

Infecciones genitales de la mujer de origen intestinal

por los doctores

Anselme Schwartz

Profesor agregado de la Facultad de Medicina y cirujano del Hospital Necker

y

Louis Schil

Jefe de Laboratorio del Hospital Necker

Ha sido admitido, hasta estos últimos tiempos, que las inflamaciones genitales eran debidas, en las cuatro quintas partes de casos, al gonococo o al estreptococo, y la última quinta parte era debida a un ataque de los órganos pélvicos por el bacilo de Koch.

Estas datos etiológicos merecen ser revueltos. Hay que dar, según nuestras observaciones, una parte a las infecciones de órganos genitales provocadas por la flora microbiana intestinal, y en particular, hay que estudiar los desórdenes debidos al colibacilo y al enterococo.

Se han descrito justamente con extensión los desarreglos gastro-intestinales consecutivos a las inflamaciones genitales. Pensamos que el recíproco merece llamar, de igual manera, la atención de los clínicos. Los estudios que mencionan esta correlación son raros. Ultimamente aun en una revista importante, muy bien documentada por cierto, sobre la influencia de las afecciones del tubo digestivo sobre los diferentes órganos, no se ve en ninguna parte manifiesta la mención de estos

desarreglos genitales, bajo la dependencia de las perturbaciones intestinales. Estos desórdenes del tramo digestivo pueden provocar afecciones genitales cuya importancia es a menudo grande, algunas veces grave. Importa, pues, conocerlos.

Estos hechos estudiados por nosotros, tanto en el hospital como en nuestra clientela particular, desde hace catorce años, nos aparecen indiscutibles. Están basados sobre la observación clínica de numerosos casos y sobreabundantes investigaciones bacteriológicas.

La conclusión lógica ha sido una terapéutica especial. Esta terapéutica ha dado tan brillantes resultados, que por sí sola lleva un argumento preciso en favor de la distinción que hay que hacer agrupando aparte las afecciones genitales de origen intestinal.

El estudio sistemático de las crisis inflamatorias de los órganos genitales nos ha mostrado en estos casos (que queremos individualizar) un estado patológico intestinal anterior y concomitante, siendo este desarreglo intestinal, lo más a menudo, una

colopatía variable de intensidad y localización. Hay, pues, que, con un cuidado metódico, buscar en el pasado y en el presente, los síntomas que permiten despistar un síndrome de colitis, sea agudo, sea crónico, generalizado o segmentario. Si bien las formas agudas se resuelven con alguna facilidad, no ocurre lo mismo en ciertas formas crónicas, benignas y localizadas. Hay, pues, entonces que despistar una apendicitis crónica, un tiflocolitis, una sigmoiditis, o una rectosigmoiditis. Hay que notar todos los trastornos de tránsito, las heces anormales, las diarreas profusas, los estreñimientos rebeldes, los dolores provocados o espontáneos del cuadro cólico, su repercusión sobre el estado general, todos los hechos que significan corrientemente un estado patológico intestinal.

Ya en 1926, el estudio de la flora bacteriana de las metritis crónicas nos había mostrado lo numerosas que eran estas afecciones provocadas por gérmenes de la flora intestinal, tales como el colibacilo y el enterococo. En verdad, escribíamos, sólo el colibacilo pertenece propiamente a la flora intestinal; el enterococo, huésped normal del intestino, puede vegetar en estado de saprofito sobre todas las mucosas, sobre la piel misma y parece que no se pueda contarle entre los microbios de la flora intestinal. Sin embargo, se ha podido observar su paso de los intestinos al medio interno, paso comparable bajo todo punto de vista al del colibacilo. Lo que diremos refiriéndonos al colibacilo servirá, pues, para el enterococo e inversamente.

Entre las infecciones crónicas que hemos tratado citamos este ejemplo:

Obs. I.—Sra. B..., edad 33 años, se nos presenta porque, desde hace 2 años, sufre cada vez más del vientre y está amenazada de una histerectomía

Tuvo la regla a los 13 años, regularmente durante 3 días, cada 28 días. No tiene flujo blanco, ni estreñimiento. Casada a los 23 años, se encuentra muy bien hasta la edad de 31 años. En este momento aparecen náuseas frecuentes y dolores de cabeza en los días que preceden a la regla; después, poco a poco, nota pesadez en el bajo vientre y observa pérdidas uterinas. En fin, después de varios meses, astenia que impide a la enferma el dar un paso. Algunas alternativas de estreñimiento y deposiciones regulares.

Utero grande, doloroso, dejando salir mucus; cuello normal, anexos izquierdos sensibles, no perceptibles, anexos derechos, grandes como un huevo. Colon indoloro. Las pérdidas examinadas dan, en medio aerobio, enterococo, al estado de pureza, con el cual se hace una auto-vacuna.

La metrosalpingitis cura con el tratamiento ordinario y la vacunación. Pero los dolores de cabeza persisten así como una sensibilidad al nivel del ciego, que está bastante bajo en la excavación pélvica. La ablación del apéndice cura definitivamente a la enferma.

En la intervención se ha podido observar, que el ovario y la trompa derecha estaban en perfecto estado.

Esta observación muestra una metrosalpingitis crónica de *emblée*, habiendo evolucionado sin crisis aguda bajo la influencia de una apendicitis crónica que se mantiene en segundo plano.

La observación siguiente, por el contrario, nos va a mostrar una crisis aguda genital de origen cólico.

Obs. II.—Sra. T..., edad 41 años, nos llama porque sufre del abdomen desde hace 5 días; tiene temperatura y náuseas. Esta enferma, que tiene varios hijos sin ningún incidente, siempre ha sufrido por alternativas de estreñimiento y de diarrea. Lo más a menudo las heces son blandas como puré de guisantes y encierran mucosidades.

Diarrea post-prándial, con dolor algunas ve-

ces vivo al nivel del colon transversal. En el momento de nuestro examen presenta una fuerte reacción peritoneal alrededor de una tumoralización pélvica, comprendiendo el útero y los anexos izquierdos. Transportada a Necker, puesta en descanso con hielo sobre el vientre, la reacción peritoneal cede, pero la masa no disminuye. *El examen de las pérdidas indica la presencia muy abundante de colibacilos.* Se vacuna le enferma por el método de Poincloux: vacunación al nivel de la mucosa rectal con un stock-vacuna, autocolibacilar. Muy rápidamente la enferma cura, presentando a cada inyección una reacción térmica elevada y un shock general marcado por herpes en el labio, y en la primera inyección una anuria que dura treinta horas.

Peri-metro-salpingoovaritis aguda con reacción peritoneal, provocada por un microbio intestinal de la que se puede conocer el punto de partida descubriendo la presencia, en las pérdidas uterinas, de colibacilos.

He aquí pues dos observaciones (entre muchas otras) en las que estos gérmenes intestinales han sido un factor de infección ginecológica, donde clínicamente, ni el gonococo ni el estreptococo no podían ser tenidos en consideración.

Tenemos empeño, al exponer la observación siguiente, en insistir sobre este hecho de que *ciertas infecciones genitales agudas pueden tener un origen intestinal* y mostrar (contrariamente a lo que se puede pensar) que una terapéutica por medio de vacunas puede dar buenos resultados.

Obs. III.—Sra. C. L..., edad 40 años, ha sido operada 10 años antes por metritis ulcerosa del cuello (amputación cuneiforme del cuello).

Durante estos diez años ha sufrido brotes congestivos uterinos a mitad del período menstrual, exteriorizándose por algunas pérdidas purpúreas y por un poco de pesadez en la parte baja del vientre (reglas suplementarias en un órgano atacado de esclerosis).

Fuera de esta fatiga intermenstrual, ninguna pérdida anormal, solamente brotes frecuentes de colitis, con estreñimiento y sensibilidad del cuadro cólico. En Mayo 1932, una purga intempestiva provoca una reacción intestinal violenta con elevación térmica, produciéndose esta crisis en el período de la regla suplementaria; se produce muy rápidamente bajo nuestros ojos un brote inflamatorio, englobando el útero y los anexos de los dos lados: *Pelvipéritonitis bloqueando la pequeña pelvis* y elevándose bastante en la excavación pélvica. Todos los fenómenos retroceden lentamente gracias al descanso, al hielo y a la cura dietética severa. Sin embargo, un nuevo brote se declara algunos meses después, practicándose una serie de inyecciones con el stock-vacuna que nos prepara el Doctor Fisch, Jefe del laboratorio del Hospital Necker, y la enferma cura rápida y definitivamente.

Completamos estas observaciones con una última, perteneciendo a una joven partera:

Obs. IV.—Sra. R..., edad 31 años, ha dado a luz en Tarnier, el 5 de Julio de 1933. Temperatura normal hasta el cuarto día en el que, en el momento de la subida de la leche, el termómetro indica 40°,3 y al siguiente 30°; la temperatura vuelve a ser normal hasta 12 días después en que vuelve a subir a 39°,5 por la noche y 38° a la mañana. Después de 4 días vuelve a ser normal durante 20 a 21 días, después de los cuales vuelve a subir la temperatura y oscila de una manera regular, durante 3 meses. El propidón no ha dado ningún resultado en Tarnier. Examinada por nosotros el 24 de octubre, se encuentra: un útero grande, doloroso, del que sale cierta cantidad de pus. A la izquierda se encuentra una masa anexa y perianexa dura que se prolonga bajo el peritoneo hasta cubrir el ala ilíaca izquierda, a lo largo de la cual sube hasta un través de dedo por encima de la espina anterior y superior. La enferma no puede extender la pierna izquierda que tiene en semiflexión. La hacemos entrar el mismo día en Necker. *Un examen de pus da la indicación, según los cultivos, de una infección de estafilococo blanco y de enterococo.*

El 7º noviembre se practica una inyección con la vacuna de FISCH; la temperatura cede inmediatamente; a la mañana siguiente, en efecto, alcanzó solamente 37º,5 y el derrame purulento se secó completamente.

Desde entonces (salvo algunos días) la temperatura oscila entre 36º,4 y 37º,5; el 18 de noviembre la enferma podía extender la pierna con sólo un poco de dolor. El examen practicado dos horas después del tratamiento que no ha consistido más que de 5 inyecciones, ha mostrado una resolución de todos los elementos inflamatorios pelvi-peritoneales. Sólo persiste un anexo izquierdo aún del tamaño de una ciruela. El 14 diciembre la mujer entraba en la normalidad.

He aquí 4 observaciones que ilustran la relación clínica que puede existir entre una perturbación intestinal y una inflamación genital. ¿Cuál es la vía de propagación seguida por los gérmenes infecciosos?

Habíamos pensado, y creíamos aún que en ciertos casos la infección puede propagarse por vía vanicular, por proliferación sobre las mucosas genitales de gérmenes venidos ya sea del orificio anal ya lo más amenudo del orificio uretral.

Del mismo modo creemos que en presencia de adherencias que modifican la circulación al nivel de los revestimientos peritoneales de los órganos genitales y del intestino, la vía linfática es una vía de posible diseminación.

Sin embargo, estas vías de transmisión no son más que vías secundarias, *vías menores*. La vía principal, la vía mayor de propagación *la ha mostrado FISCH*, es la vía sanguínea.

FISCH ha demostrado que el colibacilo, en presencia de una irritación, de una inflamación de la mucosa intestinal donde vegeta normalmente, puede atravesar esta mucosa y penetrar en el medio interno. Allí en la sangre circulante el microbio se encuentra en condiciones de existencia desfavorables y soporta diversos estados de

desintegración: se fragmenta, se disgrega y puede aun desaparecer. Transportado de esta manera por la vía sanguínea, FISCH, ha podido encontrarlo bajo diversos aspectos, fragmentado, disgregado, en la orina de estos enfermos. Se concibe por lo tanto, que este germen funesto no puede encontrarse ni en el examen directo ni tampoco en hemocultivos, en el caso que la disgregación microbiana sea lo bastante intensa para no poder permitir al microbio desarrollar su actividad.

En fin, FISCH, ha mostrado que si por una causa cualquiera, el microbio llegase a una zona donde la sangre está estancada, se encuentra allí en condiciones favorables a su proliferación, que será tanto más marcada, cuanto menor haya sido su disgregación en la sangre circulante.

Esta teoría, basada sobre investigaciones bacteriológicas numerosas y precisas tiene el gran mérito de dar una explicación biológica general de las infecciones colibacilares o enterocócicas extra-intestinales.

Explica la patogenia del síndrome entero-urinario de HERTZ-BOYER. Es a este mecanismo también que nosotros recurrimos para explicar la gran frecuencia de las flebitis postoperatorias. Es el que mejor explica lo que ocurre en las infecciones genitales que estudiamos en este artículo.

En resumen: en un enfermo con perturbaciones intestinales, los gérmenes que pululan a nivel del tubo digestivo al emigrar son descubiertos en los órganos genitales. Estos últimos por una u otra razón (perturbaciones de estática, perturbaciones congestivas de todas clases, perturbaciones inflamatorias preexistentes, etc.), presentan modificaciones que favorecen el estancamiento primero, el desarrollo después de los gérmenes que acaban de ser llevados por la sangre circulante, así se constituyen los focos de las inflamaciones genita-

les provocadas o entretenidas por los gérmenes de la flora intestinal.

Una vez la noción debidamente establecida de esta variedad etiológica de las afecciones ginecológicas, nosotros hemos sacado de ella una conclusión terapéutica: la vacunación. Bien entendido que hay al mismo tiempo que poner en juego la terapéutica habitual de las inflamaciones ginecológicas (descanso, calor o hielo) y la dietética intestinal apropiada a cada caso.

Esta vacunación (como lo demuestran nuestras observaciones), ha sido utilizada según 3 modalidades diferentes; auto-vacuna, el método de POINCLOUX, la vacuna de FISCH.

La auto-vacunación es el método que se usa cuando los gérmenes intestinales se encuentran asociados en las pérdidas uterinas, con una flora no muy variada.

El método de POINCLOUX da muy brillantes resultados pero provoca choques violentos.

La vacuna de FISCH (STOCK vacuna, anticolibacilar, antienterocócica y antitafilocócica) está basada sobre el hecho de que las asociaciones microbianas de origen intestinal las forman más a menudo dos o tres de estos gérmenes. Damos cinco inyecciones de esta vacuna.

Le debemos muy buenos resultados, sin choque, sin elevación térmica, y con raras reacciones focales.

RESUM

Exposen els autors diversos casos per ells observats en els que es fa patent la possibilitat de què certes infeccions genitals de la dona tinguin una etiologia intestinal essent provocades especialment per l'enterococ i el colibacil. Descriuen amb tota amplitud els mètodes de tractament indicats en cada modalitat: auto-vacuna, mètode de Poincloux i la vacuna de Fisch.

RESUMÉ

Les auteurs décrivent plusieurs cas observés par eux, dans lesquels il est évident que certaines infections génitales de la femme ont une étiologie intestinale, étant provoqués spécialement par l'enterococque et le colibacille. Ils exposent en détail les méthodes de traitement pour chaque modalité: auto-vaccine, méthode de Poincloux et le vaccin de Fisch.

SUMMARY

The authors describe several cases they observed in which it was very obvious that certain genital infections in women were of intestinal etiology, being caused particularly by the enterococcus and the bacillus coli. They describe in detail the methods of treatment for each modality: auto-vaccine, Poincloux's method and Fisch's vaccine.