

INFLUÊNCIA DA TUBERCULOSE SÔBRE A GRAVIDEZ E SÔBRE O FUNCIONAMENTO DO APARÊLHO GENITAL FEMININO

PROF. JOSÉ FERNANDO CARNEIRO *

Antes de estudar a influência que a tuberculose exerce sôbre a gravidez, parece-nos conveniente referir a influência, algumas vezes muito nítida, que a tuberculose pode ter sôbre o funcionamento do aparelho genital feminino.

Uma observação antiga, que nós próprios verificamos muitas vezes em nossa vida de fisiologista, diz respeito ao aparecimento da amenorréia em conexão com o início da tuberculose pulmonar. Em HIPOCRATES, encontra-se o registro do fato, ao qual se emprestava um sentido prognóstico ominoso. "*Parmi les phthisiques — lê-se na tradução das obras completas de Hipócrates feita por LITTRÉ (1) — le moins des chances est pour les jeunes filles et les femmes chez qui la phthisie est la suite de la suppression des menstrues. Si quelqu'une, fille ou femme, doit r chapper, il faut, outre l'abondance des bons signes, que les règles se montrent d'une façon décisive et sans aucune altération; autrement il n'y a pas d'espoir*".

Antes da era do cadastro tor cico, quando o diagnóstico da tuberculose se fazia portanto mais tardiamente, era comum que a amenorréia fôsse o primeiro sinal aparente do surto tuberculoso. BENÍCIO DE ABREU costumava dizer que "uma mulher jovem, em período de apogeu sexual, com uma amenorréia, ou está grávida ou tuberculosa". Sem chegar a êsse radicalismo do velho mestre brasi-

leiro, podemos contudo afirmar que a tuberculose era, sem d vida, no quadro epidemiológico do seu tempo, causa frequent ssima de  ligo e hipomenorr ias e de amenorr ias. Na prática sanatorial o médico computava a volta da menstruação, ao lado da queda de temperatura e do aumento de pêso, como um dos sinais de recuperação. Os fisiologistas não tentavam combater essa amenorréia, mas aguardavam que a normalização do funcionamento ovariano se fizesse espont neamente. "*Lorsque votre fille sera gu rie de sa tuberculose, ses r gles reviedront tout naturellement*", dizia RIST (2)  s mães tantas vezes mais preocupadas com a amenorréia do que com a tuberculose de suas filhas.

Sempre se procurou uma explicação para êsse fato, e imaginou-se que na tuberculose o crescimento dos folículos se encontrasse inibido, havendo portanto hipofoliculinismo. BRACK (3) verificou que a mulher tuberculosa, já antes da puberdade, perde grande parte dos folículos primordiais em conseqüência de alterações diversas como entumecimento e degeneração de seu conteúdo, maturação precipitada e conseqüente formação de cistos. Na tuberculosa adulta viu escassa quantidade de folículos primordiais. A  ligo— e a amenorréia das tuberculosas teria explicação hormonal e decorreria do hipofoliculinismo. Em trabalho recente DUPERRAT (4) põe

em dúvida essa ação inibidora da tuberculose sobre os elementos nobre do ovário, uma vez que em casos raros de tuberculose dos ovários os folículos adjacentes às lesões caseosas se mostram intactos. O argumento não procede. A hipomenorréia da tuberculose pulmonar obedece ao mecanismo do **stress** e não ao fato da maior ou menor contigüidade da lesão tuberculosa. Do choque entre a agressão e a defesa resulta um derrame de hormônios adrenocorticotrópicos em detrimento dos hormônios gonadotrópicos. Nos casos severos de **stress** essa situação hormonal pode resultar até em hipotrofia do útero e das mamas e perda de pêlos genitais. Na tuberculosa as couças não costumavam, e não costumam hoje muito menos, ir tão longe, e o que se observa é uma inibição ovariana, tal como BRACK observou muito antes de haver explicação para o fato.

Essa amenorréia da tuberculosa pulmonar não resulta de comprometimento do aparelho genital feminino pela tuberculose. Convém, por isso mesmo, situar o problema da tuberculose genital feminina. Ela não aparece como complicação comum da localização pulmonar. Não é seguramente uma tuberculose satélite da tísica pulmonar como o são a tuberculose da laringe e certas formas de tuberculose intestinal. Na história natural da tuberculose, a salpingite faz parte de outra constelação, da qual ela é exatamente o centro. Dêsse centro partem metástases regulares para o endométrio e até disseminações miliares para sítios distantes como o pulmão, onde elas se traduzem habitualmente por micronódulos de evolução abortiva. Daí o achado freqüente de lesões pulmonares nos casos de salpingite tuberculosa. SCANDROGLIO (5) viu focos pulmonares em 90 por cento dos casos. Esse tipo de achado, muitos autores o interpretam como evidência de que a tuberculose pulmonar, embora curada, haja sido a precursora da tuberculose genital. Aqui devemos fazer algumas distinções. A localização primária da tuberculose e sua sede primacial não coincidem, freqüentemente. Após uma localização pulmonar primária, a tuberculose pode fazer de um outro órgão sua sede principal, sua metrópole, de onde partirão mais tarde disseminações para órgãos distantes, inclu-

sive os pulmões. Há formas metropolitanas, digamos assim, de tuberculose intestinal, sem que isso signifique que a tuberculose primária se haja processado no intestino. A tuberculose ulcerosa intestinal costuma ser uma tuberculose satélite da tuberculose pulmonar cavitária, enquanto a tuberculose hipertrófica ileocecal representa uma forma autônoma de tuberculose intestinal. O lupus vulgar constitui uma forma autônoma de tuberculose da pele, embora não seja uma forma primária, enquanto a **tuberculosis cutis orificialis** representa uma forma satélite. A localização primária da tuberculose depende do caminho seguido pelo bacilo ao penetrar no organismo, enquanto a localização primacial, metropolitana, planetária da tuberculose expressa o tipo de solução entre o germe e o terreno, entre a infecção e a imunidade. Nem sempre os autores se sentem à vontade ao fazer essa distinção, e quando observam de maneira irrecusável a dissociação entre sede primária e sede principal, lançam mão de um pequeno rodeio para expressar o fato, de vez que não existe vocábulo consagrado para exprimi-lo. WETZEL (6), ao estudar a tuberculose do baço, explica que essa tuberculose é sempre secundária (no sentido de não ser primária), mas que, entretanto, existem tuberculosas esplênicas "**pradominierenden**" ou "**im Vordergrund stehenden**". Não chega a usar expressões mais radicais como a de tuberculose autônoma ou isolada do baço. Sendo o pulmão a porta de entrada habitual da tuberculose, tende-se a imaginar que as tuberculosas distantes, nos rins, no cérebro, no baço, no aparelho gênito-urinário, sejam complicações da tuberculose pulmonar. Mas nem tôdas as lesões existentes nos pulmões, sejam embora lesões em fase de cicatrização, ou cicatrizadas, têm caráter de anterioridade às lesões distais.

No caso particular da tuberculose genital feminina, será curioso assinalar um fato que representa uma pequena contribuição à nossa compreensão do problema das localizações preferenciais da tuberculose. O mesmo hormônio que em doses altas serve para reforçar a resistência geral do organismo contra a infecção tuberculosa, favorece o desenvolvimento da tuberculose na área genital. Os trabalhos de NEVINNE-STI-

CKEL (7), STÜPER (8), SIEMS e KRA-CHT (9) e BORELL e RYDEN (10) mostram como o hiperfoliculinismo favorece o desenvolvimento da tuberculose do endométrio, enquanto trabalhos outros experimentais, sobretudo os de LURIE, ABRAMSON e ALLISON (11) comprovam o papel do alfa-dipropionato de estradiol na proteção do organismo contra a disseminação da tuberculose.

STÜPER (12) em 57 casos de endometrite tuberculosa encontram 8 vezes uma hiperplasia glandular cística, sinal eloquente de foliculinemia elevada ou persistente. Nas mulheres abaixo dos 50 anos a frequência dessa coincidência anda em torno de 15 por cento. Em geral, os focos pulmonares que os patologistas descobrem nos casos de tuberculose genital feminina — deixando de lado as lesões residuais do complexo primário — representam aquilo que WALGREN e MILLER (13) chamavam de tuberculose de filtração, e que BARD (14) chamava de tuberculose abortiva. Elas resultam de disseminação por via hemática, a partir muitas vezes de uma salpingite tuberculosa. Se essa disseminação de germes oriundos de uma salpingite caseosa encontra o organismo em fase de menor resistência, pode sobrevir uma tuberculose pulmonar evolutiva, do tipo miliar.

Quando se pesquisa, não a frequência de lesões (ativas ou inativas) nos pulmões das pacientes com salpingite tuberculosa, mas a frequência da tuberculose genital feminina em casos declarados de tuberculose pulmonar, verifica-se que ela é muito baixa. Em 503 necropsias de mulheres mortas de tuberculose pulmonar BROcq e colaboradores (15) encontraram apenas 6 por cento com alguma forma de tuberculose genital. E seria necessário ainda indagar em quantos desses casos a tuberculose, de evolução mortal, teria derivado de disseminação miliar a partir de uma salpingite caseosa.

A tuberculose genital é causa frequente de esterilidade. Por meio de biopsia do endométrio, SHARMAN (16) encontrou evidência de tuberculose insuspeitada em 5,3% de mulheres estéreis. O endométrio é uma mucosa extraordinária, que se elimina todos os 28 dias, e depois se reconstitui. Entre o 7.º e 12.º dia do ciclo é que podem aparecer ilho-

tas de contorno impreciso nas quais as células do estroma tomam o aspecto epitelióide. Ao contrário da verificação da ovulação, que é feita entre o 24.º e o 28.º dia do ciclo, imaginamos que o melhor momento para surpreender a presença de tuberculose do endométrio seja exatamente aquele que foi sugerido, entre o 7.º e o 12.º dia, enquanto o epitélio não se encontra muito proliferado. Trata-se de uma simples inferência, que poderá ser eventualmente desmentida pelos fatos. O que se sabe, por ora, é que a biópsia deve ser feita preferencialmente junto aos cornos uterinos, dado que a tuberculose do endométrio se acha quase invariavelmente, embora não sempre, na dependência de uma tuberculose tubária. E daí poder-se afirmar que a incidência da tuberculose genital feminina como causa de esterilidade supera a percentagem de biópsias positivas do endométrio.

Por vezes, só após inúmeras biopsias se consegue uma positiva. Por outro lado, nem sempre a tuberculose genital traz esterilidade e são inúmeras as observações de gravidez, ora ectópica mais raramente, ora tópica bem mais frequentemente, até em casos de salpingite tuberculosa avançada (17, 18) ou de tuberculose comprovada do endométrio (19). SHARMAN (20) demonstrou permeabilidade tubária em 34,2 por cento das mulheres que sofrem de endometrite tuberculosa, e depois de salpingite tuberculosa. A noção de que a salpingite tuberculosa acarreta invariavelmente esterilidade, está superada. Já se pensou que somente fariam exceção a esta regra raríssimos casos de gravidez ectópica. Não há dúvida que a tuberculose pode ser causa de nidação ectópica, mas esses casos são raros (21, 22, 23). Na literatura médica americana, o total de gestações tubárias provocadas por tuberculose não passava de 11 casos, até 1953 (24). Na literatura médica inglesa, DAVIN POWER e colaboradores (25) apresentaram em 1955 o terceiro caso de gravidez ectópica causado por salpingite tuberculosa e informam haver encontrado na literatura médica universal apenas 53 casos. Há indicações (26) de que a gravidez ectópica seja relativamente mais frequente em casos de salpingite tuberculosa espontaneamente ou medicamente curada do que nos casos de salpingite não curada, o que é devido,

provavelmente, às alterações cicatriciais do endosalpinx. MAC BETH (27) registrou o caso deveras interessante, de uma mulher, com salpingite tuberculosa bilateral, no qual ocorreu gravidez ectópica numa trompa ainda doente, e depois gravidez ectópica na outra trompa, quando a paciente já estava curada, graças à quimioterapia. Quando a gestação acontece em presença de salpingite tuberculosa ela costuma correr bem e chegar a termo, como nos casos referidos por BRET e LEGROS (28). O perigo principal desses casos reside na possibilidade do aparecimento de tuberculose miliar materna, seja durante a gestação seja mais frequentemente no **post partum**, assunto que será tratado em outro capítulo.

Fora da fase reprodutiva, também se encontra, é óbvio, tuberculose genital. Nos casos de salpingite tuberculosa após a menopausa, observa-se frequentemente hipertrofia do endométrio sendo manifestação clínica principal metrorragias graves, rebeldes aos tratamentos habituais. Está obviamente fora do plano do presente trabalho qualquer discussão sobre esta "tuberculose endometrial hipertrófica da menopausa", como a chamam alguns autores franceses (29). Apenas, dois reparos ou esclarecimentos se fazem necessários: primeiro, dizer que as metrorragias não constituem apanágio da tuberculose genital após a menopausa; segundo, dizer que a tuberculose do endométrio após a puberdade não está, necessariamente, desvinculada do problema hormonal, uma vez que o estudo do endométrio nesta fase da vida mostra atividade hormonal acima da que se poderia esperar, à primeira vista. Temos no climatério, à semelhança do que ocorre antes da puberdade, ciclos anovulatórios com variações hormonais que podem resultar em proliferação hiperplástica se houver estrinismo elevado ou persistente. O aparelho folicular do ovário entra em regressão após a menopausa, mas os estrogênios passam a ser produzidos na cortical do ovário, que se hipertrofia, e na suprarrenal. O mesmo tipo de estrogênio-dependência que parece existir para a tuberculose do endométrio nas mulheres jovens pode talvez contribuir para o aparecimento dos casos de tuberculose do endométrio após a menopausa.

—O:—

Vejamos, agora, como decorre a gravidez das pacientes com tuberculose pulmonar e sem tuberculose genital. RICARDO SCHWARCZ (30), num livro muito bem documentado, apresentou sua experiência, feita há muitos anos, quando ainda não dispúnhamos dos tubérculo-estáticos modernos. Como chefe da Maternidade do Hospital Tornú, destinada exclusivamente ao cuidado de gestantes tuberculosas, pôde SCHWARCZ observar a influência da tuberculose sobre a gravidez numa época em que essa influência não podia ser anulada por nenhuma terapêutica anti-microbiana. Tendo examinado 1450 histórias clínicas e dentre elas selecionado 913 observações completas, o autor tirou as seguintes conclusões:

1.^a conclusão: — A tuberculose não é causa apreciável de aborto. A tuberculosa, comparada com a mulher sã, gera muito menos; mas uma vez grávida, a prenhez se processa normalmente, com perturbações equivalentes às da mulher sã. O autor viu apenas 2% de abortos espontâneos (excluídos aqueles considerados na época como de origem luética).

2.^a conclusão: — A duração do período de gestação é porém menor, em média, e o número de partos prematuros aumenta com a gravidade da infecção. Em 913 grávidas viu SCHWARCZ 243 partos prematuros, isto é 26%.

3.^a conclusão: — A incidência de transtornos produzidos pela intoxicação gravídica é a mesma entre as gestantes tuberculosas e não tuberculosas. Além disso, não há desvio da normalidade no que se refere a apresentações fetais. Nessas 913 mulheres houve 863 apresentações cefálicas (das quais 17 foram partos prematuros) e 2 transversas.

4.^a conclusão: — A duração média do parto na mulher tuberculosa é muito menor do que na parturiente sã. Os períodos de dilatação e de expulsão se abreviam sensivelmente. Há maior rapidez na duração do trabalho do parto com dinamismo uterino e peso fetal normais. Note-se ainda que tanto mais rápido é o parto quanto mais grave a lesão. Por isso, SCHWARCZ desaconselhava o emprego do fórceps. Podemos aqui admitir

que, em seu tempo, as aplicações de fórceps, além de desnecessárias, nem sempre se revestissem da inocuidade do que hoje se chama o fórceps profilático, feito com a cabeça já insinuada, e que impede

apenas o esforço e o trauma da expulsão. Eis o quadro oferecido, que resume os dados referentes a 523 mulheres cujos partos se realizaram espontaneamente e a termo:

Número de enfermas	Paridade	Período de dilatação	Período expulsivo	Total de horas
80	Primíparas	10 horas	53 minutos	10.53 horas
443	Múltiparas	8 horas	25 minutos	8.25 horas

Admitindo-se que o parto de uma primípara dura em média 15 horas e o de uma múltipara de 10 a 12 horas, haveria assim uma diferença de menos 5 a 6 horas para a primípara tuberculosa e de 2 a 4 para a múltipara tuberculosa.

5.^a conclusão: — O parto das tuberculosas decorre frequentemente sem dor, e tanto menor é a dor quanto mais grave é a lesão tuberculosa. As distócias uterinas são também pouco frequentes e nunca se observam em enfermas com lesões graves.

6.^a conclusão: — A dequitação se efetua com rapidez e sem acidentes. A retenção da placenta é fenômeno raríssimo.

7.^a conclusão: — No puerpério a eliminação dos lóquios e a involução do útero se produzem em tempo e forma normais. A infecção puerperal e demais complicações durante esse período se registram muito raramente.

São essas as peculiaridades obstétricas da mulher tuberculosa, segundo RICARDO SCHWARCZ. Parecerá muito baixa a incidência de abortamentos espontâneos encontrada pelo autor argentino, quando se considera que a taxa média de abortos espontâneos em mulheres normais anda em torno de 10 a 20 por cento (31, 32). Entretanto, R. G. SIMMONARD SANTOS (33) em 900 gestantes tuberculosas que passaram pela Maternidade do Hospital Nossa Senhora das Dores (Rio de Janeiro) no espaço de 15 anos registrou apenas 3 casos de abortamento espontâneo. É surpreendente, mas foi assim. No material de HEDVALL (34) de 250 mulheres tuberculosas com 346 gestações ocorridas num espaço de 10 anos, houve apenas 6 abortos espon-

tâneos. "Esta cifra é mais elevada que a de SIMMONARD SANTOS (31), mas ainda inferior à de SCHWARCZ (30). Quanto à rapidez e facilidade do parto nas tuberculosas, ARTURO ACHARD (35), no Uruguai, encontrou, muito depois, dados semelhantes aos de SCHWARCZ. Quanto aos partos prematuros, o mesmo autor na Maternidade do Instituto de Tisiologia de Montevidéu, observou uma incidência de 16,2 por cento entre os anos de 1947 e 1951; no mesmo quinquênio, numa maternidade para mulheres sadias, a incidência de prematuros foi de 9,9 por cento. VANCESI (34), na Maternidade do Hospital Carlo Forlanini, de Roma, encontrou 32 por cento de partos prematuros entre as tuberculosas, cifra até mais alta que a de SCHWARCZ. Entretanto, FORSSNER (37) encontrou apenas 7 por cento de partos prematuros. RAVINA e MEYER (38) afirmam que o aborto espontâneo e o parto prematuro são muito raros entre as tuberculosas (4 por cento dos casos) e acrescentou que "la tuberculose n'influence en rien l'accouchement, la délivrance et les suites des couches." Cifras e pareceres tão dispares derivam, em parte, do conceito pouco uniforme de prematuridade. SIMMONARD SANTOS (33) entre 660 fetos de tuberculosas encontrou 10,3 por cento delas com menos de 2.500 gramas, mas apenas 5.1 por cento de prematuros quando se considera apenas as gestações que terminam realmente antes dos prazos prováveis.

Relativamente ao trabalho do parto, SIMMONARD SANTOS (33) no seu vasto material encontrou a seguinte duração média:

Nulíparas 8 horas 24 min.
Múltiparas 6 horas 25 min.

Esses dados são até mais expressivos

que os de SCHWARCZ (30). Seguindo ainda orientação desse autor, SIMMONARD SANTOS (33) desaconselhava o "forceps profilático". A nosso ver, o "forceps profilático", como é hoje entendido, constitui um progresso na assistência da parturiente, tuberculosa ou não, e está sempre indicado.

Porque razão o parto decorreria com maior rapidez na tuberculosa do que na mulher sã, que deve possuir uma dinâmica uterina melhor? SCHWARCZ (30) ensaia uma explicação porventura incompleta: "**La disminucion del dolor, elemento conocido como frenador de la contraccion, debe ejercer sin duda una marcada influencia sobre el rapido progreso del parto.**" E por que a diminuição da dor?

Normalmente, o parto acontece sem dor num certo número de casos, que chega, talvez, a 10 por cento. Mas, porque cresce tanto entre as tuberculosas a percentagem de partos indolores? A título de ilustração lembremos algo que tem analogia, embora remota, com o fato paradoxal de que o parto das tuberculosas decorre sem dor e com maior rapidez. É o caso referido por DE LEE (39) acerca do parto das doentes acometidas de formas graves de gripe, na pandemia de 1918, nas quais o útero se esvaziava rapidamente, com pouca dor e pouco sangue ("**the uterus emptied itself rapidly and without much pain and bleeding**"), embora o estado de prostração da parturiente aumentasse levando-a depois à morte com astenia progressiva e irremovível.

ACHARD (35), enumerando as causas que, em sua opinião, podem explicar a maior facilidade do parto nas tuberculosas, cita "**la mala oxigenación de la sangre em la gravida tuberculosa, con sobrecarga de anhídrido carbonico que actuaria como agente acitocico**". Essa explicação não subsiste nem deveria sequer ser mencionada, uma vez que as provas de função pulmonar nas tuberculosas não mostram em geral hipoxemia, a não ser em casos de "pulmão destruído", e até nesses casos não costuma existir hipercarbia. O autor uruguaio cita ainda a possibilidade de as tuberculosas terem um psiquismo melhor preparado para o parto. Nisto estamos de acordo. A docilidade da tuberculosa, sua experiência com uma enfermidade crô-

nica, seu contacto diário com o médico, criam, sem dúvida, uma situação favorável à aceitação dos conselhos do obstetra. Torna-se então relativamente fácil afastar do espírito dessas pacientes muitos temores sem fundamento que resultarão, por ocasião do parto, em contrações desordenadas, espasmos indesejáveis e desnecessário sofrimento.

NOTTER e EGRON (40), que escreveram acerca do assunto um excelente artigo, observaram entre 253 parturientes tuberculosas, 23 dilatações estritamente silenciosas e 2 casos de "**accouchements par surprise**", definidos como "partos ultra-rápidos, geralmente indolores, sobrevindo de improviso numa mulher que em estado de consciência expulsa em alguns segundos uma criança viva e viável". Em regra geral, verificaram uma atenuação das dores e uma aceleração do trabalho do parto cuja duração média foi de 10 horas para as primíparas e de 6 horas para as multiparas. Os autores citados atribuem esta maior facilidade ao trabalho do parto à conjugação de vários fatores. De um lado, a disciplina mental da tuberculosa, seu afastamento do ambiente familiar, concorrendo para uma avaliação mais exata do valor do tratamento médico. Por outro lado, mais interessada no estudo de seus pulmões do que no trabalho do parto, a tuberculosa evita os esforços desnecessários e deixa que o parto se processe naturalmente. A atenuação das dores e a rapidez da dilatação e da expulsão são mais nítidas ainda nas tuberculosas tratadas em sanatório. Segundo NOTTER e EGRON (40) as reações do segmento inferior do útero ligadas à posição em pé e as reações do assoalho pélvico ao trabalho quotidiano representam fatores de resistência à progressão do feto. No caso das tuberculosas tratadas em regime sanatorial essas condições adversas são afastadas, e graças a isso a dilatação do colo se faz com muita facilidade. Os autores mencionam ainda que o parto das cardíacas, que guardam repouso absoluto no leito nas últimas semanas da gestação, fica também facilitado.

Em linhas gerais, a simplificação do trabalho do parto observado nas tuberculosas coincide com aquele que se obtém graças à preparação psicológica das gestantes antes do parto. A doença pulmonar, acarretando um tipo sanatorial de

tratamento, representa uma preparação para o parto, equivalente aos métodos psico-profiláticos que hoje procuramos aplicar de maneira intencional. Com a mudança de sistema de tratamento propiciado pelos tubérculo-estáticos modernos, que vieram tornar dispensável em tantos casos o regime sanatorial e tornar dispensável a antiga assiduidade do tisiologista, é possível que a diferença de comportamento durante o parto, entre as mulheres sadias e as tuberculosas, venha a desaparecer.

A conclusão geral a tirar-se em relação a este primeiro item é que, seja em virtude de um mecanismo do stress nos casos de tuberculose pulmonar, seja em virtude de obstrução tubária nos casos de tuberculose genital, a tuberculosa de modo geral gera muito menos, tendo porém, quando ocorre a concepção, prenhez normal, parto fácil e freqüentemente prematuro, e puerpério normal.

SUMMARY

INFLUENCE OF TUBERCULOSIS UPON PREGNANCY AND THE FUNCTIONING OF THE FEMININE GENITALIA

In the present work, which is a critical analysis and synthesis of the innumerable research projects already published on the same theme, the author recaps the greater part of the phthisiological aspects of gynaecology and obstetrics.

The pathogeny of amenorrhoea, pointing up the influence of the hypophysis, is discussed; and appreciation of tuberculous salpingitis as the invariable agent of sterility, or frequent cause of ectopic pregnancy, is made; the pathogenetic influence of the female sexual endocrinological oscillation is analysed; the divers directional possibilities of the hematogenic dissemination, particularizing ambiguous conceptions of the primary and principal foci of tubercular lesions, are pointed up; also noted is the importance of salpingitis in millary tubercular dissemination.

Analysing the influence of tuberculosis upon pregnancy, the conclusion is reached that, whether through a stress mechanism in the cases of pulmonary tuberculosis, or whether by virtue of tubular obstruction in the cases of genital

tuberculosis, the tubercular patient as a general rule, conceives less frequently, it being noted, however, that when conception does occur, that the pregnancy is normal (rarely is there spontaneous abortion), the delivery is easy, without pain and rapid, though not infrequently premature, and post-delivery period is normal.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Oeuvres complètes d'Hippocrate — traduction ouvelle avec le texte grec en regard — Par É Littré — Paris: J. B. Bailliere et Fils — tome neuvième, 1861.
- 2 — Rist E. — Les Syntômes de la tuberculose pulmonaire — nouvelle édition — Paris: Masson, 1949.
- 3 — Brack E. — Ueber unspezifische Keimdrusenverand, bei Verstorbenen Tuberk. — Beitr. z. klin, der Tub. — 60: 578, 1925.
- 4 — Duperrat B. — No livro de Bret J. et Legros R. (cit. 18).
- 5 — Scandroglia J. J. — Tuberculosis genital feminina — Hoja Tisiol. 6: 106, 1946.
- 6 — Wetzel U. — Die Klinik der Milztuberculose — Erg. der gesamt. Tuberk — Forsch., bd. XII, s. 329, 1954.
- 7 — Nevinne — Stickel J. — Über die Schleimhautfunktion bei Emdometriumtuberculose. — Arch. Gynak. 182: 104-124, 1952.
- 8 — Stüper P. — Hormoneinwirkungen auf den Ablauf der Genitaltuberculose in Experiment, Arch. Gynak. 186: 316-318, 1955.
- 9 — Siems K. J. und Kracht J. Zur Wirkung des Follikelhormons auf die weibliche Genitaltuberculose — Zentralbl. Gynak. 76: 1975-1981, 1954.
- 10 — Borell U. and Ryden A. B. V. — Administration of oestrogens as an aid in the diagnosis of tuberculous infection in acyclic atrophic endometrium — Acta Obst. Gyn. Scand. 33: 327, 1954.
- 11 — Lurie M. B., Abramson S. and Allison M. J. — Constitutional factors in resistance to infection — Am. Rev. Tuberc. 59: 168, 1949.
- 12 — Stüper P. — Glandular — zystische Hyperplasie und Tuberculose

- der Gebärmutter Schleimhaut, — Geburtshilfe und Frauenheilk. 15: 1122-1128, 1955.
- 13 — Miller J. A. and Walgren A. J. — Tuberculosis in Adults and Children. New York: Thomas Nelson and Sons, 1939.
 - 14 — Bard L. — Formes Cliniques de la Tuberculose Pulmonaire. Classification et Description Sommaire. Genève, 1901.
 - 15 — Brocq, Moulounguet et Cibert — Rapport au VIII Congrès de L'Association des Gynécologues de langue française. — Citados por Dufourt A. — Traité de Phthisiologie Clinique — 3ème ed pág. 909 — Paris: Vigot, 1953.
 - 16 — Scharman A. — Some aspects of human infertility — Brit. Med. J. — 2:83, 1947.
 - 17 — Bond S. A. — Radio-opaque calcification of fallopian tubes with tubal patency — Proc. Royal Soc. Med. 33: 735, 1940.
 - 18 — Bobrow L., Posner A. C. and Friedman S. — A successful pregnancy after endometrial tuberculosis — Am. J. Obst. Gyn. 74: 1136-1140, 1957.
 - 19 — Hallum J. L. and Thomas H. E. — Full-term pregnancy after proved indometrial tuberculosis — J. Obst. and Gynaec. Brit. Emp. — 62: 548-550, 1955.
 - 20 — Sharman A. — Proceed. of the 13th Brit. Congress og Obst. and Gynaec. Leeds — 8th — 11th Saly — 1952) J. Obst. Gynaec. Brit. Emp. 59: 740, 1952.
 - 21 — Stein I. F. — Tubal pregnancy with tuberculous salpingitis — Am. J. Obst. Gynec. 38: 303, 1939.
 - 22 — Stevenson C. S. and Wharton I. R. — Tubal pregnancy with tuberculous salpingitis — Am. J. Obst. Gynec. 37: 303, 1939.
 - 23 — Bland P. B. — Tuberculosis of tubes associated with tubal pregnancy — Am. J. Obst. Gynaec. 40: 271, 1940.
 - 24 — Turner H. G. — Acute hematogenous tuberculosis secondary to pregnancy in a patient with tuberculous salpingitis — Am. Rev. Tuberc. 68: 253, 1953.
 - 25 — Davin-Power M. M., O'Dwyer J. P. and Leslie D. A. — Tubal gestation and tuberculous salpingitis — J. Obst. Gynaec. Brit. 62: 957-959, 1955.
 - 26 — Halbrecht I. — Healed genital tuberculous — A new etiologie factor in ectopic pregnancy — Obst. and Gynaec. 10: 73-76, 1957.
 - 27 — Mac Beth R. D. — Pelvic Tuberculosis and Bilateral Tubal Pregnancies — Med. J. Aust. ii: 462-463, Sept. 22, 1962.
 - 28 — Bret J. et Legros R. — Tuberculose utéro-annexielle — Paris: Masson, 1956.
 - 29 — Courty L. Gaudefroy U. et Oudar H. — Metrorragies graves de la ménopause par tuberculose utérine — Bull. de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et D'Obstétrique de Langue Française — 15: 55-58, 1963.
 - 30 — Schwarcz R. Embarazo y Tuberculosis — Sus problemas obstetricos y ginecologicos — Buenos Aires: El Ateneo Editora, 1958.
 - 31 — Novak E. R. and Woodruff J. D. — Novak's Gynecologic and Obstetric Pathology, 5th ed., Philadelphia: W. B. Saunders Comp, 1962.
 - 32 — Potter E. L. — Pathology of the Fetus and the Infant, 2nd ed., Chicago: Year-Book Medical Publishers, 1961.
 - 33 — Santos R. G. S. — Gestante tuberculosa — Revista do Serviço Nacional de Tuberculose — 5: 468, 1961.
 - 34 — Hedvall E. — Pregnancy and Tuberculosis — Acta Medica Scand. vol. 147 supp. 286, 1953.
 - 35 — Achard A. — Estado atual del problema Tuberculosis y Embarazo — Hoja Tisiol. 16: 138, 1956.
 - 36 — Varcesi R. — A propósito di tuberculosi e gravidanza — Rivista di Patologia e Clinica della Tuberculosis — 1932.
 - 37 — Forssner Hj. — Les Relations entre l'Etat de Gestation et la Tuberculose — Acta Gynaec. Scand. 3: 256-285, 1924.
 - 38 — Ravina A. et Mayer A. — Tuberculose et grossesse — Traité de Medicine — vol. VI — Paris: Masson, 1952.
 - 39 — De Lee J. B. — Principles and Practice of Obstetrics — Philadelphia: W. B. Saunders, 1938.

40 — Notter A. et Egron G. — L'accouchement psycho-physique involontaire des tuberculeuses pulmonai-

res en traitement (A propos de 253 observations des années 1950 à 1954) — Gynéc. et Obstet. 55: 87-99, 1956.