve el despistaje de estos procesos carece de la uniformidad o minuciosidad deseada. Acredita, igualmente, que la genitalitis fímica, en su frecuencia y en su localización, se enmarca dentro del gran problema de la Medicina: INVASIVIDAD y TERRENO, binomio susceptible de las variantes que el cosmos le imprime.

En abstracto, contabilizando un considerable número de protocolos de autopsias de diversos autores centro-europeos y americanos, vemos que la incidencia de la tuberculosis genital en la mujer, oscila entre cifras del 1,65 al 5,3 por 100. Las amplias compilaciones de Pestalozza, en Italia, y de Meyer-Ruegg, en Alemania, aportan cifras del 10 y 15 por 100, respectivamente. Estos últimos datos son numéricamente alarmantes, pero los considero exactos dada la significación de sus ponentes. Se afirman con lógica irrefutable y pleno rigor científico, cuando comprobamos que la micro-biopsia del endometrio, como exploración de rutina en el Ambulatorio de Esterilidad, denuncia un 7 a 13,5 por 100 de tuberculosis genital.

El matiz localista de la tuberculosis genital tiene que encuadrarse dentro del componente general fímico. Así se comprueba cuando observamos que, en el 90 por 100, los datos clínicos o de autopsia, acreditan la impregnación fímica activa, coincidente, o los vestigios somáticos que aseguran su precedente existencia, en cualquier topografía corporal extragenital.

En un reciente trabajo de Halbrecht sobre 226 casos de localizaciones genitales, minuciosamente estudiadas con controles histológicos, se denuncia esta universalidad en el 53 por 100

de los casos. El porcentaje del proceso primario o coincidente, es el siguiente:

Pleuresía exudativa	42	por 100.
Tuberculosis peritoneal ...	23	”
” pulmonar ...	16	”
” vertebral ...	9	”
” renal	4	”
” ósea	3	”
” ganglionar ..	2	”
” intestinal ...	1	”
	100	

Por cuanto al reparto topográfico genital transcribimos la más extensa compilación que conocemos, suscrita por Heynemann y Weibel, ilustres ginecólogos que han prestado especial atención a este problema. Tales datos pueden entenderse como normativos. Colateralmente, exponemos también el punto de vista de otros autores, que prueba las grandes variantes estadísticas que son consecuentes a las razones precedentemente anotadas.

COMPILACION Heynemann-Weibel	BOTELLA 200 casos	MEIGGS (Porcentaje) 425 casos	ACHARD Límites
Trompa-Endometrio . 90 %	100	37,41 %	90 -94,8 %
Trompa 80 %			
Endometrio 72 %	80	48,19 %	43,5-59,2 %
Peritoneo 11,71 %			
Ovario 12 %	14	1,36 %	14,2-43,4 %
Cérvix 5 %			
Vagina 1 %	6	0,27 %	0,5-11 %
Vulva 2 %			
Parametrio 0,3 %	6	0,54 %	
Miometrio. 0,2 %			

De acuerdo con Heynemann y Weibel, es síntesis de cuanto antecede el establecer que la fimia genital integra el 2 por 100 de toda ginecopatía y el 15 por 100 de las anexitis observables, frecuencia que debe aconsejar al clínico la estimable consideración de esta etiología. La trompa, el endometrio y el peritoneo, son los protagonistas habituales. En el 50 por 100 de los casos, todos los órganos endo-pélvicos se hallan afectados, formando bloques adherenciales o proteiformes.

LA INTIMIDAD DEL PROCESO

En los primeros días de la vida, el epitelio pulmonar o del intestino, ofrece una especial receptividad a la agresión del bacilo humano o bovino, según ha demostrado Held en ciertas anexitis. He aquí la eficacia preventiva de la vacuna biliar Calmette-Guerin (B. C. G.) que compuesta por gérmenes bovinos atenuados, sin agresividad clínica, se halla dotada del suficiente poder antigénico y alergizante.

La agresión inicial del bacilo de Koch, despierta respuestas orgánicas, con fenómenos de sensibilización o alergia, verdadera alobiosis en el sentido de Heubner. Esta sensibilización reactiva se observa en la primo-infección; aquí, el impacto bacilar procura el chancro de Ghon con linfangitis y adenopatía regional integrando el complejo primario de Rantke. El ganglio puede calcificarse o permanecer activo y en acecho de ulterior difusión discreta, o de generalización, dando lugar a las formas de tuberculosis de órgano aislado o tercer complejo, donde la alergia se ha convertido en fuerte y auténtica inmunidad, a expensas de una declinación de la sensibilidad específica contra una reacción defensiva elevada. Todas las modalidades de la balanza "sensibilidad y defensa específica", son observables en la tuberculosis que nos ofrece claras figuras de alergia positiva y nega-

tiva así como de la inmuno-alergia. La sepsis sobreañadida, tan frecuente en la fimia genital, por sus óptimas condiciones causales, enmascara el cuadro clínico, hemático e inmunológico, con nuevas y diferentes respuestas que deben etiquetarse como para-alergias o patergias de Rossle.

La primo-infección, como la hemos considerado, no es observable en la fimia genital: chancro de Ghon, linfangitis y adenopatía, integran la tríada que confiere legalidad biológica al complejo primario de Rantke. En la literatura, se citan casos de tuberculosis primaria de la portio por coito con sujetos afectos de procesos fímicos genitales, con adenopatía satélite. Pero ha de admitirse que solamente la identificación del proceso genital aislado, sin lesiones actuales o precedentes, en otros parajes, que sólo la autopsia puede acreditar, podría asegurar una primo-infección. En suma: *la tuberculosis genital femenina, es afecto secundario en el componente universal de la fimia orgánica.*

Evoluciona habitualmente de modo larvado, sinuosamente, con mitigada y variable sintomatología clínica, en períodos de latencia o crisis de agudización (brotes de Redecker). Es bien tolerada por la mujer, como lo prueba su elevada presencia en las estériles, que en plena juventud, con aparente y aún rebosante salud, su avidez de maternidad nos conduce a su casual hallazgo.

Excepcionalmente es causa de mortalidad. Las defensas que establece el peritoneo pélvico, el encapsulamiento fibroso habitual de las propias localizaciones y las adherencias a órganos huecos, conglutinan el contenido pélvico, aislando el proceso,

en lánguida evolución. Por ello, estas fímicas genitales no caminan hacia la muerte con la cacoquimia y mitriditación, que, con hectiquez, procura el óbito en otras localizaciones extragenitales.

La muerte de estas enfermas se produce por lo que bien pudiéramos llamar *período cuaternario*, como expresión del fallo de toda barrera defensiva. Usualmente, por infecciones sobreañadidas, con paralela claudicación total del terreno. Son las raras formas pseudo-tíficas, miliares agudas, de violenta explosión y fulminante evolución por difusión hematógena.

El elevado porcentaje de la fimia genital femenina tiene una verosímil *interpretación patogénica*. La primo-infección se realiza en edades tempranas, en plena niñez. Es frecuente anotar procesos pulmonares, pleuritis en particular o abdominales con ascitis. En la pubertad, con la instauración del ciclo, se suceden los cambios hormonales que determinan los estrógenos, que con gran poder alergizante, figuran como factores de realización sobre el predisponente somático del aparato genital femenino. Los trabajos experimentales de Achard e Izzo, inoculando micobacterium al cobaya, bajo la acción de los estrógenos, probaron la gran actividad de tuberculización y diseminación bacilar, frente a cobayas no sensibilizados.

La conmoción genital bajo todo punto de vista: casamiento, gestación y fundamentalmente puerperio, desencadenan la quietud de la primo-infección o aceleran la evolución de localizaciones establecidas.

LA PREDISPOSICIÓN GENITAL va implícita en la fina vascularización tubárica y los vaivenes vasculares del endometrio que representan el mejor elemento fijador para el germen, que por *vía hematógena* o *linfática*, a partir de un ganglio pulmonar o mesentérico, y excepcionalmente por contagio directo, invaden el terreno, en el que la contigüidad y continuidad vascular y linfática determinan lo que denominamos *pangegenitalitis fímica*. A la habitual e inicial afectación de la trompa acompaña casi siempre la invasión del endometrio y más tarde del peritoneo. Trío protagonista principal del cortejo fímico lesional femenino. *La vía canalicular* genital, de curso excéntrico a partir del peritoneo, justifica las formas con arranque en la serosa afectación de trompa y ulteriormente del endometrio.

Invasividad y terreno, son los factores que condicionan toda la patología. De su equilibrio, proporción, intensidad y cuantía, se deducen las formas evolutivas de la tuberculosis genital femenina: La moderada invasividad —bacilo bovino— con defensas tisurales potentes, origina las *formas productivas de Bayle*. Fuerte invasividad y terreno débil, morbosa o constitucionalmente, procura las *formas exudativas de Laenec*. En las variantes de este binomio patográfico intervienen factores desconocidos de influencia cósmica. Las llamadas tuberculosis visibles (portio, vagina y vulva) apenas se observan en Centro-Europa y América, en cambio, son muy frecuentes en España, litoral Mediterráneo y en la India. Circunstancias lesionales, como tantas otras observables, que se vinculan a sutiles etiologías que el pensamiento lógico no puede descubrir. Y la hipótesis debe

ser contrastada por la experimentación de afirmación exacta y reiterada, para que el hecho ocupe el trono de la verdad. El técnico y el investigador deben recordar siempre uno de los mandamientos de las leyes de investigación de Descartes: “No aceptar como ciertos hechos insuficientemente probados”.

Es difícil hallar una *nosografía* que adecuadamente distribuya en órdenes y sistemas la patología consecuente al juego del binomio invasividad-terreno, operando en el amplio campo anatómico de los órganos pelvianos, sin delimitaciones tisurales, ni barreras infranqueables entre sí. Ello justifica la profusión de CLASIFICACIONES de la tuberculosis genital femenina que, como sinopsis artificiosas, se orientan hacia la atomización procesal. “Individualizar es el supremo arte de la Medicina”, pero en la genitalitis fímica no es posible esta fruición; la morbilidad asociativa y sus múltiples variantes objetivas en la topografía pelvi-genital imponen una clasificación que bien pudiéramos llamar “fisiopatológica” toda vez que es regida por el modo de actuar los factores que originan el proceso.

Siguiendo estas ideas, he propuesto la que sigue, que en abstracto, como el padecer mismo que la promueve, integra todas sus posibles variantes:

A.—FORMAS MILIARES	}	Peritoneo.
		Trompa.
B.—FORMAS HIPERPLÁSTICAS ... (Productivas de Bayle)	}	Endometrio.
<i>Bloques Proteiformes</i>		Trompa (Sactosálpinx).
C.—FORMAS NECRÓTICAS	}	Endometrio.
(Exudativas Laenec) (Ulcerocaseosas)		Ovario.

VALORACION DIAGNOSTICA

Morgagni en 1779, fue el primero que trató ordenadamente el diagnóstico de la fimia genital femenina dentro de un matiz meramente localista. Un siglo más tarde, Julio Pablo Moebius distribuía sus modalidades clínicas en tres grupos: A, *formas bajas o visibles*; B, *formas altas o tactables*, y C, *formas ocultas o histológicas*. Intuitivo esquema patográfico que ha sido el hito de partida de trabajos ulteriores, hasta el presente.

La marcha solapada de la genitalitis fímica en el 90 por 100 de los casos, sin conmemorativos de accidente inicial agudo, ni especificidad sintomática evolutiva, ofrece en la mayor parte de ocasiones grandes dificultades diagnósticas que se han aminorado considerablemente merced a la incorporación de específicas exploraciones: En preeminencia, la *biopsia del endometrio* y el *tubérculo experimental*; en orden complementario, los *métodos biológicos, laparoscópicos, radiográficos, del laboratorio común y quirúrgicos*. Mas ante la vaguedad del cuadro fímico genital, pérfido y contradictorio, se requiere que la más fina agudeza clínica actúe en concurrencia con los medios auxiliares precitados, ya que ninguno de ellos, por sí, es definitivo. Ahumada estereotipa este concepto al afirmar que "la tuberculosis genital femenina es siempre difícil de diagnosticar,

y a veces, resulta imposible”. ¡La tenacidad teutona de Von Franké, consiguió concretar la naturaleza fímica de una trompa extirpada, al revisar el corte histológico número 265...!

La Fisiología nos enseña que la cavidad peritoneal femenina se desembaraza de las impurezas que recibe, por corrientes excéntricas, que, a través de la luz canalicular genital las conducen al exterior. Conocemos la receptividad y el poder defensivo del peritoneo, que integra el componente fímico genital en el 40 por 100 de casos. Es sabido que la trompa significa el primer tramo de paso emunctuario de los detritus cavitarios pelvianos. En la trompa se acomoda fácilmente el micobacterium a favor de las óptimas condiciones implícitas en la lentitud de corrientes por su largo recorrido, la fragilidad y estatismo de sus epitelios papilares, sus nichos, recesos y anfractuosidades, la pseudo-obliteración premensis del ostium uterino y su mesénquima bien nutrido por fina vascularización. Por tales cualidades receptoras, contra mediocres defensivas, es la trompa la “prima-donna” de las localizaciones fímicas genitales.

Siguiendo el germen invasor la vía canalicular descendente excretora, desde la cavidad tubárica, por simple continuidad de transporte periférico infecta el endometrio. Ello justifica que la dualidad afectiva “trompa-endometrio” se observe habitualmente en el 100 por 100 de casos.

Aún cuando la tuberculosis aislada del endometrio haya sido reconocida por valiosas firmas como Kroenig y Kirchhoff, y con igual sentido de exclusividad se acepten salpingitis fímicas, procesos ambos universalmente atribuidos a la vía hematógica, resulta evidente que la fimia genital es prácticamente “salpingo-

endometrio-peritoneal”, conjunción morbosa de la que en tantos casos se excluye ulteriormente la peritonitis inicial, en razón del gran poder defensivo de la serosa. Mas la trompa y endometrio, secundariamente afectados por el proceso peritoneal, con quietismo defensivo y reacciones minúsculas, mantienen con vida lánguida una sintomatología vaga e inexpresiva que integra la *”tuberculosis larvada, tórpida, latente, oculta, ignorada o histológica”*, según el gusto calificativo de diversos autores. Tal entidad, de realidad intangible, por su interés diagnóstico y posibilidades terapéuticas constituye el “leitmotiv” de este trabajo.

La comprobación de antecedentes ascíticos o intestinales en la niñez de estas pacientes, así como la observable frecuencia de ganglios mesentéricos calcificados, o las esclerosis vasculares que las flebografías y linfografías endo-uterinas acreditan los Rayos X, nos llevan a interpretar que el complejo primario actúa sobre la trompa-endometrio, por vía linfógena, por contigüidad y continuidad peritoneal, prevalentemente a la vía hematógena, insistentemente señalada. Mi interpretación puede ser errónea, mas aún temiéndolo, la razón quisiera en todo caso hallar una interpretación que le satisficiera, pues a pesar del riesgo de equivocarse, la interpretación siempre es el complemento y lo que más vale, y acaso lo único que vale de las investigaciones científicas.

LAS FORMAS OCULTAS O HISTOLOGICAS (Tuberculosis latente)

Partiendo del concepto unitario que hemos de atribuir a la tuberculosis genital femenina, recaban preferente atención las *formas ocultas*, por su reconocida frecuencia y posibilidades terapéuticas, ya que la precocidad diagnóstica, conduce más fácilmente al éxito que las nuevas drogas tuberculostáticas pueden procurar. Al valorar sus expresiones clínicas y metodología diagnóstica, no hacemos sino una exposición del todo, que comprende a las partes. Las modalidades privativas de otras formas flagrantes: las *altas o tactables* y las *bajas o visibles de Moebius* serán oportunamente consideradas.

DATOS CLÍNICOS GENERALES.

Hechos destacables son los siguientes: tipo constitucional hipoplásico de Bartel o hábito asténico de Stiller. Delgadez, anemia hipocroma. Pleuritis o antecedentes fímicos en otra localización, contemporánea o precedente; son las llamadas "*estigmatizadas de Mayer*". Cortejo ascítico intestinal o fímico pulmonar, con sudores nocturnos, inapetencia, adelgazamiento, labilidad térmica, excitabilidad e insomnio. Adenitis, artritis, procesos óseos, escrofulodermias. Lo habitual es que el mayor porcentaje de tuberculosis genitales detectadas, son hallazgos casuales que obtenemos en las *estériles* con perfecta salud, sin conmemorativos concretos del complejo primario que, existente sin duda, permaneció aquietado en prolongada latencia hasta implantarse insidiosamente en los genitales, en la época puberal.

La contradicción clínica que la fimia genital aporta, se acredita en las grandes estadísticas de bacilares activas de Ghon: solamente el 30 por 100 de tisis floridas tenían afectada la trompa, con participación simultánea del peritoneo, en el 24 por 100. Achard en 635 bacilares activas, profundamente infectadas, sólo comprueba el 6,5 por 100 de participación genital, bajo correctas comprobaciones diagnósticas actuales.

ESTERILIDAD.

Establecido que la fimia genital es prácticamente "*salpingo-endometrio-peritoneal*" es verosímil que se encuentre fuertemente afectado el concierto generativo: *aportación ovular, transporte tubario y nidación endometrial*.

Una síntesis estadística de las publicaciones fundamentales contemporáneas, acredita que el 88 al 98 por 100 de tuberculosis genitales, bien estudiadas, son estériles. Desde el ángulo opuesto, vemos que de 100 estériles observadas en ambulatorios idóneos, con biopsia endometrial de rutina y exploraciones auxiliares, la tuberculosis genital es afirmada en proporciones variables: desde el 2,13 por 100 anotado por Jeddberg al 13,4 por 100 según datos de Held. Cifras intermedias de otros autores se sitúan entre el 7 y 9 por 100.

Datan de 1943-44 los estudios sobre endometrio y esterilidad. Simultáneamente Scharman (Escocia), Shockaert (Bélgica), Halbretch (Palestina) y Netter en Francia, imponiendo la biopsia endometrial como habitual medio exploratorio en la esterilidad, dieron el paso de avance decisivo en el diagnóstico de la tuberculosis genital oculta. El primer Congreso Mundial de

Fertilidad celebrado en New-York en 1953, dejó bien sentada la trascendencia social que el problema de la fimia genital juega en la demografía de las naciones. Ulteriormente, reuniones científicas de fondo en todos los países, concretan el problema, encauzándose el diagnóstico de la esterilidad-tuberculosis genital y su interdependencia, dentro de correctos derroteros.

LA ESTERILIDAD que la fimia genital produce obedece a lesiones formes y funcionales del trío generativo: ovario-trompa-endometrio, aislada o conjuntamente.

El ovario, participa en menor cuantía. El micobacterium, le ataca en proporción de un 12 por 100. Su epitelio le confiere especial resistencia. Hipoplasia, reacciones inflamatorias plásticas, endurecimiento de la albuginea y bridas adherenciales dan lugar a ciclos anovulatorios permanentes o a su completa destrucción.

La trompa, “prima-donna” de la fimia, acoge la mayor causalidad. En el 66 por 100 es impermeable por sinequias del pabellón o cavitarias. Y en los casos de permeabilidad, su contenido miliar o caseoso, ulceraciones, vegetaciones y pérdidas de epitelio, determinan cambios del medio, mortales para los gametos, o incapacidad de transporte por conglutinaciones parciales, reacciones plástico-fibrosas y rigidez en suma.

El endometrio, muchas veces radica en un útero hipoplásico. También ofrece alteraciones somáticas y funcionales: pérdida de parcelas, invasión miliar habitualmente total, agotamiento de la decidua sin formación de simplasmas y pertur-

bación funcional, que las técnicas histo-químicas, de que haremos mención, evidencian. El tubérculo invade siempre la compacta y asienta en torno a las glándulas, cuya función anula. En piezas de autopsia, se ha comprobado que en torno a parcelas de endometrio indemne, existen fases de secreción glandular que faltan en las afectadas. Finalmente, las sínfisis cavitarias, totales o parciales y la acidez endocervical, en conjunción con la toxina fímica obstan tanto a la impregnación, como a la nidación.

Gestaciones a término, iniciadas con el diagnóstico previo de fimia genital oculta, han sido comunicadas en muy corto número. El aborto y la gestación ectópica son consecuentes a la nidación en terreno inapto. En el porvenir, estos procesos es de esperar aumenten en cuantía ante el daño somático y funcional que en las finas estructuras generativas quedan como estigmas de las curaciones clínicas que en la actualidad se logran.

MENSIS.

No ofrece manifestación patognómica. Menarquia retrasada. Mensis conservado en la mitad de casos con ritmos bifásicos.

La amenorrea es observable en el 15-25 por 100 de casos. En las fímicas activas extragenitales obedece a factores nutricios. En las que estudiamos, es la alteración diencefálica por la toxina fímica quien perturba la función teca-folicular. A estas causas se suman: hipoplasia genital, destrucción total o parcial del endometrio como órgano efector, integrando lo que Palmer

denomina "*Metrosis de receptividad*". Causas todas, que minimizadas, originan las *hipo* y *oligomenorreas*.

Las menorragias, hiper y polimenorreas, tienen por causa: defectos de epitelización de la mucosa, una mala mio-hemostasia, generalmente por hipoplasia y profundas alteraciones vasculares.

Las metrorragias, que han adjetivado ciertas formas de endometritis fímica, suman a las causas precitadas de magnificación del mensis, las grandes destrucciones del endometrio, por lesiones úlcero-caseosas.

DOLOR.

Las formas ocultas que exponemos, por su imperceptible soma no determinan dolor, que con la leucorrea y trastornos del mensis, integran la tríada sintomática fundamental de las ginecopatías. Cuando existe componente peritoneal activo, aun discreto, el dolor es referido a fosas ilíacas y zona apendicular. Es gravativo, vago, impreciso y atenuado. La cavidad peritoneal se halla "simplemente sensibilizada". Nubiola al describir "la anexitis fímica tórpida", habla de un "dolor paradójico que se provoca al movilizar por tacto el anejo enfermo". Por tracción del ligamento ancho opuesto surge aquí el dolor, por operar la tracción como "estímulo adecuado".

LEUCORREA.

Sólo las formas caseificadas dan secreciones glerosas mucopurulentas. Las llamadas "formas secas de Aschoff" ofrecen exudaciones filantes a veces teñidas hemáticamente. La asociación de cervicitis banales confieren a la leucorrea sus clásicas

características que no orientan el pensamiento hacia la existencia de un proceso fímico.

OBJETIVIDAD.

Hemos mencionado la habitual coincidencia con *hábitos constitucionales de Stiller o de Bartel*. *Febrícula pre-mensis* observable en la mayoría de los casos, como expresión del poder alergizante de los estrógenos. Pequeños esfuerzos pueden elevar la termogénesis: la *prueba de Kuss*, denuncia que la temperatura basal asciende medio grado o más, después de un largo paseo, elevación que se mantiene durante algunas horas.

La inspección, no añade datos a los somáticos referidos. Crotogini, destaca la coincidencia de *pigmentación de la línea alba* de privativa significación en vírgenes y nuligestas fímicas. La *hipertrichosis con amenorrea* fue descrita por Nubiola.

La palpación, puede evidenciar la discreta resistencia que corresponde a abdómenes moderadamente tensos por colecciones ascíticas iniciales, con variantes *percutorias* posturales, o zonarias. En ocasiones promueven defensas parietales mínimas que Braude denomina *sub-defensas*.

El tacto bimanual, logra en general, hallazgos comunes a las usuales ginecopatías: úteros fijos, retracciones de anejos adherentes a paredes pelvianas. No obstante, puede orientarnos en algunos casos con dos tipos de hallazgos: *seudo-específicos* de una parte, correspondientes a ginecopatías, pero de cierta constancia en la fimia genital. Son los úteros hipoplásicos, pequeños, con cuellos tapiroides y elevado índice cervix-corporis,

situados en sinistroposición, atresias o aplasias vaginales de la que hemos observado personalmente un caso. También es frecuente la retracción de los fórnix vaginales por formaciones plásticas pelvi-celulares, verdaderas parametritis esclerosantes. Otros hallazgos que bien pudiéramos llamar *específicos*, coincidentes o no con los anteriores, se integran en las trompas rígidas, duras y engrosadas. Otras veces las trompas muestran nudosidades distribuidas longitudinalmente en tractos tubáricos proximales al útero, con percepción equivalente a la de un rosario de blandas cuentas, es la denominada salpingitis ístmica nudosa de Chiari. La manifiesta especificidad táctil de la fimia genital, expresión de sus incongruentes manifestaciones clínicas, la hallamos en la discrepancia advertida entre el dolor y la comprobación de masas formes; grandes bloques productivos adherenciales cursan sin dolor alguno. Por el contrario, el dolor reiteradamente acusado, como motivo de consulta, no logra la comprobación de alteración o macrosomía somática alguna. Son las llamadas “disvegetosis pélvicas de Leriche”.

Las fistulizaciones, hacia vejiga, recto o excepcionalmente parietales, con patología orgánica propia, son consecuencia de caseosis tubáricas, quistificaciones fímicas tubo-ováricas o plastrones adherenciales, con paracistitis o paraproctitis. Hemos asistido una paciente que, con pertinaz patología vesical, pudo comprobarse cistoscópicamente la perforación en vejiga de un píó-sálpinx tuberculoso.

LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PREEMINENTES

A.—BIOPSIA DEL ENDOMETRIO.

El alto porcentaje señalado a las localizaciones fímicas genitales en el endometrio, justifica que sus pesquisas diagnósticas recaigan sobre topografía tan accesible, e igualmente, que la biopsia endometrial, se haya difundido, de modo uniforme, en todas las clínicas mundiales.

Es cierto que las manipulaciones instrumentales, no sólo sobre el endometrio, sino en el propio cérvix, exaltan la virulencia microbiana de afectos anexiales agudos o sub-agudos. Se señalan casos de muerte por la simple dilatación cervical con una laminaria, por histerometría, e incluso por el simple tacto bimanual, que produjo la dehiscencia de un proceso purulento cerrado. La abrasio violenta y total del endometrio, mediante su legrado integral, ocasionó en épocas pretéritas gran mortalidad lo que llevó a Weibel a la conclusión de que en fimia genital “la laparotomía exploradora, sin riesgo, es preferible al legrado, que procura amplias vías de difusión hematógena con frecuentes granulias miliars, fulminantes”.

El microlegrado, por la cuidadosa y noble emulación científica de la Ginecología actual, se ha impuesto como rutina de exploración para esclarecer los problemas funcionales del ciclo sexual, así como la naturaleza de los procesos inflamatorios, neoplásicos y generativos yacentes en el cavum uterino. Su sistemática, en fimia genital y esterilidad, abre una venturosa era de precisión en el conocimiento y terapéutica de estos procesos.

Su técnica, sin mención especial en este acto, aspira a la consecución de dos sutiles tiras endometriales que deben tomarse de las caras anterior y posterior del cavum; pese al criterio de universalidad fímica endometrial, los procesos incipientes en el endometrio, son siempre zonarios. En tales casos, las tomas limitadas pueden aportar "falsos negativos". Las curetas cortantes tipo Agüero, Novak-Siegler, Kurzrok y similares, son las adecuadas. El momento óptimo de su práctica es en la mitad del ciclo, excluyendo la coincidencia de procesos anexiales activos, que lo contraindican. La presencia de ellos y su grado de actividad, es valorable por el sencillo "test clínico": "Hipertermia-taquicardia post-aplicación cérvico-uterina de un fino tallo de laminaria". Test de valor diagnóstico-pronóstico que supera a todo otro, por su gran sensibilidad.

Contrastando opiniones autorizadas con mi experiencia personal, puede afirmarse que en el 70-74 por 100 de tuberculosis genital es afirmativo, y no sólo acredita la existencia del proceso fímico endometrial sino que delata el estado funcional de la mucosa. Las técnicas histo-químicas, bien manejadas e interpretadas por Nogales, acreditan como la toxina fímica produce mucosas afuncionales en el 46 por 100 de los casos, así como la presencia de un mucopolisacárido, que parece específico de la tuberculosis del endometrio, evidenciable con la técnica de Schiff. Los métodos de Gomori, Best y Mayer sitúan una actividad cíclica normal y función glucogénica en más de la mitad de casos.

Los errores del microlegrado, son de dos tipos: falsos positivos, que afirman tubérculos inexistentes, y falsos negativos, que no denuncian la presencia real del proceso fímico.

Los falsos positivos, son consecuentes a errores de interpretación histo-patológica. Ha de evidenciarse con precisión al tubérculo como un tejido embrionario en degeneración caseosa, con expansión inflamatoria excéntrica y caseosis concéntrica, y no incurrir en el error de aceptar como fímicas, lesiones que se acompañan de células gigantes o epitelioides “que no son patognomónicas del tubérculo, sino simples reacciones macrofágicas ante cualquier insulto al mesénquima”.

Los trabajos de Moricard y Roochy identificaron a los *seudo-tubérculos*, como ciertas formaciones nodulares atípicas, que en ausencia comprobada de proceso fímico, obedecían a alteraciones endocrinas, vascularitis y citolisis glandulares, presentando reacciones macrofágicas giganto-celulares. Legros confirma estas formaciones como *foliculos giganto-celulares del endometrio* observables en el pre-mensis, retenciones placentarias, moniliasis, visiasis y sarcoidosis. Los llamados *foliculos linfoides del endometrio*, símil-tuberculosos, expresan simplemente la transformación de un núcleo giganto-celular, que camina a la curación. Vemos pues, que las más variadas agresiones al mesénquima, determinan respuestas nodulares, que originan figuras histo-patológicas “seudo-fímicas”; realidad cuya objetiva confirmación la hallamos en la producción experimental de tubérculos caseificados por simple inyección de ácido micólico.

Lo que precede indica que el valor diagnóstico del micro-

legado es considerable, pero no decisivo en gran número de casos. Su silencio afirmativo de fimia genital, prescribe la siguiente exploración.

B.—TUBÉRCULO EXPERIMENTAL.

Es método coadyuvante de la biopsia endometrial y, al parecer, con positividad superior a la misma. Tiene el inconveniente de que su lectura no puede hacerse hasta las 8 ó 10 semanas, antes de cuyo tiempo, sucumbe muchas el animal, en un estado de bacilemia, e invadido por filamentos similares a los actinomices. El método se orienta bajo tres aspectos:

Trozos de endometrio. Según Halbrecht, los mejores resultados se obtienen con esta técnica, cuya complejidad no ha facilitado su difusión. No tenemos experiencia del método del que faltan publicaciones suficientes para pronunciarnos en ningún sentido.

Mensis. El asentar los tubérculos en la compacta, que exfoliándose acompaña a las pérdidas rojas, y la facilidad de recogida con dispositivos especiales, permite la inoculación de 6 a 8 cc. de producto del primer día. Para Kirchhoff, autor del método, sus resultados concordantes llegan al 95 por 100, superando así a los obtenidos por la biopsia endometrial. Las experiencias de Keller ofrecen una similitud con los datos que aporta la biopsia.

Secreciones genitales. Deducen mayor mortalidad en los animales inoculados y su fidelidad de resultados resulta muy inferior a los aportados por la inoculación sangre-mensis.

C.—Los CULTIVOS.

Las siembras de Löwenstein, o los medios de Nocard o Jensen son técnicas más sencillas y de rápida lectura. La *sangre-mensis* es recomendada por Halbrecht, que en reciente trabajo sobre tuberculosis confirmadas obtiene un 89,3 por 100 de resultados concordantes, en tanto que la biopsia, sólo aporta un 74,4 por 100. Hechos que le llevan a admitir que la localización primitiva en trompa, es detectable por secretas incorporadas al mensis por vía canalicular, en tanto que la biopsia endometrial no puede afirmar lesiones sin presencia física. Es por tanto más estimable que ella, por más precoz, en el diagnóstico de la fimia genital. Las *secreciones genitales inter-mensis*, contienen restos tisulares de toda la vía canalicular genital. Halbrecht, las recoge exprimiendo el cérvix con dos valvas. Por la constancia y alto porcentaje de resultados que ofrece, y la facilidad de repetición en cualquier momento, es medio estimable.

Nos hemos referido a los datos obtenidos por los propios autores de los procedimientos, pero el conjunto de ginecólogos que se han ocupado especialmente de este asunto, aportan conclusiones menos halagüeñas: desde Achard que obtiene “resultados desalentadores”, hasta Wood y Bunster, con las cifras más altas, de 41,6 por 100 con cultivos y el 55,5 por 100 con inoculaciones, sobre resultados concordantes.

El esfuerzo es unánime y las discrepancias manifiestas. Ello justifica que la superposición de medios diagnósticos sea necesaria. Esta es la razón de otras orientaciones diagnósticas.

LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARIOS

A.—BIOLÓGICOS.

Correlativamente a las técnicas de identificación en los genitales femeninos del mycobacterium, o sus improntas tisurales, los métodos que denominamos “biológicos”, tratan de evaluar las modificaciones de la “sensibilidad y defensa específica” suscitadas en el “todo orgánico” por el germen o la toxina fímica. Por orden de su significación diagnóstica, han sido utilizados los siguientes:

La reacción de Mantoux, analiza la respuesta orgánica a la tuberculina T. A. K. incorporada por *intradermo* o *cuti-reacción*. Tiene mayor valor que otros métodos, si previamente descartamos la presencia de gestación o de localizaciones fímicas activas extragenitales. No hemos de olvidar, que las respuestas negativas sólo las aporta el recién nacido y los estados de anergia. La respuesta de positividad genital, habrá de aceptarse cuando observemos claros signos de reactividad “*general, local y focal genital*”. La inyección de dos décimas de cc. de T. A. K. al 1/5.000, si no provoca reacción ostensible, debe ser repetida a las 48 horas, con igual cantidad, en dilución cinco veces más concentrada. Actualmente, en muchas clínicas, en previsión de respuestas violentas, sustituyen la tuberculina con vacuna biliada Calmette-Guerin (BCG).

La reacción de Middlebrook-Dubos, de relativa actualidad, se funda en sensibilizar hematíes humanos del grupo 0, con extractos polioxídicos del mycobacterium. Con ello, el hematíe

fija un núcleo fundamental haptóforo, de porte aglutinante, que se conjuga con las coagulinas-aglutininas, presentes en el suero fímico, determinando esta conjunción la aglutinación del hematíe.

Tal aglutinación específica es invariable en el 100 por 100 de las tuberculosis ganglionares y método usual diagnóstico-pronóstico en la clínica general de la tuberculosis. Bonilla y Salvatierra, incorporan la reacción al campo de la fimia genital y denuncian que títulos de aglutinación del 1/16 la afirman y que, en todo caso, el título 1/32 confirma, con seguridad, una localización fímica. Hallan resultados positivos en el 57,1 por 100 de observaciones, y en el 71,4 por 100, si se incorpora un estimulación específica con onda corta o proteínas.

La hemo-aglutinación resulta negativa en las ginecopatías no específicas. No aporta resultados afirmativos en las endometritis fímicas aisladas —muy raras—, en las formas encapsuladas y en las diseminaciones miliares.

La reacción de floculación de Vernes, por su simplicidad técnica tiene gran interés como orientación diagnóstica o tanteo pronóstico. Cuando el índice de floculación que la resorcina promueve, alcanza valores por encima de 30, la "probabilidad fímica" puede afirmarse. Held, y con él muchos autores, la utilizan para determinar la actividad procesal en las fímicas confirmadas, como índice de sus variantes evolutivas.

La reacción de desviación del complemento de Besredka. Antiguo método universalmente empleado en todo el frente

fímico, fue incorporado por Douay a la ginecología. Utiliza un antígeno, al decir específico, y se sirve de la clásica técnica de hemolisis de Bordet y Gengou.

En las diversas localizaciones extragenitales se han comunicado resultados positivos concordantes, desde el 62 al 80 por 100, en los procesos pleuríticos y pulmonares. En el terreno genital se han señalado reacciones positivas en un 50 por 100 "*como sospecha de fimia genital*", que los resultados negativos no la excluyen.

El antígeno Besredka actúa con signo inespecífico dando resultados positivos en sífilis, paludismo, difteria e incluso en la gestación, de acuerdo con el concepto enzimológico que sobre la infección poseemos actualmente, y los hallazgos de Landsteiner sobre antígenos y apetencias microbianas, que justifican el escaso valor de esta reacción.

Las llamadas pruebas de carga se basan en los equívocos y limitados datos que aportan las reacciones biológicas precitadas. Pretenden el ambicioso objetivo de concretar ciertamente el diagnóstico de la fimia genital valorando a la vez la sensibilidad del mycobacterium y la reactividad del terreno. Su técnica, determina el tenor cuantitativo de la reacción empleada y seguidamente se somete el caso a un tratamiento de 500 mgs. de ácido isonicotínico diarios, durante 10. Transcurridos éstos, se repite la reacción "cuantitativa": Según Dellepiane, la reducción de valores, afirma el diagnóstico de fimia genital, baja invasividad y buena capacidad reactiva. La inmuta-

bilidad cuantitativa, traduce estados de anergia o ausencia de fimia.

Ya hemos indicado el carácter pronóstico de las floculaciones, aglutinaciones y pruebas de alergia, que la medicación de prueba puede reforzar, sin la trascendencia de orientación absoluta que se le quiere atribuir.

El valor de los métodos biológicos, podemos resumirlo como “métodos complementarios, ya que ninguno de ellos, por sí, es decisivo”.

B.—MÉTODOS LAPAROSCÓPICOS.

En fimia genital, fue siempre suprema aspiración el llegar a la verdad, “naturalmente conocida”, por algún medio decisivo que relegase las vacilaciones, o silencio afirmativo, de las exploraciones clínicas usuales. Por eso, desde Palmer, los ginecólogos, con un racionalismo escolástico plenamente objetivista, impusieron los métodos laparoscópicos de mediata visualización de la endopelvis: “Ver para creer”.

Estos métodos permiten el conocimiento verídico, aunque parcial, del problema fímico genital, en su aspecto anatómico patológico, tampoco revelado por ellos en su totalidad. Mas siguiendo a Aristóteles diremos que “más vale conocer algo exactamente aunque sea poco”. Y este poco que la laparoscopia aporta, nos marca el camino de la terapéutica adecuada, lo que ya es mucho.

La laparoscopia, no requiere en este lugar un pormenor descriptivo. Los celioscopios de visión foroblicua, aplicados en posición de Trendelenburg forzada, permiten el diagnóstico,

e incluso la biopsia de confirmación histológica. Los riesgos de perforaciones viscerales o hemorragias traumáticas, se evitan con la selección de casos, no obstante, su práctica requiere el rigor de ambiente, medios y preparación de una laparotomía.

El oxiperitoneo, es práctica que debe preceder a la laparoscopia como imprescindible necesidad, por la facilidad que presta a su técnica y el beneficio que deduce para el propio proceso fímico, en su caso. Desde 1893, por iniciativa de Mosestig-Moorhof, fue el oxiperitoneo el tratamiento fundamental de las tuberculosis abdominales cerradas, que al mejorar considerablemente por la aireación laparotómica, dedujo la favorable aplicación terapéutica de 1.000 cc. de oxígeno cada cinco días. En la laparoscopia, la oxi-insuflación de 500 a 1.000 cc. según tolerancia, debe precederla unas horas antes.

La culdoscopia, según Decker es practicable en los contados casos que clínicamente quede demostrada la ausencia de adherencias o conglomerados douglásicos, que serían perforados, originándose pertinaces fistulizaciones ulteriores.

C.—EL DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO.

La histerosalpingografía debe practicarse utilizando contrastes solubles y fluidos, como el aconsejado por Fredrerikson, integrado por umbradil en solución al 50 por 100 de una sal iodada del ácido acético. La reiteración del método conduce a un angiograma por acceso vascular del contraste. La experiencia del diagnóstico radiográfico es muy amplia y los hallazgos obtenidos se concretan en los siguientes:

En la pelvis, excepcionales calcificaciones solitarias de ganglios linfáticos. Las *flebografías endo-uterinas*, denotan la constancia de esclerosis vasculares e isquemias.

En el útero, se descubren eventuales hipoplasias y alteraciones estáticas de posición y situación, ya mencionadas. Bordes cavitarios dentellados, en sierra, nichos, por destrucciones úlcero-caseosas que remedan a las figuras del carcinoma cavitario. Sinequias bridas, y saculaciones, expresión de curaciones precedentes.

En la trompa, habitual conglutinación del pabellón, con imágenes saculares, engrosamiento y calcificaciones. La *porción ístmica* aparece rígida y rectilínea en las formas productivas. Contornos irregulares, saculaciones y nichos en las exudativas úlcero-caseosas. La *mucosa y muscular* dan imágenes heterogéneas con dentelladuras y curvaturas recortadas que dan la impresión de fistulizaciones.

En suma. Las imágenes radiográficas muestran modificaciones útero-tubarias variables, destructivas o cicatrizales, que no permiten diagnosticar al proceso fímico en sí, o sus secuelas curativas. Constituyen hallazgos de orientación complementaria, nunca patognomónicos y su confirmación etiológica sólo pueda hacerla la histología y la bacteriología.

D.—EL LABORATORIO COMÚN.

Frotis de exudados. La técnica *micrográfica* sobre exudados genitales, habitual en la clínica ginecológica, pretende identificar la presencia del *mycobacterium* por sus tinciones específicas. Las tomas directas en la vía baja, o el producto obtenido

por centrifugación de fluidos procedentes de lavados útero-cavitarios, no aportan habitualmente hallazgos positivos.

La colpocitología, corrobora las variantes funcionales, inespecíficas ya consignadas en las técnicas histo-químicas de la microbiopsia. Salvo infecciones sobreañadidas se observan floras de primer grado. Pundel y Ayre han descrito "*células específicas*", símil-Langhans, de 40 a 80 micras, citoplasmas claros conteniendo 5 a 30 ó más núcleos. Al no observar nunca en su contenido mycobacterium, es verosímil interpretarlas como procedentes de tejidos de granulación por frecuente sepsis locales, habitualmente micósicas.

EL HEMOGRAMA. Es sabido que tiene tantas variantes como rúbricas nosopáticas del padecer humano, y dentro de cada una de ellas, las modalidades que le imprimen circunstancias evolutivas. En la fímica genital y en la confirmada, la superposición de condiciones biológicas o morbos, deduce que no se le pueda conferir carácter de especificidad diagnóstica. No obstante, representa un buen "*test de diagnóstico evolutivo*", si siguiendo a los más, consideramos, sintéticamente, el papel que juega la serie blanca sanguínea, en la formación y evolución del tubérculo.

El mycobacterium es apetente del *monocito* por su contenido amoniacal. En la lucha inicial, esta célula se transforma en epiteiloide. El *sistema monocítico-epitelioide* detiene al bacilo formando un nódulo. El *neutrófilo*, transforma el nódulo inicial en absceso. Ulteriormente el *linfocito* en una nueva

invasión *mono-linfocitaria*, inicia la fase de reparación. Esquema simplista, que permite interpretar las variantes del hemograma, fielmente paralelas a la evolución clínica del cuadro fímico.

Las *formas hiperplásticas-productivas*, ofrecen alta monocitosis. La linfocitosis añadida, coincide con proceso reparador. Descenso linfocítico = regresión. El *índice mono-linfocitario* es balanza de fina evaluación pronóstico-evolutiva.

Las *formas necrótico-exudativas* muestran alta neutrofilosis con linfopenia. Leucocitosis añadida = sepsis.

De los *leucocitos*, siempre se dijo que reducían grandemente su cuantía, aún con proceso febril. Sin embargo, en los 893 hemogramas de fímicas genitales, contabilizados por Matus, la *leucopenia* sólo se anota en el 11 por 100, apareciendo la *leucocitosis* en el 35,5 por 100, y la *normo-leucocitosis* en el 53,5 por 100.

El *índice de Vélez*, estudiado por Wood, es constante en un 77 por 100 de casos de fimia genital comprobada, sin presencia en las ginecopatías inespecíficas. Es positivo cuando el grupo neutrófilo II, bisegmentado (35 por 100), rebasa en 10 unidades al grupo III, trisegmentado (41 por 100). Ello indica fimia evolutiva. Menores aumentos o relativo equilibrio, marcan proceso regenerativo.

El *esquema de Arneth*, desviado hacia las formas poco lobuladas, y su *índice numérico* por recuento de las lobulaciones de los tres primeros grupos del esquema, confieren mal pronóstico. Se advierte infección sobreañadida cuando la desviación

hacia la izquierda es muy pronunciada y coincide con *anaesinofilia*.

El *histiocito*, como célula primordial diferenciadora, y la respuesta de los órganos hematopoiéticos, linfoides y retotelio, marcan las posibilidades de evolución fímica, de acuerdo con el papel que juega el *terreno* ante la *invasividad*.

E.—MÉTODOS QUIRÚRGICOS.

La *punción exploradora*, a través del fondo de Douglas o por vía transparietal, como más inocua, nos permite la eventual recogida de exudados o colecciones ascíticas, para investigación química, citológica y bacteriológica, por examen directo, cultivo o inoculación; en casos decidente.

La *colpotomía*, debe proscribirse por las muchas posibilidades de recaer sobre conglomerados douglásicos sinequiados, con hemorragias, perforaciones viscerales, fistulizaciones o diseminaciones de fulminante evolución. Razones ya invocadas para rechazar la *culdoscopia*, que así como la *celioscopia*, métodos ambos de porte quirúrgico, fueron segregados de este grupo e incluídos de las técnicas endoscópicas, sirviendo conveniencias de asociación expositiva.

La *laparotomía exploradora*, tuvo gran auge en épocas pretéritas, ya lejanas, que sólo contaban con limitados medios técnicos al servicio de exploraciones rudimentarias. El correr del tiempo, en continuada e infatigable labor, ha puesto en nuestras manos la serie de sencillos e inocuos recursos diagnós-

ticos, que resumidamente hemos consignado. Ninguno de ellos, por sí, es definitivo, pero su concurrencia racional-electiva, entonada por el diapasón de la clínica, nos permite llegar a una conclusión.

Así consideradas las múltiples posibilidades incruentas con que el diagnóstico de la fimia genital femenina cuenta, la laparotomía exploradora aparece en este apacible concierto de medios, como recurso estridente, que significa la bancarrota del diagnóstico y el vandalismo de la exploración.

LAS FORMAS ALTAS O TACTABLES

Estas formas, de objetividad somática, a veces considerable, significan estados evolutivos avanzados de las “formas latentes u ocultas” precedentemente descritas. Se simplifica su valoración diagnóstica al serles propios los conmemorativos, estado general, subjetividad y exploraciones diagnósticas de su etapa inicial, que aquí no hemos de repetir. Sólo nos resta valorar sus privativas peculiaridades objetivas, las que les confiere la participación peritoneal, y los problemas que plantea el diagnóstico diferencial con otras ginecopatías.

A.—LA OBJETIVIDAD.

El tacto denuncia trompas rígidas, endurecidas, anejos adherentes a pared pélvica, quistes tubo-ováricos o bloques más o menos voluminosos que engloban los órganos pélvicos, formando un conjunto inmóvil, que caracteriza a las antes deno-

minadas *perímetro-anexitis*. Tres hallazgos son destacables: La *falta de accidente agudo inicial*; la *discrepancia entre la magnitud del soma advertible y la ausencia de dolor*; y la *evolución lenta con estatismo* de estas masas que en buen número de casos forman *bloques proteiformes* que ocupan la pelvis en plenitud.

B.—LA PARTICIPACIÓN PERITONEAL.

Es observable en el 50 por 100 de los casos de formas tactables con la participación genital ya referida.

La forma ascítica miliar, evoluciona con cortejo ascítico-pleural, según la ley de Godelier de *identidad de las serosas*, peritoneo de cuero, progresivo aumento del perímetro abdominal y crisis de agudización con elevaciones térmicas. *La punción*, evidencia un líquido amarillento, “ambarino”, a veces hemático, con características químicas y citológicas de un *exudado*, que con la objetividad genital, hace fácil el diagnóstico diferencial con la *cirrosis de Laenec* y la *carcinosis peritoneal*.

La forma ascítica tabicada, suma a la exploración genital variantes percutorias posturales.

Las formas úlcero-caseosas-adherenciales, de gran variedad somática, en volumen y topografía, con las más complejas participaciones genitales dan a la palpación sensaciones de crepitación nívea. El tacto descubre plastrones o bloques “*pelvipéritonitis localizadas*” y por percusión obtenemos *matideces en tablero de damas*. Diarreas, íleos mecánicos: Sepsis generalizadas y difusiones peritoneales masivas por perforación, dan lugar a las formas “*seudo-tíficas*” que ocasionan la muerte.

C.—DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LAS ANEXITIS.

Los bloques proteiformes, por su soma y cortejo fímico evolutivo integran el 50 por 100 de la fimia genital que se diagnostica fácilmente, sin competencia con otras ginecopatías. Las formas tactables discretas de la tuberculosis genital, son las que requieren ser diferenciadas de las *anexitis* sépticas, post-puerperales o gonocócicas crónicas, donde los hallazgos objetivos son similares.

En abstracción de los conmemorativos fímicos y de los recursos diagnósticos idóneos señalados para la fimia genital, disponemos de pruebas clínicas sencillas que pueden hacer innecesarios los primeros.

Las anexitis puerperales, sépticas y gonocócicas, responden con elevación térmica a la aplicación mantenida de un colpeurinter, a toda lastroterapia y a la aplicación paraentel de proteínas o *prueba de Pankow*. Dan leucocitosis térmica y mejoran con el calor y la alta frecuencia. Estos seis "test clínicos" no operan reacción alguna en los procesos tuberculosos. Con las citadas pruebas tienen el mismo comportamiento las *pelvi-celulitis leñosas* y las *pelvipéritonitis sépticas* que, formando bloques formes, pueden objetivamente ser atribuídos a conglomerados fímicos que tampoco responden reactivamente a los citados "test".

LAS FORMAS BAJAS O VISIBLES

Las tuberculosis del cuello uterino, vagina y vulva, por su visible objetividad local, fueron siempre consideradas como

"*afectos primarios*" aun cuando en ellas difícilmente pueda probarse el complejo de Rantke. El contagio directo por esputos, saliva o contacto sexual, fue el endeble argumento que tan simplista patogenia invocó para justificar su primarismo. Dichas formas, recaen dentro de la universalidad fímica humana, y verosímilmente, en la plenitud de su extensa parcela genital. Dittel afirma que "la tuberculosis genital de la mujer, asienta desde la ampolla tubárica, hasta el introito vulvar". Pensamos de igual modo.

Se estimaron y definieron estas formas visibles como tuberculosis de "órgano aislado, infrecuentes, de extraña o rara aparición". Criterio erróneo, que conmueve y derrumba nuestra metódica actual, de rigor clínico y sistemática histológica, sobre la pieza operatoria o de autopsia, norma que cada día magnifica sus datos estadísticos y las asimila en la comunidad de lo que denominamos "*pangentialitis fímica*".

A.—LA TUBERCULOSIS DE PORTIO.

La objetividad es muy expresiva en sus distintas modalidades macrocópicas, que desvalorizan la afirmación de Kromer: "No se conoce ningún cuadro anatomo-patológico característico de la tuberculosis genital femenina". *Su incidencia* habitual en las viejas, con particularidades tisurales reactivas, que el tubérculo induce con signo constante, permiten una sencilla valoración diagnóstica.

Las formas miliares, de objetiva identificación colposcópica, se muestran como úlceras planas, de bordes irregulares, festo-

neados, no infiltrantes, circunscritas por halo rojo. Es característico el salpicado de punteado grisáceo que corresponde a la confluencia a que tienden los tubérculos.

Las formas productivas, son hiperplásticas papilares, con migosidades exofíticas vegetantes y condilomas limitados, como pápulas rojas entre conglomerados grisáceos recubiertos por moco espeso y gleroso. Sus papilas, son deleznales y *frágiles*. Ello justifica la coitorragia sintomática símil-cancerosa, en este caso, por *friabilidad*.

Las formas úlcero-caseosas, erosivas y necrotizantes, menos observadas, integran endofitismos moderados, son las *formas penetrantes de Brouha*. Su carácter exudativo les confiere una tendencia fluente, con gran producción de moco espeso y sanguinolento, por extravasaciones plasmáticas y rexis capilares en el desnudo estroma. A este proceso exudativo específico se suma el que procuran las formaciones inflamatorias de tipo papilar y polipoide, propias de la erosión, en la que habitualmente vemos implantarse el proceso fímico, con plena hibridez de figuras histológicas que crea un verdadero "*estado adenoide*".

El diagnóstico procesal diferencial, con estados evolutivos de sífilis locales —en los que la serología se muestra decidente—, modalidades del carcinoma o procesos anatómicos afines, implícitos en las flagrantes figuras de la erosión, fue objeto de especiosos pormenores objetivos y subalternos, propios de una ginecología empírica, de cientifismo balbuciente, que no interesa comentar.

La sistemática de la histo-patología, es quien decide con seguridad en todo caso La accesibilidad y soma de la portio reclama la *biopsia discriminatoria*. A ella se debe el progreso en el conocimiento de estas afecciones y la consideración estadística que van mereciendo. En tal aspecto ha contribuído, preferente y destacadamente el profesorado nacional, con Botella y Bedoya y sus escuelas, particularmente Nogales, que suscribe importantes y correctas investigaciones, lo que en este solemne acto universitario me es grato destacar.

El *diagnóstico histo-patológico*, en su valoración, requiere paciencia, perseverancia y... especialización! En sí no es difícil la identificación del tubérculo, ni las reacciones tisurales que imprime en las matrices en que asienta, mas las figuras de la erosión, a veces tan confusas, con permutas de epitelios, epidermizaciones símil-metaplásicas y formaciones adenoides, así como las hiperplasias, atipias y símil-poliestratificaciones que el tubérculo induce en los epitelios glandulares con formaciones polipoides intraglandulares, pueden procurar al inexperto la afirmación de adeno-carcinoma en sus variados avances de atipia, a lo que falazmente coadyuva el cuadro clínico, con pérdidas hemáticas, putrúlagos y objetividad vegetante o destructiva de la portio.

La endocervicitis, es destacable habitualmente, con la interpretación *serpiginosa*, valga el calificado, de la plena morbilidad fímica del trayecto genital. El endocérvix, como canal de lubricación y tránsito y su estatismo epitelial, suma al proceso fímico, las improntas irritativas del cuadro de las cervicitis

inespecíficas, con componente glandular: excrecencias, formaciones polipoides y respuestas irritativas de los epitelios glandulares, con figuras histológicas similares a las precedentemente descritas.

La adenomiosis de la portio ha sido muchas veces observada como afecto al que ocasionalmente se superpone el proceso fímico.

B.—LA TUBERCULOSIS DE LA VAGINA.

Constituye la localización menos advertible de la tuberculosis genital. La vagina, como órgano copulador y canal del parto, provista de fina capa músculo-elástica, mantiene su significado biológico protegiéndose con un sólido epitelio sinusal. Esta es la circunstancia racional de la coincidencia de fimias genitales en impúberes, con epitelio sutil, en plena edificación, esperando el momento de poder cumplir funciones generativas. Solamente en las grandes impregnaciones fímicas, de las graves bacilares activas, es posible observar la serie que Gaetano describe en adultas.

El valor diagnóstico, de su objetividad es expresivo por la constancia de su macroscopia: las *formas verrugoides* lenticulares, dispersas en la vagina de la niña, de aspecto característico, así como las *úlceras planas*, de borde piqueteado y fondo lardáceo, con tubérculos confluentes amarillo-grisáceos, a simple visión colposcópica advertibles. Estas formaciones específicas por aumento episcópico se comprueban en su mayor parte como sub-epiteliales, lo que induce a aceptar que la llegada del mycobacterium no solamente es por continuidad canalicular, sino

también por la vía linfógena, por inversión retrógrada de la corriente, como acontece con las extensiones a la vagina del epiteloma de portio.

Colposcopia, raclaje nodular y en definitiva biopsia, son las técnicas diagnósticas valorables.

C.—LA TUBERCULOSIS VULVAR.

Objetivamente, la variabilidad lesional destructiva en todas las topografías pudendas, es lo que más valor confiere al diagnóstico. Este proceso infrecuente (2 por 100) se dijo por Pozzi que era afecto de viejas, descrito siempre como "*ulcus rodens*" o "*lupus de Aschoff*", forma hiperplástico-productiva, que igual se distribuye en piel que en mucosa.

La forma *miliar totalitaria*, descrita por Jesionek, es apta para la pesquisa colposcópica. No obstante, el valor diagnóstico objetivo, lo confieren las *formas verrugoides* con elongaciones hipertróficas en cualquier topografía vulvar, perforaciones de grandes labios, pérdida de sustancia y tunelizaciones fistulosas que, esparcidas por el periné, originan comunicaciones vagino-rectales. La diseminación granúlica, es causa usual de estas localizaciones. La escuela italiana, en todo tiempo, ha publicado estudios y compilaciones de tuberculosis vulvar, frecuencia que induce a valorar sutiles factores cósmicos causales, que ya han sido mencionados.

D.—LOS PROCESOS ASOCIADOS.

Mas bien podríamos decir, la identidad lesional fímica con topografías varias, en las que trompa-peritoneo-endometrio, seguramente afectados, presiden complejos terciarios distales

con las más variables asociaciones. *Vulva-uretra, vagina-vulva, complejo pudendo integral, comunidad genito-urinaria*, e incluso *fimia umbilical*, concomitante a peritonitis fímica, descrita por Babes.

VALORACION TERAPEUTICA

En Medicina, toda aspiración terapéutica se cifra en la *restitutio ad integrum* del órgano o sistema enfermo. Esta máxima aspiración, en la fimia genital de la mujer, deberá alcanzar cuatro objetivos que, en progresivo avance, se enlazan entre sí íntimamente. El primero, es la aparente curación clínica, subjetiva y objetivamente. El segundo, la total regresión del componente anatómo-patológico. El tercero, la plena recuperación funcional; y el cuarto, como más ambicioso, la eliminación del mycobacterium en la mujer afectada.

¿Es posible alcanzar plenamente tales objetivos...? A nadie se le oculta que, actualmente, en muchos casos, hemos podido rebasar el primero "la aparente curación clínica", que el tiempo deberá confirmar. En pos de los tres objetivos restantes, un amplio frente de investigación logra cada día avances más estimables, avances que se suceden con impresionante rapidez y que modifican profundamente conclusiones anteriores. Por eso es de esperar un próximo futuro, en el que la peste blanca, como azote de la humanidad, quede yugulada por el genio del hombre.

La trayectoria actual del tratamiento, trata de combatir la *invasividad* del mycobacterium, de modo preferente. Mas tam-

bién presta atención a exaltar la reactividad defensiva del *terreno*, binomio de cuyos brazos pende toda la patología humana.

1.° LA LUCHA CONTRA LA INVASIVIDAD

A.—ANTIGENOTERAPIA.

El concepto clásico de inmunidad, que considera al germen invasor como masa viva capaz de suscitar respuestas orgánicas específicas, dio luz a la *vacunoterapia curativa* o antigenoterapia que durante larga etapa de años fue base fundamental, al servicio de la Tisiología.

Los *antígenos metilicos* de Negré, la *vacuna Ferrán* y las *tuberculinas*, como antígenos de variable atenuación, en profusión de preparados, no han obtenido sino limitados éxitos aleatorios, conseguidos con pacientes tratamientos en cuyo curso eran observables violentas *reacciones tuberculínicas*. El advenimiento de las nuevas drogas, ha relegado estos medios, limitados actualmente a fines diagnósticos (reacción de Mantoux).

B.—LAS NUEVAS DROGAS.

A partir del descubrimiento de Waskmann en 1944, la Tisiología cuenta con un apoyo invaluable en las nuevas drogas tuberculostáticas. De entonces acá, se ha producido en torno a ellas una intensa y constante investigación, plasmada en ingente bibliografía, cuya completa revisión es imposible y más aún su síntesis.

Aquí, sólo cabe destacar los aspectos fundamentales idóneos

al tema que tratamos. Lo hacemos, como anotaciones provisionales, ya que el vaivén en las ideas y en los hechos, así como las adquisiciones de cada día en el terreno de la química, confieren inestabilidad a las conclusiones. De otra parte, la experiencia en fimia genital de la mujer, encaminada bajo distintas directrices terapéuticas, no es lo suficientemente uniforme ni extensa. Y sabemos que, en Medicina, como en toda ciencia experimental, es tan difícil como imprudente y atrevido, obtener deducciones o conclusiones, basándose en cifras reducidas.

En síntesis esquemática, haremos una valoración terapéutica, independientemente para cada fármaco, a la vista de sus genuinas peculiaridades que indican y permiten las asociaciones entre los mismos, que finalmente serán expuestas.

LA ESTREPTOMICINA, no actúa sobre la bacilemia ni sobre las lesiones necróticas, neutraliza las toxinas modificando las reacciones hiperérgicas en virtud de interferir el metabolismo del ácido nucleico. Induce la formación de adherencias, por conglutinación de las lesiones con fibrosis y formación de bloques. Interfiere por tanto los caminos de difusión, produciendo calcificaciones y reabsorciones que reducen el tiempo de estabilización de las lesiones. Las formas de evolución progresiva, son reducidas al mínimo, de aquí su acción favorable en las formas hiperplástico-productivas de endometrio, trompa y peritoneo.

En el Congreso Ginecológico de Nantes, en grandes series de fimias localizadas con indicación quirúrgica, se llegó a la conclusión de que “convertía la cirugía radical en conserva-

dora”, facilitando los clivajes exeréticos y ofreciendo cursos post-operatorios “tranquilos”.

Como todos los tuberculostáticos, la continuidad de su empleo determina *resistencia en los gérmenes* a partir de los 45 gramos, como comprueban Rist y Rice con sus cepas resistentes y los lamino-cultivos. De otra parte, Spendowe, probó lo que denomina *streptomycin-dependencia*, que significa la conversión de la resistencia a la habituación del germen con proliferaciones paradójicas, que dan lugar a diseminaciones con exaltación de virulencia y muerte. En nuestra disciplina, Rougemont y Sedillac, comunican casos de muerte, por granulias miliares e injertos laríngeos mortales. Moulounguet y Maves, por explosivas fimias renales, casuística de mortalidad que se amplía en otros frentes de la tisiología.

Ya veremos cómo las asociaciones de tuberculostáticos y los regímenes alternantes, han reforzado la acción medicamentosa de sus integrantes, reduciendo sus dosis, evitando las resistencias llamadas cruzadas y progresivas, así como los accidentes desgraciados: desde las lesiones vestíbulo-cocleares a los desenlaces fatales referidos.

Las dosis, en fimia genital han sido fijadas con criterios personales, desde los 38 gramos de Ryden a los 86 de Garrido, por aplicación de gramo-día. El criterio actual es el llamado *alternante*, que en asociaciones medicamentosas administra un gramo cada tres días. Mas lo fundamental, parece el tratamiento diluído a largo plazo, preferente a los masivos en corto tiempo. La administración por vía local es muy usada y útil. Sobre ello volveremos.

EL ÁCIDO PARA-AMINÒ-SALICÍLICO (PAS). Lehman, Youman y en general en Suiza es donde ha sido más ensayado. Su acción, según Erdey, es bacteriostática débil, transformando la acción necrótica en proliferante. Más hiperérgico que la estreptomycinina favorece la curación local lesional. Su toxicidad sobre el aparato digestivo con náuseas y vómito ha suscitado modificaciones químicas que como el benzoil-paraamino-salicilato sódico carece de toxicidad y mantiene en sangre más altos niveles por menor título de eliminación.

La indicación fundamental son los brotes exudativos de lesiones iniciales que ceden rápidamente a su aplicación y los trayectos fistulosos donde la cicatrización es rápida, por formación de tejido de granulación. *Las resistencias*, se fraguan a partir de los 20 días y son absolutas hacia los 50.

Las dosis, se evalúan indistintamente entre los 10-12 gramos diarios repartidos por vía oral en grageas queratinizadas que salven el daño local gástrico. La vía *venosa* ha sido empleada, así como la local referida.

LA ISONIAZIDA, o hidrazida del ácido isonicotínico, se comporta como el más enérgico bacteriostático. En los cultivos de Hohn, o en sustrato IV de Domagk inhibe el crecimiento a diluciones de 1/60 millones. Su poder inhibitorio comparativo a los demás tuberculostáticos en uso, es el siguiente: Pas = = 1/10 mil. Streptomycinina = 1/100 mil. TBI = 1/1 millón. Isoniazida = 1/10 millones. Por tan enérgica bacteriostasis, actúa fundamentalmente en la destrucción y reabsorción del foco. Las formas miliares son muy bien influenciadas, las sub-

agudas mejoran y las ulceradas disminuyen. En todo caso, se comporta como muy activo.

Por reducir el título de coagulabilidad y la resistencia capilar se proscribe en la concurrencia de procesos bacilares con brote hemoptoico y en el transcurso del mensis. Su prolongado empleo produce taquicardia, alteraciones síquicas y estados convulsivos y pelagroides que, durante su uso, indican la adición del complejo B.

Su gran difusibilidad y rápida eliminación renal, hace que sus niveles en sangre desciendan considerablemente a las 6/8 horas. Provoca *resistencias* que se inician a los 15 días y se completan a los 45-50. En todo caso, son claramente advertibles a los dos meses, con sumación de *dependencias*, por muchos señaladas.

Sus preciadas cualidades bacteriostáticas, han centrado sobre esta droga el interés de los investigadores, tratando de mantener o reforzar sus cualidades bacteriostáticas con supresión de aquellas otras señaladas como inconvenientes. Por ello apareció el F. R. S., las isonicotil-hidrazonas, las sulfoniazidas y una serie de compuestos en estudio y ensayo, que son índice de los mejores auspicios.

Su empleo, oral 5-7 mgrs. por kilo y día, repartidos en tres tomas; nunca se mantiene como droga exclusiva. Las sinergias con otros tuberculostáticos, evitan las taras mencionadas. Las resistencias se aminoran o impiden con tratamientos de rápida intensidad endovenosa y pausas reparadoras. Todo el frente clínico de la tuberculosis, destaca grandes resultados positivos con su empleo.

LA TIOSEMICARBAZONA TBI-698. Posee acción específica sobre el mycobacterium, con signo antialérgico y de inactivación toxínica. Opera en razón directa de la vascularización de las lesiones, con tendencia cicatricial, por lo que es muy activa en las formas bajas visibles ulceradas o fistulosas, en aplicación local. Modifica los procesos tórpidos y los estabilizados, careciendo de acción en los caseosos evolutivos. Provoca *resistencias* muy tardías —3-10 meses—, poseyendo la virtud de potenciar a la streptomina, sin aparición de resistencias.

Provisto de *alta toxicidad*, determina intolerancias y alteraciones hepato-renales y digestivas graves. Se comunican casos de muerte por hepatitis tóxica y edema cerebral. Produce exantemas, agranulocitosis graves y anemias hemolíticas. Esta toxicidad, indujo a Domagk, su autor, a combinar la semicarbazona con una serie de cuerpos químicos, naciendo así la serie TB desde el 1 al 6, en la que el TB3 (Berculon B) ha ensanchado el empleo de este tuberculostático.

Las dosis aconsejadas por Volrahe oscilan entre 50 mgrs. día que eleva semanalmente hasta 200, con un máximo total de 15 gramos. *Su empleo* en exclusividad, se acerca al condicionado por el PAS, siendo específicamente útil en las aplicaciones locales ya mencionadas.

C.—LA ASOCIACIÓN DE TUBERCULOSTÁTICOS.

El conjunto de investigaciones experimentales y observaciones clínicas ha probado que la asociación de tuberculostáticos, por acciones de sinergia o sumación, específicas a cada uno de ellos, refuerza las acciones bactericidas o bacteriostáticas

propias, reduce considerablemente las dosis indicadas para su empleo y, con ello, toxicidades propias. Finalmente, como hecho de gran trascendencia, retardan o anulan la aparición de resistencias. Concisamente vamos a señalar lo que en tales aspectos es destacable en tuberculosis genital femenina.

STREPTOMICINA-ISONIAZIDA. La conferencia de Washington de 1953 y los acuerdos del Consejo Británico de Farmacia y Química y del de Investigaciones Científicas del mismo año, revisando las experiencias del enorme material de 100 hospitales, parecieron aceptar esta asociación como la más provechosa. A la misma conclusión conducen las comprobaciones experimentales de Hobby, Ilawsky, Karlson y Feldman.

De acuerdo con lo anterior, surgieron productos combinados de variable composición, con integrantes fundamentales de ambos tuberculostáticos, ideados por Hobby, Carvalho y Gomes. En tuberculosis genital observamos con esta asociación la *eliminación* de las resistencias cruzadas, disminución de los trastornos auditivos en largos tratamientos y se facilita la regresión, con resolución de los procesos endometriales y visibles. Carr ya había probado que la regresión procesal era inducida por la streptomina, pero no la resolución, que se alcanza con la asociación de isoniazida, en concentraciones de una a diez gamas por cc. En las lesiones formes antiguas, voluminosas, se logra una fibrosis por mayor aporte vascular de inducción isoniazídica. La isoniazida, en asociación, llega a las lesiones cerradas anulando la vitalidad de los gérmenes, en focos necróticos. El aumento del espectro bacteriano que procura, tiene

una gran repercusión en la neutralización de las infecciones asociadas.

Con esta asociación hemos podido asistir a la resolución de procesos anexiales, si bien en un caso hubo una recidiva a los seis meses de terminado el tratamiento, con pruebas biópsicas negativas. Tenemos la norma de interrumpir la asociación cada dos meses. Diez días de descanso, en los que sólo administramos PAS.

STREPTOMICINA-PAS. Los ritmos de Fergusson establecen el régimen alternante de un gramo de streptomicina cada tres días y 12 de PAS diario, idéntico al que aconseja Halbrech. Por la vía intraperitoneal lo aconseja Ulrich, 1 gramo día y mes. En los trayectos fistulosos asociando la sulfapiridina.

Los *resultados* en la clínica y los experimentales pueden resumirse así. Acción de sinergia (Youman y Lehman). Mayor bacteridia y bacteriostasis. En los procesos con ascitis, facilita la extirpación por concreción fibroplástica de los mismos. Infrecuentes apariciones de resistencia. Disminución del número de recidivas.

ISONIAZIDA-PAS. Esta asociación tiene como indicación precisa los casos de resistencia a la streptomicina: 250-300 mgrs. isoniazida y 12 grs. de PAS diarios, 30-40 días con pausas de 10. Por muchos autores se le atribuye la misma acción terapéutica que a la asociación strepto-isoniazida con la ventaja de su economía y la eliminación de las intolerancias auditivas de la streptomicina.

STREPTOMICINA-ISONIAZIDA-PAS. Asociación aceptada por la mayoría de autores como la de más intensa acción terapéutica. En régimen alternante de streptomycin, 2 gramos semana, isoniazida, 250-300 mgrs. = (5 mgrs. por kilo de peso) y 12 gramos PAS día. 30-40 días continuados con pausas de 10 que repiten el ciclo en duración total de 7-9 meses. Las pausas disminuyen las resistencias, ahorran streptomycin y sus posibles intolerancias. A esta asociación se le ha añadido por algunos, indistintamente, *ioduro potásico*, *chaulmoogra*, *sulfodiazinas* y *terramicina*.

D.—LA MEDICACIÓN HORMONAL.

LOS ANDRÓGENOS. Como anabólicos, euforizantes y depresores del componente estrogénico alergizante, a dosis de 25-75 miligramos semana, vigilando la fórmula hemática, ya que en tratamientos prolongados sabemos producen descenso de la hematopoesis.

LOS CORTICOIDES. Todas las viejas formas fímicas tóxicas deprimen la función cortical. Estados símil-adisonianos, de cuya expresividad pigmentaria ya nos hemos ocupado. Los glucocorticoides, por su cualidad “stressante” actúan contra la astenia habitual de estos pacientes y por el carácter antiflogístico, pueden por sí mejorar los procesos inflamatorios añadidos. Se emplean bajo las siguientes formas:

La hormona adreno-córticotropa ACTH, como estimulante de la función cortical, en administración inicial. Se aconseja en tal momento añadir antibióticos de amplio espectro y derivados pirazólicos.

La prednisona bajo el control de la glicemia y con régimen hipo-salino. Dellepiane aconseja dosis de 60-80 mgrs. día con reducción decreciente. Dosis que nos parece elevada, pues con ella es advertible la depleción potásica y la retención de sodio, con edematización.

Los corticoides fluorados, triazona, dexametasona, limitan las perturbaciones metabólicas citadas con magnificación de efectos terapéuticos y reducción de dosis, por lo que resultan de elección. Durante la aplicación de gluco-corticoides deberá hacerse periódicamente una inyección de ACTH en previsión de posibles depresiones hipofisarias, ante el empleo repetido de los anteriores, en sujetos hormonalmente hiperreactivos.

LA HORMONA SOMATOTROPA. Lemonde, en ensayos experimentales sobre el cobaya ha podido comprobar que inhibe la catabólisis, estimula el crecimiento del conectivo encapsulando el proceso. Otros ensayos con cobayas inoculados sometidos a la acción de estrógenos y a la de la hormona somatotropa, pudieron demostrar la rápida tuberculización con evolución granúlica en los sometidos a sensibilización alérgica-estrogénica, y la evolución hacia formas hiperplásticas limitadas en los sensibilizados con la hormona de crecimiento. Pese al conocimiento de la estructura química de la misma, su empleo lo limitan circunstancias de fabricación.

E.—EL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTI-INVASIVO.

PAUTA GENERAL. La asociación tuberculostática más estimable se integra en el trío *Streptomycina-Isoniazida-PAS*, en régi-

men alternante, pausas periódicas y aplicación prolongada durante 7-10 meses.

Los *procesos cavitarios cerrados*, se benefician de los tratamientos por aplicación local-focal, mediante aerosoles incorporados por vía abdominal o canalicular genital.

Las *formas bajas visibles*, requieren dualidad terapéutica; el régimen vena-oral alternante descrito y la aplicación local de PAS-TBI-Sulfadiazida.

LA VERIFICACIÓN, se confía a la *biopsia del endometrio* que en fimia genital, es equivalente al Wassermann en sífilis. Ella regula el diagnóstico-pronóstico evolutivo. Ante su negativización por aparente curación clínica debe *reiterarse anualmente*.

El *cultivo mensis* o trozos de endometrio exfoliado para inoculación, debe seguirse mensualmente durante los dos primeros años subsiguientes y cada tres meses en años sucesivos.

2.º LA ESTIMULACION REACTIVA DEL TERRENO

Frente a la *invasividad*, la respuesta del terreno, fundamentalmente a cargo del mesénquima, condiciona la variabilidad somática de las formas fímicas y su conducta evolutiva. Ello marca la importancia que ha de concederse a cuantos medios permitan exaltar su reactividad defensiva, a la que se confía la regresión y resolución del afecto y, en el peor caso, su estabilización parasitaria e inocua.

A.—EL TRATAMIENTO GENERAL.

La vacuna BCG, en los primeros días de la vida, constituye la *profilaxis*, que por su éxito indiscutible, aconseja una sistemática rigurosa.

Los antiguos remedios, no por viejos menos indispensables, se cifran en reposo físico y mental, ocasionalmente en cura de sanatorio. Adecuada sobrealimentación en cura de engorde, mineralización con arsénico, hierro y fósforo, vitaminas A y D, particularmente, y ciertos ritmos con gestágenos y andrógenos, contra el componente alergizante del estradiol.

B.—LA CALCIOTERAPIA.

La comprobación necroscópica de curaciones de procesos fímicos locales por calcificación, hizo que el ión calcio presida invariablemente un gran sector del tratamiento general del componente fímico. Pronto veremos que la actinoterapia, roentgenerapia y autoterapia, bajo distintos mecanismos de acción, coadyuvan estrechamente a los fines que la calcioterapia se propone.

Procuraremos el *aporte cálcico* mediante adecuados alimentos ricos en este ión: huevos, como de más tenor, proteínas y aminoácidos, verduras, frutas y leche, en predominio. Directriz bromatológica que permite satisfacer el requerimiento de 1 gramo-día, manteniendo el nivel de calcemia sobre 11-12 gramos por 1.000. No obstante el aporte de calcio-medicamentoso, de menor estimación que el alimenticio, es muy útil. La vía oral —fosfatos, carbonatos—, la muscular o hipodérmica —gluconatos y ditionatos— y fundamentalmente el cloruro de calcio endovenoso, son elementos de aporte, que a la vez procuran una buena ionización del calcio.

También hay que favorecer un buena *absorción del calcio* proscribiendo alimentos ricos en ácido oxálico, corrigiendo

eventuales hipoclorhidrias y administrando sales biliares que favorecen la absorción. Coetáneamente trataremos de mantener los valores del *cociente-calcio* total en sus fracciones no difusibles e iónicas, así como la *balanza calcio-fósforo*. En estos aspectos es la *vitamina D* la que actúa específicamente como reguladora, por ello su administración continuada, es obligada en la fimia genital. Grandes coadyuvantes de la calcioterapia son los ritmos periódicos con parathormona que moviliza los yacimientos óseos naturales y la adrenalina, que induce la *fijación del calcio* en los tejidos.

Cuanto se ha prescrito, es necesario por el papel que el calcio asume en el componente fímico: es *estimulante circulatorio* con función vasodilatadora que permite la irrigación de los focos. Su carácter *anti-exudativo* condiciona procesos hiperplásticos, derivando la evolución úlcero-caseosa-exudativa, de peor signo pronóstico; la pleuresía experimental con *mycobacterium exaltado*, es impedida en el cobaya por el cloruro cálcico. Induce la *resolución de infiltrados* y por su acción *hemostática* tiene gran valor en las formas necróticas cerradas.

La calcioterapia bien dirigida, bajo las normas expuestas, en concurrencia con las técnicas que siguen, induce la fibrosis de los focos, con eventual calcificación.

C.—LA ACTINOTERAPIA.

Es elemento cooperador a los fines que la calcioterapia persigue. *Su fundamento*, es producir una epidermitis actínica, con liberación de histamina, que opera cambios vasculares, a los que se suma la *ionización* y polimerización de oxígeno, con

formación de ergosterina irradiada y consiguiente aporte de vitamina D, en función metabólica, reguladora de la balanza calcio-fósforo, en beneficio de la calcificación de las lesiones.

La técnica tiene dos variantes: *helioterapia* practicable en *solariums*, de los que son ejemplo las instalaciones de Rollier en Seysin y de Bernhard en Saint-Moritz, y la *fototerapia*, llevada a cabo con lámparas de *luz fría* (cuarzo, mercurio, carbón). El baño actínico, de tipo general, a excepción de la cabeza, es más regulable mediante las lámparas y tiene precisa metodología.

El sensitómetro de Saidman determina la dosis del umbral de eritema, sobre cuyos valores se establece el tratamiento, a base de comenzar con el 40 por 100 del mismo, alcanzándose en la quinta sesión la dosis de eritema. A partir de aquí, un minuto de exposición a la irradiación es aumentado cada día. Transcurridos los 20 días, se habrá alcanzado el doble de la dosis de eritema.

La experiencia de Aymes, señala como indicaciones: las formas anxiales extensas, las bilaterales en jóvenes y las fistulizadas. Stiebock aconseja la fototerapia por vía vaginal con lámparas especiales.

D.—LA ROENTGENTERAPIA.

Su fundamento es “estimular el mesénquima produciendo la esclerosis del magma tuberculoso”. De acción ilusoria sobre el *mycobacterium*. La irradiación del ovario no tiene indicación sino en las mujeres viejas o en las jóvenes con ciclos perturbadores, y, en tal caso, será aplicada a dosis de *exo-ovulación*.

Técnicas que no destruyan por completo la función folicular, significan la excitación del órgano, con formación de folículos micro-quísticos y reacciones tecales, fuertemente estrogénicas y perjudiciales.

Las múltiples técnicas propuestas en razón del número de roentgenios, y su fraccionamiento en el tiempo, no son de comentar. El criterio general actual, es aplicar la "*dosis anti-inflamatoria*", o sea, el 10 por 100 de la unidad dosis piel, equivalente a 60 r. por sesión, un par de veces por semana, hasta llegar a seis sesiones en total. Ciclo que puede ser repetido a los dos-tres meses.

Tiene gran utilidad en lesiones pequeñas sin exudado, en las adheridas, en las miliares no ascíticas y en los grandes bloques proteiformes, con siembras extensas inoperables, donde fracasan las asociaciones de tuberculostáticos. Estas formas graves deben ser tratadas en concurrencia con actino y auroterapia.

LA CURIETERAPIA, logra resultados espectaculares en las fimias bajas visibles. En las localizaciones de portio 40-50 mgrs. de R. E. aplicados endocervical y epilesionalmente, se mantienen 50-60 horas, pudiendo repetirse, al mes, la aplicación, con curación local evidente.

E.—LA AUROTHERAPIA.

Tiene como fundamento el provocar reacciones sobre el retículo endotelio que, en orden a la doctrina polifilética del monocito, contribuiría a la formación del nódulo. No ha faltado quien le asigne la virtud de permeabilizar la capa lipoide que

protege al mycobacterium, con lo que sería más apto a la agresión de los fármacos.

La crisoterapia, ocupa un lugar muy secundario en la actualidad fímica, por las reacciones tóxicas que provoca, denunciadas premonitoriamente con prurito, erupciones y flogosis en mucosas de boca y faringe. Su empleo en tisioterapia, se limita a provocar estímulos mensenquimales mediante ritmos de aplicación distanciados: 2 a 5 mgrs. de sales de oro (solganal, sanocrisina, oro-sanil, áureo-lecit, etc.), son administrados por vena, cada dos o tres días, en número de cinco a seis, repitiendo a los dos o tres meses, según el hemograma-prognóstico nos indique.

3.º LA EXERESIS QUIRURGICA

El hecho real es que, en fimia genital, tratamos siempre un tercer complejo, en el que una *mutilación*, con aparente valor curativo, es suficiente. Este criterio, decadentemente conformista, no satisface los anhelos de una terapéutica racional, ya que "*suprimir no es curar*". Sin embargo, nos vemos obligados a seguirle, como *último recurso*, en casos concretos, en los que previamente falló el completo arsenal de la tisioterapia.

Estos rebeldes casos, para ser intervenidos, requieren condiciones anatomo-patológicas específicas. Se integran en los siguientes procesos: localizaciones tubéricas o tubo-ováricas bien limitadas. Formas tumorales o pío-sálpinx aislados, y los abscesos mixtos, añadidos, que invariablemente nos vemos obligados a vaciar. Para decidir estas intervenciones, hemos de conven-

cernos que las exéresis propuestas, no dejen siembras, ni las procuren o reactiven. Un tratamiento pre y post-operatorio, con tuberculostáticos y corticoides, es siempre obligado.

El tiempo de las audaces extirpaciones de grandes bloques y las graves ofensas quirúrgicas a los procesos pélvicos adherentes, ha cerrado el parénutesis de su largo transcurso. Una negra casuística lo ha enterrado. La enorme mortalidad y daños que produjo, por peritonitis, lesiones intestinales, íleus, fístulas estercoreáceas y diseminaciones granúlicas fulminantes, es el triste recuerdo que nos ha legado.

Un criterio eminentemente conservador domina la época actual.

COMO EPICRISIS

Puede afirmarse que la incidencia de la tuberculosis genital en la mujer, es considerable. Su destacada morbilidad, tiene suma importancia en el "*aspecto epidemiológico*", pero es aún mayor su trascendencia como "*problema social*", al constituirse en causa de esterilidad, aborto y gestación ectópica, con significación de implacable "*azote generativo*".

Solamente la mitad de los casos se diagnostican de modo fácil, por la magnitud de sus expresiones clínicas que, con graves y extensas localizaciones, invalidan a la mujer, a la vez que rebasan todas las posibilidades curativas del amplio frente tisioterápico mencionado, que impotente, apenas consigue lograr aleatorios resultados paliativos. En la otra mitad de las mujeres afectadas, la tuberculosis genital, transcurre criptogenética-

mente, bajo formas de humilde hipocresía clínica, insidiosa y solapada, con objetividad silenciosa y leve subjetividad. Son las “formas latentes” de vaguedad inespecífica, común a toda la amplia gama de las ginecopatías banales.

El diagnóstico precoz de estas “formas ocultas”, con lesión limitada, es el punto crucial sobre el que gira el trascendente problema de la tuberculosis genital femenina y sus posibilidades curativas; porque “tan fácil es arrancar el endeble arbolillo joven, con todas sus raíces, como imposible resulta desarraigar por completo, el viejo tronco robusto”.

En tiempos pretéritos, resultaba difícil y a veces imposible, el poder llegar a una veraz conclusión diagnóstica. Hoy es menos difícil, y nunca imposible el conseguirlo. Para ello, no es preciso estar dotado de una fina y sutil intuición clínica, sino, simplemente, de la disciplina mental que, en actitud vigil, relacione los síntomas difusos e inconcretos de aparentes ginecopatías banales, con la “presunción de la presencia fímica”. Una severa metodología de rigor clínico, en la que el microlegrado del endometrio y el cultivo mensis son exploraciones preeminentes, no sólo podrían confirmar la realidad de la presunción, sino que su sistemática nos deparará frecuentes hallazgos casuales, en el gran porcentaje de mujeres sanas, que solamente nos consultan por su esterilidad o reiteración abortiva.

No declararse nunca satisfecho de la labor realizada y de los resultados con ella obtenidos, es norma del clínico que quiere llegar racionalmente a la verdad, naturalmente conocida, sin que acepte como ciertos hechos insuficientemente probados.

Por ello, ante la presunción de fimia genital y la negatividad del microlegrado, frecuente y verosímil, por *falsos negativos*, implícitos en abrasios limitadas, escasez de tubérculos, defecto de cortes seriados o errores de interpretación, procede proseguir la búsqueda, mediante el tubérculo experimental con trozos de endometrio, mensis o secretas genitales, a lo que complementariamente pueden añadirse las técnicas biológicas, laparoscópicas, radiográficas y el laboratorio común. Tal concurrencia de medios, hace saltar la recóndita placidez con que el mycobacterium de Koch oculta su presencia demoledora.

El tratamiento de la fimia genital femenina, ha sufrido fuerte conmoción con el advenimiento de los antibióticos y quimioterápicos. Antes de su conocimiento y empleo, era sólo la Cirugía, audaz e irreflexiva, de funesta casuística, quien con la roentgenterapia, fototerapia y antígenos, llenaba todo su campo terapéutico, sin que consiguiera más que mediocres resultados desalentadores, logrados en penosas y largas etapas de tratamiento.

A los nuevos tuberculostáticos debemos el cambio de rumbo terapéutico, hoy inclinado a tendencias conservadoras. Los resultados que con ellos alcanzamos, son satisfactorios, pero no siempre constantes ni buenos, ya que en ocasiones, las resistencias y dependencias bacilares que determinan, han precipitado hacia la muerte a algunos procesos. Las “panaceas”, como esquemas mentales, integran la rémora del progreso científico y la antibioterapia y quimioterapia, prodigadas con criterio standard, unen sus fronteras con la panacea, lo que ha producido serios contratiempos a la Medicina. Por ello, frente a los

nuevos remedios, no nos mostramos como *filoneistas* irreflexivos y vehementes, deslumbrados por el nuevo hecho. El que las nuevas drogas hayan producido ocasionales daños, tampoco justifica una postura de irracional aversión *misoneista*. Nuestra actitud frente a ellas es la que corresponde a la prudencia del ejercicio tocológico: "*aplazamiento de juicio*" hasta que una confirmación experimental, constante y uniforme, acredite la verdad de los hechos.

Pero lo cierto es que la tuberculosis genital de la mujer va en baja. Sus viejos usos de largos tratamientos inoperantes, han sido desplazados por la precisión diagnóstica actual, que indica la oportunidad del eficaz tratamiento precoz. En este empeño se emplean, con evidente provecho, los nuevos tuberculostáticos, que en plena fase experimental de universal y generosa dedicación a su perfeccionamiento, procuran curaciones que a diario se comunican.

Por ello, en estos momentos de gran expectación e intenso anhelo, la Humanidad se siente confortada. Su dolorosa *resignación* ante el azote de la peste blanca, ha cedido el paso a una luminosa *esperanza*.

HE DICHO

ACABÓSE DE IMPRIMIR ESTE DISCURSO DE APERTURA
DEL CURSO ACADÉMICO 1959-60, DE LA UNIVER-
SIDAD DE VALLADOLID, EL 24 DE SETIEMBRE
DE 1959 (FESTIVIDAD DE NUESTRA SE-
ÑORA DE LAS MERCEDES), EN LOS
TALLERES DE LA EDITORIAL
SEVER-CUESTA, DE
VALLADOLID

*