

### Las vulvovaginitis de las niñas.

Del grupo de hechos que nos ha sido dado observar y que nos inducen a llamar la atención sobre el capítulo mal delineado de las infecciones del aparato sexual en las niñas, escogemos los siguientes casos que creemos suficientes para orientar las ideas acerca del particular. Trátase, en el primer caso, de una niña de cinco años de edad, sana, sin antecedentes personales, que padece desde el año último, leucorrea abundante. Dicha leucorrea provocó después de algunos meses, vulvitis erosiva acompañada de piuria, micción frecuente y sensaciones de prurito y ardor. El tratamiento local sostenido por algún tiempo remedió los síntomas de la enfermedad, y la enfermita curó; pero subsistiendo la leucorrea, aunque cambiada en su consistencia y color no menos que en su cantidad. Algunos meses después fuimos llamados por la familia, pues repentinamente y sin causa aparente ostensible, la niña se había agravado y la encontramos en el estado siguiente: pulso frecuente y filiforme, facies contraído, nariz afilada, enfriamiento de las extremidades, temperatura elevada, y, detalle importante, dolor agudo, intenso, situado en ambas fosas ilíacas, acompañado de la contracción muscular de las paredes abdominales; fenómeno de defensa que contribuye a inmovilizar el contenido del vientre cuando está comprometida la gran serosa. La circulación intestinal estaba en corriente y la enferma había evacuado el mismo día que sobrevino el cuadro trazado. La idea de peritonitis era evidente, no podría tratarse de vólvulus, tan frecuente en esta edad, ya por la ausencia de melena, ya por la conservación del funcionamiento normal del intestino. No cabría pensar en la apendicitis, dado que el dolor abarcaba todo el vientre bajo y que la enfermita no tenía pasado intestinal. Ahora bien, la peritonitis que llevaba la enferma era debida a la infección por propagación de la leucorrea de manifestaciones agudas, que comprometieron en un tiempo la integridad de los órganos externos y que actualmente, trasportada por continuidad al peritoneo, había provocado el estado inflamatorio que ponía en peligro la vida.

Un segundo caso se refiere a otra enferma de 16 años de edad, la cual, intempestivamente, en medio de una salud perfecta, fué atacada de vómitos, temperatura elevada, dolor intenso en el vientre bajo, dolor que se acompañaba de defensa muscular: conjunto de signos que forman el cuadro de la peritonitis. Nada en los antecedentes de la enferma hacía pensar en la aparición de esta enfermedad; su flujo catamenial era normal, el intestino había funcionado de modo irreprochable, su salud anterior era buena y sólo existía la leucorrea que por su poca abundancia, así como por la ausencia de complicaciones que ameritaran tratamiento especial, no había llamado la atención de la enferma y por consiguiente no había tenido ocasión de tratarla.

Un tercer caso ha presentado una sintomatología diferente. Trátase de una enferma de 18 años de edad, de complexión robusta, de buena salud anterior, menstruada con regularidad, soltera, que padece desde la infancia leucorrea que presenta exacerbaciones durante las cuales el corrimiento se ha-

ce en mayor cantidad y se acompaña de micción frecuente y apenas dolorosa; estos períodos de recrudescimiento sobrevienen ya después de un ejercicio fuerte, ya comunmente en los días que siguen al flujo catamenial. Un día la enferma siente dolor agudo situado en la región perineal, acompañado de micción frecuente, de tenesmo rectal y accidentes febriles. El examen revela la existencia de empastamiento duro en la región comprendida entre la tuberosidad del isquión y el ano; en este lugar la palpación despierta dolor agudo; el tacto rectal demuestra la existencia de un foco inflamatorio situado en este sitio. Nada anormal por el ano, ni a la exploración ni en su funcionamiento. La intervención dió salida al pus reunido en el hueco isquiorrectal y todo tomó su curso habitual en pocos días. Al lado de estos hechos mencionaremos el de una enferma de 17 años, soltera, bien menstruada, que padece leucorrea y que acusa de tiempo en tiempo cistitis de repetición que, aunque ceden fácilmente al tratamiento, producen por su aparición inesperada y su relativa frecuencia, estados patológicos bien molestos.

Hemos tenido ocasión de atender a enfermas leucorreicas, cuyas historias clínicas omitimos en obvio de brevedad, que han presentado antes del matrimonio flujos leucorreicos inveterados, han sufrido esas pelviperitonitis silenciosas que laceran los genitales internos produciendo ovaritis microquísticas, adherencias anormales en las trompas y que traen como consecuencia la esterilidad.

Como detalle de práctica nos parece útil insistir en este lugar sobre lo difícil que es a veces el diagnóstico de los eritemas acompañados de vulvitis en las niñas de pecho, para definir su naturaleza sífilítica. Trátase en el caso de máculas o pápulas cubiertas de vesículas, en las cuales sobrevienen erosiones superficiales o ulceraciones. Cuando éstas cicatrizan, dejan manchas de color blanquizo y cicatrices sobre las que llamó hace tiempo la atención Parrot, que son sumamente útiles para hacer un diagnóstico retrospectivo: Y bien, en presencia de estas ulceraciones el diagnóstico es difícil; los signos objetivos de la erupción no tienen constantemente los caracteres que les asignan las descripciones clásicas: aparición en los primeros meses de la vida; collar periférico de epidermis despegada y ligero abatimiento central de las pápulas, etc. No siempre estos caracteres son suficientemente claros para afirmar el diagnóstico, y mucho será en algunos casos que el examen de la enferma revele signos de heredosífilis: atrepsia, coriza crónica, pénfigo de las extremidades, seudoparálisis de los miembros, deformaciones craneanas, frente olímpica, etc.: datos que forman un conjunto de presunciones que ayudarán al diagnóstico; pero en ausencia de ellos, sin poder acudir a la reacción de Wasserman por su infidelidad en los niños, sólo queda la demostración de los treponemas como recurso para asegurar el diagnóstico. La demostración es fácil si se toma la precaución de tomar para el examen la serosidad del fondo de la ulceración y que está en la intimidad de los tejidos; pues sabemos que las espiroquetas ya por sus movimientos propios, ya por las metamorfosis regresivas y eliminadoras que experimenta la epidermis colonizada por los treponemas, tienden a salir; lo que constituye una fuente de contagio y diseminación. Efectivamente, en las lesiones del eritema máculo y pápuloerosivo, los fenómenos de infiltración dérmica debidos a leucocitos emigrados y a las proliferaciones celulares locales son relativamente poco acusa

dos; no llegan a formar el plasmoma con refuerzo perivascular; las celdillas plasmáticas son muy raras; no se encuentran fenómenos fagocitarios ni macrofágicos; de suerte que la defensa contra el treponema es de las más precarias; en las siflides erosivas la llegada de las espiroquetas y su cultivo en la epidermis y las vainas foliculares, trae la necrosis en bandas foliadas en las cuales el cuerpo celular y los núcleos se confunden; incapaces de colorarse, momificados, se eliminan como una escara, y estos trastornos facilitan la demostración de las espiroquetas, y explican a la vez la facilidad del contagio.

J. Comby, en 152 casos personales, ha encontrado las siguientes complicaciones: reumatismo, conjuntivitis purulenta, cistitis, prolapsus de la uretra, bartolinitis. R. Spaulding, de Boston, en 74 casos de la policlínica señala como complicaciones en orden decreciente: cistitis, rectitis, artritis, peritonitis pelviana, adenitis inguinal supurada, abscesos vulvovaginal e isquiorrectal. Una niña presentó ulceraciones chancriformes al mismo tiempo que la vaginitis. Sheffield, en 148 casos encuentra en orden decreciente: adenitis inguinal, oftalmía purulenta, peritonitis localizada y artritis, y por último rectitis. Epstein ha visto 4 casos de peritonitis gonocócica en niñas de 4 a 7 años y menciona otros 3 debidos a diferentes autores. Huber ha señalado muchos casos de peritonitis subaguda consecutiva a vaginitis gonocócica. Abt dice que las trompas, los ovarios y el peritoneo pueden ser invadidos a consecuencia de las vulvovaginitis, y ha encontrado salpingitis purulentas en la autopsia de niñas de 7 a 9 años.

Lo anterior demuestra la importancia de las infecciones del aparato sexual en las niñas y nos induce a insistir en que su tratamiento sea no sólo sostenido sino prolongado y repetido cuanto sea necesario; pues si es cierto que la enfermedad es tenaz, en cambio es dócil al tratamiento y mejora cuando se le trata.

La edad más propicia para su aparición parece estar comprendida entre los 5 y los 15 años. En los 80 casos que hemos podido observar tanto en el Consultorio Central como en enfermas particulares, hemos anotado, de 2 años, 15 casos; de 2 a 10 años, 25; de 10 a 15 años, 25, y de 15 a 18, 15. La causa de la enfermedad es siempre el contagio, que proviene de la madre portadora de flujos más o menos abundantes, sana en apariencia, incapaz, como dice J. Comby (*Arch. de Medicina de los niños*, marzo de 1914) de transmitir la blenorragia a su marido, pero capaz de contagiar a su hija. Esta niña así infectada trasmite la enfermedad a sus compañeras de colegio, a sus amigas, por mecanismos que es fácil presumir y el mal se extiende a individuos sanos que pueden infectar a otros nuevos.

Cabe recordar aquí que al lado de la vulvovaginitis contagiosa, existen vulvitis, que como la aftosa de Parrot, la impetiginosa, las leucorreas de las anémicas y las linfáticas, la traumática o irritativa por oxiuros, onanismo etc., son agudas, ligeras, no específicas, curan pronto y por consiguiente no siguen el curso de la contagiosa, que frecuentemente es tenaz y sujeta a recaídas y recidivas, sobre todo cuando el mal se extiende a la vagina, pues entonces el tratamiento se hace más difícil.

Averiguado como queda, que el contagio es la causa única, se debe ser muy riguroso en la profilaxis, con objeto de prevenir los medios de transmisión en-

tre las niñas que están atacadas de corrimientos, y prohibir la comunidad de camas, de baños, de servicios, etc.

Desde el punto de vista etiológico, el gonococo aparece en la inmensa mayoría de los casos (14 en 20 que hemos examinado); casi la misma proporción se encuentra en las estadísticas que tenemos a la vista, por ejemplo la de E. Rogers Spaulding, basada en el material clínico del *Children's Hospital* de Boston, que da en 83 casos 58 con gonococo, 9 sin éstos y 19 sin examen.

La tendencia actual a considerar como eminentemente contagiosa la enfermedad, está contenida en las tres medidas profilácticas que son rigurosamente impuestas en el *Babies Hospital* de New-York:

1<sup>ª</sup> Examen de las secreciones vaginales a la entrada y durante la primera semana.

2<sup>ª</sup> Termómetros individuales y botellas de líquido antiséptico también individuales.

3<sup>ª</sup> Las enfermeras se desinfectan las manos cuando van de una niña a otra.

En el *Children's Hospital* de Boston se comienza por lavar los órganos genitales de cada niña con una solución débil de sublimado antes del baño; las enfermeras se desinfectan las manos antes de ver a otra enferma. Tomando estas precauciones no se registran casos interiores.

En Chicago se hace más: en el *Frames Juvinial Home*, bajo la dirección de la Dra. Clara P. Seippel, las niñas atacadas de enfermedades venéreas son tratadas e instruidas al mismo tiempo. Fuera de este establecimiento único en el mundo y del que Chicago puede enorgullecerse, esta gran ciudad posee en el *Cook County Hospital*, una sala para niñas venéreas. Es un ejemplo digno de ser imitado por todas las grandes ciudades.

Según la estadística de los DD. Meigs y Seippel, más de 500 casos de vulvovaginitis gonocócica han sido cuidados, en 1910, en doce hospitales y dispensarios de Chicago. El Dr. Pollack estimaba en cerca de mil los casos encontrados durante un año en Baltimore.

Desde el punto de vista profiláctico, es necesario saber que si uno de los miembros de una familia está atacado de blenorragia manifiesta o latente, puede contaminar a las personas que lo rodean y por consiguiente a su hijas.

Las conclusiones a que llega el Dr. Pollack, de Baltimore, citado antes y que son perfectamente razonables, son las siguientes:

1<sup>ª</sup> Todos los casos de vaginitis con flujo persistente son debidos primitivamente al gonococo.

2<sup>ª</sup> La enfermedad puede persistir muchos años con numerosas recaídas, pudiendo durar los períodos latentes hasta dieciocho meses.

3<sup>ª</sup> La vulvovaginitis infantil siendo una afección local puede traer las mismas complicaciones que la vaginitis de la adulta.

4<sup>ª</sup> El mejor tratamiento no puede asegurar una curación definitiva.

5<sup>ª</sup> Es necesario que los médicos instituyan en los hospitales y en las familias, medidas de profilaxis severa.

Para los DD. Rubin y Leopold, de New York, el carácter crónico de la infección gonocócica en las niñas comparado con el del adulto se debe a muchas causas que expresan en las siguientes condiciones:

1ª La invasión es más violenta y más destructora a causa de la fragilidad de la mucosa y de los epitelios.

2ª Producida la infección se desarrolla como en vaso cerrado no por la presencia del himen, sino por la estructura y la disposición del perineo, de los órganos genitales externos e internos. Cada segmento de vagina desde la superficie hasta la profundidad representa una válvula que rechaza hacia atrás el pus, debido a que las paredes vaginales están en contacto y no permiten una canalización natural y fácil.

3ª La existencia natural de criptas y de adherencias vaginales que abrigan a las bacterias.

4ª La porción vaginal del cuello uterino se encuentra en la situación más desventajosa para la canalización y el tratamiento.

Una cuestión de práctica: ¿es necesario prohibir la concurrencia a los colegios de las niñas afectadas de vulvovaginitis? Para los casos agudos la respuesta es fácil y legítima: pero para los otros, que son los más abundantes, la prohibición no debe subsistir, porque serían de meses y años los períodos durante los cuales las niñas perderían su instrucción. Bstará pensar en las medidas profilácticas mejor apropiadas, recomendar baños antisépticos antes de la entrada a la escuela, etc., para permitir la asistencia.

Era natural que en presencia de una afección tan común y tan tenaz como la vulvovaginitis de las niñas, de origen gonocócico, se ensayara la vacuoterapia. Este modo de tratamiento de las manifestaciones gonocócicas, cuenta una bibliografía muy extensa que está bien resumida en un artículo del Dr. François, de Bélgica, que apareció en los Archivos Urológicos del Hospital Necker (t. I, fasc. 3).

Considerando la cuestión en lo que se refiere a la vulvovaginitis, veremos, resumiendo las observaciones, que las vacunas no tienen influencia curativa aunque sí modificadora sobre el corrimiento; por supuesto que dejamos aparte la acción sobre las complicaciones de la blenorragia, las cuales indiscutiblemente son influenciadas por los sueros; pero la manifestación local, el flujo, casi nada gana con la acción de la vacuna. Los autores americanos, que han sido los primeros en ensayar la vacuna y cuyas observaciones están consignadas en una revista general reciente de los Archivos de Medicina de los Niños (marzo de 1914), llegan a las conclusiones siguientes: El doctor Jack ha tratado las vulvovaginitis de las niñas de causa gonocócica por la vacuna preparada por la casa Burroughs Welcome, obtenida por cultivos de gonococos autógenos o heterógenos, inyectando 5 a 10 millones de gonococos con una semana de intervalo, y los resultados no han sido animosos. Más afortunados han sido los DD. Alice Hamilton y Jean M. Cook, que han empleado inyecciones de 10 a 50 millones de gonococos y obtenido 75 curaciones y 8 fracasos en 84 casos tratados. Es de advertir que emplaban de preferencia cultivos viejos.

Durante los tres años de práctica en la clínica Vandervilt, 200 casos fueron tratados por las irrigaciones y 80 por la vacuna; 60 por 100 fueron curados por las irrigaciones y 90 por 100 lo fueron por la vacuoterapia. La curación se ha obtenido en dos meses por la vacuna y en diez por las irrigaciones.

El Dr. Nathaniel Barnett declara no haber obtenido ningún resultado de las vacunas en el tratamiento de las enfermas que ha tratado.

Los autores franceses (J. Comby, Condat) parece que han tenido resultados más favorables manejando vacunas como la de Renaut, preparada por los rayos ultravioletas; la de Cruveilhier, virus vacuno sensibilizado según el método de Besredka, y la de Nicolle y Blaizet.

Dopter y Pauron, con la vacuna Cruveilhier han notado la disminución del corrimiento uretral y han visto su persistencia. Cruveilhier ha visto atenuarse una vaginitis y el flujo que persistía carecer de gonococos. Con la vacuna Nicolle, Remlinger, no ha obtenido modificaciones del desecho uretral.

Comby ha tratado 16 casos por la vacuna Nicolle, la cual difiere de las análogas, porque es una mezcla de gonococos y de sinococos en la proporción de 1 a 9. El sinococo que Nicolle ha encontrado siempre asociado al gonococo es muy parecido a él y tal vez no difiera sino por sus afinidades tintoriales, puesto que toma el Gram y por su menor energía tóxica; esta asociación permite obtener una vacuna rica en microbios, 500 millones por centímetro cúbico y poco tóxica, siendo como es, atenuada, por el cultivo de las dos variedades microbianas sobre medios gelosados más y más pobres en suero.

Los resultados que ha obtenido Comby los divide según que los casos sean agudos o crónicos, es decir, antiguos. En los primeros la mejoría es rápida. Desde la primera inyección, a más tardar después de la segunda, la disminución del flujo es evidente, los progresos hacia la curación son en seguida lentos y menos regulares, se necesitan siete inyecciones y a menudo más para obtener un resultado satisfactorio.

En los casos antiguos el beneficio es menos aparente y entonces es indispensable acudir al tratamiento local para activar la curación. En resumen, dice Comby, la vulvovaginitis de las niñas es una afección larga que presenta brotes agudos y recidivas, y estamos muy cerca de los hechos para que nos sea posible juzgar con seguridad el valor de la vacunoterapia.

En virtud del poco éxito del tratamiento específico eficaz, estamos reducidos en espera de mejores sueros, al tratamiento local que bien conducido dará buen resultado curando unas veces y aliviando las pérdidas tenaces de las vulvovaginitis. Este tratamiento es análogo al que se emplea en la oftalmía purulenta: consiste fundamentalmente en limpiar las cavidades infectadas y cauterizarlas en seguida con una preparación argéntica. Para lo primero, basta irrigar por medio de una sonda blanda con soluciones boricadas, con permanganato, que tan buenos resultados da en la uretra del hombre, o con sales mercuriales en solución débil. Después de estos lavados se instila por medio de una jeringa de Braun o simplemente con una jeringa de oídos solución de argirol al 25 por 100 o de otra sal de plata al 1 por mil, recomendando el aseo esmerado y sosteniendo las curaciones hasta que el síntoma dominante, la leucorrea, desaparezca o se modifique.

Al llegar al fin de nuestra exposición creemos haber demostrado la importancia que revisten los casos de leucorrea en las niñas que por lo común pasan inadvertidos a pesar de la influencia innegable que revisten ya para la enferma misma, ya para la sociedad, ya para la familia.

México, julio 28 de 1915.

IGNACIO PRIETO.