

Crónica

Reseña y comentarios del VII Congreso de la Asociación de Ginecólogos y Tocólogos de lengua francesa

por el doctor

J. B. Comas Camps

(Continuación)

Primera Sesión del 6 de octubre.— Ponencia: *La tuberculosis útero-anexial*. Ponentes: Prof. Fochat (Lausanne). Doctor P. Brock (París), Dr. P. Monloguet-Doleris (París), Dr. P. Gibert (París).

Los ponentes empiezan por exponer la enorme extensión del tema si éste comprendiera todas las modalidades de la tuberculosis genital femenina en sus relaciones con el proceso enfermedad tuberculosa, tan pródiga en estos últimos tiempos en producción cistífrica.

Se trata más bien de un trabajo de *mise au point*, que pueda ser útil al práctico y estímulo de aportación de opiniones.

Una precisión se hace indispensable antes de entrar en el fondo de la ponencia y es la distinción entre la tuberculosis genital evolutiva, la forma que se nos manifiesta en clínica, y las lesiones tuberculosas anatómicas del aparato genital que pueden existir durante mucho tiempo en estado de latencia antes de manifestarse clínicamente, lesiones iniciales que datan probablemente de la infancia y permanecen ignoradas hasta que su evolución anátomo-clínica las

revela con cuadro sintomático más o menos completo.

Etiología de la lesión tuberculosa genital. — En la inmensa mayoría de los casos la tuberculosis genital femenina no es una lesión primitiva en el sentido anatómico; viene asociada y es secundaria a un chancro de inoculación tuberculosa situado en otro órgano.

Si bien la inoculación sexual del bacilo de Koch ha sido demostrada posible, permitiendo el concepto de una tuberculosis genital primitiva, es un mecanismo de transmisión tan excepcional que aun los casos bien estudiados de Murphy, Chaton, Spinelli y Lejars, es posible que no resistieran a una severa crítica.

Los ponentes proponen suprimir el calificativo de tuberculosis genital primitiva, que si bien en clínica sólo indique que es la primera y sola manifestación clínica de tuberculosis evolutiva, por las más concretas de *tuberculosis genital aislada* y *tuberculosis genital asociada*.

La tuberculosis genital aislada. — Según las estadísticas de Courty, Pestalozza,

Lonis, etc., sobre 503 autopsias en mujeres tuberculosas, solamente 21 casos, 6. %, presentaban lesiones genitales. Según la Sta. de Jong, el porcentaje de lesiones tuberculosas genitales en mujeres muertas de tuberculosis pulmonar sería de un 4 a un 12 %. En clínica es muy frecuente la tuberculosis genital como única lesión manifiesta evolutiva.

Una forma de tuberculosis asociada relativamente frecuente es la pleuroperitonitis tuberculosa y conocidas las relaciones entre la peritonitis y la salpingitis tuberculosa, esta última se presenta en casos no raros asociada a lesiones pleuro-pulmonares.

Patogenia del brote evolutivo anatómico-clínico de tuberculosis genital. — La revelación evolutiva de la tuberculosis genital femenina tiene lugar generalmente después de la pubertad, respondiendo al principio general de ataque de la tuberculosis a los órganos en plena actividad.

En los años en que se instaura la plena actividad del aparato genital se presenta con bastante frecuencia una forma particular de tuberculosis genito-peritoneal: la forma ascítica de las jóvenes. Más tarde se observa una nueva recrudescencia de tuberculosis genital en la que se manifiesta la influencia de los diferentes episodios de la vida genital: las relaciones sexuales, la menstruación, las infecciones genitales (bleonorragia) y el embarazo. Las lesiones que se encuentran en estos casos no son ya del mismo tipo que las de la adolescencia, son infiltraciones tuberculosas de los anejos con reacción plástica perianaxial y supuración.

Las relaciones sexuales activan congestionándolas las lesiones tuberculosas antiguas latentes provocando el brote evolutivo.

La menstruación es factor que favorece la aparición de manifestaciones clínicas de tuberculosis evolutiva (LENORMANT et MOULONGET). Las infecciones genitales influyen y complican la tuberculosis genital. JAYLE ha insistido sobre la coexistencia de tuberculosis y gonococia. Interpreta el hecho como una tuberculización secundaria de las trompas infectadas. Los ponentes opinan que es más bien la infección contraída en la edad adulta la que revela y exacerba una tuberculosis latente que data de la infancia.

Las intervenciones ginecológicas pueden favorecer el desarrollo de una tuberculosis latente; en casos PERAIRE y BARTHELEMY, después de una dilatación del cuello.

El embarazo es poco frecuente en mujeres afectas de tuberculosis genital manifiesta. El embarazo cuando se produce es un peligro de agravación de las lesiones; a veces pone en evidencia una salpingitis tuberculosa hasta entonces oculta. La patología genital tuberculosa del postpartum es menos excepcional de lo que se cree; puede simular una infección puerperal en forma de tuberculosis peritoneal aguda. Otras veces la evolución de la tuberculosis genital después del parto es menos dramática: salpingitis, pelviperitonitis.

Formas clínicas. — El estudio de las formas clínicas por parte de los ponentes no revela nada nuevo en lo ya conocido, quizás un exceso de esquematización, para facilitar el orden de exposición, hace esta parte de la ponencia larga, complicada y poco en consonancia con la realidad clínica, en la que se combinan de modo tan caprichoso las diferentes lesiones; nos limitaremos, pues, a relatar el enunciado de otros tantos capítulos:

1.º *La tuberculosis del cuello uterino.*

2.º *La tuberculosis del cuerpo uterino.*

3.º *La tuberculosis de los anejos, con sus diferentes formas:*

a) *Tuberculosis salpingo-peritoneal ascítica.*

b) *Tuberculosis tubárica con pelvi-peritonitis fibrocaseosa.*

c) *Tuberculosis tubárica u ovárica aisladas, sin lesiones del peritoneo.*

d) *Formas de tuberculosis genital asociadas a otras lesiones.*

Diagnóstico general. — Los ponentes estudian el diagnóstico general de la tuberculosis genital en clínica, durante la operación, sobre las piezas operatorias.

Diagnóstico clínico. — Es evidente que se trata de un diagnóstico bastante difícil; según las cifras del John's Hopkins, solamente el 13 % de casos habían sido diagnosticados antes de la operación, $\frac{1}{4}$ de los casos en la clínica de la operación del Hospital Brocca.

¿A más de los síntomas clínicos generales sacados del interrogatorio, del examen y vigilancia de las enfermas, existen métodos especiales de exploración o exámenes de laboratorio que puedan facilitar el diagnóstico de la tuberculosis genital femenina? Las pruebas serológicas: la cutireacción es tan frecuentemente positiva en procesos banales, la reacción de Vernes muy incierta, la reacción de Besredka inconstante. En las formas febriles de la pelvi-peritonitis se ha interpretado como signo positivo la ausencia de leucocitosis y polinucleosis; pero este signo trematológico no es constante ni de una interpretación siempre cómoda. El legrado biópsico cuya positiv-

dad es dato precioso, pero ¡cuán plagado de peligros!

La punción de los anejos por la vagina para recoger productos para inocular, preconizado por WIELOCH, es un procedimiento aplicable en colecciones evidentes del Douglas, pero nunca como método standard en lesiones de tanta complicación y englobamiento de órganos, y muy a menudo sin supuración.

Diagnóstico operatorio. — Durante la operación el sinecólogo es con frecuencia presa de dudas sobre la naturaleza tuberculosa de lesiones que tiene entre sus manos. Hay que desterrar la idea de que toda tuberculosis genital comporta infaliblemente una siembra de tubérculos en los órganos pelvianos. Aun para los más sagaces y prácticos cirujanos existen lesiones anexiales tuberculosas, cuyo diagnóstico es imposible por la sola inspección ocular (HARTMAN, BERGERD, REMILLY). Algunas particularidades anátomo-patológicas pueden inducir a error en el sentido afirmativo, como son las granulaciones del peritoneo tubárico formadas por la infiltración de la subserosa (JOYLLE), vesículas de peritonitis reaccional (LECENE, MOULONGET).

Diagnóstico microscópico. — El examen histológico de fragmentos correctamente elegidos de modo especial de las trompas y de la mucosa uterina, asegura siempre el diagnóstico. Los aspectos histológicos de tuberculosis son muy fáciles de reconocer y muy característicos en las lesiones fímicas del aparato genital. El examen histológico es fecundo en conclusiones prácticas: permite dirigir la cura postoperatoria y poner en práctica los tratamientos higiénicos, y físicos que expondremos más adelante. Permite sobre base sólida confeccionar la esta-

dística sobre la frecuencia exacta de las lesiones tuberculosas genitales.

Frecuencia de la tuberculosis genital. — Sólo debe concederse beligerancia a las estadísticas basadas sobre examen histológico; ello ha modificado en absoluto la idea que se tenía hace treinta años sobre la rareza de la tuberculosis genital.

Las estadísticas modernas discrepan poco y fijan en un 8 % el número de salpingiti tuberculosa en el total de lesiones inflamatorias de las trompas.

GREENBERG ha estudiado 200 casos sobre tres mil salpingitis y concluye que sobre trece trompas enfermas, una es tuberculosa. NORRIS da un porcentaje de 77 % de los cuales la cuarta parte insospechadas antes del examen histológico. DRETZKA, que ha practicado exámenes histológicos sistemáticos, señala un 85 %. LENORMANT y MOULONGUET proponen un 10 % y VILLARD y CONDAMIN un 11 %.

Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis utero-anexial

HEGAR, en 1886, parece fué el primero a proponer la ablación amplia de los órganos genitales tuberculosos. En 1902., en el Congreso de Roma, la tesis radical obtuvo la mayoría de los sufragios; notemos el abstencinismo de AMANN y VEIT. En 1911, en Munich, los ginecólogos alemanes se dividieron en dos bandos: unos con FRANQUÉ, FREUND, WERTHEIM, proponían la castración total; otros con KRÖNIG y BORDERLEIN abogaron por una exeresis parcial de tendencia conservadora. En esta fecha GANSS y STEPHAN publicaron los buenos resultados obtenidos con la röntgenterapia.

Ultimamente en los países de lengua alemana la asociación radio-operatoria alcan-

za los más prestigiosos sufragios: WEIBEL, EGNSEER, MARTIUS.

En oposición a los trabajos que se limitaban al estudio del tratamiento quirúrgico de la tuberculosis utero-anexial sin gran distinción de formas, los ginecólogos de lengua francesa han procurado establecer un lógico y prudente eclecticismo y una elección de terapéutica según los aspectos tan diversos de la tuberculosis genital femenina.

A. *Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis anexial o uteroanexial asociada.* — La tendencia quirúrgica actual ha entrado en una vía de evolución hacia la prudencia por tres razones básicas:

1.^a Por el peligro inmediato, secundario e incluso tardío en la extirpación sistemática de lesiones complejas y extensas.

2.^a Porque esta ablación no cura fatalmente a las enfermas que la han soportado con éxito inmediato y que los resultados lejanos no son siempre excelentes.

3.^a Porque la simple laparotomía y las operaciones limitadas tienen en su haber numerosas curaciones de buena calidad, especialmente cuando se combinan con el tratamiento médico, la cura de clima y la röntgenterapia.

Tratamiento de la tuberculosis localizada al útero:

Tuberculosis del cuerpo uterino. — En esta localización pueden esquematizarse dos formas: o bien es el miometrio lo único afecto, o bien es la mucosa uterina (endometritis tuberculosa o tuberculosis miliar).

Cuando se trata de una lesión del miometrio aislada o extendida a los anexos, la tuberculosis es en estas condiciones tributaria de la cirugía, histerectomía y mejor aun histerectomía total abdominal.

La situación es diferente cuando la tu-

berculosis principia o predomina en la mucosa. En estos casos lo difícil es el diagnóstico. El raspado ha sido practicado en estos casos como medio a la vez de exploración y cura. Los resultados son muy aleatorios: no siempre lo que arrastra la cucharilla permite un examen histológico convincente; por otra parte un legrado a fondo no es siempre cosa inocua y su eficacia muy dudosa.

B. *Tuberculosis del cuello del útero.* — La tuberculosis localizada al cuello puede ser única lesión evolutiva o bien traducción externa de lesiones extendidas a la totalidad de la mucosa del órgano. Es indispensable precisar un diagnóstico que requiere dos trámites: 1.º, naturaleza de la lesión; 2.º, límites del proceso.

Lo primero es sencillo por biopsia; lo segundo es difícil y la sagacidad y experiencia del ginecólogo se ponen a prueba (menorragias, metrorragias, leucorrea purulenta, neuralgias pélvicas, útero grueso y doloroso).

a) *Lesiones localizadas al cuello.*—Cinco métodos han dado resultados: la histerectomía total; la amputación alta del cuello; el legrado seguido de termocauterizaciones químicas; la radiumterapia.

b) *Lesiones del cuello con extensión manifiesta o probable al cuerpo del útero.*—Unos practican la cirugía radical; histerectomía total (20 histerectómicas, 3 vaginales y 17 abdominales, con 13 curaciones, 2 fracasos (?) y 5 resultados sin noticias). Otros ginecólogos tratan las lesiones del cuello por escisión, amputación, cauterización y las del cuerpo por legrado (4 casos de legrado con tratamientos diversos sobre el cuello: 1 muerte, legrado y amputación; 3 curaciones, legrado y termocauterización,

legrado y amputación, legrado y cauterizaciones químicas).

Fisioterapia de la tuberculosis útero-anexial. — Los progresos realizados desde hace un cuarto de siglo en el estudio de las radiaciones han contribuido a modificar profundamente la terapéutica y el pronóstico de la tuberculosis genital femenina.

Helioterapia natural.—Recordemos que GALENO y sus contemporáneos celebraron los buenos efectos del sol en la hidropesía del vientre. En nuestro tiempo es inútil insistir sobre la enorme extensión e importancia que ha adquirido la cura solar en el tratamiento de la tuberculosis llamadas quirúrgicas.

Para el tratamiento de la tuberculosis genital la cura solar exige una serie de circunstancias que no son económicamente accesibles sino a una categoría muy reducida de enfermos.

Helioterapia artificial. — La helioterapia presenta la ventaja de poder ser utilizada en todo tiempo y en todos los lugares. Los rayos ultravioleta de las diferentes lámparas no tienen más que una acción superficial, pero cuyo efecto biológico es muy intenso. Sería de desear que toda enferma de tuberculosis útero-anexial fuese sometida a la cura helioclimática y en su defecto a la helioterapia artificial; la sola contraindicación es la coexistencia de una lesión pulmonar en evolución.

Roentgenterapia y curieterapia. — En 1899, cinco años después del descubrimiento de Roentgen, AUSSET y REDARD aplicaban los nuevos rayos al tratamiento de la tuberculosis génito-peritoneal. Fué considerado en 1907 por BISCHER como el mejor tratamiento de la tuberculosis pelvi-perito

neal. Aconsejado y aplicado en 1910 por WETTERER, en 1911 por VOGT, GANSS, STEPHAN, que la asocian a la cirugía. En 1913 WAGNER, en el Congreso de Roma, insiste sobre los excelentes resultados del tratamiento roentgenoterápico. Desde entonces numerosas publicaciones de ginecólogos de lengua alemana han confirmado los buenos resultados de los rayos X en la tuberculosis genital femenina.

Las indicaciones de la roentgenoterapia son muy extensas, pero deben ser precisadas.

Consideremos un primer grupo de tuberculosa útero-anexiales, coexistiendo con otras lesiones que contraindiquen toda tentativa quirúrgica y en los que emplearemos solamente los rayos Roentgen.

Un segundo grupo, poco abundante, en que el diagnóstico puede presumirse exacto, sin laparatomía. ¿Hay que irradiar primero? MARTIUS aconseja no someter a la operación ningún caso de tuberculosis genital probable sin una previa tentativa de roentgenoterapia.

Un tercer grupo, el más numeroso, comprende los casos en los que el diagnóstico no puede afirmarse más que durante la operación o por examen histológico ulterior. Si la operación ha podido consistir en una exeresis suficiente de las lesiones aparentes, será útil complementarla con una cura helioclimática o por los ultravioletas. Si, al contrario, como es cosa frecuente, la ablación no ha podido ser completa, hay que recurrir a la roentgenoterapia lo más pronto posible después de la operación.

Modo de acción de la Roentgenoterapia.— Los rayos Roentgen no tienen ninguna acción directa sobre el bacilo de Koch, por lo menos a dosis utilizables en terapéutica. En cambio, la constitución histológica del folículo tuberculoso, tan rico en elementos

leucocitarios, explica su radiosensibilidad. La destrucción de estos elementos y su reabsorción consecutiva ejerce quizás una acción inmunizante. Pero es, sobre todo, la proliferación conjuntiva local lo que engloba dentro una ganga cicatricial el foco tuberculoso. Los rayos X tienen una acción directa sobre el medio en que se desarrolla el bacilo de Koch, que es substituído por una proliferación conjuntiva intensa; inútil invocar la acción "excitante" de los rayos, hipótesis hoy día muy en derrota.

Técnica de la Roentgenoterapia.— Irradiación suficientemente penetrante, administración de dosis débiles y espaciadas, tales son los dos principales puntos de la técnica más corriente empleada. La baja pelvis debe ser totalmente irradiada, sea por un solo campo o en dos campos infraumbilicales yuxtapuestos. Cuando se requiera tratamiento más intenso y prolongado se pueden utilizar puertas de entrada posteriores.

La posología es la cuestión más discutida. SEITZ y WINTZ creyeron poder fijar una dosis óptima que llamaron *tuberculosis dosis*, administrada en una sola sesión y que representaba la mitad de la dosis eritema. Técnica muy difundida, pero hoy casi abandonada; la experiencia ha demostrado que no existe una dosis tuberculosis y que los resultados son mejores con dosis débiles, repetidas y convenientemente espaciadas.

Aun hoy los radioterapeutas están divididos en dos grupos: unos, los más, no consideran necesaria la supresión de la función ovárica. MARTIUS irradiaba la pequeña pelvis por un gran campo anterior con una dosis de 110 r.; practica tres irradiaciones parecidas separadas por intervalos de 8 días; renueva la serie una o varias veces después de un descanso de seis semanas. Esta es

también la técnica de GAUSS, STEPHAN, DODERLEIN, HAUDEK, etc. Otro grupo considera la supresión de la función ovárica como un factor importante de curación: — VOGT, BORTINI, FRAENKEL, GRAGERT, VAN DE VELDE.

Cuando se adopte la dosis castración debe ser aplicada siempre fraccionada y escalonada. La dosis de 200 r. por campo y por semana nos parece la más favorable. La dosis total, muy variable según cada caso, oscila alrededor de 2.000 r. por campo, es decir, con una duración del tratamiento de unas 10 semanas.

Curioterapia. — Poco interesante, su papel muy reducido y secundario como tratamiento de la tuberculosis útero-anexial. Bien es verdad que una irradiación homogénea le la pequeña pelvis por una cantidad suficiente de radium a distancia podría perfectamente proporcionarnos los mismos resultados que la roentgenterapia, pero ¡cuántas dificultades sin ninguna ventaja! En aplicaciones locales en la tuberculosis del cuello uterino la técnica de aplicación de tubos de radio es fácil y no traumatizante. EYMER cita tres casos tratados con éxito en la clínica de DODERLEIN. GAL ha tenido también éxitos en la clínica ginecológica de Budapest.

Discusión. — DANIEL (Budapest) sobre una serie de 266 anexitis crónicas operadas durante un período de 7 años, la localización tuberculosa útero-anexial ha sido confirmada histológicamente en 38 casos (10'70 %). En 31 casos, existía tuberculosis anexial. 2 casos tuberculosis primitiva corporal uterina sin lesiones anexiales. 5 veces combinación útero-anexial. Ha practicado 36 intervenciones por vía abdominal y 2 por vía vaginal. La cirugía radical ha sido aplicada en los 2/3 de los casos, las

operaciones conservadoras en el 13 %, la laparotomía simple en el 19 %.

Mortalidad primaria, nula; heridas intestinales en la cuarta parte de los casos, con cuatro fístulas enterocólicas consecutivas curadas en 2 ó 3 semanas. Los resultados tardíos en los casos seguidos han sido 17 curaciones definitivas, 3 mejorías, 1 muerte.

La curación de las lesiones metroanexiales no puede ser asegurada más que por el tratamiento quirúrgico. La ablación radical del bloc útero-anexial, incluso en las lesiones limitadas, es la operación de fondo en la tuberculosis genital; las intervenciones conservadoras deben reservarse para los casos en los que la extirpación de las lesiones sea imposible técnicamente.

MURET (Lausanne), aporta 59 casos de tuberculosis uterina y tubárica, de los que 14 tuberculosis uterinas simples, 8 útero-anexiales, y 37 anexiales con lesiones peritoneales. El legrado da excelentes resultados en la tuberculosis endouterina. La terapéutica seguida fué: 9 histerectomías totales, 30 operaciones conservadoras, 15 raspados, 15 curas helioterápicas con mejoría considerable.

BÉGOVIN (Burdeos). Nos habla de la tuberculosis anexial a forma guda infecciosa general en los que la cirugía se muestra impotente, relata dos casos.

VILLARD (Lyon). El tratamiento quirúrgico de la tuberculosis anexial proporciona excelentes resultados y yo soy un convencido partidario. Nuestra escasa mortalidad operatoria depende, sin duda, de nuestro eclecticismo técnico. No debe utilizarse ninguna intervención sistemática, sino la que mejor se adapte a las formas anatómicas y actuando con gran prudencia en las maniobras. Las formas serosas caracterizadas por las granulaciones peritoneales son úni-

camente tributarias de la laparotomía simple, secando la pequeña pelvis a menudo ascítica y estimulando el peritoneo. En las formas parenquimatosas con trompas voluminosas de paredes infiltradas y gruesas, la intervención consistirá en la ablación de las lesiones a lo que se limitará, evitando en lo posible la histerectomía, que es inútil y procurando actuar solamente sobre las lesiones liberables, teniendo siempre la perforación intestinal. En las formas caseosas la indicación es extirpar los productos caseosos que constituyen en masas muertas, cuerpos extraños no susceptibles de retroceder por laparotomía. Las variedades más favorables vienen representadas por el absceso frío tubárico y los grandes piosalpinx. La salpigectomía es la operación tipo. No hay que olvidar la beneficiosa influencia de la laparotomía que permite esperar curaciones aun en los casos de ablación incompeteta.

GUYOT (Burdeos). Relata un caso de tuberculosis del cuello tratada por amputación alta, con embarazo ulterior y parto normal. Considera que el tratamiento quirúrgico es el supremo recurso susceptible de curar definitivamente la tuberculosis genital.

J. L. FAURE (París). Opina que hay que operar ampliamente, practicando la histerectomía que facilita la intervención en los casos difíciles y reservar el tratamiento por las radiaciones para después de la operación.

KÖNIG (Ginebra). Insiste, para el diagnóstico, sobre los datos de laboratorio: sedimentación, fórmula sanguínea, reacción de Vernes. Como tratamiento se muestra oportunista.

RISACHER (Beurouth). Aporta dos observaciones de brotes agudos provocados por una

insuflación tubárica y por una simple dilatación.

DOUAY (París). La cirugía es la base del tratamiento; ella sola permite afirmar el diagnóstico y hacer lo más conveniente según las lesiones que se comprueben: nada de exeresis en las formas peritoneales, exeresis parcial en las formas localizadas, exeresis total en la salpingitis tuberculosa bilateral. El tratamiento médico y por los agentes físicos es un complemento postoperatorio precioso.

A. BECLERC (París). La helioterapia no ejerce acción directa sobre las lesiones intra-abdominales. La roentgenterapia asegura un tratamiento local de las lesiones y por este hecho es un sucedáneo necesario de la cirugía cuando ésta está contraindicada o es rechazada o cuando la operación ha tenido que ser incompleta.

Comentario. — La misión de los ponentes fué desarrollada con una mesura y ponderación extraordinarias, podemos afirmar que se trata de uno de los trabajos de conjunto y detalle sobre tuberculosis genital femenina más completos y documentados que se hayan llevado a cabo durante estos últimos años. Completísimo en lo referente a tratamiento manteniéndose en un prudente eclecticismo revelador de la inmensa labor informativa que ha guiado a los ponentes y les ha permitido una exposición que recoge todas las opiniones, las selecciona y ordena en forma que dejando intacta la libertad de apreciación, orienta al poco especializado hacia una concepción acertada del estado actual de la cuestión tratada.

Contrastó la mesura de los ponentes con la acometida francamente quirúrgica de la discusión. No bastó a reprimir la intensidad de la embestida intervencionista aque-

lla lógica conclusión de la ponencia "el momento de un exclusivismo terapéutico que puede ser funesto ha pasado a la historia. Hay que tener siempre presente ante toda decisión terapéutica que las mujeres afectas de tuberculosis de sus órganos genitales son ante todo "tuberculosas" por sus antecedentes personales o hereditarios, por el hecho de que pueden presentar, a más del foco de localización genital otras localizaciones poco evidentes o en fase de reposo que escapan a menudo al examen clínico".

El criterio quirúrgico predominante en la discusión adolece del defecto de olvidar la profunda verdad y el sólido principio de patología general que contiene la conclusión final de los ponentes y que es expresión fiel del sentir y fruto de la experiencia de los ginecólogos que siguen observando a sus enfermas después de la terapia aplicada sea ésta quirúrgica, físico o combinada. La exageración intervencionista lle-

gó a términos tales como el de propugnar el diagnóstico precoz de la tuberculosis genital femenina *para poder operar cuanto antes*.

Los fisioterapeutas arrollados por los cirujanos y considerando impropio en tal ambiente entablar una polémica a fondo, exclamaron como manifestación de su entusiasmo y su fe en los métodos físicos "para demostrar a los cirujanos la bondad de nuestros procedimientos y convencerles de lo que pueden en los casos buenos y medianos, suplicamos que nos reserven los casos graves, aquéllos que no se atrevan a operar o en los que la operación haya tenido que ser técnicamente muy incompleta y por los resultados obtenidos en estos casos difíciles podrán juzgar sobre la eficacia de nuestros métodos y seguramente rectificaran el criterio dominante en esta discusión".