

Flujos Genitales *

Por los Doctores Fabio Durán Velasco, Primitivo Rey Rey, Enrique Sánchez Puyana, Isaías Arenas Buenahora, Leonor Becerra de Cáceres, y Manuel G. Rangel Flórez

Bucaramanga, Colombia

Etimológicamente, *leucorrea* significa “flujo blanco” y se refiere al color que más frecuentemente encontramos, ya sea relatado por las enfermas o en el examen de las secreciones genitales.

Como es sabido, no todas las secreciones genitales son blancas, observándose diferentes modalidades de colores y tonos, lo que nos ha inclinado a pensar que la palabra *leucorrea* limita en su significado el sentido descriptivo que se le quiere dar. Por lo tanto creemos más apropiado denominarlas *flujo genital*, término más genérico, que no especifica ninguno de los diferentes aspectos de las mismas.

En el Diccionario Enciclopédico de Salvat (1) la palabra *flujo* está definida como “movimiento de las cosas líquidas o fluídas”, significado que encuadra con nuestra denominación: “*Flujo blanco*. Med. Excreción mucosa procedente de las vías genitales de la mujer”. En esta definición nos apoyamos aún más ya que aun cuando el título lo denomina flujo blanco, en su descripción no menciona color, lo cual nos parece lógico pues ya hemos dicho que éste es variable aún en flujos de la misma etiología. “Leucorrea f. Patol. *Flujo blanco*, derrame viscoso, blanquecino, que sale de la vagina o cavidad uterina, constituido por moco y restos epiteliales principalmente”. Ya vemos aquí que en la definición incluye el color blanquecino como característica y que viene a excluir de aquella otros tipos de excreciones llamadas igualmente flujos.

* Ponencia presentada al IV Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología.

Según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas de Salvat (2), “flujo es derrame o evacuación cuantiosa al exterior de un líquido normal o patológico” y “*leucorrea* es derrame por la vulva de un líquido espeso, blanquecino, viscoso, secretado por la vagina o el útero, sintomático de alteraciones orgánicas generales o de estados irritativos locales”.

Comparando estas definiciones, creemos que es más aceptable y descriptiva la de *flujo*, agregándole el apelativo *genital*, como lo define Calatroni (3): “Se llama flujo genital el aumento patológico y permanente, objetivamente demostrable, de las secreciones o trasudaciones de cualquier porción del aparato genital”. Definición que llena a cabalidad la orientación que debe tener su denominación. Teniendo en cuenta esto, nos hemos tomado la libertad de cambiar el título de “*leucorrea*”, que se nos ha asignado para esta ponencia, por el de “*flujos genitales*”.

Es preciso recordar, las secreciones fisiológicas que se encuentran desde la vulva hasta el orificio abdominal de las trompas, así: en el canal vestíbulo himeneal hay un cierto grado de humedad producido por las glándulas que allí se localizan, a saber: sudorípara, mucosas y sebáceas. En la vagina existe normalmente un contenido escaso, grumoso, blanco, que se ha comparado a la leche coagulada, en una cantidad de 0.20 a 1 gramo, con las siguientes características: Bacilos Gram Positivos inmóviles, llamados bacilos de Doderlein (en cultivo puro), células de descamación epitelial, ácido láctico correspondiente a una solución del 5%; pH de 3.8 a 4.5; glucógeno en las células del epitelio vaginal, que se ha estimado en 40 miligramos; y pared vaginal normal que no permite la trasudación. Este aspecto microscópico corresponde a la fórmula bioquímica normal, “primer grado de pureza”, llamada así por Herlein y por Schroder “microflora tipo I” (4). Para conservar esa flora, es indispensable que exista una coordinación de una serie de factores que son:

- 1 — Desprendimiento celular normal.
- 2 — Fermentos celulares que desdoblén el glucógeno celular en dextrosa.
- 3 — Bacilos vaginales que produzcan ácido láctico.
- 4 — Secreción del cuello uterino que por su alcalinidad neutralice un posible exceso de acidez.

Además, se requiere un perfecto funcionamiento del ovario, que asegure el trofismo de la pared vaginal, y un cierto grado de temperatura y humedad permanentes.

En la cavidad cervical del útero existe un pequeño tapón de moco alcalino, que forma una barrera divisoria entre la región bacteriana inferior y la región abacteriana superior. Está constituido por una sustancia filante, mucilaginoso, libre de gérmenes y de leucocitos, segregada por el epitelio cilíndrico mucíparo. La cantidad oscila entre 0.50 y 0.70 grms. en las 24 horas, la reacción es alcalina y el pH varía entre 7.5 y 8.2.

La cavidad virtual del útero, normalmente presenta una ligera humedad; lo mismo sucede con el endosalpinx constituido por células mucíparas y cilíndricas, cuya secreción es muy escasa.

FLUJO FISIOLÓGICO: Se aprecian flujos relacionados con la menstruación, sea que aparezcan antes o después de ella; generalmente son frecuentes en las personas hiperexcitables. El flujo premenstrual es de origen cervico-corporal y es debido a la congestión que se produce en esta fase del ciclo, en el cual se aumentan los trasudados y son expulsados por las contracciones uterinas.

Al producirse la descamación menstrual, la sangre alcaliniza el medio vaginal y sobreviene un flujo postmenstrual de corta duración, por la ascensión de los gérmenes sépticos. Durante la ovulación puede aparecer un pequeño flujo junto con el dolor que se produce en la puesta ovular y es debido a la expulsión de una parte del tapón mucoso por las contracciones uterinas.

FLUJO PATOLÓGICO: Patogénicamente el flujo puede ser debido: a una hipersecreción pura (Flujo neuropático); a una exudación (Flujo inflamatorio); a una trasudación exagerada (Flujo constitucional); a una descamación epitelial exagerada (catarro descamativo). De acuerdo con el origen, el flujo lo podemos dividir en: Tubario, Uterino, Cervical, Vaginal y Vestibular. De modo que puede localizarse en cualquier parte del aparato genital, pero tan solo al exteriorizarse, la mujer se da cuenta de su aparición, porque va a irritar las fibras sensitivas de los pequeños labios y del clítoris. Esta última clasificación (3) a pesar de ser muy didáctica, no la hemos adoptado en el presente trabajo, porque la mayoría de los flujos aquí estudiados, son únicamente cervicales y vaginales, y nos ha parecido más fácil agruparlos por su etiología, basándonos en el examen bacteriológico así:

- 1) Flujo por tricomonas vaginales
- 2) Flujos por Monilias
- 3) Flujos por Diplococus Neisser (Neisseria gonorrhoeae)
- 4) Flujos por Condilomas venéreos (Condiloma Acuminatum)
- 5) Flujos por chancro blando
- 6) Flujos por chancro sifilítico
- 7) Flujos por Espirilas
- 8) Flujos por Bacilos Difteroides
- 9) Flujos inespecíficos
 - a) — Inespecíficos verdaderos.
 - b) — Inespecíficos con embarazo.
 - c) — Inespecíficos con anexitis.
 - d) — Inespecíficos con cervicitis.
 - e) — Inespecíficos con cáncer genital.
 - f) — Inespecíficos con pólipos endocervicales.
 - g) — Inespecíficos con Endometritis.

Algunos flujos citados en la literatura, no aparecen clasificados, por no haberlos encontrado. No obstante ser entre nosotros muy frecuente la Endamoeba Histolítica, en la haces de muchas de las enfermas, no la encontramos en la vagina a pesar de haberla buscado. Podría ser falta de práctica en reconocerla, pero también fue investigada en muchos casos por el Laboratorio del Hospital, con resultados negativos. Tampoco encontramos flujos producidos por bacilos de Loeffler. El Laboratorio nos informó únicamente el hallazgo de cinco casos de Bacilos Difteroides.

Los flujos *inespecíficos* los hemos agrupado de acuerdo con la patología asociada a los mismos, debido a que ésta nos informaba sobre su posible etiología y nos orientaba para su tratamiento. Llamamos flujos inespecíficos "Verdaderos" o "puros" aquellos en los cuales el único hallazgo ginecológico fué el flujo genital.

MATERIAL: Estudiamos 524 historias controladas por nosotros en la Consulta Externa de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Bucaramanga, en las cuales se encontró como causa de consulta o como hallazgo del examen, flujo genital.

Estos casos han sido vistos desde agosto de 1954 hasta agosto de 1959, es decir un lapso de cinco años. Durante este mismo tiempo se atendieron en dicha consulta 2.082 enfermas, lo que daría un 25% de flujos del total de los casos ginecológicos.

Como apreciación del resultado del tratamiento y teniendo en cuenta que este se hace mejor y está más eficientemente controlado en los consultorios particulares, nos hicimos un plan unificado en cuanto a drogas y controles, a partir del comienzo de 1958 hasta agosto de 1959. Sus datos los hemos incluido en el presente trabajo. Además agregamos unos casos del Instituto Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga, por haber seguido las mismas normas prefijadas en el tratamiento y control.

Resumiendo los casos estudiados son:

Hospital San Juan de Dios, Consulta Externa	
de Ginecología	524 casos
Instituto Psiquiátrico San Camilo	27 casos
Casos particulares	534 casos
<hr/>	
Total	1.085 casos

Queremos observar, que en el total de los casos particulares se incluyeron varias cervicitis tratadas por electrocoagulación desde octubre de 1956 y que las hemos hecho figurar en este trabajo, porque desde entonces se había unificado dicho tratamiento, tanto en la consulta externa como en la clientela particular. En todas las historias se anotaron cuidadosamente los datos que pudieran aportar conclusiones sobre las particularidades de los flujos genitales encontrados y se consignaron en este trabajo. Como aquellos no eran bien claros ni uniformes en las historias particulares, éstas las usamos exclusivamente para estudiar el tratamiento. Con relación a la *edad* en que se presentan dichos flujos genitales, anotamos que se encuentran entre los 18 y los 78 años de edad, discriminados según el cuadro N° I.

CUADRO I — EDAD

<i>Edad</i>	Nº	%
De 8 a 15 años	6	1.1
De 16 a 25 años	160	30.5%
De 26 a 35 años	198	37.7
De 36 a 45 años	119	22.7
De 46 a 55 años	32	6.1
De más de 55 años	9	1.7
<hr/>		
Total	524	

Por el cuadro precedente se puede observar que la mayor parte de los casos están entre los 16 y los 45 años.

La Causa de Consulta (relacionada en las Historias bajo el título "consulta por...") fué en su mayoría "flujo genital", sin embargo otras refirieron síntomas diversos, pero el examen demostró la presencia de flujo.

Resumiendo:

Por flujo genital	498
Por otras causas	26
	524
Total	524

Es decir, que el 95% de las enfermas consultaron por flujo genital. Hemos sintetizado los síntomas ginecológicos que acompañan el flujo en nuestras enfermas, en el cuadro II.

CUADRO II — SINTOMATOLOGIA ASOCIADA

<i>Síntomas</i>	<i>Nº Casos</i>	<i>%</i>
Prurito genital	221	42
Dolor en fosas ilíacas e hipogastrio	164	31
Disuria	27	5
Hemorragias genitales (Hipermenorreas, Metrorragias, sinusiorragias)	75	14
Síntomas ginecológicos varios	62	12

Como puede apreciarse muy fácilmente por el cuadro precedente, los síntomas asociados más frecuentes son prurito genital, y dolor en las fosas ilíacas e hipogastrio. Los demás se encuentran en una proporción mucho menor. Queremos anotar que el prurito no es exclusivo del flujo por hongos y que también fué encontrado en muchos casos de flujo por tricomonas, teniendo por lo tanto muy poco valor diagnóstico aun cuando sí debe anotarse que prácticamente todos los flujos por monilias tenían prurito genital.

En los *antecedentes* de nuestras enfermas encontramos los siguientes datos:

Con antecedentes obstétricos	475
Sin antecedentes obstétricos	49

Estas cifras hablan por sí solas y nos indican que el flujo genital se encuentra con mayor frecuencia en las enfermas que tienen antecedentes obstétricos y que por su proporción sería del 90%.

Estudiando los *ciclos menstruales* encontramos que en 426 casos, el ciclo era regular, (21.2%), en 87 éste era irregular (16.6%), en 7 las enfermas no habían llegado a la menarquia (1.3%) y en cuatro no había datos en las historias. (0.7%). Por lo tanto, las anormalidades del ciclo no parecen influir en las incidencias del flujo genital, puesto que se encuentran con más frecuencia en enfermas con ciclos regulares. Sobre la falta de menarquia, nada podemos observar, pues nuestros casos de impúberes son muy pocos, posiblemente porque dichas enfermas no concurren a las consultas ginecológicas de los hospitales generales y tal vez podrían estudiarse mejor en una consulta infantil.

Examen Ginecológico. — Hemos encontrado los siguientes hallazgos al examen ginecológico de nuestras enfermas:

En los *muslos*, cara interna y parte superior, eritema en cuatro casos, es decir 0.7% y otras lesiones varias: 4 casos (0.7%).

Los hallazgos clínicos de la *vulva* están anotados en el cuadro III.

CUADRO III — EXAMEN GINECOLOGICO: VULVA

	Nº Casos	%
Eritema	7	1.3
Coloración violácea	3	0.5
Congestión de las mucosas	34	6.4
Condilomas	10	1.9
Chancros	2	0.3
Placas micóticas	8	1.5
Bartolinitis	12	2.2
Lesiones por rascado	19	3.6
Edema	4	0.7
Hipoplasia	5	0.9
Craurosis vulvar	2	0.3
Leucoplasia	2	0.3

En el introito encontramos: Himen intacto: 12 casos (2.2%) edemas: 4 casos (0.7%), congestión de las mucosas y vestibular: 69 casos (13.1%).

En el *periné*: Desgarros de 2º grado cicatrizados: 57 casos (10.8%) desgarros de 3er. grado: 2 casos (0.3%), Eritema: 2 casos (0,3%), Cistocele: 50 casos (9.5%), rectocele 44 casos (8,3%), Erosiones por rascados: 5 casos (0,9%).

Los hallazgos del examen de la vagina están resumidos en el cuadro N° IV. Los datos del flujo encontrado se detallan por separado.

CUADRO IV — EXAMEN GINECOLOGICO: VAGINA

	<i>Nº Casos</i>	<i>%</i>
Congestión de la mucosa	69	13,1
Atrofia de la mucosa	4	0.7
Infiltración paredes vaginales	10	1.0
Condilomas venéreos	5	0.9
Placas tipo micótico	13	2.4

El aspecto del flujo encontrado se resume en el cuadro N° V.

CUADRO V — CARACTERISTICAS DEL FLUJO

	<i>Nº Casos</i>	<i>%</i>
Blanco	224	42.7
Amarillo	57	10.8
Purulento	52	9.8
Grumoso	18	3.4
Mucoso	65	12.4
Espumoso	109	20.8
Fétido	11	2.
Sanguinolento	14	2.6
Abundante	106	20.2
Moderado	38	7.2
Escaso	38	7.2
No se encontró	11	2.
Sin especificar	14	2.6

El examen del *cuello uterino* nos revela los datos consignados en el cuadro N° VI.

CUADRO VI — EXAMEN GINECOLOGICO:
CUELLO UTERINO

	Nº Casos	%
Desgarro cicatrizado	24	4.5
Placas micóticas	10	1.9
Congestión	34	6.4
Pólipos endocervicales	12	2.2
Huevos de Naboth	34	6.4
Lesiones vegetantes	14	2.6
Ectropion simple	151	28.8
Endocervicitis	50	9.5
Erosión simple	83	15.8
Erosión papilar	6	1.1
Erosiones sangrantes	50	9.5
Hipertrofia	10	1.9
Consistencia dura	50	9.5
Consistencia blanda	56	10.6
Escaras electrocoagulaciones hechas en otra parte	10	1.9
Coloración violácea	57	10.8
Leucoplasias	3	0.5

El examen ginecológico del *útero*, se resume en el cuadro N° VII.

CUADRO VII — EXAMEN GINECOLOGICO: UTERO

	Nº Casos	%
Tamaño normal	436	83.2
Posición normal	58	11
Forma normal	468	89.3
En posición indiferente	151	28.8
Retroversoflexión móvil	240	45.8
Retroversoflexión fija	74	14.1

(Sigue)

CUADRO VII — (Continuación)

	Nº Casos	%
Anteversoflexión forzada	6	1.1
Latero-desviación izquierda	4	0.7
Latero-desviación derecha	6	1.1
Aumento de tamaño sin embarazo	26	4.9
Aumentado de tamaño con embarazo	46	8.7
Uteros hipoplásicos	16	3.
Uteros dolorosos	33	6.2
Consistencia dura	24	4.5
Consistencia blanda sin embarazo	5	0.9
Histerocele	8	1.1
Superficie irregular	5	0.9

Al examen clínico de los *anexos*, encontramos: Anexitis (salpingitis, salpingo-ovaritis, hidrosalpinx, piosalpinx) 37 casos o sea un 7%, anexos dolorosos, 155 casos, o sea un 29,5% y anexos palpables y no dolorosos, 119 casos, es decir un 22,7%.

Los parametrios se encontraron dolorosos y de elasticidad disminuída, en 32 casos que no eran cánceres, o sea en un 6.1%.

MÉTODOS DE DIAGNOSTICO

A todas las enfermas aquí estudiadas, se les elaboró una historia clínica completa, se les practicó un cuidadoso examen ginecológico, se le hizo un examen en fresco para investigación de *Trichomonas* vaginales, una placa extendida de secreción del cuello uterino. El examen en fresco se realizó en todos los casos, en la consulta externa y las placas extendidas fueron remitidas al laboratorio con una orden para estudiar: Flora vaginal, Hongos, *Diplococcus* Neisser. Cuando no era posible hacer el examen en fresco en la consulta, también se solicitó la ayuda del laboratorio. Debemos agregar, que se buscó siempre la presencia de amibas en los exámenes en fresco, pero no logramos ver ninguna.

Quando estos exámenes fueron negativos o cuando se estimó que era necesario, se usaron otros métodos de laboratorio que se estudiarán más adelante.

No entramos a detallar la técnica de estos métodos ni las coloraciones empleadas, pues son de todos conocidos. En los casos particulares se siguieron más o menos los mismos procedimientos, pero no los estudiamos con especialidad en este capítulo, pues eran más completos en las Historias del Hospital y nos daban cifras estadísticamente más uniformes y valiosas.

Por lo tanto se hicieron 524 exámenes en fresco en consulta externa del Hospital y otros tantos exámenes por coloración de extensiones de fondo de saco posterior y de cuello.

Los diagnósticos se hicieron por estos exámenes, y cuando se encontraron tricomonas se trató el flujo de acuerdo con este hallazgo, más los otros datos que suministraron los demás exámenes y se clasificó como de tricomonas agregándole las complicaciones halladas. Cuando se encontraron monilias, se clasificó como moniliasis y los demás hallazgos se anotaron como complicaciones. Cuando se observaron *Diplococcus Neisser* se clasificó el flujo como producido por estos gérmenes, siempre y cuando se hallaran intra o extra-celulares y en algunos casos muy sospechosos se hicieron cultivos.

Cuando no se encontró un germen causal del flujo, éste se denominó *Inespecífico*.

Cultivos. — No se hicieron *cultivos para monilias*, pues encontramos dificultades casi insalvables para llevarlos a cabo en nuestro laboratorio.

No obstante nos pareció que se podía conceptuar la curación de un flujo de esta etiología, por el frotis negativo a la cesación de los síntomas (flujo y prurito genital principalmente).

Se hicieron 12 cultivos para *Neisseria Gonorrhoeae*, en enfermas sospechosas o que habían sido tratadas, encontrándose un solo cultivo positivo, que correspondía a una enferma no tratada y que apareció negativa en el frotis. Dicha enferma presentaba una erosión sospechosa del cervix.

Cultivos de Tricomonas vaginalis. — Estuvimos contemplando la posibilidad de cultivar las tricomonas, entusiasmados por los informes de algunos autores modernos sobre sus ventajas. (12, 13, 16, 17). Casi todos los medios de cultivo que estudiamos, están compuestos por ácidos aminados e hidratos de carbono, adicionados algunos con suero humano, plasma sanguíneo humano, o

suero equino. Inclusive encontramos la referencia de un medio llamado "Trichosel", a base de trypticase, fabricado por "Baltimore Biological Lab. Inc." (12) pero no nos fué posible conseguir este último ni los elementos para preparar los primeros.

En los últimos meses, en colaboración con el Dr. Miguel Díaz Rodríguez, (5) Director del Instituto Zooprofiláctico Colombiano en Bucaramanga, tuvimos oportunidad de ensayar el medio de cultivo que dicha institución prepara para investigar la *tricomona Foetus*, en la tricomonas vaginalis. Afortunadamente este medio estaba ya preparado para su empleo. La composición del mismo es la siguiente:

<i>Líquido de Frenkel modificado</i>	8 c.c.
Suero equino	2 c.c.
Penicilina	10.000 U. I.
Estreptomicina	150 mgms.

Líquido de Frenkel modificado

- A) Disolver en caliente, en 250 c.c. de agua bidestilada, y por este orden:

CASEINA (lisado enzimético de caseína)	1 gm.
TRIPTOFANO D. L. Roche	0.09 gm.
TREONINA DL. Roche	0.04 gm.
LEUCINA L. reints Roche	0.03 gm.
METIONINA DL Roche	0.1 gm.
PANTOTENATO DE CALCIO Roche	0.20 gm.

- B) Disolver en 500 c.c. de agua destilada y en el orden siguiente:

PEPTONA BACTERIOLOGICA	3 gm.
CISTEINA L (-) Clorhidrato (158) Roche . . .	0.12 gm.
EMINA Y TIROXINA solución	0.35 c.c.
INSULINA Squibb (1 c.c. 40 Un)	0.225 c.c.
GLUCOSA Anhidra	1 gm.
CLORURO DE SODIO	7.20 gm.
CLORURO DE POTASIO	0.18 gm.
CLORURO DE CALCIO	0.18 gm.
CLORURO DE MAGNESIO	0.09 gm.
SODIO FOSFATO PRIMARIO	0.045 gm.
BICARBONATO DE SODIO	1.60 gm.
ARGININA L (Nº) Monodihidroclorhidrato . .	0.12 gm.
LISINA L (Nº) Dihidroclorhidrato	0.12 gm.
SOLUCION ISOBUFFER	32 c.c.

Reunir la solución A y B y llevar a 1.000 c.c. de agua bides-tilada y filtrar sobre Seitz EK.

El caldo de cultivo se coloca en tubos de ensayo estériles y se les agrega el suero equino (2 c.c.) y los antibióticos un poco antes de hacer la siembra, pues una vez preparado el medio debe mantenerse en nevera por más de 48 horas. La siembra se hizo tomando la mayor cantidad posible de material del fondo de saco vaginal posterior, con pipetas de vidrio provistas de pera (pipetas de Papanicolau). Se tuvo especial cuidado en esterilizarlas después de su uso. Una vez sembrado, se adicionó aceite de vaselina, para favorecer una semi-anacrobiosis, y se incubó en estufa a 37°. Se miraron los cultivos a las 24 horas, a las 48 horas y algunos hasta las 72 horas.

La muestra para el examen, se toma con pipeta Pasteur preferentemente del fondo del tubo y se observa en una placa en fresco, colocando en la misma varias gotas para su mejor apreciación.

Se hicieron inicialmente 6 cultivos en enfermas que mostraban tricomonas en fresco y todos prendieron a las 24 horas, siendo el desarrollo máximo a las 48 horas. Después de este primer ensayo, se sembraron 46 muestras de enfermas que no tenían tricomonas al examen en fresco y se encontraron 14 cultivos positivos, a las 48 horas, si bien la mayoría ya lo eran desde las 24 horas. (solo en un caso era negativo a las 24 horas) A las 72 horas, ninguno de los casos negativos se hizo positivo.

Se hicieron 129 *cuadros hemáticos completos* en enfermas en las cuales se sospechaba anemia o estados infecciosos y 244 *eritrosedimentaciones* en pacientes con lesiones inflamatorias, principalmente en casos de cervicitis. En estas últimas se utilizó como orientación para hacer la electrocoagulación, cuando su cifra estaba cercana de la normal.

En la mayor parte de las enfermas se practicaron *reacciones serológicas* de rutina y fueron positivos 3 casos, los cuales se remitieron al Instituto Antivenéreo para su tratamiento.

En algunos casos de erosiones sangrantes o lesiones sospechosas de cáncer del cuello uterino, se hizo extensión de *Papanicolau*. Su total fué de 25 y solo encontramos en dos un grado I, que posteriormente se confirmó con *biopsia* como cáncer "in situ" en un caso y como cáncer de grado I en el otro.

En todas las enfermas con cervicitis, se hizo *colposcopia* y test de *Schiller*. Cuando estos fueron positivos, se tomó biopsia.

En los primeros años solo se les tomó *biopsia* a las enfermas con erosiones sangrantes o sospechosas a la colposcopia o con test de Schiller positivo, porque no contábamos con servicio de Anatomía Patológica y era necesario remitir las muestras al Instituto Nacional de Radium de Bogotá o al Servicio de Anatomía Patológica de la Universidad de Antioquia. En el último año se hizo casi la rutina pues ya contábamos con dicho servicio.

Debemos aclarar que las biopsias que aquí se reportan, son únicamente las de las enfermas que consultaban flujo vaginal o padecían de esta dolencia, pues las que venían por hemorragias u otros síntomas ginecológicos, no se tuvieron en cuenta en este estudio.

Según esta norma, aparecen en nuestras historias 116 biopsias, que corresponden en un 22.1% del total de los casos aquí estudiados o a un 56% de los casos de cervicitis hallados en nuestras enfermas. Los resultados fueron en su mayoría cervicitis en distintos grados de actividad (cerca del 90% eran cervicitis crónicas activas) y solo encontramos un caso de carcinoma "in situ" y 15 casos de cáncer del cuello grados I al II.

En algunas enfermas sospechosas, además de la biopsia del cuello se practicó la de endometrio y se encontró un caso de cáncer. Este número es muy pequeño y estadísticamente sin valor, ya que el mayor número de biopsias endometriales se hizo en enfermas con hemorragias genitales que no figuran en este estudio.

En dos casos de *chancros venéreos*, se hizo campo oscuro y uno dio resultado positivo para *treponema Palidum*.

También se hicieron unas cuantas reacciones de Galli Manini para confirmar el estado del embarazo, que no consideramos necesario anotarlas para el propósito de nuestro estudio.

CLASIFICACION ETIOLOGICA

De acuerdo con lo anunciado arriba, hemos clasificado los flujos por su etiología según el cuadro N^o VIII.

CUADRO VIII — CLASIFICACION ETIOLOGICA

	<i>Nº Casos</i>	<i>%</i>
Flujos por Trichomonas vaginales	227	43.3
Flujos por monilias	46	8.7
Flujos inespecíficos	219	41.7
Flujos por Diplococcus Neisser	7	1.3
Flujos por condilomas venéreos	6	1.1
Flujos por chancro sifilítico	1	0.1
Flujo por chancro blando	1	0.1
Flujos por espirilas	1	0.1
Flujos por difteroides	5	0.9

Ahora estudiaremos separadamente cada uno de estos grupos para analizar la patología asociada. En el cuadro IX aparece el detalle de los casos de trichomonas.

CUADRO IX — FLUJO POR TRICOMONA VAGINALES

	<i>Nº Casos</i>	<i>%</i>
Trichomonas solamente	93	40.9
Trichomonas con prolapso genital	3	1.3
Trichomonas con cervicitis	84	37.
Trichomonas con Monilias	9	3.9
Trichomonas con embarazo	20	8.8
Trichomonas con condilomas venéreos	1	0.4
Trichomonas con Dip. Neisser	1	0.4
Trichomonas con Neisser y embarazo	2	0.2
Trichomonas con pólipos endocervicales	3	1.3
Trichomonas con anexitis	11	4.8
Total	227	

FLUJOS POR MONILIA — Los flujos por *monilias* fueron un total de 46, o sea un 8.7% de los flujos aquí estudiados. Este número es muy pequeño y creemos que se debe al hecho de que a la consulta ginecológica concurren muy pocas enfermas embarazadas, (estado en el cual la moniliasis es más frecuente), ya que dichas pacientes son controladas por la Consulta Prenatal de nuestro Hospital y allí no fué posible hacer un estudio bacteriológico de los flujos. Algunas de ellas nos fueron remitidas por esta consulta y otras concurren sin saber que estaban embarazadas.

La patología asociada, está discriminada en el cuadro N° X.

CUADRO X — FLUJO POR MONILIAS

	Nº Casos	%
Monilias solamente	19	41.3
Monilias y tricomonas	9	19.5
Monilias con cervicitis	8	17.3
Monilias con embarazo	8	17.3
Monilias con chancro blando y condilomas venéreos	1	2.1
Monilias y diabetes	1	2.1
Total	46	

Llama la atención que solo registramos un caso de flujo por monilias con diabetes, pero esto puede ser explicable, por el hecho de que estos son tratados en otras consultas y no nos llegan para su control.

FLUJOS INESPECIFICOS — Se encontraron en un total de 219 flujos inespecíficos y fueron clasificados como tales, porque no se hallaron gérmenes o parásitos que los explicaran, ni en el examen en fresco, ni en los frotis coloreados, ni en cultivos para *Diplococcus*, *Neisser* o *tricomonas*. La patología asociada a estos flujos y que desde luego da luces sobre su etiología, se encuentra detallada en el cuadro N° XI.

CUADRO XI — FLUJOS INESPECIFICOS

	Nº Casos	%
Flujos inespecíficos verdaderos	58	26.4
Flujos inespecíficos y embarazo	6	2.7
Flujos inespecíficos y anexitis	8	3.6
Flujos inespecíficos con cervicitis	120	54.7
Flujos inespecíficos con cáncer "in situ"	1	0.4
Flujos inespecíficos con cáncer estados I al III	14	6.3
Flujos inespecíficos con cáncer de endometrio	1	0.4
Flujos inespecíficos con pólipos endocervicales	8	3.6
Flujos específicos con endometritis	3	1.3
Total	219	

Como puede observarse, la mayoría de los casos tenía cervicitis (120 casos, 54,7%) y fueron tratados con el método que se estudiará más adelante. En los cánceres igualmente se siguió el tratamiento de acuerdo con el estado clínico y las condiciones de la enferma y en los casos llamados de flujos inespecíficos puros e inespecíficos con embarazo se siguieron tratamientos diversos que se estudiarán más adelante.

Endometritis — Observamos tres casos de endometritis puerperal o sea un 0.5% del total. Este tipo de flujo debe ser mucho más frecuente, pero seguramente es apreciado casi en su totalidad en las consultas prenatales, y en los servicios hospitalarios de maternidad.

Cáncer de endometrio — Encontramos un solo caso de cáncer de endometrio (0.1%) y esto se debe a que dichos cánceres consultan principalmente por metrorragias o irregularidades del ciclo y no se incluyen en una serie como la presente.

Flujos por diplococcus Neisser — Se encontraron 7 casos de flujos por *Diplococcus Neisser*, es decir un 1.3% del total de los

casos. Este pequeño número se debe posiblemente al hecho de que la mayor parte de las enfermas que pueden tener infección por *Neisseria* concurren a la consulta del Instituto Antivenéreo y no son controladas por nosotros. La mayoría de estos casos fueron hallazgos de laboratorio. Se observan 6 casos en el estudio de los frotis coloreados para Neisser, que se hicieron de rutina. (colocación de Gram) y un caso de un cultivo.

La patología asociada fué la siguiente:

	<i>Nº Casos</i>
Anexitis	4
Tricomonas y embarazo	2
Cervicitis	1

Chancro duro — Encontramos solamente un caso de chancro duro (0.1%) el cual presentaba *treponema Palidum* al examen en fondo oscuro. La enferma fué remitida al Instituto antivenéreo para su tratamiento.

Chancro blando — Encontramos un caso de chancro blando (0.1%) que estaba asociado a condilomas venéreos y monilias y que se trató de acuerdo con los hallazgos clínicos.

Condilomas venéreos. O Condilomas Acuminata, fueron 6 casos o sea 0.9% del total. También creemos que este número es muy pequeño y es posible que haya muchos más entre nosotros, pero que seguramente van al Instituto Antivenéreo para su tratamiento y por lo tanto no los hemos visto. Estos casos presentaban la siguiente patología asociada:

	<i>Nº Casos</i>
Con cervicitis	4
Con anexitis	1
Con tricomonas	1
Con embarazo	1
Con embarazo y monilia	1

Flujo por espirilas. — En los 524 casos solo se encontró un caso de flujo por espirilas. (0.1%), lo cual indica claramente que este tipo de flujo es muy raro entre nosotros.

Flujo por Difteroides. — Encontramos únicamente cinco casos de flujo por bacilos difteroides (0.9%). En algunos casos de flujos inespecíficos rebeldes se practicaron coloraciones para ba-

cilos Loeffler. Se hicieron un total de cincuenta coloraciones de este tipo y solo se hallaron estos bacilos difteroides, pero en ningún caso se encontró el bacilo de Loeffler puro ni se observaron pacientes con síntomas similares a los descritos en la difteria vaginal, lo cual nos hace pensar que esta entidad debe ser extremadamente rara entre nosotros, si es que existe. En uno de estos casos había un embarazo de tres meses y si bien el flujo fué rebelde a todos los tratamientos usados, no se observó ninguna complicación para la gravidez.

TRATAMIENTO

Detallaremos a continuación los tratamientos hospitalarios realizados en los distintos tipos de flujo que hemos estudiado, agregando para su mejor interpretación los resultados obtenidos en los casos particulares.

Flujos por tricomonas vaginales — Se trataron con *Arsona* (*Acertasona Life*) y *duchas ácidas*, principalmente con ácido láctico 83 casos con los siguientes resultados:

Curación, 27 casos; Mejoría, 17 casos; Fracasos, 6 casos; 33 enfermas no volvieron a control después de la primera consulta. Dichos tratamientos se hicieron de uno a tres meses y la curación se aceptó como la mejoría clínica y la ausencia de tricomonas al examen en fresco.

Con *Arsona* solamente se trataron 44 casos y se obtuvieron los siguientes resultados:

Mejoría,	21 casos
Fracasos	7 casos

La duración del tratamiento fué la misma que en el caso anterior.

Desde principios de 1958 y hasta agosto de 1959 resolvimos unificar el criterio de tratamiento y esquematizamos un método para el mismo, el cual se siguió en la consulta externa hospitalaria y en los consultorios particulares, para evaluar su eficacia. Dicho tratamiento lo detallamos a continuación.

Tratamiento "Standard" propuesto para estudio especial. — Consideramos como punto muy importante el tratamiento del esposo y la interrupción de las relaciones sexuales, pues como lo anotan muchos tratadistas modernos, esta es una de las fallas del

mismo y gran número de casos, ya que el varón es portador de la tricomonas, aún cuando muchas veces no presente sintomatología alguna y la pueda transmitir por el contacto sexual.

Tratamiento en el Hombre. — 1º Supresión de las relaciones sexuales durante 20 días. No recomendamos el uso de preservativo o condón por razones morales y religiosas de nuestro medio, método éste recomendado por algunos autores americanos.

Aminitrozol (Tricosept "Hormona") 3 pastillas diarias durante 10 días y a continuación 6 pastillas de mandelamine (Mandelato de Metenammina Warner-Chilcott) por otros 10 días. En muy pocos casos fué posible controlar el marido y en ningún caso pudimos evidenciar la presencia de tricomonas.

Tratamiento en la mujer. - Tratamiento general. — Para acidificar la orina: Mandelamine 4 pastillas diarias (mañana y noche) durante un mes. Para las tricomonas intestinales, ya que algunos autores sostienen que puede ser la misma vaginalis: Nivaquina 0.10 gms. y enteriovioformo 0.25, uno de c. u. sobre almuerzo y comida, durante 10 días (7-cloro-4-(4' dietil-amino l' metil-butyl)-amino) quinolina o cloroquina y iodocloro-oxiquinolina "Ciba".

Tratamiento local: En las vírgenes: Irrigación vaginal con cánula fina: dos cucharadas soperas de cloruro de sodio por 1½ litros de agua hervida por la noche y dos candelillas de arsona, mañana y noche, (arsona infantil) por 15 días. (arsona: acetarsona, ácido bórico, destrosa Life). Después una diaria por quince días más, (al acostarse) y durante cuatro meses los días de la menstruación y los cinco días siguientes una candelilla por la noche. Cuando se consideró que no era posible practicar las duchas vaginales, se prescindió de las mismas.

En las no vírgenes: Las mismas irrigaciones vaginales con cánula vaginal, por la noche, y arsona con clorofila una después de la ducha vaginal salina y otra por la mañana durante los primeros quince días, una sola por la noche los quince días siguientes; y por cuatro meses, durante los días de la menstruación, (sin ducha vaginal) y los cinco días siguientes, una por las noches. El resto del mes irrigaciones salinas día por medio. En el consultorio se practicaron insuflaciones de Viozol (Formo cibazol y enteriovioformo, glucosa, lactosa, ácido bórico y borax, "Ciba") o Picatil (Acido oxi-acetil-amino-fenilarsínico ácido bórico e hidratos

de carbono Wintrop). Estas insuflaciones se hicieron cada semana en el consultorio. Además antes de la insuflación: embrocación de violeta de genciana al 1% en agua en la misma sesión. Cuando se encontró cervicitis, se aplicó tópicamente nitrato de plata al 10% y se hizo la electrocoagulación al mes de tratamiento o un poco después, cuando la sedimentación y el examen clínico indicaron que era posible practicarla, continuando el resto del tratamiento en la misma forma.

Resultados del tratamiento propuesto en los casos hospitalarios. — Se trataron 46 casos con este método y los resultados fueron los siguientes:

Curaciones	15 casos
Mejoría	5 casos
Mismo estado (fracasos)	3 casos
No terminaron el tratamiento	13 casos

Como puede verse, estas cifras no nos orientan sobre la eficacia del tratamiento, pues la serie es muy pequeña y el número de fracasos muy grande. Con todo creemos que dichos tratamientos fueron cumplidos a cabalidad por las enfermas.

Casos particulares tratados con el método propuesto

Casos de clientela particular	88
Casos del Instituto Psiquiátrico San Camilo	18
Total	106

Los resultados son los siguientes:

	Nº Casos	%
Casos curados	86	81
Casos fracasados	20	19

Se consideran fracasos del tratamiento los casos tratados por dos o más veces sin resultados negativos en el examen en fresco ni desaparición del flujo.

Controles: El 90% fueron controladas hasta el mes y de éstas, el 21 fueron positivas y el 79% negativas. Hasta los tres meses se controlaron el 56% y de éstas el 47% fueron positivas y el 53% negativas. Hasta los seis meses se controlaron el 44% y de éstas el 60% fueron positivas y el 40% negativas.

Los casos positivos van aumentando a medida que se avanza en los controles, porque se van disminuyendo el número de casos por curación, ya que se dan de baja y no regresan a los controles siguientes.

De estas enfermas un 32% tenían cervicitis y se trataron con electrocoagulación, un 45% de las mismas, al mes del tratamiento aproximadamente.

Tratamiento de los flujos por monilias. — Se trataron 46 casos en total. De estos 18 con violeta de genciana al 1% en agua, haciéndoles una embrocación dos veces por semana durante períodos de un mes o menos. con los siguientes resultados, al mes de tratamiento:

Curaciones	4 casos
Mejorías	8 casos
Sin control	6 casos

Se consideraron curadas aquellas enfermas que no presentaban síntomas clínicos de la enfermedad y que dieron frotis negativos para monilias al mes de tratamiento y a los dos meses. Mejorías aquellas en que la sintomatología regresó pero persistieron las monilias en el frotis.

Desde principios de 1958 hasta agosto de 1959 inclusive, establecimos un tratamiento "Standard" para los flujos por monilias y resolvimos llevarlo a cabo en la consulta externa de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios y en la clientela particular, con el fin de comparar resultados y sacar conclusiones sobre su eficacia. Después de estudios cuidadosos, resolvimos que la moniliasis debía tratarse como una enfermedad general y complementarse con un tratamiento tópico adecuado.

Tratamiento general. — Como desde antiguo se conoce el papel antimicótico de los yoduros, usamos las siguientes gotas:

Ioduro de sodio	aa
Ioduro de potasio	7 gms.
Agua hervida	14 c.c.
M. R. "Gotas"	

Comenzando por cinco gotas dos veces al día, al segundo día 6 gotas, dos veces al día, al tercero 7 gotas al día, etc., hasta llegar a quince gotas dos veces al día. Se repetía después de un mes

de reposo. En casos de intolerancia por los yoduros, usamos Nistatina (Micostatín "Squibb", tabletas de 500.000 Un.) 3 pastillas diarias, (una cada 8 horas) durante dos semanas. No se usó siempre el Micostatín por su costo elevado y tener resultados similares al de los yoduros.

Además empleamos el Complejo B inyectable (Bevitín fuerte con hígado inyectable Abbott u otro preparado similar) a razón de 2 c.c. día por medio por vía intramuscular, por su acción protectora de los epitelios y porque produce mejoramiento del estado general de la enferma.

Tratamiento local. — 1) Irrigación todas las noches con una solución salina, preparada en la proporción de una cucharada de sal por un litro de agua; 2) Violeta de genciana al 1% en solución acuosa, una embrocación semanal, por un período de uno a dos meses, según la evolución del caso; 3) Nistatina (Micostatín Squibb) en óvulos comprimidos vaginales, dos diarias (una por la noche y otra por la mañana) durante la primera semana, uno diario durante la segunda semana y uno interdiario en la tercera semana. En los casos en los cuales el prurito era intenso, se recomendó el uso de tricainal Ciba en los genitales externos y el periné, de una a tres veces al día. Debemos anotar, que la embrocación con violeta se hizo en toda la vagina, genitales externos, periné, y ano. Cuando se encontró cervicitis si el caso lo permitía, se hizo electrocoagulación al mes del tratamiento más o menos.

Resultados del tratamiento "Standard" para los flujos por monilias. — Se trataron 28 casos en la consulta externa de ginecología con los siguientes resultados:

Curación, 8 casos entre uno y dos meses; Mejorías, 12 casos al mes; Fracasos, 4 casos se encontraron en estos frotis positivos entre los 4 y 8 meses; Sin control, 4 casos.

Los criterios de curación fueron explicados más atrás.

Casos particulares. — Se trataron 138 (particulares 130 y 8 del Instituto Psiquiátrico San Camilo.

<i>Resultados</i>	<i>Nº Casos</i>	<i>%</i>
Curación	131	94.9
Mejoría	4	2.8
Fracasos	3	2.1

El embarazo, la cervicitis y la asociación con tricomonas, no parecen afectar los resultados haciendo los tratamientos correspondientes a cada estado.

Controles: Al mes: 109 curaciones. (78.9%), 26 mejorías (18,8%) y 3 fracasos (2,1%).

A los dos meses: 131 habían curado (94.9%) 4 mejorías (2.8%) y 3 fracasos (2.1%).

Casos controlados de dos a cuatro meses: 16, persistieron las monilias en tres casos. Casos controlados más de seis meses: 5 y persistieron las monilias en tres casos.

Tratamiento de los flujos inespecíficos. — Se encontraron 58 casos de flujos inespecíficos en el Hospital de San Juan de Dios, que llamamos “verdaderos” porque no se encontró ninguna patología asociada que los explicara, con flora vaginal normal y cuando más Grado II de la clasificación Schroder. En siete casos de estos se practicaron cultivos para tricomonas que resultaron negativos, (además de los exámenes bacteriológicos de rutina), y en ocho se hicieron igualmente cultivos para gonococo con resultados negativos.

Los tratamientos fueron muy variados, y se empleó: tirotricina en duchas vaginales (ginotrisol) en algunos casos, en otros duchas ácidas y arsenicales del tipo Picatyl o arsona en algunos casos en que había prurito, violeta de genciana en embrocaciones vaginales en solución acuosa al 1%, en otras duchas salinas y los arsenicales mencionados. (arsona, Picatyl).

En algunas enfermas pre-menopáusicas y menopáusicas, se agregó un estrógeno por vía oral al tratamiento tópico y en las anémicas, se dieron antianémicos y vitaminas como tratamiento general. En pacientes nerviosas, sedantes del tipo de los tranquilizantes.

De estas enfermas 9 no pudieron ser controladas pues abandonaron la consulta después de las primeras visitas; 28 no presentaron mejoría ninguna y se consideraron como fracasos, después de uno a tres meses de tratamientos; 11 presentaron mejoría y 10 curaciones. Las once enfermas que presentaron mejoría, fueron tratadas así: 6 con arsona y ácido láctico en duchas vaginales, 2 con violeta de gencina (moniliasis?), 2 premenopáusi-

cas con estrógenos orales y un caso con duchas de ácido láctico solamente. Las enfermas curadas, lo fueron con el siguiente tratamiento:

3 casos con duchas de tirotricina (ginotrisol)

5 casos con duchas de ácido láctico y arsona en pastillas vaginales.

1 caso con violeta de genciana en embrocaciones vaginales al 1% (moniliasis?)

1 caso con insuflaciones de Picatyl (dos semanales), duchas salinas y arsona en tabletas vaginales.

De estos datos es imposible sacar conclusiones, si bien se podría plantear una vez más el problema casi insoluble del tratamiento de estos flujos, posiblemente porque hay muchas causas que no son fáciles de hallar a la investigación clínica y de laboratorio y porque tal vez puede existir un germen patógeno que los produzca. (el *Hemophilus vaginalis*?), en algunos casos.

Flujos inespecíficos con cervicitis. — En estos flujos la causa es evidentemente la cervicitis y su tratamiento trae la curación del flujo. Se encontraron en las enfermas hospitalarias 216 casos de cervicitis (ectropion simple, ectropión papilar, extropionitis, cervicitis, endocervicitis).

De estos casos se trataron 165. Los tratamientos se resumen en el cuadro N^o XII.

CUADRO XII — CERVICITIS - TRATAMIENTO

	N ^o Casos	%
Tratamientos varios Arsona, duchas ácidas, violeta de genciana, nitrato de plata solución	67	40.5
Curación con solo biopsia	6	3.6
Electrocoagulación	92	55.7
Total	165	

Los casos tratados con "tratamientos varios" dan los siguientes resultados: curados 24 casos. No curados después de controles de 3 a 6 meses, 21. Sin control 22 casos.

Con la biopsia solamente, curaron 6 casos, en estas enfermas no se hizo ningún otro tratamiento y generalmente habían cicatrizado entre los 15 días y el mes de haberlas tomado.

La electrocoagulación. — Parece que es el tratamiento más efectivo y se realizó en las enfermas que estaban en período crónico, para lo cual se usó como norma el que no hubiera temperatura, ausencia de síntomas dolorosos anexiales, y eritrosedimentación cerca de la normal. El embarazo se consideró contraindicación formal de la misma y desde luego el cáncer del cuello. El método usado, tanto en el Hospital como en clientela particular fué la electrocoagulación con aparatos de onda corta, es decir, diatermenstruación y se aplicó a la enferma penicilina, estreptomimocoagulación. Generalmente se practicó una coagulación de toda la cervicitis en forma superficial y de la parte inferior del endocervix. Siempre se hizo de 2 a 5 días después de terminada la menstruación y se le aplicó a la enferma penicilina, estreptomina— (400.000 un. por $\frac{1}{2}$ gm.) el mismo día y a veces por uno o tres días más. Uno de nosotros (Dr. Rey) dejaba una mecha con solución de Bepanthene (1), para retirarla dos días después y poner nuevamente otras, día por medio, durante 10 días, pero los demás empleamos únicamente curaciones con tintura de Merthiolate al 1% y sulfatiazol estéril en insuflaciones, durante los 15 primeros días, haciéndolo día por medio con resultados similares. En el Hospital estas curaciones se hicieron dos veces por semana, con resultados parecidos a los particulares. Cuando la escara había caído o estaba desprendiéndose, aplicamos tópicamente solución de nitrato de plata del 5 al 10%, esto también día por medio por unos quince días o más. A la enferma se le aconsejó en todos los casos donde fué posible aplicarse todas las noches una crema de sulfisoxazol (Gantrisin crema vaginal), por los primeros días. El tratamiento se prolongó generalmente de 1 a $1\frac{1}{2}$ meses, en muy pocos casos fué necesario continuarlo hasta por dos meses.

Los resultados en la clientela hospitalaria son los siguientes :

Se trataron 92 casos. De estos curaron 71 (77.1%) en período de uno a dos meses. Ocho casos presentaban mejoría, pero no habían sanado en este lapso. Sin embargo cicatrizaron en una segunda electrocoagulación y 13 casos no volvieron a control. (14.1%) De todas maneras podría afirmarse que todas las enfermas que fueron controladas, curaron por este método.

Después de terminado el tratamiento, en 10 enfermas hubo embarazo en un plazo de dos a cuatro meses después de haber cicatrizado el cuello y algunas de las mismas eran estériles secundarias.

Como *complicaciones* se encontraron las siguientes: en el curso de los diversos tratamientos de las cervicitis, se encontraron 13 casos de moniliasis. En las electrocoagulaciones, 6 casos de metrorragias severas y ciclos monofásicos prolongados (3.6%), 21 casos de disuria. (12.7%).

En clientela particular, se trataron 372 casos de cervicitis, por electrocoagulación (diatermocoagulación). De éstos fueron controlados 279 (75%) y se perdieron de control 93 (25%). Los casos controlados, cicatrizaron todos entre 1½ y dos meses. En siete casos, hubo necesidad de repetir la electrocoagulación (2%), y curaron igualmente. Los controles se realizaron hasta los 4 meses en un 50% de las enfermas, y hasta el final del tratamiento en un 75% de las mismas.

En 37 casos (10%) hubo embarazos después de terminado el tratamiento en un plazo de dos a cinco meses, sin complicación y algunos de éstos eran estériles secundarias.

Como complicaciones en los casos particulares, encontramos los siguientes:

	Nº Casos	%
Disurias	56	15
Metrorragias severas por desprendimiento de las escaras	60	16.1
Ciclos monofásicos prolongados	28	7.5

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Hemos pretendido en este trabajo, analizar los diferentes tipos de flujos genitales que se encuentran entre nosotros, con el fin de conocer sus características clínicas, sus problemas y diagnósticos y los tratamientos más adecuados. Desde luego, muchas cosas hubieran podido hacerse mejor, pero lamentablemente hay limitaciones culturales, económicas, sociales y hospitalarias en nuestro medio que no permiten una investigación completa como en los países más desarrollados.

Con todo creemos que de este estudio se pueden sacar enseñanzas valiosas para la mejor comprensión del problema de los flujos genitales entre nosotros.

Del estudio de los datos precedentes se puede concluir, que los flujos genitales se presentan entre los 8 y 55 años de *edad*, siendo su mayor frecuencia, entre los 16 y los 45, es decir durante la época de actividad sexual de la mujer. Esto es más que todo aplicable a las tricomonas, las cuales son raras en las niñas y en enfermas con función estrogénica disminuída, siendo su mayor incidencia en enfermas sexualmente maduras y embarazadas. Esto ha hecho pensar que los estrógenos pueden favorecer la infección (6, 7, 8). Sin embargo, algunos otros autores refutan la anterior opinión (9, 10, 11).

La *causa de consulta* fué en la mayoría de las enfermas (95%) flujo genital, pero además había otros síntomas asociados, de los cuales se destacan el prurito genital (42%) y dolor en fosas ilíacas e hipogastrio (31%). Las hemorragias genitales (hipermenorrea, metrorragias, y sinusiorragias), fueron menos frecuentes e igualmente las *disurias*, (5% de las enfermas únicamente). Síntomas ginecológicos varios se hallaron en un 12% de nuestras enfermas.

Estudiando los *antecedentes obstétricos*, encontramos una mayor frecuencia entre las enfermas con antecedentes obstétricos positivos (90%). Lo cual se relaciona igualmente con la edad en que es más corriente hallar el flujo genital, (6, 7, 8), es decir, durante el período de mayor actividad sexual.

Estudiando los ciclos menstruales, observamos que en el 81,2% de los casos éste era regular, es decir que seguramente el funcionamiento ovárico podía estimarse como normal lo cual está de acuerdo con las conclusiones precedentes.

Los hallazgos del *examen ginecológico*, están resumidos en los cuadros: III, IV, V, y VII. De su estudio se puede concluir que los hallazgos especiales se limitan únicamente a la vulva, introito, vagina y cuello uterino y en nada difieren de los anotados como clásicos por la mayoría de los autores.

Creemos que para el diagnóstico correcto de un flujo genital, es indispensable hacer una historia clínica completa, un examen ginecológico muy cuidadoso y un estudio bacteriológico tan completo como sea posible.

Nosotros recomendamos como rutina, un examen en fresco del flujo, el cual debe ser mirado en la misma consulta inmediatamente, por médicos entrenados en el reconocimiento de las tricomonas y aún de los hongos, dos extensiones (frotis) vaginal y cervical, que deben ser enviados al laboratorio para coloración con el fin de investigar la flora vaginal, hongos, Neisseria, Gonorrhoea y otros gérmenes identificables por este método.

Encontramos 227 casos de flujos por tricomonas vaginales; 46 casos por monilias; 6 casos por Neisseria Gonorrhoeae; y un caso de chancro blando.

En clientela particular y en el Instituto Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga: 106 casos de flujos por tricomonas vaginales y 138 casos de flujos por monilias. Debemos anotar que los otros tipos de flujos en clientela particular (excepto las cervicitis) no se consignaron en este trabajo.

Un caso que figura en nuestra casuística de chancro duro, fué investigado por examen en fondo oscuro y reacciones serológicas.

Cuando las investigaciones precedentes no arrojaron luz sobre la etiología del flujo, se recurrió a otros exámenes complementarios. En algunos casos de flujos inespecíficos rebeldes, se practicaron coloraciones para Bacilos de Loeffler. Se hicieron un total de 50 coloraciones y solo se hallaron bacilos difteroides (5 casos) pero en ningún caso se encontró bacilo de Loeffler verdadero, lo cual nos permite afirmar que tal vez entre nosotros no existe y es extremadamente rara la difteria genital.

Muchos autores recomiendan como rutina una coloración de Papanicolaou. Con todo, nosotros no la hicimos con este criterio y solo utilizamos en algunos casos de erosiones sangrantes o lesiones sospechosas de cáncer del cuello, en un total de 25 enfermas y encontramos en dos casos un Grado I, que posteriormente se confirmaron con biopsias como cáncer in situ y como cáncer grado I. No nos informaron en esta coloración la presencia de tricomonas, seguramente porque no fueron investigadas.

Además tuvimos en cuenta, que según algunos autores, las tricomonas vaginales son difíciles de diagnosticar por este método, que puede dar falsos positivos (12).

Según Burch (13) el diagnóstico por Papanicolaou es el menos sensible de los métodos: menos de la mitad de las enfermas con tricomonas al cultivo, tenían las mismas por aquella coloración. Además, debemos agregar que hay cambios citológicos en los frotis, que se explican por la presencia de las tricomonas. Sin embargo los núcleos verde-grisáceo son guía en su diferenciación: de pólipos degenerados, núcleos degenerados, moco y detritus (14). Pero muchas veces pueden producir cambios en la citología vaginal que se parecen a la malignidad y así se ven células pseudo-acidófilas y alteraciones celulares y nucleares, que pueden ser clasificados erróneamente como II y III (Papanicolaou) y llamados dyskariosis o células de complejo pre-canceroso. Tal vez ésto haya hecho afirmar a algunos autores, (15) que las tricomonas pueden posiblemente producir cáncer.

Cultivos. — Pretendimos hacer algunos *cultivos de monilias*, pero encontramos muchas dificultades en nuestro laboratorio y no pudieron realizarse. Con todo, creemos que el frotis coloreado y la persistencia de los síntomas (el prurito especialmente) podría ser una pauta suficiente para el diagnóstico, ya que al desaparecer los mismos y tener extensiones negativas podría afirmarse que la enferma había curado.

Se hicieron 12 cultivos para *Neisseria Gonorrhoeae* en enfermas sospechosas de blenorragia o tratados para esta enfermedad, encontrándose un solo cultivo positivo, que correspondía a una enferma negativa en el frotis y que presentaba una erosión en el cuello uterino. Por lo tanto los cultivos realizados no nos permiten sacar conclusiones y creemos que se debe hacer un mayor número para tener una idea más exacta de la incidencia de la blenorragia en nuestra clientela hospitalaria.

Se hicieron 52 cultivos para *tricomonas vaginales* con la técnica atrás señalada. De éstos, 46 correspondían a enfermas que no mostraban tricomonas vaginales al examen en fresco, practicado inmediatamente antes de la siembra. A las 24 horas, 13 cultivos fueron positivos para tricomonas, y a las 48 horas 14 mostraban abundantes parásitos, es decir su máxima proliferación. Debemos anotar además que a las 72 horas, ninguno de los negativos tenían tricomonas y los positivos en su mayor parte mostraban que éstas eran escasas.

Los 14 cultivos positivos correspondían a unas cinco enfermas que habían sido tratadas para tricomonas vaginalis y esta-

ban en control, presentando un flujo escaso; las restantes eran casos nuevos con flujos sospechosos o que antes se habían clasificado como flujos “inespecíficos”.

Esta serie es muy pequeña para sacar conclusiones y consideramos que deben hacerse un mayor número de cultivos. Con todo, los hechos aquí consignados nos permiten afirmar:

1) — Que el medio que hemos usado es bueno para cultivar tricomonas y que puede usarse para controlar tratamientos o para el diagnóstico, cuando el examen en fresco no revele la presencia del parásito;

2) — Que en 14 casos de 46, nos mostró que había tricomonas, cuando los otros medios de diagnóstico no las habían señalado (30.4%);

3) — La máxima proliferación se hace a las 48 horas;

4) — Es suficiente tomar la muestra con una cánula de vidrio a la cual se haya adaptado una pera para succión (cánula de Papanicolaou) y debe tomarse la mayor cantidad de material posible;

5) — El método no requiere técnicas especiales bacteriológicas y es muy sencillo, siendo posible la toma de la muestra en cualquier consultorio.

6) — Recomendamos que se hagan más cultivos por este método para ampliar estas observaciones y llegar a conclusiones más definitivas.

El estudio del *pH vaginal*, no fué realizado por nosotros debido a dificultades técnicas. Con todo, su importancia es materia de controversia. Según Hunter (18) las tricomonas se encuentran en pH que va desde 4.5 a 6.4, pero el hecho de que haya o no vaginitis no parece determinado por ésta. Este mismo autor encontró pacientes asintomáticas con tricomonas vaginales con pH de 4.9 a 6.1. Sin embargo anota el mismo autor que hay un aumento del pH vaginal en frotis I o II, pero le parece de muy poca tolerancia clínica. Algunos autores afirman (19) que en cultivos de tricomonas, exentos de bacterias, éstas no se multiplican cuando el pH es inferior a 5.0 y que mueren cuando éste es inferior a 4.5. Sin embargo observan que hasta la fecha no se ha encontrado el método efectivo para mantener el pH por debajo de

4.5. En lo que a las monilias se refiere, la importancia del pH es todavía menor, ya que está demostrando que éstas crecen en un amplio margen del mismo y sus variaciones tienen muy poca importancia clínica. (18)

El estudio de la *flora vaginal*, no siempre nos fué informado por el laboratorio, con todo encontramos frotis grado I, II, y III, tanto en pacientes normales como en anormales. (siguiendo la clasificación de Schroeder). Esto está de acuerdo con lo señalado por otros autores (18,20), los cuales afirman que desde el punto de vista bacteriológico no hay diferencia en los tipos de organismos hallados en las pacientes "normales" o "anormales", ya que en muchos casos de vaginitis no hay aumento de las bacterias.

Flujos clasificados por nosotros. Merecen destacarse algunos hechos en los flujos clasificados por nosotros y a continuación se exponen.

Flujo por tricomonas lo presentaron 227 enfermas, lo que equivale a un 43,3% del total de las pacientes que consultaron por flujo, en la consulta externa de Ginecología.

Esta cifra es muy elevada e indica la frecuencia tan grande de esta entidad entre nosotros. La incidencia de la tricomoniasis en el total de nuestras mujeres no podría calcularse por las historias estudiadas, pero creemos que debe ser mayor del 20%, cifra estimada por muchos autores, como la frecuencia de esta entidad en los Estados Unidos, (21, 22, 23,) en el total de la población femenina.

Los flujos *producidos por monilias*, son 46, de las 524 enfermas hospitalarias aquí presentadas, o sea un 8,7%. Este porcentaje es muy pequeño, pero como atrás se dijo, no tuvimos oportunidad de ver suficiente número de enfermas embarazadas, estado en el cual esta infección es más frecuente. Su incidencia es muy alta en el embarazo; Halde y Aragón, encontraron 39,3% casos, en embarazadas, del tipo *Cándida albicans* (tal vez la más frecuente) y *Cándida tropicalis*, en mujeres filipinas y por cultivos (24). Por falta de estos últimos tampoco nos fué posible clasificarlas ni saber cuál se encontraba con más frecuencia. Proponemos que se hagan investigaciones posteriores para aclarar este punto. Tampoco se estudió la moniliasis con relación o como

complicación de la diabetes (solo se encontró un caso) o como complicación de tratamientos con antibióticos, esta última citada por muchos autores. (25)

Los *flujos inespecíficos*, son todavía materia de gran controversia y posiblemente muchos de ellos no lo sean y hayan sido clasificados así por no haber encontrado un germen causal en nuestro estudio, el cual se hubiera podido identificar con mejores exámenes bacteriológicos. Clasificamos como tales un total de 219 con patología asociada en muchos de ellos, que los explicaba y nos orientaba para su tratamiento, como puede verse en el cuadro N° II. Esto significa un 41.7% de dichas pacientes. De estas 219 se clasificaron como flujos inespecíficos “verdaderos” o “puros” 58 porque no presentaban ninguna asociación patológica que las explicara (11% del total de los flujos).

Estos últimos flujos (los inespecíficos verdaderos) podrían achacarse al “*hemophilus vaginalis*”, que aun cuando no ha sido aislado en cultivo puro, se ha demostrado su existencia por muchos autores (27, 28, 29, 30, 31, 32). Con todo, hay algunos que niegan su existencia (33) y para otros, no hay evidencia de que sea el agente etiológico de las vaginitis no específicas (32, 33). Hasta el momento, no se ha llegado a un acuerdo al respecto y no sabemos quién tenga razón; si los sostenedores de su valor como agente etiológico (28, 29, 30, 31, 32) o los que le niegan esa cualidad, pues parece cierto que existe. Creemos que este punto debe ser objeto de investigaciones posteriores para poder llegar a conclusiones más definitivas y anotamos estos hechos para despertar curiosidad científica.

De los flujos inespecíficos con patología asociada se destacan especialmente los que se acompañaban de cervicitis. Los demás, como puede apreciarse por el cuadro XI, son un número muy pequeño y no necesitan especial comentario. Sin embargo, merece importancia el hecho de haber encontrado 15 casos de cáncer del cuello, que consultaban únicamente por flujo (algunos de ellos sanguinolentos) y que debe orientar al ginecólogo en su investigación, dada la gravedad e importancia de su diagnóstico precoz.

Los *flujos inespecíficos con cervicitis*, son un total de 120 (54.7% de los inespecíficos). Este número habla por sí solo y nos explica cómo muchos flujos son únicamente debidos a la cervicitis y curan, como se verá más adelante, con el tratamiento adecuado de esta afección.

Se encontraron otros tipos de flujo, como puede verse en el cuadro VIII (flujos por *Diplococcus Neisser*, condilomas venéreos, chancros sifilítico y blando, espirilas y difteroides) pero por ser muy escasa la casuística no pudimos sacar conclusiones.

Tratamiento. Sólo comentamos los flujos por tricomonas, monilias e inespecíficos, ya que éstos son los únicos estadísticamente valiosos.

Tratamiento del flujo por tricomonas. — Analizamos en forma especial el tratamiento que hemos llamado "standard", por ser el que nos dio mejores resultados.

Auncuando las tricomonas son más frecuentes en la mujer que en el hombre, la infección puede ser transmitida por el coito y tal vez en el varón se encuentren más de lo que ordinariamente se ha creído y diagnosticado. (34) Informes recientes de infecciones no específicas en el hombre, demuestran que del 12 al 15% son causadas por tricomonas (35). De ahí que sea muy importante el tratamiento del varón. Como atrás puede verse, se ordenó suspender las relaciones sexuales durante 20 días (no recomendamos el uso del condón por razones morales y religiosas de nuestro medio) y tratamos a todos los esposos con Aminitrozol (Tricosept Hormona) y Mandelato de Matenamina (Mandelamine Warner Chilcott), como atrás quedó consignado.

Muchos autores como Bernstine y Rakoff (8) reconocen las tricomonas como invasoras del aparato urinario femenino en un tercio de los casos y algunos como Riba (34) llegan hasta hacer el tratamiento quirúrgico del foco uretral y afirman que este método cura el 80% de los casos resistentes. Con todo, no estimamos necesario ser tan radicales y nos limitamos a acidificar la orina con Mandelamine y creemos que los resultados obtenidos y la sencillez del método justifican su uso.

Según Flaksman, las tricomonas vaginales pueden proceder del intestino, admitiéndose que la ocasión para la infección por esta vía podría ser la limpieza indebida del ano por arrastre del papel higiénico de atrás hacia adelante. Admite la posibilidad de la aclimatación de las tricomonas intestinales en la vagina. Bensen, Hoehene y colaboradores, afirman que las tricomonas vaginalis e intestinalis son diferentes. Otros autores como Kleemane, Stein y Bland nunca encuentran los flagelados en recto y heces, en enfermas afectadas por tricomonas vaginalis. De todos mo-

dos queda en pie el problema de las vírgenes con tricomoniasis vaginal. Estos últimos autores han sido citados por Díez (5).

Por lo que acabamos de exponer, aun no se ha llegado a una conclusión precisa en la controversia de si la tricomona vaginalis y la intestinalis son la misma o dos parásitos biológicamente diferentes. No obstante, hemos administrado a nuestras pacientes un tratamiento para la tricomona intestinal.

Los resultados del tratamiento que hemos denominado "standard", son los siguientes: En clientela hospitalaria, de 46 casos tratados, curaron 16; en la clientela particular de 106, curaron 86. Es decir, que de un total de 152 casos curaron 101 (66.4%). Por lo tanto creemos que la efectividad de nuestro método es muy aceptable y solo sería mejor el tratamiento por "Vagisec" (un preparado de Julius Schmid que no se consigue entre nosotros), que da 93.1% de curaciones en una serie de 58 casos (36), según Giorlando y Brandt. También serían mejores los resultados obtenidos con el Tricofurón mejorado, una combinación de nitrofurazona y furazilidina (preparada por Eaton Laboratories), que según Ensey (37) de 48 casos tratados curaron 33, pero también esta serie es muy pequeña para sacar conclusiones definitivas.

Tratamiento del flujo por monilias. — El tratamiento que hemos propuesto y que llamamos "Standard", tiene como característica saliente el considerar la moniliasis vaginal como un problema general y a ello tal vez se deban sus buenos resultados. Con base en los obtenidos por algunos autores (38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45). Con el estudio anterior y con base en la experiencia clínica, encontramos que la Violeta de Genciana y la Nistatina, son los fungicidas más eficaces en la moniliasis vaginal. No se realizó en todos los casos el tratamiento del esposo; sin embargo, en algunos particulares, se aconsejó suspender las relaciones sexuales por 20 días y aplicar tópicamente unguento de nistatina (Micostatín Squibb) en el surco balonopreopucial.

Con nuestro plan terapéutico se trataron 166 casos hospitalarios y particulares y se obtuvo la curación en 139 o sea el 83.7%. En clientela particular este porcentaje se eleva al 94.9%, posiblemente porque los tratamientos se cumplen en forma más estricta y los controles están mejor y más frecuentemente realizados.

El criterio de curación de la moniliasis debe cumplir 3 etapas (38):

1) *Cura clínica*, dada por la desaparición de los síntomas y signos clínicos;

2) *Cura anatómica*, representada por la desaparición de los hongos en los frotis vaginales; y

3) *Cura biológica*, indicada por la negatividad de los cultivos.

Utilizamos como criterio de curación solo las dos primeras, ya que la última por las razones expuestas no pudo cumplirse. Sin embargo, controlando las enfermas, se puede llegar a la conclusión de que con la cura clínica y anatómica, se puede tener la seguridad bastante grande de curación.

Así, pues, el método de tratamiento propuesto es tal vez uno de los mejores, ya que no hemos encontrado cifras de curación más altas.

Tratamiento de los flujos inespecíficos. — El tratamiento de los flujos inespecíficos que llamamos “verdaderos” o “puros” se hizo por métodos muy variados y sus resultados no fueron satisfactorios, ya que de 58 casos, solamente curaron 10. Creemos que debe buscarse una solución más adecuada a este problema.

El tratamiento de los *flujos inespecíficos con cervicitis* y en general, el tratamiento de esta entidad, sí puede realizarse en forma efectiva si se hace una electrocoagulación de la lesión en condiciones favorables con aparatos de onda corta (diatermocoagulación) y si se tiene el cuidado de hacer las curaciones y controles que hemos estudiado atrás en el capítulo de tratamiento. En un total de 358 casos tratados y que pudieron ser controlados, curaron todos en períodos de 1½ a 2 meses y solo en 15 casos hubo necesidad de repetir la electrocoagulación, pero cicatrizaron igualmente. (4.1%) Las complicaciones de este método fueron muy pocas, de ninguna gravedad y ya han sido analizadas atrás.

Queremos agregar, que en 47 casos (10.1%) de los 464 tratados, hubo embarazo, entre los 2 y los 5 meses después de terminado el tratamiento y que no se presentó complicación alguna durante la gestación y el parto. Unas de estas enfermas eran estériles secundarias.

SUMARIO

1. Se estudian 1.085 casos de flujos genitales.
2. Como causa de consulta se encuentra en el 95% “flujo genital”.

3. Los síntomas asociados al flujo, relatados por la enferma son: prurito genital, dolor en fosas ilíacas e hipogastrio, hemorragia genital y disuria, en su orden de importancia.

4. En la edad sexual activa de la mujer (16 a 45 años) son más frecuentes los flujos genitales.

5. También se observan más en las enfermas con antecedentes obstétricos (90%).

6. Los hallazgos del examen ginecológico en nada difieren de los señalados como clásicos.

7. Se considera indispensable para el diagnóstico correcto de un flujo genital:

a) historia clínica completa;

b) examen general y ginecológico cuidadosos;

c) estudio de una placa en fresco del flujo y dos extensiones para coloración del fondo de saco vaginal posterior y del cuello, para investigar: hongos, *Neisseria Gonorrhoeae*, flora vaginal y otros gérmenes identificables por este método.

d) coloración de Loeffler cuando se sospeche infección por bacilos diftéricos;

e) cultivo por tricomonas, *Neisseria Gonorrhoeae* y hongos, cuando el flujo sea negativo a las investigaciones anteriores y se crea conveniente y sea posible hacerlo.

8. El estudio del pH vaginal y la coloración de Papanicolaou no se consideraron de valor clínico para el diagnóstico del flujo.

9. Se experimentó un nuevo medio de cultivo para tricomonas, que parece ser bastante sensible. Se estima que es mucho más seguro que el examen en fresco: en 14 casos de un total de 46, mostraron tricomonas cuando este último método no las reveló.

10. Se cree que el análisis de la flora vaginal no es muy importante en el diagnóstico de un flujo genital.

11. Se analizan los distintos tipos de flujos encontrados en nuestra casuística.

12. Se recomiendan investigaciones ulteriores sobre los flujos inespecíficos, especialmente en relación con el valor etiológico del "*hemophilus vaginalis*" en los mismos.

13. Se propone un tratamiento llamado "standard" para la tricomoniasis vaginal, el cual da un 66.4% de curaciones. Se sugiere un tratamiento "standard" para la moniliasis vaginal, habiéndose obtenido con el mismo un 83.7% de curaciones.

14. El tratamiento de los flujos inespecíficos "verdaderos" o "puros" no se considera definitivamente establecido.

15. Se recomienda como tratamiento de elección en las cervicitis, cuando ello es posible y haciéndolo en condiciones favorables, la electrocoagulación con aparatos de onda corta (diatermo-coagulación). Obtuvimos 100% de curación con este método y solo en 15 casos fue necesario repetir la coagulación, consiguiendo igualmente la desaparición de la lesión.

16. Se hace notar que en 47 casos de los 464 de cervicitis tratadas por electrocoagulación, hubo embarazo normal en los meses siguientes a la terminación del tratamiento (10.1%). Algunas de estas enfermas eran estériles secundarias.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Diccionario Enciclopédico Salvat. Salvat Editores S. A. 1955.
- 2 L. CARDENAL. **Diccionario terminológico de Ciencias Médicas**, sexta edición. Salvat Editores S. A. 1958.
- 3 CALATRONI C. J., RUIZ V. **Terapéutica Ginecológica**, 7ª edición pág. 735, 1958. Editorial "El Ateneo" Buenos Aires.
- 4 SCHRODER R. ZENTRALBL. GYNAK 45: 1350, 1921.
- 5 DIEZ R. MIGUEL. Comunicación personal, septiembre 1959. Bucaramanga.
- 6 JIROVEC O. y PETER R. **Gynecologia**. 129: 145. 1950.
- 7 PUNDEL J. P. **Les frottis vaginaux et Cervicaux**. París 1950. Masson & Cie.
- 8 BERNSTINE J. B. y RAKKOFF A. E.: **Vaginal Infections, Infestations and Discharges**. New York 1953. The Blakiston Co. Inc.
- 9 CHAPPAZ G.: **Hormones Sexuelles et Biologie du vagin**. París 1956. Vigot Frères.
- 10 CHAPPAZ G. CHATELLIER X.: **Vaginites a Trichomonas**. París. 1951. Gaston Doin & Cie.

- 11 CHAPPAZ G. y CHATELLIER X. *Bazelier y Gruet Gynec et Obst.* 54: 87. 1955.
- 12 WOLINSKA W. H.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 77: 306. 1959.
- 13 BURCH T. A.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 77: 309. 1959.
- 14 PUNDEL J. P.: *Les erreurs de l'interpretation Colpocitologique en presence du Trichomonas. Les infestations a' Trichomonas, Premier Symposium Européen.* París 1957. Masson & Cie. pp. 90-94.
- 15 R. BREDLAND (Oslo). *Cáncer cervicis uteri stadium o feildia gnooseer ved Trichomonas kolpitt.* *Nord, med.* 58: 1794. Nov. 1957.
- 16 FEO L. L.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 75; 322, 1958.
- 17 BURCH T. A. RESS C. W. KAYHOE D. E.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 76, 658, 1958.
- 18 HUNTER C. A. y LONG K. R.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 75, 872, 1958.
- 19 TRUSSELL, R. E.: *Trichomonas Vaginalis and Trichomoniasis.* Springfield, III, 1947. Charles C. Thomas, Publisher.
- 20 HUNTER C. A. y LONG K. R. *Am. J. Obst. & Gynec.* 75, 865, 1958.
- 21 DAVIS C., editor: *Gynecology and Obstetries (revisión).* Hagerstown, Maryland, 1956. W. F. Prior Co. Inc.
- 22 DAVIS C. H.: *J. A. M. A.* 157, 126, 1955.
- 23 DAVIS C. H. & GRAND, C. C.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 60, 559, 1954.
- 24 KEAN B. H. y WOLINSKA W. H. *Am. J. Clin. Path.* 26. 1142, 1956.
- 25 HALDER C. & ARAGON F. T. *Am. J. Obst. & Gynec.* 72, 363, 1956.
- 26 Editorial: **Brush up your medicine.** *Med. J. Australia* 2. 873, 1957.
- 27 LEOPOLD S. U. S. *Armed Forces M. J.* 4, 263, 1953.
- 28 GARDNER H. M., DAMPEER T. K. y DUKES C. D. *Am. J. Obst. & Gynec.* 73, 5, 1080, 1957.
- 29 GARDNER H. L. y DUKES C. D. *Am. J. Obst. & Gynec.* 69. 962, 1955.
- 30 DEMING J. E. *Northwest Med.* 54, 992, 1955
- 31 RAY J. L. y MAUGHAN G. M. *West J. Surg.* 64, 581, 1956.
- 32 HELTAI A., TALEGHANY P. *Am. J. Obst. & Gynec.* 77, 144, 1959.
- 33 BREWER J. J., HALPERN B. & THOMAS G. *Am. J. Obst. & Gynec.* 74, 834, 1957.
- 34 RIBA L. W. *Am. J. Obst. & Gynec.* 73, 174, 1957.
- 35 DUREL P., ROIRON RATNER V., SIBOULET S. y SOREL C. *Brit J. Ven. Dis* 30: 69, 1954.

- 36 GIORLAND S. W. y BRANDT M. L. Am. J. Obst. & Gynec. 76, 666, 1958.
- 37 ENSEY J. E. Am. J. Obst. & Gynec. 77, 155, 1959.
- 38 TOBLER G. A. "Problemas de la tricomoniasis genital femenina". Presentado a la Sociedad Ginecicológica del Uruguay, Jul. 5 de 1956. Copia enviada especialmente por Laboratorios Ciba, Suiza.
- 39 BRUMPT Symposium internacional sobre terapia de las infecciones fúngicas, Universidad de California, Los Angeles, Jul. 23-25 1955.
- 40 HESSELTINE H. C. Am. J. Obst. & Gynec. 54, 102, 1947.
- 41 HESSELTINE H. C. y BECKETTE E. S. Am. Obst. & Gynec. 58, 553, 1949.
- 42 HESSELTINE, H. C.: Am. J. Obst. & Gynec. 70, 463. 1955.
- 43 PER G. y GUTTMACHER A. F. Obst. & Gynec, 5, 640, 1955.
- 44 WATERS E. G. y WAGER H. P. Am. J. Obst. & Gynec. 60, 885, 1950.
- 45 TOBLER G. A. y MERMELSTEIN G.: **Flujos a hongos** "Clínica" Año II, 4: 39, 1953.