

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL
CADEIRA DE TOCGINECOLOGIA

TÍTULO DO TRABALHO:

TUBERCULOSE GENITAL FEMININA | (revisão)

AUTORES:

Ddo GILBERTO MACIEL DAURA

Ddo GILSON GONÇALVES CÂNDIDO

Florianópolis, 12 de junho de 1978

S U M Á R I O

1. INTRODUÇÃO ;;	página 4
2. RESUMO	página 5
3. APRESENTAÇÃO	página 6
(I) - INCIDÊNCIA	página 7
(II) - INÍCIO E PROPAGAÇÃO	página 9
(III) - ANATOMIA PATOLÓGICA	página 11
(IV) - QUADRO CLÍNICO	página 13
(V) - DIAGNÓSTICO	página 14
(VI) - TRATAMENTO	página 17
(VII) - SEQUELAS	página 19
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	página 20

I N T R O D U Ç Ã O

A Tuberculose Genital Feminina é o tema do presente trabalho. Nosso interesse foi motivado pela possibilidade de, com esse estudo, condensarmos alguns dos principais conhecimentos sobre o assunto.

Não pretendemos realizar uma revisão completa, ou mesmo obra de atualização. É desnecessário dizer das limitações impostas pela escassez de fontes bibliográficas e de tempo disponíveis.

O objetivo almejado foi o de fornecer uma visão geral do tema e, principalmente, despertar o interesse para outros estudos futuros, mais amplos, completos e atualizados.

R E S U M O

Realiza-se um estudo geral dos diferentes aspectos da tuberculose genital feminina. Ressalta-se a importante incidência desta ginecopia, bem como a necessidade de uma maior preocupação diagnóstica, considerando-se os meios disponíveis de detecção. Aborda-se entre outros a biópsia de endométrio e a análise do sangue menstrual.

Estuda-se o início e a propagação da infecção, com suas consequências anatomo patológicas. Analisa-se o quadro clínico, valorizando as formas inaparentes e a concomitância de infertilidade.

As diferentes possibilidades terapêuticas são abordadas de modo geral, focalizando-se os tópicos relacionados com o prognóstico.

Encerra-se a revisão encarando-se as possíveis sequelas, que apesar do tratamento bem orientado, ocorrem em grande parcela dos casos.

A P R E S E N T A C Ã OT U B E R C U L O S E G E N I T A L F E M I N I N A
(REVISÃO)

- (I) - INCIDÊNCIA
- (II) - INÍCIO E PROPAGAÇÃO
- (III) - ANATOMIA PATOLÓGICA
- (IV) - QUADRO CLÍNICO
- (V) - DIAGNÓSTICO
- (VI) - TRATAMENTO
- (VII) - SEQUELAS

(I) - I N C I D Ê N C I A
- - - - -

A Tuberculose deve ser considerada um grave problema de Saúde Pública. Mesmo em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, as previsões mais otimistas contam que a Tuberculose só deixará de preocupar as autoridades sanitárias após o ano 2000. (1)

Muitos médicos tem menosprezado a importância da infecção tuberculosa do trato genital feminino. Na verdade, a maioria dos autores alertam-nos para a significativa frequência desta enfermidade. Llusia e Núñez (11) consideram a tuberculose genital o mais frequente dos processos infecciosos do aparelho genital feminino. Relatam que 5% de todas as enfermas que procuram consulta estão acometidas. Seria responsável por 30 a 40% das anexites; Estaria presente em 13% das mulheres assintomáticas com esterilidade primária; Se encontraria em pelo menos 25% das pacientes com tuberculose pulmonar e apareceria em cerca de 2% de todas as autópsias.

No relatório oficial de Victor Rodrigues (16) da XIV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (1965) relata-se que a tuberculose genital feminina é encontrada em 10% das peças operatórias; 2,1% no total das autópsias; em 10% dos casos nos pacientes com tuberculose pulmonar. (16).

Em 1963, no congresso especializado em tuberculose genital feminina da Basileia, dados epidemiológicos expressivos:- Malkani, na India, encontrou 9,84% de tuberculose de endométrio em 2581 mulheres inférteis. (13).- Para Caballero a incidência total de tuberculose genital feminina na Espanha corresponde a 1 - 2% da população feminina. (3). A porcentagem de cervicite em 1037 casos desta doença foi de 24,97%. - Cifras maiores de cervicites tuberculosas foi achada ^{na China} por Kuang-Vi (36,5%), enquanto Kurdos da Hungria achava uma incidência de 2 a 3% de tuberculose genital feminina em 10,000 autópsias. (15)

Estes dados não refletem necessariamente um real aumento da enfermidade. O aprimoramento dos meios diagnósticos, bem como o progresso terapêutico das outras anexites bacterianas, contribuíram para um melhor esclarecimento da sua real incidência nos últimos anos. (11 , 15)

A tuberculose genital feminina pode ocorrer em qualquer idade, alcançando máxima incidência entre a faixa etária dos 20 e 40 anos. (9, 13, 15)

(II) - I N Í C I O E P R O P A G A Ç Ã O

A tuberculose genital é sempre secundária à doença extragenital, sendo excepcionais os casos primários. (5, 11, 12, 14, 15)

A localização primária mais comum é a pulmonar e pleural. A propagação até o trato genital é na maioria das vezes por via hematogênica. (5, 11, 12, 14, 15). Em alguns casos ocorre juntamente com tuberculose miliar generalizada. (14). Esta doença, quando primariamente intestinal ou peritoneal, apesar de ser rara, pode se propagar por via linfática até os órgãos genitais femininos. (5). Numa série de 965 casos Dellepiane encontrou 0,2% de tuberculose genital primária, 59,20% de formas hematogênicas e 40,6% de formas descendentes linfáticas. (5).

As formas hematogênicas seriam mais localizadas e de melhor prognóstico quimioterápico, porém o seu tratamento cirúrgico é mais mutilante. Estas, constituem a maior parte dos casos de tuberculose genital feminina latente ou inaparente.

Quando as lesões primárias são intestinais a via de propagação mais aceita é a linfática. (11). Para LLusiá a transmissão por contiguidade ocorre sobretudo nas peritonites tuberculosas, em que as fontes dos tubérculos peritoneais propagam-se à superfície dos órgãos genitais, podendo depois aprofundar-se.

Com exceção de poucos casos de tuberculose genital feminina primária, em que o sítio inicial costuma ser o colo uterino, (contaminação pelo coito), a trompa é acometida inicialmente na quase totalidade dos casos. Esse tropismo do bacilo pelo tecido tubário, como também pelo aparelho genital feminino, ainda não está satisfatoriamente explicado. (14)

É muito raro a tuberculose pélvica iniciar-se pelas serosas peritoneais. (14). As formas intestinais decrescem à medida que se amplia a prática de pasteurização do leite. Baseado nestes fatos, Novak comenta ser a "trompa a única fonte lógica de infecção tuberculosa pélvica e intraabdominal".

A ausência de lesão pulmonar ativa não exclui a via de disseminação hematogênica. Pode ocorrer como consequência imediata de uma forma primária pulmonar, ou após a cura es-

pontânea de um complexo primário que passou inadvertido e produziu uma bacilemia, à qual são as trompas mais sensíveis. (12,14, 15).

(III) - A N A T O M I A P A T O L Ó G I C A

A localização da tuberculose genital feminina determina diferentes aspectos anátomo-patológicos. É quase sempre envolvida a trompa.

Em estudo de 261 peças operatórias, Llusia encontrou 100% de acometimento. A estatística de Victor Rodrigues cita a seguinte ordem de frequência: (16)

1. Trompa	95 - 100%
2. Trompa bilateral	90%
3. Útero	50 - 75%
4. Ovário	20%
5. Colo	03%
6. Vagina	02%

De Brux e Dupré-Froment (4) acharam uma distribuição semelhante:

1. Trompa	90%
2. Endométrio	50%
3. Ligamentos largos	30%

O aspecto macroscópico da trompa tuberculosa nem sempre é característico. Pode albergar um piossalpinge ou hidrosalpinge, (2,14). Nas formas mais graves encontra-se fusão caseosa de todo o conteúdo da trompa, (11). A salpingite intersticial é mais frequente do que a ístmica nodular, (14). Nas etapas precoces de peritonite tuberculosa e mesmo nas tardias, ocorre disseminação hematogênica, podendo-se observar tubérculos múltiplos em sua superfície. O diagnóstico histológico é baseado nos tubérculos e células gigantes, bem como no achado do bacilo álcool-ácido resistente, (11,16). Nas fases precoces ou tardias da doença o diagnóstico histológico pode estar dificultado, seja pela modificação das estruturas ou achado de aspectos atípicos. Nestes casos seria necessário maior número de fragmentos de diferentes porções da trompa para o exame microscópico, (2,4,14%). Lembra-nos Novak da semelhança com adenocarcinoma dos achados histológicos nas fases precoces? (proliferação adenomatosa).

O comprometimento do endométrio é secundário ao da trompa. Quanto melhores e mais frequentes as investigações ,

maior será a precisão do diagnóstico. Na clínica de Lusíá, onde realizou-se numerosas biópsias de endométrio, a porcentagem de tuberculose endometrial alcançou 80%. É maior a incidência de endometrite tuberculosa em mulheres estereis. Lusíá encontrou-a em 10% de 2000 casos, (11).

São achados anátomo-patológicos da endometrite os tubérculos, histiócitos, céls. gigantes e epitelióides. O processo pode estender-se ao miométrio. Não raramente há caseificação, (2,14). A positividade da cultura de baar do endométrio não costuma ultrapassar os 77%.

Variam os números com relação à propagação ao colo. Geralmente secundária ao processo tubário, pode também ser adquirida pelo coito (14). Macroscopicamente pode mostrar-se como ectopia cervical pálida, com muco e pouco sangue, (Lusíá). Pode assumir aspecto ulcerativo e hiperplásico, semelhante ao carcinoma de colo. A microscopia é característica com tubérculos, células gigantes e epitelióides, (2,11,14).

A tuberculose dos ovários não é frequente. Seu acometimento não é total e excepcionalmente observa-se caseificação ou formação de macrófagos, (2,11,8,14).

A tuberculose de vulva e vagina é muito infrequente. Raros casos são descritos. As lesões podem ser ulceradas ou hipertróficas. A biópsia deverá excluir a sífilis e carcinoma, (11,14).

Tuberculose peritonia é consequente, geralmente, de afecção tubária extensa. Pode entretanto ser independente da doença genital. Distingue-se a forma úmida (muitos nódulos e ascite), a forma sêca (depois da reabsorção do líquido) e a fibroplástica com aderências, (2,11,14).

Como seria de se esperar, os aspectos clínicos variam de acordo com a localização e graus de acometimento da tuberculose genital feminina.

(IV) - Q U A D R O C L Í N I C O

Inicialmente deve-se considerar o polimorfismo clínico das formas sintomáticas e o predomínio das formas assintomáticas. A descoberta de um foco tuberculoso extra genital é um dado valorizado por todos os autores, ressaltando-se que nem sempre este é identificado. Destaca-se a tuberculose pulmonar, pleural, óssea, intestinal ou miliar. O acometimento urinário poucas vezes associa-se à tuberculose genital, (14). Devem ser pesquisados os sinais gerais, como a febrícula vespertina, anorexia, anemia, sudorese noturna e emagrecimento. Se conjuntamente a esses dados gerais, associa-se dados de anexites uni ou bilateral, massas anexiais inflamadas palpáveis, sobretudo em pacientes virgens, devemos suspeitar de tuberculose genital, (6,9,11,12,14).

Kraubig (10) acrescenta a esses dados de suspeição os sinais de insuficiência ovariana, o fracasso no tratamento dos tumores ovarianos e anexiais, a inflamação pélvica em geral nas mulheres virgens, a esterilidade primária e as febres pós-parto de origem obscura que não cedem à antibioticoterapia.

O processo instala-se insidiosamente e progride de quase sempre de modo lento. Na maioria dos casos, segundo Novak, (14), o motivo da consulta é a sintomatologia tubária.

A dor é sintoma incaracterístico e não obrigatório. A oligomenorréia ou amenorréia com leucorréia persistente podem constituir ~~se como~~ sinais de endometrite tuberculosa.

É possível a detecção de ascite, seja pelo comprometimento direto do peritônio ou inflamação rvascular. A peritonite tuberculosa fibroplástica pode acarretar obstrução intestinal por aderências. A fixação do útero decorreria deste processo fibroso. Palpação de nódulos no fundo de saco de Douglas é relativamente infreqüente, (9,10,11,14). Os processos fibroplásticos sem exsudação ou massas anexiais palpáveis caracterizam a maioria dos casos de tuberculose genital feminina latente ou inaparente. A inaparência torna-se relativa se valorizarmos adequadamente achados incaracterísticos, tais como a esterilidade e as alterações menstruais.

(V) - D I A G N Ó S T I C O

Esta doença do aparelho genital feminino continua sendo mal diagnosticada em muitos centros. Não raramente é achado de surpresa em peças operatórias.

Como nós já referimos, há predominância das formas inaparentes ou oligossintomáticas. O médico não alertado para o problema, deixará escapar muitos diagnósticos ou os fará tardiamente.

O desenvolvimento de novas técnicas e o aprimoramento de meios diagnósticos possibilitaram uma detecção relativamente segura desta enfermidade. Como alerta-nos Kraubig, a certeza só pode ser conferida pelo achado do quadro histológico típico e/ou pelo isolamento do bacilo em cultura ou inoculação em cobaias. Todos os outros procedimentos são de suspeita ou apoio ao diagnóstico. É essencial que este seja feito o mais precoce possível, por razões de prognóstico, terapêutica, profilaxia e saúde pública, (6).

O diagnóstico resulta muitas vezes da conjugação de vários elementos sugestivos, ou de evidências circunstanciais; (15). Os achados clínicos podem ser bastante indicativos, se bem valorizados. Entretanto toda uma série de avaliações se faz necessária.

Baseados em diversos autores, (6,8,9,10,11,12,14,15 e 17), passaremos a abordar alguns desses métodos;

- Os exames laboratoriais de rotina, como o hemograma, velocidade de hemossedimentação, eletroforese de proteínas, seriam mais importantes para o prognóstico do que para o diagnóstico em si.

- A prova tuberculínica deve ser feita com rigor. O PPD Rt-23, comumente usado, será injetado na dose de 2U. A diluição da tuberculina bruta não deve ultrapassar 1:1000. Resultados negativos falam contra a hipótese diagnóstica, mas não excluem a tuberculose.

- O estudo bacteriológico, ~~que~~ ocupa uma posição de destaque entre os exames complementares, seja ele a cultura ou ^Δinoculação, para identificação do bacilo de Koch. Lembramos a

necessidade de laboratórios aparelhados para a sua realização. O material poderá provir do fluxo menstrual ou de amostra de endométrio. O sangue menstrual é colhido nos dois primeiros dias da menstruação. Quando a paciente é virgem, pode-se colher o material com seringa ou pipeta. Existem aparelhos especiais para este fim, como o de Fikentschen-Semm. As secreções cérvico-vaginais, devem também ser analisadas. O exame bacteriológico e histológico de amostra proveniente de punção do fundo de saco, segundo Kraubig(10), teria utilidade nos casos de massas anexiais palpáveis.

A porcentagem de positividade no exame bacteriológico do sangue menstrual é alta para a maioria dos autores. Sua negatividade não exclui o diagnóstico, pois pode falhar em pelo menos 30% dos casos.

O exame histológico do endométrio pode ser realizado após biópsia ou curetagem. Após a introdução da técnica de Novak(14) para biópsia, este método tornou-se uma das principais armas na detecção da doença. O melhor período para a identificação dos folículos tuberculosos é o correspondente à fase progesterônica pré-menstrual. Tal fase poderá ser obtida artificialmente, pelo uso prévio de progestagenos. A curetagem não deverá ser efetuada na vigência de inflamação aguda dos anexos. Alguns autores utilizam quimioterapia tuberculostática prévia, para evitar uma possível reativação de lesão latente, ou disseminação hematogênica do processo tuberculoso. Tais complicações tem sido pouco relatadas. Devemos recordar que nem sempre o endométrio está comprometido, sendo assim, negativo o exame,

- A avaliação radiológica tem sido motivo de discussão. Não se pode negar sua validade, especialmente da histerosalpingografia com contrastes hidrosolúveis. Ela nos fornece tres tipos de informações: a) lesões pélvicas; b) aspecto do endométrio; c) alterações das trompas.

As calcificações projetadas na região dos anexos, as imagens de endometrite, os encurtamentos e alterações da permeabilidade tubária, podem ser observados. Embora nenhum dos achados seja patognomônico e careçam de valor sem outros dados, existem alguns aspectos especialmente sugestivos, tais como, as trompas em rosário, a obstrução bilateral das trompas, a rigidez tubária com dilatação terminal, os pseudo-divertículos e os cálculos tubários.

- A laparoscopia ou a celioscopia não se constitui em método de rotina. Tem maior valor nos processos anexiais restritos e peritoneais. Traz a vantagem de possibilitar a feitura de biópsia.

- A insuflação útero-tubária acrescenta subsídios ao exame radiológico, em especial na determinação de locais de obstrução das trompas.

- Outros métodos, como a flebografia e a arteriografia guardam valor acadêmico, principalmente no estudo dos mecanismos patogênicos da tuberculose genital.

(VI) - T R A T A M E N T O

Ainda hoje não se chegou a padrões universais no tratamento da tuberculose genital feminina. O surgimento das eficazes drogas tuberculostáticas revolucionou a terapêutica.

A cirurgia tem hoje indicações restritas, como no caso do fracasso da quimioterapia, que pode ocorrer em cerca de 25% dos casos, (12).

Para a maioria dos estudiosos não há mais lugar para a radioterapia neste arsenal terapêutico, (11). Nunca será excessivo recordarmos que o fundamental é a instituição da terapia correta e precocemente. No entanto nem sempre pode-se esperar por um diagnóstico exato de etiologia e localização. Poderá inclusive a terapêutica constituir-se em prova diagnóstica de certo valor. Não se deve olvidar as providências de ordem geral, que de resto são as mesmas qualquer que seja a localização do processo. Destacam-se o adequado repouso físico e a alimentação dentro de um esquema higieno-dietético a tanto tempo consagrado.

A hormonioterapia tem sido muito empregado, principalmente no início do tratamento. Destacam-se a cortisona ou os seus derivados, (7,8,9,12).

A eficácia terapêutica depende de dois fatores, citados por todos os autores: A combinação de drogas, administradas durante largos períodos de tempo. Tem sido pouco utilizada a medicação tópica dos órgãos afetados. As drogas de primeira escolha são a estreptomina, o PAS e a isoniazida, em uso combinado. A rifampicina, a cicloserina, o etambutol, a etionamida, a pirazinamida e a capramicina são algumas drogas alternativas para o esquema quimioterápico, (12). Os esquemas variam conforme a experiência e critérios dos autores e também de acordo com as peculiaridades de cada caso, (7,8,9,14).

A cultura do bacilo e a prova de sensibilidade aos quimioterápicos são provas de valor, que não substituem o bom senso da observação clínica.

O tempo médio de duração da quimioterapia é de um ano, podendo-se prolongar-se por dezoito meses ou mais conforme o caso, (9,12). As lesões exsudáticas e superficiais são as

mais sensíveis ao contrário das profundas e destrutivas. De modo geral, as piores respostas são observadas na trompa, que pode vir a se constituir em verdadeiro reservatório de bacilos, (12,14). O uso de corticosteróide teria alguma utilidade na profilaxia de futuras sequelas. Não é habitual o seu uso além dos 60 dias.

Como já vimos, pode fracassar o tratamento medicamentoso, tornando-se necessária a intervenção cirúrgica. É ainda hoje variável o crédito dado a cirurgia. Entretanto concordamos que estamos longe das grandes ressecções cirúrgicas radicais e dos profundos esvaziamentos da cavidade abdominal, e que as operações devem ser as mais conservadoras possíveis.

São os seguintes os critérios de SUTHERLAND para indicação cirúrgica: (14,17)

- dor persistente ou recorrente.
- detecção de grandes massas anexiais.
- endometrites tuberculosas recidivantes.
- hemorragias recidivantes.

Para NOVAK a indicação cirúrgica deve ser a mais pródiga possível nos casos de obstrução tubária ou quando não há mais interesse da paciente em engravidar, abreviando-se assim o período de terapia medicamentosa, (14).

As ressecções radicais como a histerectomia, salpingectomia, ooforectomia são reservadas aos casos de enfermidade extensa ou adiantada, com má resposta à quimioterapia.

Após o tratamento é fundamental o acompanhamento médico periódico, utilizando-se os meios diagnósticos já comentados, na tentativa de surpreender as recidivas, ou mesmo a persistência do processo.

(VII) - SEQUELAS DA TUBERCULOSE GENITAL

Considerando os aspectos clínicos e anátomo patológicos, HALBRECHT (8) descreveu entre outras sequelas o encurtamento do paramétrio esquerdo, aderências intra-uterinas, atrofia de endométrio, deformação de cavidade e alargamento do canal cervical, lesões fibróticas da parede do útero. Destacam-se as modificações na estrutura tubária por aderências e hiperplasia conjuntiva ou adenomatosa, determinando alterações de sua permeabilidade e função.

HENDERSON (9) nos fornece dramática descrição das conseqüentes alterações na função reprodutora. Em grupo de 132 pacientes, somente oito delas desenvolvem prenhez a termo após o diagnóstico de tuberculose pélvica. Observou sete gestações ectópicas e quatro abortos. Somente tres gestações ocorreram após o tratamento e todas foram tubárias. Entretanto outros autores citam melhores resultados. Por exemplo, HALBRECHT e BLINICK; SUTHERLAND e outros relataram gestações intra uterinas a termo após a terapêutica, (8,17).

Recuperar a fertilidade e corrigir as alterações cicatriciais, é um desafio à cirurgia, Entretanto poucos bons casos tem sido descritos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BLUND, E. : Tuberculose, Problema de Saúde Pública. Jornal Brasileiro de Medicina, 21:50, 1971.
- 2 - BOGLIOLO, L. : Patologia. Guanabara Koogan, 1972.
- 3 - CABALLERO, A. : Epidemiology of Tuberculosis of the Female Genital Tract-in Latent Female Genital Tuberculosis, S. Karger, Basel - New York, 1966.
- 4 - DE BRUX , J. and DUPRÉ-FROMENT, J.: An Anatomopathological Study of the Clinically Latent Female Genital Tuberculosis-in Latent Female Genital Tuberculosis, S. Karger , Basel - New York, 1966.
- 5 - DELLEPIANE, G. : The Pathogenesis of Tuberculosis of The Female Genital Organs-in Latent Female Genital Tuberculosis, S. Karger, Basel - New York, 1966.
- 6 - DURANDO, C. : Diagnosis of Tuberculosis of the Female Genital Organs-in Latent Female Genital Tuberculosis, S. Karger, Basel - New York, 1966.
- 7 - GODOI, P. De e DELLIVENNERI, A. : Atualização Terapêutica de Prado, Ramos e Valle. Livraria Editora Artes Médicas, São Paulo, 1975.
- 8 - HALBRECHT, I. : Diagnosis, Pathogenetic Role and Treatment of the Sequels of Female Genital Tuberculosis-in Latent Female Genital Tuberculosis, S. Karger, Basel - New York, 1966.
- 9 - HENDERSON, D.N. , HARKINS, J.L. and STITT, J. F. : Pélvic Tuberculosis. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 94:630, St. Louis, 1966.
- 10 - KRAUBIG, H. : The Diagnosis of Genital Tuberculosis-in Latent Female Genital Tuberculosis, S. Karger, Basel, New York, 1966.
- 11 - LLUSIÁ, J.B. y NÚÑEZ, J. A. C. : Tratado de Ginecologia, Tomo III. Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1970.
- 12 - LOPES, P.C. : Tuberculose Genital Feminina. Diagnóstico . Jornal Brasileiro de Medicina, 21:21, 1971.
- 13 - MALKANI, P. K. : Epidemiology of Genital Tuberculosis in India-in Latent Female Genital Tuberculosis, S. Karger, Basel, New York, 1966.

- 14 - NOVAK, E. R., JONES, G. S., JONES, H. W. : Tratado de Ginecologia. Editora Interamericana, México, 1971.
- 15 - PAULA, A. de : Tuberculose Genital Feminina. Jornal Brasileiro de Medicina, 18:29, 1970.
- 16 - RODRIGUES, V. : Boletim do Instituto de Ginecologia, ano II, nº 1:5, 1965.
- 17 - SUTHERLAND, A. M. : Tuberculosis of the Genital Organs. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 91:917, St. Louis, 1965.

**TCC
UFSC
TO
0225**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0225

Autor: Daura, Gilberto Ma

Título: Tuberculose genital feminina..



972809162

Ac. 254359

Ex.1 UFSC BSCCSM