

TUBERCULOSIS Y EMBARAZO

CLINICA Y TRATAMIENTO (*)

Dr. ARTURO ACHARD

En primer término deseo agradecer a las autoridades del Congreso el haberme confiado este Relato que me da la oportunidad de tratar un tema que he estudiado con particular dedicación desde largo tiempo atrás.

Considero además oportuno traer a consideración de los congresistas, capítulos de la ginecología que si bien antiguos, se han modificado sustancialmente a la luz de nuevas adquisiciones clínicas y terapéuticas.

En el arduo problema de la asociación de tuberculosis y estado grávido-puerperal esta situación es evidente. Contribuyen a ello: un planteamiento realizado sobre bases diferentes que en épocas pasadas, las nuevas terapéuticas de que disponemos, y la mejoría general de los índices de morbimortalidad por tuberculosis en la mayor parte de los países del mundo actual.

Es que esta enfermedad con profundas vinculaciones sociales se va reduciendo paulatinamente en la medida que las condiciones de vivienda y alimentación van mejorando en los grupos humanos.

Por otra parte, las eficaces campañas de lucha antituberculosa, van haciendo que las enfermas sean diagnosticadas precozmente, y por lo tanto va reduciéndose cada vez más el grupo de enfermas graves, con una extensión lesional que las hace difícilmente recuperables.

Estos nuevos elementos que se ofrecen a nuestra consideración obligan a nuevos planteamientos de un problema de asociación patológica con la gravidez que hasta hace pocos años parecía de muy difícil solución.

Se deben poner pues sobre el tapete de la discusión elementos de valor en la consideración del tema en estudio, objetivamente, con espíritu crítico basada fundamentalmente en la observación de la grávida tuberculosa y del niño hijo de la tuberculosa, tan injustamente menospreciado en épocas pasadas.

Tratar de hacer una evaluación lo más precisa posible de la que pasa durante el embarazo de la fémica, y sobre todo después del parto a los 30 - 60 - 90 días y a los seis meses del mismo, plazo lógico en que pueda atribuirse al accidente grávidopuerperal los cambios acontecidos en la enferma.

Clasificar bien las enfermas en cuanto a su grado de evolutividad, y no olvidar todavía que existe un grupo de enfermas que eran tuberculosas co-

(*) Relato al Simposio del II Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología.

nocidas y tratadas desde un tiempo variable anterior al embarazo, y otras en las cuales la tuberculosis fue descubierta en plena evolución de su embarazo, o durante el puerperio cercano o alejado. Es importante destacar a este respecto el valor del descubrimiento de las lesiones incipientes en los consultorios antituberculosos prenatales de las Maternidades generales.

Debe considerarse también para darle su ubicación correcta el punta tan debatido en determinada época, de la interrupción del embarazo y su repercusión favorable o nociva en la evolución ulterior del proceso bacilar.

Con este planteamiento inicial, abordaremos el estudio clínico y terapéutico de nuestro tema en sus dos aspectos fundamentales:

I.—La influencia del embarazo sobre la evolución de la tuberculosis.

II.—La influencia de la tuberculosis sobre la mujer desde su fecundación y en el desarrollo de su embarazo.

I.—Influencia del embarazo sobre la evolución de la tuberculosis.

Dijimos en la introducción que existen dos grupos de enfermas:

1) Aquellas en las cuales la enfermedad se descubre en el curso del episodio grávidopuerperal.

2) Las ya conocidas como tuberculosas, y tratadas como tales antes del embarazo.

Debe aclararse además que si bien en el problema en estudio el grueso de las observaciones corresponde a las tuberculosas pulmonares, merecen un comentario aparte aquellas enfermas mucho menos numerosas que las primeras, pero que plantean también durante su gravidez problemas que el médico debe resolver. Nos referimos a las tuberculosas genitales, urinarias, osteocostales, peritoneales, cutáneas, meníngeas y laríngeas. Aparecen desde luego como lesiones secundarias a las pulmonares, pero al localizarse en determinados órganos crean durante el embarazo problemas que deben ser correctamente resueltos. Es por ello que haremos de este punto una mención sucinta dada la limitación impuesta al Relato que se nos ha confiado.

Influencia del embarazo en el despertar de la tuberculosis.

Para poder establecer esta influencia nociva es preciso recurrir al examen sistemático de la embarazada por Abreu fotografía y cutirreacción tal como se realiza desde largo tiempo atrás en los dispensarios pre y postnatales de las Maternidades generales en nuestro país.

Hacemos especial referencia a los estudios realizados con la base de 41.895 mujeres grávidas concurrentes a estos servicios en el curso de 10 años. Este trabajo efectuado por los Dres. F. Gámez y C. Epifanio muestra claramente

te la influencia del embarazo en el despertar de la tuberculosis, señalando que el promedio de lesiones tuberculosas activas llega al 1.86% y que el índice de lesiones activas aumenta con la edad.

En un estudio posterior practicamos la pesruisa en un total de 10.786 grávidas, puérperas y mujeres con postaborto. El porcentaje de lesiones inaparentes llega al 2.5%; dentro de este porcentaje, sue comprende 271 mujeres, el 40.5% correspondió a los grávidas, el 46.1% a las puérperas y el 13.4% a los postabortos.

La relación de las lesiones encontradas, con la edad de las enfermas, demuestra que en es el período entre los 15 y 27 años que el porcentaje es mayor.

Existen algunos otros detalles de interés que comentaremos en los cuadros a proyectar.

Se deduce de estas estadísticas la necesidad de intensificar el examen periódico y sistemático de las grávidas y la importancia de los dispensarios antituberculosos prenatales.

Influencia del estado grávidopuerperal en una tuberculosa en los distintos períodos evolutivos de la enfermedad:

Este es el punto crucial que exige un estudio atento del problema en cuestión. Evidentemente existen hechos llamativos que nos sorprenden muy amenudo a los que hemas seguido de cerca y durante mucho tiempo estas enfermas. Las vemos habitualmente tolerar muy bien sus embarazos, y decaer visiblemente, y ogravarse en el puerperio.

Otra grupo que oactualmente es cada día más numeroso, tienen su embarazo, porto y puerperio y poco o nada cambia en ellos.

Vamos a estudiar ahora lo que es primordial, las distintas modalidades clínicas en que puede presentarse la grávida tuberculosa.

Diremos en primer término —como ya lo expresamos—, que es importante diferenciar distintos grupos de enfermas: 1) **las tuberculosas de comienzo durante el estado grávidopuerperal**; 2) **de aquéllas cuya lesión en forma de infiltrado precoz fue de iniciación muy cercana al comienzo del embarazo**; 3) **y las otras formas más evolucionadas** de mayor tiempo de aparición en las cuales su porvenir está directamente vinculado al tipo de lesión, y a los condiciones en que ésta se encuentra cuando el embarazo comienza. Así lo han entendida distinguidos representantes de las Escuelas Tisiológicas y Obstétricas de Lotino América (Mac Dowell; Lescano y Palacios Costa; Sayaga; F. Gómez; Raimondi; Crottogini; Stóbile; Rodríguez López; Monckeberg; Avilés; M. Pinto; S. Sala; Gazitúa; Schwarcz).

De las primeras, de aparición concomitante con el embarazo, el consenso general, es asignarles una particular gravedad, hay atenuada por los valiosos medias terapéuticos o nuestro alconce. Son formas iniciales, adoptan rónpi-

damente el tipo clínico exudativo o caseoso, y si éstas aparecen en el puerperio el tipo granúlico de generalización hematógena es de temer.

Es evidente que este cuadro tético ha cambiado hoy, por la eficaz terapéutica, pero sobre todo por el diagnóstico precoz de las lesiones pulmonares.

El segundo grupo de enfermas, aquellas que presentan infiltrado precoz, previo al embarazo, pero cercano al mismo, en forma de infiltrado subclavicular, tuberculosis intercleidohiliar, lobitis, iniciales, pleuroneumonía, o formas excavadas, revisten indudable gravedad cuando el embarazo se asocia en la evolución del cuadro.

El tercer grupo, comprende aquellas enfermas en quienes la enfermedad ha evolucionado en forma variable por sus especiales características, el terreno en que ha actuado el bacilo de Koch, su grado de evolutividad, y los resultados de la terapéutica instituida.

Seguimos para clasificarlos, el criterio fisiológico adoptado en el Instituto de Neumología de la Facultad de Medicina de Montevideo que dirigió hasta ahora el Prof. F. Gómez.

Así tenemos: A.— Tuberculosas curadas de tiempo antes del embarazo. B.— Antiguas tuberculosas en tratamiento colapsoterápico, que puede ser: a) eficaz; b) o parcialmente ineficaz por la existencia de bridas o sinequias parciales; c) tuberculosis activas unilaterales factibles de colapsoterapia. C.— Tuberculosis bilaterales activas poco o nada evolutivas. D.— Tuberculosis bilaterales activas y evolutivas. E.— Tuberculosis muy graves.

Hemos estudiado y tratado estas enfermas en estrecha colaboración con el fisiólogo, lo cual nos parece esencial. Consideramos además que la grávida tuberculosa debe ser internada y tratada en las Maternidades para tuberculosas, que deben funcionar en los Hospitales de bacilares.

Con este concepto hemos tratado nuestras enfermas, estudiadas en lo fisiológico exhaustivamente, y vigiladas en el aspecto obstétrico por nuestro equipo.

El estudio funcional del aparato respiratorio nos ha mostrado las señaladas variantes que en la fímica se producen durante el embarazo en sus índices principales: volumen respiratorio límite (V.R.L.); volumen respiratorio minuto (V.R.M.); reserva respiratoria (R.R.); equivalente respiratorio y capacidad vital (C.V.). Hacemos especial referencia a este propósito a los estudios realizados en nuestro medio por F. Gómez, E. Echague, Burgos, y Vilar del Valle.

A.—Tuberculosas curadas de tiempo antes del embarazo.

Son enfermas estabilizadas del punto de vista clínico y bacteriológico. Existe en lo anatómico una reacción fibrosante que se ha hecho preponderante,

llevando las enfermas al proceso de curación. Es indispensable colocar estas enfermas en un medio apropiado, vigilando su estado nutritivo. De este modo sobrellevan el embarazo sin inconvenientes.

No puede descartarse en ellas de modo absoluto el **peligro de reactivaciones del puerperio**, lo cual no es frecuente, si son controladas en todo el período grávidopuerperal, y en los meses subsiguientes. La multiparidad con embarazos frecuentes puede favorecer esta reactivación lesional.

B.—**Antiguas tuberculosas en tratamiento colapsoterápico (neumotórax).**

Aquí el problema es algo distinto del grupo anterior. Debe tenerse presente la variante de que el neumotórax haya sido **eficaz**; o **parcialmente ineficaz por la existencia de bridas**.

De un modo general puede expresarse que estas enfermas toleran bien el embarazo, particularmente aquellas en las cuales el neumotórax ha sido eficaz. En las otras en las cuales la eficacia del método ha sido sólo relativa por la existencia de bridas pleurales, existe el recurso al cual debe recurrirse de la sección de estas bridas por el método de Jacobaeus.

Si bien estas enfermas exigen una vigilancia mucho mayor que las del grupo anterior, y en las cuales no debe olvidarse además el criterio de evolutividad, el pronóstico es favorable en cuanto a la influencia gravídica.

Respecto a la **tuberculosis activas unilaterales factibles de colapsoterapia**, el proceso por su grado de evolutividad ofrece mayores peligros para la enferma. Este proceso es habitualmente anterior al embarazo, pero podría ser de aparición durante el mismo, **lo que agrava el pronóstico**.

El colapso pulmonar beneficia enormemente el pronóstico, a lo que se agrega además como para el grupo anterior el uso adecuado y muy eficaz de la terapéutica por antibióticos.

En ciertos casos ante el fracaso del neumotórax puede recurrirse útilmente, al neumoperitóneo, las intervenciones sobre el nervio frénico, o las plastias. A estas enfermas antes se les llevaba a la interrupción del embarazo. Actualmente esta indicación no se plantea.

C.—**Tuberculosis bilaterales activas, poco o nada evolutivas.**

Prima en este grupo numeroso el concepto de la reducida evolutividad, aunque en lo anatómico puede tratarse de formas fibrosas, fibrocavitarias, y formas productivas. La baciloscopía puede ser positiva o negativa, aunque la fórmula puede variar y aparecer el B de K en algunos exámenes y en otros no. Lo que importa mucho aquí, es la no existencia de brotes exudativos, con una aceptable estabilidad radiológica. Es indudablemente un grupo que exige

una permanente vigilancia, y una cuidadosa terapéutica en manos del tisiólogo.

Con estas precauciones las enfermas toleran habitualmente bien el episodio grávidopuerperal.

D.—Tuberculosis bilaterales activas y evolutivas.

La existencia de lesiones frescas, y bilaterales, de extensión limitada, pero que han hecho su aparición durante el embarazo en antiguas tuberculosas, o que se descubren recién en el curso del mismo crean al clínico problemas serios a resolver. Antes de la era antibiótica a estas enfermas se les interrumpía el embarazo, y su evolución ulterior era a menudo aleatoria.

Actualmente, si bien el carácter de las lesiones comporta un pronóstico serio, la interrupción no se plantea, aunque exigen una vigilancia y terapéutica muy cuidadosa, con una peligrosa evolución ulterior al parto.

E.—Tuberculosis muy graves.

Son enfermas muy graves, con lesiones ulcerocaseosas extendidas y bilaterales. Pueden existir además siembras miliares con evolución acentuada. Este grupo de pacientes es afortunadamente hoy poco frecuente. Muchas de ellas no se embarazaban, otras al hacerlo tenían abortos, y las que llegaban al tercer trimestre del embarazo, tenían partos prematuros con fetos débiles congénitos.

El postparto cercano y alejado, daba lugar muy a menudo a la agravación terminal.

Actualmente este grupo ha quedado muy raleado, pero la evolución fatal indudablemente acelerada por el episodio puerperal, se producía igual fuera de este episodio.

Nos ha llamado la atención, sin embargo, cómo algunas de estas enfermas muy graves toleran bien el embarazo, y sólo muestran su agravación en el puerperio.

La evolución del postparto de las tuberculosas pulmonares que han pasado por el episodio puerperal.

Ya hemos hecho precisas referencias a esta evolución al considerar los distintos grupos de enfermas de acuerdo a sus lesiones, y al potencial evolutivo de las mismas. Fuera de esto, que es lo primordial, es evidente que el puerperio cercano y alejado coloca a la bacilar en un período crítico. Contribuyen a esto los desequilibrios humorales y hormonales, los que han sido estudiados por mí y otros autores con la base de la experimentación animal.

Por otra parte el descenso diafragmático que sigue a la depleción uterina del postparto crea modificaciones de la mecánica torácica que resultan

perjudiciales para la estabilización de los focos pulmonares. Favorecen la actividad lesional y la posible aspiración broncogena de las secreciones bacilíferas. Sabemos que la elevación diafragmática de los últimos meses del embarazo, si bien compensada en parte por el aumento de los diámetros torácicos transversales, beneficia a la tuberculosa pulmonar. Da lugar a detención dinámica y fenómenos de estasis circulatoria que favorecen la cicatrización de las lesiones.

Del conocimiento de estos hechos surgió la práctica frecuente del neumoperitóneo en el puerperio inmediata, procedimiento muy utilizado en nuestro país y con excelentes resultados. Si bien sus indicaciones son muy amplias, y su técnica bien reglada y en general sin accidentes, consideramos que no es indispensable en la época actual su uso sistemático, sino que debe quedar reservado a determinadas enfermas que presentan lesiones con cierto grado de evolutividad y que colocamos en los grupos C, D y E de la clasificación. De sus beneficiosos resultados es exponente claro la estadística realizada por R. Marín Pittaluga en nuestro medio, quien con la base del estudio de 233 enfermas grávidas tratadas con neumoperitóneo deduce "que 84.55% no se vieran afectadas por el parto, y el 15.45% empeoraron, o follecieron".

A los efectos de la agravación del postparto es importante la consideración de la curva de fallecidas lo que hemos realizado con la base de un estudio durante 16 años cuya gráfica presentamos.

Este estudio nos ha permitido establecer: 1º que el mayor número de fallecimientos corresponde a los 30 días que siguen al parto; 2º que dentro de estos fallecimientos, el mayor porcentaje corresponde al postparto prematuro; 3º que llama el escaso número de decesos del postparto, el cual en la época actual está casi desaparecido; 4º que las enfermas fallecidas presentan al estudio necrópsico lesiones de tal magnitud, que muestran que con o sin episodio grávidopuerperal la terminación fatal era inevitable.

INFLUENCIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SOBREL HUEVO.

El recién nacido hijo de la tuberculosa.— Si bien nuestro Relato debe encarar fundamentalmente la clínica de la tuberculosa grávida, consideramos que éste no sería completo sin hacer una mención muy somera, pero bien definida, de lo que vale como unidad biológica el hijo de la madre tuberculosa. Lo hacemos con la convicción que nos ha dado su estudio y su vigilancia a través de dos decodios. Hemos controlado de cerca a estos niños, que en nuestro país son trasladados desde su nacimiento a un establecimiento especial, la Caso Maternal, realizando el estudio de sus curvas ponderales, y cotejándolas con las que corresponden a niños nacidos de madres no tuberculosas. Hemos estudiado con gran detención también el problema de la herencia tuberculosa

en sus diversos aspectos, del posible raquitismo del hijo de la madre tuberculosa, y todo lo referente a heredoimmunidad. Hacemos especial referencia respecto de este tema a los importantes trabajos de W. Waisman, Urquijo y Raimondi; Durandó y Bertoli.

De este contexto de estudios podemos hoy deducir con hechos indudables lo siguiente, que consideramos indispensable dejar establecido en este trabajo: **que el hijo de la madre tuberculosa nace habitualmente sano, puesto que la tuberculosis congénita si bien puede existir es excepcional.** Por lo tanto este niño tiene un valor outéntico como unidad vital, puede desarrollarse y llegar a la edad adulta en condiciones similares al hijo de la madre no tuberculoso. Esto se obtiene cuando una correcta vigilancia del mismo y el uso sistemático de la vacunación por la B.C.G. junto al aislamiento de los focos contaminantes, puedan crearle el ambiente propicio que le asegure su salud físico libre de ulteriores contaminaciones. (Trabajos de R. Gorlero Bacigalupi; Cantonnet P. y H.; Peluffo, E.; J. Gómez, F.; Lorenzo y Deal, J. y Racine, R.).

INFLUENCIA DEL ESTADO GRAVIDOPUERPERAL EN OTRAS LOCALIZACIONES DE LA TUBERCULOSIS.

A.—**Tuberculosis genital.**— Frente a esta localización de la tuberculosis debe expresarse que el panorama ha cambiado fundamentalmente con las modernas terapéuticas a nuestro alcance. Han desaparecido prácticamente en forma total aquellas formas exuberantes que se ponían en evidencia con el aspecto de graves procesos uteroanexiales que se complicaban a menudo con fistulizaciones secundarias al intestino o la vejiga. Los antibióticos y tuberculostáticos utilizados oportunamente, evitan la producción de estos graves procesos. Persisten sin embargo formas más atenuadas, poco aparentes, o ignoradas que consultan en los consultorios de esterilidad.

Existe en Latinoamérica una valiosa documentación sobre los distintos problemas que plantea la tuberculosis genital.

Es preciso pues diagnosticarlas por la radiología, la biopsia endometrial y la laparoscopia. Diagnosticadas exigen el tratamiento correcto y prolongado.

Hasta hace pocos años el porvenir de una tuberculosa genital curada, o aparentemente curada era muy aleatorio. El aborto en los primeros meses de un huevo anidado en un endometrio tocado por la infección bacilar, el parto prematuro, o la que era más frecuente al embarazo extrauterino que malograba las esperanzas más fundadas de una total recuperación.

Las estadísticas de los autares demuestran lo habitual de esta evolución patológica del embarazo en la antigua tuberculosa genital. Las temibles diseminaciones granúlicas del puerperio, fueron conocidas y muy bien descritas por

diversos autores entre los cuales destaco a Fruhinsholz y Fevillade en Francia; y V. Matus Benavente, Wood, en Chile; Merchante, R., M. Donato en Argentina.

En la época actual podemos ser más optimistas sin alentar demasiado a nuestras enfermas que desean ser madres. Existen ya casos publicados en diversos países, de tuberculosas genitales consideradas curadas, que han quedado grávidas y han llegado al parto con niño vivo y sano sin complicaciones. Tenemos en nuestra casuística dos enfermas con esta evolución.

Siguen apareciendo sin embargo trompas tuberculosas de enfermas operadas de gravidez tubaria, y pensamos que esto sería más frecuente aún si las piezas operatorias de enfermas operadas de esta complicación fueran estudiadas sistemáticamente y en cortes sucesivos. Es con este concepto que frente a una tuberculosa genital comprobada lo esencial es la curación de su enfermedad, y el problema de su pasible gravidez ulterior debe pasar a segunda término sin alentarlas demasiado en este sentido. Es con el mismo concepto que consideramos contraindicadas las plastias tubarias en este tipo de enfermas.

B.—Tuberculosis urinaria.— No es frecuente esta forma de tuberculosis coexistiendo con el embarazo. Existen los trabajos de P. Macquet y G. Patoir, L. Tisne, O. Urzua, Crabstree y Caulk, en el tema en estudio. El primero de los autores citados destaca diversas eventualidades a considerar: 1) **Tuberculosis urinaria y esterilidad.** Destacan los autores que la esterilidad se vincula a una tuberculosis genital concomitante que se observaría en una proporción de 15 a 20% de casos; 2) **Papel revelador del embarazo.** El embarazo puede poner en evidencia una tuberculosis ignorada, o ésta puede aparecer en el postparto; 3) **Influencia del embarazo sobre la tuberculosis urinaria.** Una tuberculosis urinaria debe ser cuidadosamente vigilada durante el embarazo. No consideran "que esta afección sea una contraindicación seria para el embarazo"; 4) **Tuberculosis renal y puerperio.** Sólo se ha observado en algunos casos reagudización de la lesión pulmonar; 5) **Embarazo e intervenciones conservadoras sobre el riñón.** No hubo inconvenientes para el embarazo en el curso de esta cirugía; 6) **Influencia de la tuberculosis urinaria sobre los embarazos.** No encontrarán una influencia desfavorable sobre la evolución de los mismos. En los casos que presenta L. Tisne, la evolución del embarazo y de su tuberculosis renal fue favorable.

Nuestra experiencia limitada sobre el punto sin poder extraer conclusiones dado que el número de enfermas es reducido, concuerda de un modo general con lo expresado por los autores citados.

C.—Tuberculosis osteoarticular.— La estadística de casos publicados no es numerosa. Wilkinson cita la estadística de otros autores y la propia con la base de 32 casos (14 de tuberculosis vertebral; 5 de tuberculosis de la cadera;

7 de tuberculosis de codo; 2 de tuberculosis sacroilíaco; 4 de tuberculosis del hombro, del pie y de la muñeca. Nosotros hemos estudiado 1 tuberculosis y 4 tuberculosis vertebrales y embarazo. **No hemos observado en estas enfermas franca activación de las lesiones en el curso de su embarazo.**

D.—**Tuberculosis laríngea.**— Coexiste con lesiones groves, bilaterales y excavadas del pulmón. El pronóstico está supeditado fundamentalmente a la evolución de la tuberculosis pulmonar.

E.—**Tuberculosis peritoneal.**— Ya lo dijimos en una reciente monografía que publicamos sobre el tema. En un hecho poco común, asociado al embarazo. Puede aparecer aislada y preexiste al embarazo, o está asociada a lesiones intestinales o genitales. Puede dar lugar en el curso del embarazo a un derrame ascítico. El pronóstico ulterior se vincula a la reagudización que pueda experimentar en el postparto.

F.—**Tuberculosis meníngea.**— Constituye una grave localización de la tuberculosis que es afortunadamente poco frecuente. Puede aparecer durante el embarazo a punto de partida de un foco pulmonar, o durante el puerperio como una diseminación hematógena de un foco genital o pulmonar. Su pronóstico muy sombrío ha mejorado actualmente con la moderna terapia tuberculostática.

G.—**Tuberculosis cutánea.**— Es una rara localización que aparece en forma de lupus, de buen pronóstico, pero que durante el embarazo experimenta un empuje de las lesiones.

II.—**La influencia de la tuberculosis sobre la mujer desde su fecundación y en el desarrollo de su embarazo.**

Debe estudiarse en este capítulo qué influencia tiene la tuberculosis sobre la fecundación y el desarrollo normal del embarazo; el parto de la tuberculosa; el alumbramiento; y el puerperio.

En lo que tiene relación a la fecundación, la mujer tuberculosa pulmonar es relativamente estéril, por causas muy especiales. Durante el período de agravación, o de evolutividad de sus lesiones el ovario se hace claudicante apareciendo ciclos monofásicos, o difásicos con mala formación del cuerpo lúteo. Aparecen entonces amenorreas de variable duración, hipomenorreas o polimenorreas, por falla gonadal provocada por la toxemia tuberculosa. Nos hemos ocupado "in extenso" en varios trabajos sobre este punto por lo cual no vamos a entrar en detalles. El estudio seriado por microbiopsia endometrial, colpocitología y mucografía nos muestra la variable intensidad del trastorno.

Por otra parte es habitual que la tuberculosa sin ser estéril en sí, evite el embarazo, porque teme sus consecuencias, o porque el consejo médico oportuno aconseje que así se haga. Esto hace que el número de embarazos se reduzca en ellas, lo que se puso en evidencia en la estadística realizada por nosotros comparando en un número determinado de tiempo, los partos que se realizaron en las maternidades generales, de los efectuados en las maternidades para tuberculosas, encontramos el porcentaje de 0.79%. Son cifras similares a las señaladas por otros autores (Leonardi; Couvelaire; Lacomme).

LA EVOLUCION DEL EMBARAZO EN LA MUJER TUBERCULOSA

La interrupción espontánea del embarazo antes de la viabilidad fetal, sólo aparece en la tuberculosa grave como consecuencia de la impregnación bacilar. Esto se agrega a las causas habituales de aborto espontáneo aumentando el número de abortos en este grupo de tuberculosas. Más adelante durante el 3º trimestre del embarazo el parto prematuro, aparece también como más frecuente que en la mujer no tuberculosa influida por las mismas causas determinantes del aborto, dando nacimiento en la tuberculosa grave a niños débiles con vitalidad disminuida.

En una estadística comparativa de partos prematuros realizada por mí en enfermas de la maternidad para tuberculosas, con la efectuada en el mismo lapso de tiempo por los Dres. M. Rodríguez López y C. Peluffo, aparece una mayor proporción en una cifra de 8.9%. El peso de los niños prematuros osciló entre 1.350 y 2.900 grms. Cabe señalar pues como ya lo hemos dichos anteriormente **que la prematuridad está en directa relación con la gravedad de la enferma.** La naturaleza menos grave de las tuberculosas que debemos tratar hoy hace que el número de partos prematuros vaya disminuyendo sensiblemente en las estadísticas. Queremos antes de terminar la consideración de la influencia de la tuberculosis sobre el embarazo señalar dos hechos que consideramos de importancia.

El primero tiene relación con el sistema neurovegetativo de la grávida tuberculosa con tendencia acentuada hacia la simpaticotamía por disminución del tono vagal (D'Amato-Raimondi, Aravena).

El segundo es el referente a las influencias hormonales, evidente durante el embarazo donde la función placentaria da lugar a la presencia en la sangre de la grávida de cantidades variables de gonadotrofinas coriónicas, estrógenos y progesterona, de acuerdo al tiempo de embarazo.

La experimentación animal realizada por nosotros, y por otros autores nos permite pensar que el equilibrio hormonal del embarazo, y la crisis hormonal y metabólica del parto y del puerperio juegan un rol a considerar que debe ser valorado debidamente.

El parto de la grávida tuberculosa.— La influencia de la enfermedad se manifiesta aquí de la siguiente forma: partos sin incidentes, rápidos, y en algunos casos excesivamente rápidos.

De la estadística que realizamos comparativa con la maternidad de grávidas normales, la diferencia que aparece es llamativa: reducida en un promedio de 5 horas 3 minutos para las primíparas y de 6 horas, 28 minutos para las multíparas. Las razones invocadas han sido varias (hipovagotomía, mala oxigenación de la sangre materna, hipotonía tisular que favorece el pasaje fetal por el canal blando del parto). Lo cierto es que las distocias de fuerza por hipersistolia son raras, y que por lo tanto los partos son poco complicados.

El alumbramiento se tramita con pocas variantes en el cotejo con las no tuberculosas, con una mayor tendencia a la pérdida sanguínea, que es necesario prevenir con el uso profiláctico de ergobasina, o metilergonovina, inmediatamente de la expulsión fetal.

El puerperio transcurre sin incidentes en lo que tiene relación a la involución uterina.

La lactancia debe ser proscrita, porque además del inminente peligro de contaminación del niño, es una causa más de expoliación de las disminuidas reservas maternas.

LA CIRUGIA OBSTETRICA Y GINECOLOGICA DE LA GRAVIDA TUBERCULOSA

Resumimos nuestro concepto sobre este punto: 1) El **fórceps profiláctico** no se plantea frente a parturientas con partos rápidos y fáciles. No debe olvidarse sin embargo, que si el parto se prolonga debe actuarse pues el aumento de la presión endotorácica y sanguínea puede determinar la ruptura pulmonar y la hemoptisis. Este punto debe tenerse muy en cuenta en mujeres que hayan tenido hemoptisis poco tiempo antes del parto; 2) **La anestesia de elección** en la grávida tuberculosa debe ser la local y regional. Frente a la operación cesárea el pentotal-éter; 3) **La cirugía ginecológica**, en la grávida tuberculosa debe utilizarse, sólo cuando la naturaleza del proceso (tumores malignos, torsiones pediculares), no permitan diferir la intervención. De acuerdo a nuestra experiencia es bien tolerada; 4) **La operación cesárea**, la realizamos fundamentalmente por indicaciones de orden obstétrico, con cierta amplitud frente a las pelvis estrechas; considerando sin embargo de valor el concepto que la cirugía en la tuberculosa exige siempre una categórica indicación, particularmente cuando ésta está en pleno período evolutivo de su enfermedad. En cuanto a la cesárea en período preagónico, no hemos tenido oportunidad de practicarla, aunque la mejoría actual de los procesos tuberculosos en la grávida la hacen cada vez más una indicación de extrema excepción; 5) En cuan-

to a la **interrupción del embarazo**, efectuada con fines profilácticos de impedir la agravación del proceso tuberculoso ya hemos expresado en el curso de este trabajo **nuestra opinión contraria a la misma, apoyada por nuestra experiencia en la asistencia de la gestante tuberculosa, y nuestro concepto de los desequilibrios hormonales y metabólicos que el postaborto provoca, similares a los del postparto**. Consideramos que actualmente existen ya estadísticas probatorias y casuística suficiente para dar firmeza a estos conceptos. El problema es más clamoroso aún con la poderosa ayuda de los antibióticos y tuberculostáticos.

Hago referencia sobre este punto a la opinión de diversos autores que consideren **innecesario este procedimiento**. (A. Mac Dowell; J. Carvalho Ferreira; Ornstein; Ulmer y Dittler —citado por J. Carvalho—; Blinsjanskaja; R. Schwarcz; M. Jesiotr; Levy Valensi y Col.; R. M. Lane).

T R A T A M I E N T O

Respecto de éste queremos insistir por considerarlo fundamental: 1) En la necesidad de tratar la grávida tuberculosa en estrecha vinculación del obstetra con el tisiólogo; 2) En la importancia del tratamiento profiláctico, con el estudio que realizan los dispensarios antituberculosos prenatales. De este modo pueden identificarse lesiones iniciales y ser tratadas precozmente; 3) El tratamiento curativo enfocado en consideración al doble aspecto de la gravidez y de la tuberculosis, pero dejando establecido que todos los tratamientos médicos y quirúrgicos que estén indicados en la tuberculosa pueden y deben ser aplicados aunque ésta se encuentre cursando una gravidez. Tenemos así: A) Un tratamiento general; B) Un tratamiento medicamentoso específico; C) Un tratamiento quirúrgico.

Vamos a referirnos a ellos sintéticamente:

A.—**Tratamiento general**.— El régimen higiénico dietético que debe instituirse a la tuberculosa tiene su indicación precisa en la grávida, poniendo aquí el acento especial en la vitaminoterapia con compuestos integrales, y el uso de la vitamina B6 al comienzo del embarazo para prevenir los fenómenos iniciales de hiperemesis grávida.

Es necesario evitar o reducir al mínimo estos trastornos. En este sentido el uso de los meprobamatos y de la clorpromazina, nos prestan una invaluable ayuda. Puede agregársele a esto en ciertos casos la terapéutica con extractos suprarrenales. Más adelante la grávida tuberculosa debe ser tratada con calcioterapia oral e inyectable, con Vitamina D1. Lo hepatoterapia con vitamian B12 y el ácido fólico complementan este tratamiento.

La terapéutica férrica útil en el tratamiento de las anemias del embarazo debe usarse con cautela en estas enfermas.

B.—Tratamiento medicamentoso específico.— La base del tratamiento está radicada en el uso de tres antibióticos: la estreptomina; la isoniacida, y el ácido paraaminosalicílico (P.A.S.). Existen además otros medicamentos subsidiarios, de gran utilidad en los casos de procesos rebeldes a la terapéutica de base, o de estreptominoresistencia. Este grupo lo componen: la D-cicloserina, el trecator, o etionamida 1314; y otros antibióticos derivados de la Fenacina; la Kanamicina; la Uromicina; la Pirazinamida; la Terramicina; la Tiacarbanilida; y el **Macroción**.

Del primer grupo que constituye la terapéutica de ataque, expresaremos: que la Estreptomina es básicamente bacteriostática actuando en el período de proliferación y multiplicación del bacilo cada 3º ó 4º día, y en el metabolismo de sus nucleoproteínas. Se le concede también un poder bactericida. La Isoniacida tiene acción bacteriolítica y bacteriostática, actúa como antimetabólito por el ácido isonicotínico que contiene. El P.A.S. tiene acción bacteriostática, aunque no tan potente como los dos medicamentos anteriores. Contribuye a evitar la resistencia, asociado a los otros dos. Vamos a fijar ahora las normas generales de la utilización de estos medicamentos, dejando establecido: a) los gérmenes deben ser sensibles por lo menos a dos de los medicamentos fundamentales, uno de los cuales debe ser la **isoniacida**; b) las dosis medias a utilizar: **estreptomina** 1 gr. diario, o cada 3 días; **isoniacida** 5 a 8 mg. por kg. de peso; **P.A.S.** 10 gr. diarios como como mínimo pudiendo llegarse en ciertos casos a 12 grs. o más. La asociación de la estreptomina con alguno de los otros fármacos reduce en 1/10 la estreptominoresistencia; c) El tratamiento debe ser prolongado, 1 año para la Isoniacida; y no menos de 6 meses para los otros medicamentos (D. Tomalino; M. Mello Aguerre y R. Pintos Fuentes).

Debe destacarse la marcada mejoría en los índices de morbimortalidad de la grávida gestante desde el comienzo de utilización de estos antibióticos.

Vamos a referirnos ahora a otras dos drogas antituberculosas: la D-cicloserina, medicamento usado ante la resistencia a los otros antibióticos. Su dosis es de 750 mg. a 1 grm. diarios. En la grávida tuberculosa debe vigilarse, por los posibles efectos sobre la esfera del sistema nervioso; el Trecator, tiene una acción similar a la Estreptomina y a la Isoniacida. Su dosis, 3 a 4 comprimidos de 250 mg. diarios. Es preciso decir sin embargo, que debe estar proscrito en la grávida tuberculosa, pues la experimentación animal recientemente realizada ha probado tener **efcto teratogénico**.

C.—Tratamiento quirúrgico.— Nuestra experiencia en el manejo de la gestante tuberculosa nos permite expresar que éste puede y debe efectuarse

durante el embarazo con muy poca diferencia del que se realiza en la tuberculosa no grávida. 1) **Neumotórax**. Tiene especial indicación en las enfermas de los grupos B y C de nuestra clasificación. Sintetizando podemos decir: a) que es bien tolerado por las enfermas, sin incidentes; b) cuando es parcialmente eficaz, puede recurrirse a los procedimientos complementarios que comentaremos en seguida; c) el embarazo y el parto se desarrollan sin alteraciones y el recién nacido no experimenta modificaciones patológicas imputables al procedimiento. 2) **La pulmonolisis intrapleurales o procedimiento de Jacobaeus**. Complementa últimamente el neumotórax en casos de adherencias pleurales. Es bien tolerado, sin trascendencia perjudicial para la madre y para el niño. 3) **Operaciones sobre el nervio frénico**. Es hoy una intervención de indicación excepcional. No hemos tenido inconvenientes mayores utilizando la frenicectomía derecha en enfermas de los grupos C y D. Debe tratarse de evitarse la frenicectomía izquierda por los inconvenientes bien conocidos. No hubieron incidentes durante el parto provocados por la parálisis diafragmática, ni trastornos en los niños (Schwarcz; Vallejo Desimón; Migliavacca; Vercesi; Laguerre; Aresky Amorin. 4) **La toracoplastia en la gestante tuberculosa**. Los temores que existían de realizarla en el curso del embarazo, han desaparecido. Esta puede ser efectuada sin mayores inconvenientes bajo la protección de los antibióticos, y si fuera necesario, repetirla. Nuestra causística apoya estas afirmaciones. Los partos y los puerperios fueron sin incidentes y los niños no experimentaron trastornos. (J. Alexander; Baeunding; Hansen; M. Pinto; Schulz; Rhomnof). 5) **Resecciones pulmonares durante el embarazo**. Si bien la primera impresión sería la de contraindicar esta intervención, existe ya una casuística mundial demostrativa de la buena tolerancia por parte de la grávida tuberculosa (Trabajos de I. J. Pardo; G. García Galindo; C. Thonet; S. Allamand; L. Tisne). Puede expresarse por lo tanto que frente a una indicación precisa este tipo de cirugía debe realizarse en la grávida tuberculosa.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

A través del estudio realizado, extraemos las siguientes conclusiones: 1) que la grávida tuberculosa exige la vigilancia conjunta del tisiólogo y del obstetra, como único medio de su estudio y terapéutica adecuada; 2) en lo que tiene relación a **la influencia del embarazo sobre la tuberculosis** es fundamental descubrir las lesiones incipientes, lo que resalta la importancia de los consultorios prenatales; 3) que es preciso para valorar debidamente **la influencia del embarazo** sobre la tuberculosis, hacer una exacta clasificación de las formas anatomoclínicas de la enfermedad, de las influencias hormonales, metabólicas y mecánicas, de lo cual se deducen normas apropiadas para el pronóstico y el tratamiento; 4) que en lo relativo a lo **influencia de la tuberculo-**

sis sobre el huevo, deben estudiarse los distintos aspectos de la herencia tuberculosa, y el valor indudable del hijo de la madre tuberculosa; 5) que en el problema de **la influencia de la tuberculosis sobre el embarazo**, puede expresarse que éste transcurre sin incidentes, siendo el aborto y el parto prematuro, consecuencia directa de la toxemia bacilar de las tuberculosas graves; 6) que el parto es rápido y sin incidentes, y el puerperio normal, del punto de vista obstétrico; 7) que la interrupción del embarazo como razón profiláctica de agravación de la tuberculosa grávida no debe plantearse en la época actual por las razones ya expuestas; 8) que la terapéutica a realizar en la grávida tuberculosa debe seguir los mismos lineamientos que en la no grávida, con la seguridad de la buena tolerancia por parte de ella.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—ACHARD, A.— Tuberculosis y estado grávidopuerperal. I Tomo, 2677. Edit. Rosgal, Montevideo, 1963.
- 2.—ACHARD, A.— II Congr. Urug. de Ginec., I: 142-228; 1957.
- 3.—ACHARD, A.— Correlato al III Congr. Lat. Amer. de Ginec. y Obst., I: 2-69; 1958.
- 4.—ACHARD, A.— Arch. Urug. de Med. Cir. y Esp., XXXIV, 2: 143-160; febrero 1949.
- 5.—AMORIM, ARESKY.— Arg. Brasil de Cir. e Ostop., 4: 59-75; 1936.
- 6.—AVILEZ, M.; RODRIGUEZ, F.; ONETO, J.; AMPUERO, H.— Bol. Soc. Chil. de Obst. y Ginec., 11: 145; 1946.
- 7.—AVILES, M.— Obst. y Ginec. Lat. Amer., 1946.
- 8.—BLIZNYANSKAYA, A. y LAZAREVICH, A.— Ginec. et Obst., 34: 207-221; 1936.
- 9.—BURGOS, R.; ARBOLEYA, R.— Hoja Tisiol., IX: 44; 1949.
- 10.—BRET, A.; LECROS, R. y RICHARD, J.— Rev. Fr. Gyn. Obst., 53: 871-884; 1958.
- 11.—BURTHIAULT, R. y GABRIEL, H.— Gyn. Obst., Paris, 55: 100-103; 1956.
- 12.—CANTONNET BLANCH, H. y P. LIEUTIER, H.— Rev. de Tuberc., Uruguay, 13, Nº 1: 1-183; 1946.
- 13.—CARVALHO FERREIRA, J.— Rev. Bras. de Tuberc., año VI, Nº 36, Nov. 1937.
- 14.—COUVELAIRE, M.A.— Bull. de L'Acad. de Med., 96: 272-286; 1926.
- 15.—CROTTOGINI, J.J.— Acción Sindical, 35: 49; 1946.
- 16.—CROTTOGINI, J.J.— Bol. Soc. de Obst. y Ginec., Buenos Aires, 26: 260-296; 1947.
- 17.—CROTTOGINI, J.J.— Relato al VII Congr. de Obst. y Ginec., 1949.
- 18.—D'AMATO, W.; GARRE, E. y otros.— Arch. Argent. de Tisiol., 23: 92-99; 1947.
- 19.—DELGADO BEDOYA, G. y PACHECO, J.— Med. Social, Lima, 2: 7; 1944.
- 20.—D'ELIA, O.— Riv. Ostet. Gines. Prat., 42: 395-400; 1960.
- 21.—DONATO, V.— Bol. Soc. de Obst. y Ginec., Buenos Aires, 26: 349-357; 1947.
- 22.—DURANDO, C. y BERTOLI, P.— Minerva Ginec., 12: 14-21; 1960.
- 23.—ETCHEVERRY BONEO, F. y EYRAN, C.M.— Libro de Oro del Prof. Castex, I: 430; 1940.
- 24.—EVERETT, H.— Vol. 18 Edit. Williams y Wilkins, 1944.
- 25.—FRUHINSHOLZ.— Paris Med., 2: 486-491; 1934.
- 26.—GAZITUA, V.M.— Bol. Soc. Cb. Obst. y Ginec., 10:5; 1945.
- 27.—GOMEZ, F.D.— Arch. Tisiol. y Pneumol., I: 189-195; 1941.
- 28.—GOMEZ, F.D.— Hoja Tisiol., XII, Nº 2; junio 1952.
- 29.—GOMEZ, F.D. y EPIFANIO, C.— Hoja Tisiol., V: 387-397; 1945.
- 30.—GOMEZ, F.D. y ECHAGUE, G.— Hoja Tisiol. II: 261-263; 1942.
- 31.—GOMEZ, F.D.— Acción Sindical, 8: 3; 1946.
- 32.—GOMEZ, F.D.; VILAR DEL VALLE, J.L. y ECHAGUE, G.— Hoja Tisiol., I: 177-182; 1941.
- 33.—GORLERO BACIGALUPI, R.— Seminario de Trabajo del Serv. de Protección a la Infancia, 1: 1-5; 1952.
- 34.—GUERRA, V.R.— Arch. Pediatría del Uruguay, XXI: 80-95; 2 febrero.
- 35.—GUERRA, J.— Rev. Tuberc., La Habana, 5: 62-63; 1941.
- 36.—INFANTOZZI, J.— Anales Fac. Med. Montevideo, XXII: 93-140; 1937.
- 37.—JESIOTR, M.— Dis. Chest., 37: 649-655; 1960.
- 38.—LANE, R.— Canadá, Ass. J., 77: 28-31; 1957.
- 39.—LASCANO, J. y SAYAGO, G.— II Congr. Argent. de Obst. y Ginec., relato oficial, 1934.

- 40.—LEVI VALENSI, A.; MOLINA, C. y col.— *Algérie Med.*, 59: 635-644; 1955.
- 41.—LEONARDI, CH.— "Grossesse et formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire", vol. 1, Ed. Dom. y Cia., 1935.
- 42.—LORENZO Y DEAL J.— *Arch. Pediatr. del Uruguay*, 20: 347-385; 1949.
- 43.—MAC-DOWELL, A.— *Dis. of Chest*, 11: 256-258; 1945.
- 44.—MAC-DOWELL, A.; CARVALHO FERREIRA, J. y FERNANDEZ, R.— *Rev. Bras. Tuberc.*, año VIII, N° 61: 463-475; mayo-junio 1939.
- 45.—MAC-DOWELL, A.; CARVALHO FERREIRA, J. y FERNANDEZ, R.— *Rev. Bras. Tuberc.*, año VIII, N° 56: Nov. Dez. 1938.
- 46.—MACQUET, P. y PATOIR, G.— *J. Urol. Med.*, París, 62: 690-695; 1956.
- 47.—MAIZTEGUI, J.C. y GIAMPIETRO, A.— *Hoja Tisiol.*, 11: 125; 1943.
- 48.—MARIN PITTALUGA, R.— *Boletín Cient. de Acción Sindical*, año VIII: 7-35; julio 1946.
- 49.—MARIN PITTALUGA, R.— *Hoja Tisiol.*, IX: 170-184; 1949.
- 50.—MATUS BENAVENTE, V.— *Bol. Soc. Chil. Obst. y Ginec.*, 1946.
- 51.—MELLO AGUERRE, M. y PINTOS FUENTES, R.— *Hoja Tisiol.*, XIII: 107-122; 1953.
- 52.—MONCKEBERG, C.— *Bol. Soc. Chil. de Obst. y Ginec.*, 10: 35; 1945.
- 53.—ORNESTEIN, G.— *Am. Rev. Tuberc.*, 31: 181; 1935.
- 54.—PALACIOS COSTA, N. y ESCARDO, F.— *Arch. Argent. de Pediatr.*, 5: 663-70; 1934.
- 55.—PARDO, I.; GARCIA GALINDO, C.— *Rev. Obst. Gin.*, Caracas, 15: 515-521; 1955.
- 56.—PELUFFO, E.— *Semanario de Trabajo del Serv. Protec. Infancia*, tomo 1, 1952.
- 57.—RACINE, R.— *Hoja Tisiol.*, 22: 247-262; 1962.
- 58.—RAIMONDI, A.; GALLO, J. y URQUIJO, C.— *Arch. Arg. Tis.*, 14: 377; 1938.
- 59.—RIST, E. y JOTTRAS, J.— *Bull. Acad. de Med.*, 113: 610-615; 1935.
- 60.—RODRIGUEZ, F. y ONETO, J.— *Col. Soc. Ch. de Obst. y Ginec.*, 16: 11; 1951.
- 61.—RODRIGUEZ LOPEZ, M.— (trabajo inédito).
- 62.—SALA, S. y LAPLACE, J.— *Bol. Soc. de Obst. y Ginec. de Es. Aires*, 28: 98-105; 1949.
- 63.—SALA, S.L. y POSSE, R.— *Arch. Medicina del Hosp. Ramos Mejia*, 831; 1935.
- 64.—SALA, S. y LAPLACE, J.— *Arch. Argent. Tisiol.*, 26: 153-160; 1950.
- 65.—SCHWARCZ, R.— *Semana Méd.*, 2: 1706-1711; 1936.
- 66.—SCHWARCZ, R.— tomo 1, Ed. El Ateneo, 1938.
- 67.—SCHWARCZ, R. y URQUIJO, C.— *Día Méd.*, 17: 441-443; 1945.
- 68.—SCHWARCZ, R.— *Obst. y Ginec. Lat. Amer.*, año 1, N° 5, vol. I: 589-599; octubre 1943.
- 69.—SERGENT, E. y DURAND, H.— *Monde Méd.*, 45: 728-741; 1935.
- 70.—SIEGEL, M. y SINGER, B.— *Am. y Dis. Child.*, 50: 636-641; 1935.
- 71.—STABILE, A.— *Hoja Tisiol.*, 7: 305-320; 1947.
- 72.—THONET, J.; ALLAMAND, J. y ALLAMAND, J.P.— *Bol. Soc. Ch. Obst. y Ginec.*, 25: 267; 1950.
- 73.—TISNE, B.L.— *Bol. Soc. Chil. Obst. y Ginec.*, 11: 204; 1946.
- 74.—TISNE, B.L.; RODRIGUEZ, A.; GARCIA, C. y ALLAMAND, J.— *Bol. Soc. Chil. Obst. y Ginec.*, 18:247; 1953.
- 75.—URQUIJO, C.A.— del libro "Embarazo y tuberculosis", de R. Schwarcz, 1938.
- 76.—URQUIJO, C.; SCOTT BOXALL, A. y PAGNIEZ, N.— *Rev. Argent. de Tuberc.*, 8: 87-93; 1942.
- 77.—URQUIJO, C.; WAISSMANN, M. y EONFANTE, L.— *Arch. Argent. Pediat.*, 17: 369-473 y 572; 1942.
- 78.—URZUA, O.— *Soc. Ch. de Obst. y Ginec.*, 10: 163; 1945.
- 79.—VALLI, M.— *Lotta contro Tuberc.*, 17: 259; 1947.
- 80.—VALLENSI, J. y DELCLAUX, J.— *Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr.*, 7: 601-65; 1955.
- 81.—VERCESI, R.— *Rev. Pathologie e clinica de la tuberculose*, 6: 6-18; 1932.
- 82.—WAISSMANN, M.— "Tuberculosis congénita", t. 1, Ed. El Ateneo, 1942.
- 83.—WILKINSON, M.C.— *The Y. of C. and Y. Surgery*, 32: 307-318; 1950.
- 84.—WOOD, M.— *South African M.J.*, 29: 1068-1071; 1955.
- 85.—R.M. PINTO.— *Arch. de Gin. y Obst.* XVIII, 51, 1960.