

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

"TUBERCULOSE GENITAL"

DEMÓSTHENES DIMATOS

CESAR AUGUSTO DE MELLO

DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL

Florianópolis, Novembro de 1977.

Í N D I C E

1 - Introdução.....	Pag. 1
2 - Resumo.....	2
3 - Resúmen.....	3
4 - Tuberculose Genital.....	4
5 - Conceito.....	4
6 - Etiologia...-.....	4
7 - Patogênia.w.....	5
8 - Tuberculose da Vulva.....	5
9 - Tuberculose da Vagina.....	6
10 - Tuberculose so Cêrvix.....	6
11 - Tuberculose do Endométrio.....	6
12 - Tuberculose das Trompas.....	6
13 - Tuberculose dos Ovários.....	7
14 - Modos de Disseminação.....	7
15 - Disseminação Hematógena.....	7
16 - Disseminação por Contiguidade.....	8
17 - Frequência.....	8
18 - Frequência da Afecção nas diferentes partes do aparelho.. Genital Feminino.....	8
19 - Sintomatologia.....	8
20 - Diagnóstico.....	9
21 - Tratamento.....	10
22- Gravidez Depois do Tratamento Clínico.....	12
23 - Conclusões.....	13
24 - Bibliografia.....	14

I N T R O D U Ç Ã O

Achamos importante o tema tuberculose genital, pois muitas dores abdominais baixas, são catalogadas como "inflações", ficam sendo tratadas inadequadamente, e em grande parte são devidas à tuberculose genital.

R E S U M O

Os autores fazem comentários á respeito de tuberculose genital, patologia relativamente frequente em nosso meio.

R E S U M E N

Los autores hacen comentarios a respecto de la tuberculosis genital, patologia relativamente frecuente en los nuestros medios.

TUBERCULOSE GENITAL

Conceito:

É uma infecção secundária a uma localização precedente de Tuberculose pulmonar, mesentérica ou óssea, portanto causada pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, afetando quase sempre de maneira principal o Oviduto, extendendo-se posteriormente a outras partes mais altas (ovário ou peritônio) ou mais baixas (endométrio, cérvix, vagina ou vulva).

Etiologia:

É motivo de discussão a origem da Tuberculose Genital, já que alguns autores afirmam ser ela um foco primário e outros que são a maioria, a colocam como sendo um foco secundário. O motivo desta controvérsia se deve ao fato de que o foco tuberculoso primitivo do organismo (geralmente pulmonar) pode permanecer completamente oculto durante muito tempo, podendo inclusive curar, sendo assim extremamente difícil, se não impossível, o reconhecimento da lesão primitiva na maioria das ocasiões.

A Tuberculose Genital é secundária a algum foco extragenital, em particular a tuberculose pulmonar, embora esta esteja raramente ativa. Devemos supor que, em certo momento o complexo pulmonar primário torna-se ativado com bacteriemia e conseqüente disseminação para a pelve. Depois pode ocorrer a cura espontânea do processo pulmonar, apesar da disseminação pélvica da doença que pode permanecer latente antes anos da ativação.

É causada pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, que faz parte de um numeroso grupo de Bacilos Gram Positivos e Álcool-Resistente, que incluem microorganismos patogênicos e saprófitas.

Dentre as Mycobactérias patogênicas existem o *Mycobacterium Tuberculosis* (variedade humana, bovina e aviária) e o *Mycobacterium paratuberculosis* (*Mycobacterium leprae*).

Apenas as variedades humanas e bovina do *Mycobacterium tuberculosis* são patogênicas para o homem.(2)

O bacilo da tuberculose é um bastonete delgado, encurvado, medindo até 10 micra de comprimento e menos de 1 micron de diâmetro. São aeróbios e se multiplicam de maneira significativa entre 35º C e 41º C. Ao mesmo tempo, as necessidades de oxigênio ajudam a explicar a repentina multiplicação dos bacilos nos focos infecciosos. Em virtude de os bacilos resistirem ao dessecamento e sobreviverem por longos períodos de tempo nas secreções ressecadas e nos excretos humanos, e considerando ainda que são hidrófilos e não são facilmente atingidos pelos agentes bactericidas aquosos, existe um conceito errôneo muito difundido de que estes microorganismos são altamente resistentes às influências inibitórias e às substâncias tóxicas. Em cultura, comprovou-se que,

ao contrário, os bacilos são sensíveis a muitos produtos orgânicos e inorgânicos, como saboões, metais pesados e fenol.

A composição química do bacilo tuberculoso é complexa, mas de considerável interesse. O microorganismo é composto de carboidratos, lipídios e protídeos.

O caráter destrutivo do bacilo tuberculoso ou sua virulência se devem a uma suscetibilidade adquirida ou sensibilização do hospedeiro e não toxidade inerente ao microorganismo.

Patogenia:

Não é possível estabelecer com certeza quando ocorre a invasão dos genitais femininos pelo Bacilo tuberculoso, a partir do primeiro ponto de invasão deste sobre o organismo.

O tempo transcorrido entre a infecção primária e as manifestações tuberculosas em outros órgãos (entre eles os genitais) é sumamente variável; aproximadamente, após um mês e meio da infecção tuberculosa primária, os bacilos alcançam a corrente circulatória, possibilitando assim a infecção dos genitais onde permanecem por muito tempo antes de produzir sintomas capazes de permitir a efetuação do diagnóstico. (4)

São desconhecidos os fatores que favorecem o posterior desenvolvimento da conseqüente expansão da tuberculose, mas é certo que, desde as trompas existe a possibilidade de uma contaminação por via canalicular para o útero (cuja mucosa se infecta, oferecendo-nos a possibilidade de diagnóstico) e também para o cêrvix, no qual o epitélio glandular é alterado.

A possível infecção do ovário seria a conseqüência da contaminação direta desde a trompa até os tecidos vizinhos. É provável que o bacilo tuberculoso seja impulsionado a se expandir segundo a taxa de estrôgenos dos genitais, os quais constituem um incremento da irrigação do próprio aparelho genital.

A tuberculose genital é facilmente confundida com outras infecções genitais, como por exemplo a endometrite, salpingite, piosalpingite, etc.

Por exploração direta nos é possível diagnosticar as tuberculose da vulva, vagina, cêrvix e endométrio, os quais em grande número de ocasiões constituem manifestações secundárias de tuberculose tubárica; a das trompas, ovários e do peritônio são diagnosticadas em sua maioria através de cirurgia.

TUBERCULOSE DA VULVA: Se distingue nos lábios da vulva, duas classes ou variedades de infecção:

A) forma ulcerativa - é mais comum e surge como uma infiltração endurecida que depois se ulcera e conduz a uma espécie de substância simples ou serpigínea, com fundo amarelado e bordos ligeiramente / violáceos. A infecção evolue vagarosamente e cura em alguns locais, entretanto pode se estender por outros. Os gânglios da região se acham aumentados de tamanho e são indolores e duros.

B) forma hipertrófica: é mais rara; constitui em uma infiltração maciça de ambos os lábios, sem que se produza ulceração e recordando remotamente a elefantíase.

TUBERCULOSE DA VAGINA: Excetuando a tuberculose vulvar, a da vagina é a localização mais rara. Pode ser consequência de uma propagação por contiguidade da tuberculose da vulva, podendo-se descrever três formas anatomo-clínicas:

- A) miliar
- B) ulcerativa
- C) hipertrófica

Suas características são as mesmas descritas na da vulva.

TUBERCULOSE DO CÉRVIX: Distingue-se quatro formas:

A) miliar - o cérvix está enrijecido e grosso, como edemaciado e na superfície mucosa endo-cervical, no orifício vaginal ou em ambos, aparecem pequenas elevações acinzentadas e amareladas.

B) papilar - ocorrem saliências polipóides em forma de couve-flor que aparecem pelo orifício do colo; as glândulas cervicais se tornam hipertróficas e seu epitélio de revestimento sofre um processo que se parece com a metaplasia escamosa.

C) ulcerosa - os caracteres são semelhantes ao já descritos, só que neste caso existe uma delimitação concreta, não permitindo erosão; pode afetar unicamente o orifício cervical externo, também, às vezes, podendo se estender por todo o orifício, substituindo-o por um tecido de ulceração.

D) intersticial - produz uma deformação assimétrica do colo uterino, devido a primitiva localização em profundidade do processo tuberculoso. (5)

TUBERCULOSE DO ENDOMÉTRIO: É sempre secundária ao comprometimento tubário, ocorrendo em apenas 50% das pacientes com salpingite tuberculose endometrial pressupõe, quase automaticamente, a doenças nas / trompas; por outro lado, a ausência de endometrite tuberculose não exclui a salpingite tuberculosa.

As lesões características podem ser espalhadas por todo o endométrio, com ampla infiltração de células redondas e plasmáticas. Não são raras as células gigantes: com a propagação, pode haver uma miometrite tuberculosa associada.

TUBERCULOSE DAS TROMPAS: Em quase todos os tipos de tuberculose genital, as trompas estão engrossadas e alteradas.

Não é raro ocorrer que enquanto uma das trompas aparece grosseiramente afetada, a oposta apresenta tão pequenas manifestações que unicamente o exame microscópico é capaz de descobrir o que ocorre em suas paredes.

Um detalhe de sumo interesse consiste em recordar a resis-

tência que a invasão tuberculosa oferece a porção istmica da trompa, o qual permite comprovar com frequência que a uns dois ou três centímetros do lugar de implantação do oviduto o útero, não se encontram lesões específicas de infecção tuberculosa. Isto deu margem a alguns autores afirmarem a possibilidade de endometrites sem lesão tubárica concomitante.

Ao longo da trompa podem ser identificados uma ou várias aglomerações, as quais conferem a mesma, um aspecto tortuoso.

A medida que o processo evolui, as paredes tubáricas se afinam e na superfície interna se produz um certo grau caseificação. A capa serosa participa também do processo. Se distinguem as seguintes formas de tuberculose das trompas:

A) forma miliar - um pequeno ponteadado de finos tubérculos disseminados na mucosa e sub-mucosa indica sua origem hematôgena desde qualquer foco mais ou menos distante; devido a estrutura da trompa semelhantes focos de disseminação miliar podem muito bem passar inapercebidos macroscopicamente, sendo que, unicamente o exame microscópico permite descobrir a sua verdadeira natureza. São os casos classificados de "tuberculose genital insuspeita".

B) forma exsudativa - a cavidade da trompa encontra-se repleta de pus, constituindo uma verdadeira piosalpinge e as vezes o material caseoso se mistura com o pus produzido por uma invasão associada de germes piógenos.

C) forma produtiva-adesiva - representa o tipo anatomo-patológico mais comumente encontrado no ato operatório e se distingue pelo facto de que as trompas aparecem irregularmente volumosas, ao mesmo tempo que firmemente aderidas aos órgãos vizinhos. As paredes tubáricas aparecem muito engrossadas, enquanto que a superfície serosa é muito vascularizada e sangrando com facilidade.

A evolução progressiva do processo tuberculoso conduz ao engrossamento das paredes da trompa e sua distensão devido ao material caseoso acumulado em sua luz.

TUBERCULOSE DOS OVÁRIOS: Para atingir o parênquima ovárico, o bacilo segue por vias distintas, o qual origina alterações anatômicas que são descritas como: ooforites e periooforites tuberculosas.

Modos de Disseminação:

A propagação das lesões se efetuam pela corrente sanguínea, por via linfática e por contiguidade a partir de lesões vizinhas. Pode ser exógena e endógena.

Disseminação Hematôgena: o bacilo alcança a corrente sanguínea de maneira direta, a partir do local em que estava alojado, deslocando-se para o aparelho genital feminino, especialmente as trompas. Não é conhecida a razão da maior receptividade do bacilo pelo aparelho genital feminino.

Disseminação Linfática: é considerada uma forma rara de dis-

-seminação do bacilo. É muito provável que esta constitua uma das formas de disseminação, entre uma e outra parte do aparelho genital já infectado; exemplo: da trompa ao ovário, ao endocérvix e endométrio.

Disseminação por Contiguidade: se tem descrito a propagação da tuberculose das visceras abdominais como a da bexiga, do reto, do intestino e dos genitais de uma maneira direta, também sabido é o papel que desempenha o peritônio na difusão entre os órgãos afetados da cavidade de pelviana.

Alguns autores admitem que a peritonite tuberculosa origina por contiguidade uma tuberculose tubária secundária; outros supõem que a peritonite pode ser favorecida pela continuidade do bacilo, nas franjas tubáricas não aglutinadas. Seja como for, o caso é que pode existir uma salpingite tuberculosa sem que necessariamente sobrevenha a infecção do peritônio e uma tuberculose peritonal sem afetar as trompas.

Frequência

A biópsia do endométrio, que atualmente se pratica cada vez em maior número, para estudo da esterilidade e dos transtornos funcionais, tem contribuído para proporcionar maiores dados a cerca da tuberculose genital, assim como a radiografia tem contribuído para o melhor conhecimento da tuberculose pulmonar.

Podemos dizer que a tuberculose genital é uma enfermidade bastante frequente, embora, unicamente a biópsia e o exame bacteriológico contribuam para um diagnóstico.

Cada dia são descobertos mais casos, de maneira puramente acidental, sendo cada vez mais difícil conhecer-se com exatidão qual a verdadeira frequência da afecção nos genitais da mulher.

Há muito tempo tem sido estudos para determinar a frequência da tuberculose genital, através peças vindas de grandes clínicas ginecológicas para autópsia e do exame de preparações histopatológicas de biópsias do endométrio procedentes de consultas para verificação da esterilidade.

Isto explica claramente o porque da ampla variação de incidência relatada entre uma clínica e outra e a diferença entre diversos países.

Frequência da Afecção nas Diferentes Partes do Aparelho Genital Feminino:

Existe certa divergência quanto a porcentagem com que a tuberculose afeta as diferentes partes do aparelho Genital feminino.

Atualmente todo mundo está de acordo que quase 100% da tuberculose genital afeta ambas as trompas, 50% o endométrio, entre 20 e 35% os ovários, entre 5 e 2% o cérvix e 1% a vagina. O peritônio pode ser infectado em 40% aproximadamente.

Sintomatologia

Não existe uma afecção cuja sintomatologia clínica seja mais variável do que a tuberculose genital feminina.

Existem casos em que a paciente não apresenta nenhum sintoma, sendo a tuberculose diagnosticada apenas através do ato cirúrgico; outras poderão apresentar dores pouco acentuadas e ainda poderá apresentar / um quadro em que grandes massas tumorais ocupam a pélvis e causam uma sintomatologia com alterações hemorrágicas e fluxo espesso.

Podemos encontrar ainda:

- esterilidade feminina é uma sintomatologia de tuberculose genital que não convém ser esquecido. Quando transcorridos uns anos de matrimônio sem o aparecimento de filhos, mais especialmente quando a insuflação tubárica demonstra a existência de uma obstrução definitiva (especialmente se esta é distal) ou uma grave estenose sem que exista outros motivos que possam ser responsáveis por esta obstrução, a tuberculose genital poderá ser a causa. Esta afecção é acompanhada de uma enorme percentagem de esterilidade.

- a dor abdominal surda, persistente, acompanhada de sensação de distensão e que não diminui, mesmo com a administração dos mais variados medicamentos, podem constituir o sintoma mais frequente na mulher afetada por tuberculose genital.

A dor abdominal poderá aumentar após o coito, após esforços físicos e ainda em alguns casos antes e depois da menstruação.

- a tuberculose poderá alterar a menstruação, dando ciclos mais curtos ou ciclos normais com maior perda sanguínea, ou seja, polimenor-réia ou hipermenorréia. Pode agir no ovário englobando-o ou destruindo e tornando-o incapaz de atender a taxa hormonal cíclica. Se a tuberculose agir no endométrio provocará maiores alterações do ciclo menstrual, pois haverá destruição, agindo na fase proliferativa.

- o prurido e o edema da parte genital externa são sintomas não muito específicos, mais que atraem a atenção da paciente. Estes sintomas poderão caracterizar a tuberculose da vulva, entretanto, um fluxo persistente, incômodo e em certas ocasiões sanguinolentos após o coito, pode se suspeitar de uma cervicite tuberculosa.

Diagnóstico

Os meios relacionados a seguir são utilizados para o diagnóstico de Tuberculose Genital.

- Exame da paciente: a palpação cuidadosa do abdomen pode levar a descoberta de massas correspondentes a reações localizadas de peritonite.

A compressão sobre a região hipogástrica, em casos de tuberculose tubo-ovárica, proporcionam uma sensação de dor surda e indefinida.

O toque vaginal, explorando por meio de exame bimanual as diversas partes do aparelho genital, poderá proporcionar os seguintes dados:

- exploração completamente negativa.
- ligeiro engrossamento da trompa.
- massas anexiais francamente engrossadas, de consis

tência variável e regularmente dispostas, em geral fixas e muitas vezes dolorosas, às manobras exploratórias.

A combinação do toque vaginal com o toque retal pode ser útil para determinar o alcance e extensão das massas.

- Provas de laboratório:

hemograma: não é um dado seguro, pois o número de eritrócitos pode ou não estar diminuído, assim como o número de leucócitos pode ou não estar aumentado.

provas de desviação de complemento: ultimamente se tem utilizado a reação de Middledrook-Dubos, porém seu valor clínico é relativo, pois a reação só da positiva quando a enfermidade ocupar extensas áreas.

- Intradermoreação - a prova da tuberculina não permite / distinguir se o contágio do paciente pelo bacilo tuberculoso ocorreu ao nível do aparelho pulmonar ou a nível de outra região do organismo. Só indica sensibilidade alérgica às proteínas do corpo bacilar.

Aceitando-se o conceito de que a afecção é uma forma de tuberculose, secundária, a intradermoreação positiva poderá indicar a afecção tuberculosa primitiva, mesmo que esta esteja oculta ou mesmo curada.

- Exame histológico - pode efetuar-se com fragmentos de / vilva, vagina ou cérvix extirpados ambulatoriamente e de outras regiões através de exereses cirúrgicas.

Quando se trata de descobrir a natureza tuberculosa das lesões existentes nos genitais extirpados, nada melhor que buscar nas trompas, órgão que, como já foi enfatizado, são os mais afetados.

- Investigação bacteriológica - a investigação bacteriológica trata de enriquecer por diferentes procedimentos a concentração do bacilo dispersos, existentes entre os fragmentos procedentes de biópsia ou das diversas secreções dos genitais; também pode conseguir-se, a partir de peças operatórias.

- Diagnóstico radiológico - a Histerossalpingografia no diagnóstico da tuberculose tubária foi alvitrada, sendo verdade que podem ser notadas certas alterações radiográficas. Essas são, entretanto, tão complexas e de interpretação tão difícil que não são valiosas.

Tratamento

Outrora, quando se fazia o diagnóstico de tuberculose pélvica, o tratamento era, geralmente cirúrgico, acompanhado de repouso, ar fresco, boa alimentação, etc. (5)

A peritonite era tratada pela paracentese ou laparotomia ,

com "exposição ao ar". Apesar do elevado índice de morbidade e mortalidade, algumas pacientes passavam bem.

Recentemente, entretanto, foram aperfeiçoados alguns medicamentos antituberculosos que modificaram muito o tratamento da doença.

Existem 3 medicamentos principais, sendo o primeiro a estreptomomicina. Feito o diagnóstico de tuberculose, administra-se uma grama/ deste medicamento, em geral todos os dias, durante algumas semanas, diminuindo gradualmente a dose durante o decorrer de cerca de 18 a 24 meses.

Os efeitos tóxicos consistem, principalmente, de lesão do oitavo par craniano, com surdez, vertigens, náuseas consequentes. O ácido Para amino salicílico (PAS), embora sô levemente bactericida, parece reforçar o efeito da estreptomomicina. Ela deve ser administrada em doses amplas de até 12 a 15 gramas e, infelizmente produz náuseas e vômitos intenso em muitos pacientes.

O terceiro medicamento antituberculoso quimioterápico eficaz é o ácido isonicotínico (INH), que pode, na verdade, ser administrado por via oral e é relativamente atóxico, sendo rara a neurite periférica, principalmente quando se administra a piridoxina (200mg diariamente) de forma simultânea.

Estamos começando a dispor de novos medicamentos, como o / cloridrato de Etambutol (MYambutol). Sugere-se a dose de 15mg por quilo de peso corporal, mas devemos ter o cuidado com as complicações oftalmológicas.

Qualquer combinação de dois medicamentos, dos três principais disponíveis para o tratamento clínico da tuberculose pélvica, parece infinitamente mais eficaz do que o emprego de um único. O tratamento deve ser continuado por um mínimo de 18 meses, tempo em que a doença deve permanecer sobre rigorosa observação. Pode se notar ocasionalmente, a resistência medicamentosa de algumas formas de bacilos álcool resistentes, podendo ocorrer complicações durante o tratamento.

- tratamento clínico: deve ser reservado quase exclusivamente, para as pacientes jovens desejosas de outras gestações, que tenham suas trompas permeáveis e que não tenham tumoração anexial, nem ascite e que sejam inteligentes e dispostas para uma supervisão cuidadosa.

Nas mulheres que se submeterem a um tratamento clínico de endometrite tuberculosa, pode se pensar em uma curetagem após 6 meses.

- tratamento cirúrgico: não se deve deduzir que o tratamento cirúrgico tenha sido abandonado na tuberculose genital.

É aconselhado a histerectomia e salpingo-ooforectomia bilateral, na mulher acima dos 40 anos. O tratamento medicamentoso pre-operatório tornará a intervenção mais segura para paciente e tecnicamente mais fácil para o cirurgião. Além disso, a quimioterapia nem sempre é seguida de êxito. Em um estudo recente, de 419 casos de tuberculosas do aparelho genital tratado cirurgicamente, verificou-se que a cirurgia fora necessária em mais de 10% por indicações como dor persistentes ou recidivantes, tumorações constantes ou em desenvolvimento e endometrite rescidivantes.

Um grande número de autores acham que as pacientes com tuberculose extensa são mais bem tratadas cirurgicamente, depois de um esquema preliminar de quimioterapia. Foi demonstrado que a quimioterapia pré operatória pode produzir uma melhora tissular suficiente para tornar a operação tecnicamente menos difícil e não associada a complicações como fístolas, ruptura da cicatriz cirúrgica, obstrução intestinal, etc., / como se observava na era pré-quimioterápica.

A cirurgia deve consistir, de maneira ideal em histerectomia total, com remoção dos anexos, embora ser viável a conservação de um ovário, na paciente jovem.

GRAVIDEZ DEPOIS DO TRATAMENTO CLÍNICO

Esta pode ocorrer após um tratamento clínico da tuberculose genital, tendo sido relatados muitos casos. O número de gestações normais a termo, é, entretanto, lamentavelmente pequeno. Alguns autores afirmam que a gravidez normal a termo, após a tuberculose genital é absolutamente rara.

A gravidez ectópica, por sua vez é desproporcionalmente comum.

Se houver uma concepção, existem quatro probabilidades em uma, para que esta seja ectópica.

O pequeno número de gestações a termo, após o tratamento clínico da tuberculose pélvica, levou um autor a supor que, apesar da aparente cura da doença, as trompas, mesmo quando permeáveis, estariam / tão lesadas a ponto de se tornarem sem função.

A ocorrência de uma tuberculose genital ativa durante uma gravidez é raríssima, mas pode ocorrer. Anteriormente ela era sempre considerada como uma explicação muito grave da gravidez.

Conclusões

A tuberculose genital, apesar de pouco conhecida, é frequente em nosso meio.

A patogenia é objeto de muitos estudos, sabendo no entanto que se trata geralmente de infecção secundária a outras localizações de tuberculose.

A paciente pode não apresentar nenhum sintoma, ou apenas dores pouco acentuadas ou então massas tumorais que ocupam pélvis e dão alterações hemorrágicas e fluxo espesso.

A esterilidade pode aparecer como um sintoma secundário. O prurido e o edema na região da vulva, com ulcerações também nos dão indícios da patologia.

A intradermoreação, não permite distinguir a localização da doença.

Como importante meio de diagnóstico é estudo anatomo patológico das lesões encontradas, sendo em grande número de casos encontrados, resultados positivos.

O exame bacteriológico do fluxo vaginal também é importante.

A exploração direta é o melhor meio para diagnosticar tuberculose de vulva, vagina, cêrvix e endométrio, que em grande número de ocasiões constituem manifestações secundárias a tuberculose pélvica; a das trompas, ovário e peritônio são diagnosticadas em sua maioria através da cirurgia.

Em pacientes jovens, pode-se fazer tratamento clínico, mas a incidência de problemas na gestação são enormes.

O tratamento ideal acima de 40 anos é histerectomia e salpingo ooforectomia bilateral, com uso de quimioterapia pré-operatória.

B I B I O G R A F I A:

- 1 - CECIL, R. e LOEB.:
"Tratado de Medicina", tomo 1: 608 - 652
Philadelphia, 1973 - USA.
- 2 - GREENBERG, J. P. :
"Tuberculous Salpingitis;
a clinical study of 200 cases.
Johns Hopkins Hosp. Rep. 21 : 97, 1921
- 3 - HANDERSON, N., Hankins, J., and Stitt,
J. F. : " Pelvic Turbeculosis.
Amer. J. Obstret. Cynec. 94: 630,1966
- 4 - SNAITH, L. M; and Barnes, T. :
" Fertility in pelvic Tuberculosis"
Lancet, 1 : 712, 1962.
- 5 - SUTHERLAND, A.M. :
"Genital Tuberculosis in
nomen" . Bell.
- 6 - NOVAK, E.R. ; JONES, G. S.;
Jones, H. W. J.:
"Ginecologia" 204, 209, 1974.
Baltimore, USA

TCC
UFSC
TO
0071

N.Cham. TCC UFSC TO 0071

Autor: Mello, Cesar Augus

Título: Demóstenes Dimatos..



972800379

Ac. 254214

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM