

# ESTUDI DELS SÍNDROMES COPROLÒGICS D'AUTO-INTOXICACIÓ I INFECCIÓ DEGUTS A LA ESTASI INTESTINAL CRÒNICA

pel Dr. F. GALLART I MONÉS

La *Estasi intestinal* crònica, es caracteritza:

- 1.<sup>er</sup> Pel retard de les matèries fecals al final del budell prim i al començament del gros (cec i còlon ascendent).
- 2.<sup>on</sup> Per la permanència prolongada de la pasta bismutada en els segments de l'intestí abans dit.
- 3.<sup>er</sup> Per signes d'auto-intoxicació crònica que repercuteixen sobre els altres aparells de l'organisme.

D'això se'n desprèn que, constipació habitual i estasi intestinal crònica, són coses ben diferents.

En efecte: constipació habitual és aquella en què les matèries s'acumulen al nivell del còlon descendent i recte, essent dit trastorn funcional, fàcilment tolerable. Amb molta freqüència veiem malalts afectes de constipació recto-còlica-descendent, que no mouen el seu ventre més que cada vuit o deu dies, sense que això els produeixi cap molèstia. Això s'explica clarament, perquè en el còlon descendent i en el recte, les matèries fecals són dures, s'han assecat, i la vida bacteriana s'ha fet impossible; els escíbals representen un cos estrany, dur i sense acció tòxica de cap mena. No passa el mateix en la constipació ileo-cecal, en la qual les matèries romanen semifluides per l'arribada constant de líquids des de l'intestí prim, donant lloc a fenòmens d'estercoremia crònica, traduïts per trastorns dispèptics, abdominals, tòxics i infecciosos diversos, que fan que la malaltia que m'ocupa, s'etiqueti amb els diagnòstics més variats i fantàstics (malal-

tia de GLÉNARD, colitis, salpingitis, degeneració quística dels ovaris, histerisme, neurastènia, tuberculosi, febre de Malta, i, sobre tot, apendicitis).

#### ESTUDI COPROLÒGIC DE L'ESTASI INTESTINAL CRÒNICA

La composició de les matèries fecals en el còlon dret, es caracteritza en l'home sà, sotmès a règim mixte, especialment per la presència d'hidrobilirrubina i per la fermentació hidrocarbonada. Té, demés, les següents característiques:

1.<sup>a</sup> Forma pastosa, grumollosa, com un puré de patata, adherent al vas, de color groc ataronjat, molt fàcil de diluir, d'olor agre, i lleugerament butíric.

2.<sup>a</sup> Dóna reacció roja al sublimat, deguda a la presència d'hidrobilirrubina.

3.<sup>a</sup> S'hi troben cèl·lules de patata amb abundància, replenes, la major part, de midó.

4.<sup>a</sup> Midó lliure per fora de les cèl·lules de patata.

5.<sup>a</sup> Fibres musculars bastant ben atacades, a l'estat de masses grogues més o menys amorfes.

6.<sup>a</sup> Bastants àcids grassos en forma d'agulles.

7.<sup>a</sup> Escassa quantitat de ferment triptic, que contrasta amb l'abundància de l'amilolític.

8.<sup>a</sup> Reacció francament àcida.

9.<sup>a</sup> Nombroses bactèries i llevats, la majoria Graham-positius.

Cap d'aquests caràcters no reuneix la deposició del segment còlon descendent i nansa sigmoidea, en què les matèries són ja formades i el midó i la grassa han desaparegut, en què la reacció és neutra o alcalina, i les fibres musculars i les bactèries han disminuït enormement, essent una gran part d'aquestes darreres, excretades mortes.

Aquestes diferències de composició química i bacteriològica del contingut intestinal en aquests diferents segments, expliquen la simptomatologia de la constipació, segons predomini en el còlon dret o en l'esquerre.

L'estancament de les matèries en el còlon dret, dóna lloc forçosament a la producció de substàncies tòxiques elaborades a expenses de les albúmines, de les grasses i dels hidrats de carboni. Per la mateixa causa, les bactèries de l'intestí pul·lulen en desmesura, i travessant la mucosa alterada, enfilen pels vasos

limfàtics i sanguinis, donant lloc a tota una sèrie de complicacions.

Quan l'estasi ileo-cecal va fent-se permanent, apareixen trastorns de la mucosa, que fan canviar els caràcters del contingut intestinal. En efecte, ràpidament la mucosa del cec i colòn segrega un líquid abundant en albúmines, que es barreja íntimament amb la massa de matèries en digestió; aquest líquid entra en putrefacció, permetent el desenrotllament de substàncies tòxiques del nucli proteic i de les bactèries, que a costa d'ell germinen, augmentant i agreujant els símptomes d'auto-intoxicació.

#### TIPUS COPROLÒGICS D'ESTASI INTESTINAL CRÒNICA

##### 1.<sup>er</sup> *Tipus simulant la constipació habitual.*

Es tradueix per deposicions dures, caracteritzades per llur pobresa en aliments digestibles i en aigua. Es presenten en forma d'una massa molt dura, o en coprolits, de color fosc, molt coherents o trencadissos, segons la quantitat de sabons que contenen; d'olor molt feble, sense cèl·lules de patata, ni de midó, ni fibres musculars, ni glòbuls de grassa, amb rares bactèries, i sense llevats, amb traces d'amilasa, donant reacció neutra o lleugerament alcalina al paper de tornasol, i d'hidroilirrubina al sublimat.

Fins aquí tots els caràcters de la constipació baixa; com esbrinar si aquesta és filla d'una constipació dreta?... En primer lloc, pel dosatge dels àcids grassos volàtils. En el restrenyiment rectal, aquests hi són en quantitat mínima (2 a 4 c. c.), mentre que en el cecal hi són en abundància (fins a 16 c. c.), dades demostrades per FISCHER, CH. ROUX i GOIFFON, i comprovades pels meus amics i deixebles, GOICOECHEA i ARMENGOL.

En segon lloc, de tard en tard, apareix ja espontàniament, ja provocada per l'ús de laxants una desfeta diarreica més o menys dolorosa, episodi tan rar, que si no es crida l'atenció dels malalts, passa desapercebuda.

Els caràcters coprològics de dit episodi diarreic, són aproximadament els mateixos que vaig a descriure en el capítol següent:

##### 2.<sup>on</sup> *Tipus amb síndrome colític lleuger.*

Les deposicions tenen caràcters molt semblants al contingut normal de la regió ileo-cecal, les proves de fermentació a l'estufa i el dosatge dels àcids grassos volàtils, indiquen la in-

tensitat de les fermentacions al nivell de dit segment intestinal. Sempre s'acompanya de la presència de moc en petita quantitat, íntimament barrejat amb les matèries, i a l'examen microscòpic s'hi troben embolcallats en sa xarxa, qualques cèl·lules epitelials i qualques leucocits polinuclears.

Aquestes deposicions poden ésser evacuades cada quatre o cinc dies, i a pesar de tot, són pastoses, cada dia, i fins revestir un tipus diarreic, més ben dit, pseudo-diarreic, car l'examen coprològic i els raigs X demostren la llarga estada de dit contingut en el tram del cec.

### 3.<sup>er</sup> Tipus amb síndrome de colitis de putrefacció.

Quan per qualsevulla de les causes que produeixen l'estasi intestinal alta, hi ha retenció de matèries amb inflamació forta de la mucosa ceco-ascendent, es produeix una trassudació albuminosa intensa, que contribueix a modificar considerablement els caràcters de les deposicions. Aquests són els següents:

1.<sup>er</sup> Deposició unes vegades pastosa, altres líquida, barrejada amb escíbals de color fosc i d'olor pútrid.

2.<sup>on</sup> Reacció d'hidrobilirrubina.

3.<sup>er</sup> Cèl·lules de patata poc nombroses amb algun midó lliure.

4.<sup>rt</sup> Fibres musculars escasses ben atacades.

5.<sup>e</sup> Alguns glòbuls grassos constituïts especialment per àcids grassos.

6.<sup>e</sup> Reacció intensament alcalina.

7.<sup>e</sup> La prova de l'amilasa és negativa, no perquè ella no hi resti abundant, sinó perquè la gran putrefacció desenrotllada, priva que dit ferment obri, ja que n'hi ha prou acidificant el medi perquè es manifesti intensament son poder amilolític.

8.<sup>e</sup> Nombroses bactèries especialment del tipus anaerobi, predominant el *bacillus putrificus*, *bacillus sporogenes*, *bacillus Welchii* i altres com el *bacillus bifidus*, *proteus*, *piocianeus*, *aminophilus intestinalis*, *strepto i stafilococcus*, etc., etc., tots els quals tenen la propietat de produir substàncies fortament tòxiques, algunes d'elles francament hemolítiques.

Deia METCHNIKOFF, que la vellesa era una manifestació d'aquesta acció tòxica més o menys profunda, i el cirurgià anglès de grans concepcions, ARBUTHNOT LANE, qui fou dels primers a estudiar l'estasi intestinal crònica, cura la constipació rebel, i rebel vol dir dreta, ressecant el budell gros. Les matèries fecals dels seus operats no contenen segons ell, bacils de la

putrefacció, i si solament microbis que fan fermentar els hidrats de carboni.

A l'estat normal, l'organisme resisteix a aquestes putrefaccions intestinals defensant-se contra els microbis i sos productes, gràcies a la integritat de les cèl·lules de la mucosa intestinal, car quan aquesta vitalitat és alterada, la invasió de l'organisme és un fet.

D'altra part l'intestí es defensa normalment contra aquestes putrefaccions, dessecant les matèries, (les matèries pútrides són molt més tòxiques com més toves) però en l'estat patològic que vinc describint, això es fa quasi impossible d'una part, per l'estasi cecal, d'altra per la trassudació albuminosa, tot això afegit a què constantment arriben al cec matèries líquides o semi-líquides.

Si per qualsevulla causa aquesta estasi rebassa la vàlvula de BAUHIN i es fa ileal, llavors els fenòmens tòxics apareixen en totes ses manifestacions, ja que el budell prim absorbeix àvidament els productes tòxics resultants de la putrefacció, amb molta més intensitat que el budell gros.

Aquest tipus és aquell que veiem amb caquèxia profunda, amb un amagriment extraordinari, amb color terrós de la pell, que ha recorregut tots els metges i àdhuc ha sigut operat, una o algunes vegades.

#### 4.<sup>rt</sup> *Tipus amb falsa diarrea.*

Es una variant de l'anterior. Són malalts constipats, tres, quatre o cinc dies, al cap dels quals tenen una deposició líquida; aquesta evacuació, té tots els caràcters de la falsa diarrea, i està constituïda per un líquid d'hipersecreció intestinal barrejat amb matèries completament dures, per haver estat llarg temps en l'intestí. Aquesta falsa diarrea es reconeix fàcilment pel fet que existeixen matèries dures barrejades amb líquid, no és una pasta més o menys fluida i homogènea com en la veritable diarrea.

Encara existeix un altre caràcter coprològic; és la presència de membranes que no són altra cosa que moc coagulat, el qual no existeix en les dejeccions si les matèries no han estat llarg temps en l'intestí gros.

En certes formes d'estasi intestinal crònica d'aquest tipus, pot existir a temporades veritable diarrea, la qual es produeix pel següent mecanisme: les matèries permaneixen llarg temps en el budell gruixut, junt amb les bactèries, i les secrecions

albuminosos produeixen una colitis difusa, que dóna lloc a una diarrea semblant a la colitis banal.

5.ª *Tipus amb colitis mucosa.*

La colitis mucosa tots sabeu que es una colitis diarreica, però fa molt temps que crida l'atenció un tipus de colitis mucosa amb retenció estercoreal, sense que els autors hagin donat amb la causa. ALBERT MATHIEU diu en son llibre de Patologia gastro-intestinal «tal volta és necessari pensar, per explicar el retard de les matèries en una certa forma de colitis mucosa, en la gran abundància de moc que tapissa d'una part la superfície de la mucosa, i d'altra, dóna a les matèries fecals una consistència especial. Es possible que sots la influència d'aquest doble vernissatge, l'excitació de la mucosa sigui reduïda al mínim, i que el trànsit de la deposició es faci difícilment».

Nosaltres creiem que aquesta forma de colitis mucosa, és una complicació que es sobreafegeix a una lesió capaç de produir estasi estercoreal cecal (còlon dret mòbil, pericolitis membranosa, membrana de JACKSON i altres malformacions congènites o no del còlon dret).

Les coses deuen succeir de la següent manera: l'estasi del còlon dret provoca a la llarga lesions de la mucosa, al començament superficials i passatgeres, després més fondes i persistents que donen lloc a la colitis mucosa crònica. Al mateix temps aquesta mucosa inflamada produeix fases de limfangitis pericòlica, alteració de la capa muscular i reacció peritoneal traduïda per adherències inflamatòries que s'afegeixen a la pericolitis existent; adenopaties juxta-còliques, tot lo qual produeix una lesió definitiva de la paret intestinal amb alteracions del peritoneu, ja sots la forma de peritonitis crònica difusa, o d'adherències més o menys localitzades.

*Caràcters coprològics.*—Les deposicions poden faltar un o dos dies, rares vegades més. Després d'aquest curt període de constipació els malalts fan una o algunes deposicions d'un tipus característic. Són pastoses, excessivament abundants, molt homogènies i tenen tot l'aspecte de *buina de vaca*: són brillants i a la simple inspecció presenten reflexes lluents, ço que dóna la impressió que contenen gran quantitat de moc íntimament barrejat amb les matèries. Són demés molt voluminoses degut a la gran quantitat d'aigua i de moc.

Els mètodes clàssics d'examen coprològic permeten de posar en evidència l'abundància anormal de moc, que l'aspecte, la consistència i el volum de la deposició, havien fet suposar.

### 6.ª Tipus amb colitis muco-membranosa.

La colitis muco-membranosa com a entitat nosològica crec que deu desaparèixer, al meu entendre no és més que un quadre simptomàtic fill de l'estasi intestinal crònica.

Coprològicament es caracteritza per la constipació intensa i per la presència en les dejeccions de muco-membranes. A voltes, de tant en tant apareixen crisis de falsa diarrea, els caràcters de la qual ja havem descrit.

La producció de membranes d'alguna espessor no es comprèn sense una estada prolongada del mucus en el còlon, sense un cert grau de constipació. I la clínica demostra, en efecte, que la constipació és un gran factor patogènic de la colitis membranosa, tant, que jamai havem vist un cas, en el qual la constipació no existís, encara que algunes voltes emmascarada, per la falsa diarrea o per crisis diarreïques transitòries.

Creiem com A. MATHIEU i CH. ROUX que la presència de membranes en les deposicions líquides, és un signe coprològic de falsa diarrea, o d'estasi parcial en el còlon i nosaltres sentem l'afirmació categòrica que la colitis muco-membranosa, s'acompanya sempre d'estasi cecal; criteri sostingut després d'una sèrie d'anàlisis coprològics i radioscòpics.

## SIGNES D'AUTOINTOXICACIÓ

### PRODUÏTS PER L'ESTASI INTESTINAL CRÒNICA

Una de les característiques més importants de la malaltia que ens ocupa, és un conjunt d'accidents tòxics i infecciosos, deguts per una part a la reabsorció per la mucosa alterada, de productes nocius derivats de l'alimentació, i d'altra, a la de toxines procedents de bacteries abans esmentades, les quals obrant sobre els òrgans o aparells de l'economia, produeixen els trastorns que vaig a descriure.

*Sobre l'aparell digestiu.*—Llengua bruta, mal olor de l'alè, poca gana, amb conseqüència, disminució de l'alimentació, arribant a la inanició relativa i als trastorns que d'ella es desprenen; piorrea alveolodentària, digestions lentes i pesades, constipació amb alternatives de diarrea, dolors intestinals més o menys accentuats.

Per part del fetge, símptomes d'insuficiència produint un estat de colèmia habitual.

*Sobre l'aparell respiratori.*—Tòrax allargat, deformat, insuficiència respiratòria, algunes voltes tuberculosi.

*Sobre l'aparell circulatori.*—Fadiga d'esforç, fenòmens de vaso-constricció amb refredament de les extremitats, hipertensió arterial, a voltes hipotensió, arítmia sense lesió cardíaca i altres trastorns descrits per MACKENZIE en sa obra, i deguts segons ell, a símptomes d'auto-intoxicació d'origen estercoral. Anèmia més o menys marcada amb disminució del nombre de glòbuls rojos i d'hemoglobina, que a voltes s'exacerba en les crisis agudes de retenció coincidint amb l'aparició d'un tint sub-ictèric per hemolisi; a voltes mono-nucleosi.

*Sobre l'aparell uro-genital.*—Ptosi renal molt freqüent en el costat dret amb ses conseqüències; dismenorrea, esterilitat, a voltes pèrdua del desig sexual. VICTOR PAUCHET diu que en cert nombre de solteres operades que estaven amb agenèsia completa, al cap d'uns mesos de l'operació ha reaparegut el desig del matrimoni.

*Sobre el sistema nerviós.*—El símptoma més freqüent és la migranya, que no obeeix a cap mitjà de tractament i que s'agreuja seguint parelles amb l'estasi estercoral; estats neurastènics a voltes tan accentuats, que constitueixen veres psicosis. Quants estercorèmics van pel món etiquetats de neuròtics!

*Sobre el sistema endocrí.*—Símptomes d'hiper i hipo-tiroidisme. LANE assegura que l'estercorèmia crònica exerceix una gran influència sobre la patologia tiroidea, i creu que els golls són deguts a ella, amb molta més freqüència del que avui es creu.

Pigmentacions de la pell més o menys marcades, especialment en els plecs, fadiga muscular, aplanament general, és dir, símptomes que indiquen un trastorn de les glàndules suprarrenals.

*Sobre el sistema ossi, articular.*—LANE parla d'osteïtis condensant i rarefacient, d'escoliosi, de movilitat anormal de les articulacions, d'artritis, etc., etc.

#### SIGNES D'INFECCIÓ PRODUÏTS PER L'ESTASI INTESTINAL CRÒNICA

Aquest és un punt d'una importància extraordinària, i que el metge general deu tenir molt present.

Són molts els malalts amb trastorns lleugers del ventre en els quals el metge no fixa prou sa atenció, que tenen febre petita durant llarg temps, i que venen diagnosticats d'un procés

respiratori, o de melitensis, de colecistitis crònica, etc., etc. L'interrogatori minucios descobreix símptomes de constipació, amb crisis de colitis sub-aguda, i l'examen coprològic i els raigs X comproven una estasi cecocòlica, i solament drenant el seu budell per mitjans terapèutics mèdics o quirúrgics, és com s'arriba a la curació del seu procés.

Una altra forma més greu i molt freqüent és la següent: Es tracta de malalts desnodrīts, amb color terrós de la pell unes vegades, i altres amb tint sub-ictèric, que de tant en tant, 15 o 20 dies i a voltes més, tenen febre alta 38° a 39°. Es fa el diagnòstic d'infecció endo-digestiva o d'una septicèmia; es practiquen hemocultius i seroaglutinacions que són sempre negatives. Al cap d'uns quant dies i a voltes ja al començament de la malaltia, se'ls apareix un dolor més o menys intens en el costat dret del ventre, que uns diagnostiquen d'apendicitis, i altres de colecistitis. Al cap d'uns dies aquesta complicació desapareix, i la febre continua amb remissions més o menys marcades, i quan ja sembla que el malalt està bé, torna a reapareixer el dolor coincidint amb la puja de la temperatura, i amb aquestes alternatives van passant els pobres malalts temporades més o menys llargues de remissió, però jamai completament bé, ans al contrari cada dia més flacs, més decaiguts, arribant alguns a la caquèxia. L'interrogatori i l'exploració detingudes, permeten d'allunyar aquells processos, comprovant la palpació abdominal una resistència de la part dreta del ventre amb tumefacció dolorosa del cec i còlon ascendent. Tenen demés, un gran nombre d'ells, una característica que el qui no la coneix, l'ajuda a divagar, i és una anèmia marcada amb mononucleosi, símptoma que fa sospitar un procés tuberculós de l'apèndix o del cècum. Si tenim en compte tot lo dit en el transeurs d'aquest treball, podrem fer un bon diagnòstic, i aconsellar una terapèutica, que en aquest cas particular, deu ésser únicament i exclusiva quirúrgica.

A voltes, a conseqüència de l'estasi intestinal crònica, les bacteries intestinals poden franquejar la mucosa alterada, passar al torrent circulatori arribant fins al fetge, i eliminant-se per la bilis, produir atacs de colecistitis més o menys greus.

Una altra complicació de l'estasi del còlon dret es la infecció del ronyó, de la pelvis renal, i de la bufeta urinària deguda quasi sempre al coli-bacil.

Sempre que us trobeu enfront d'aitals infeccions urinàries penseu si la causa pot ésser una estasi intestinal.

## CONSIDERACIONS DIAGNÒSTIQUES

De tot lo dit anteriorment se'n desprèn que els malalts afectes d'estasi intestinal crònica són nombrosos. VICTOR PAUCHET va publicar en el *Journal de Medecine de Paris*, del 20 de Novembre de 1920, un article on diu: «Per descobrir els estàsics cal pensar-hi, buscant-los ja en els consultoris, ja en els establiments termals on van a buscar remei per un símptoma predominant. Els *gastròlegs* els curen per un ulcus o una enteritis. Els *ginecòlegs* per una salpingitis, ovari, quístic, retroversió, amenorrea, dismenorrea, esterilitat, menorràgia, agenèsia. Els *uròlegs* per ronyó mòbil, bacteriúria, pielo-nefritis gravídica. Els *ortopèdics* per escoliosi, o peu pla, o bé els apliquen faixes i pilotes de tots models. Els *dentistes* els curen per piorrea alveolo dentària. Els *laringòlegs* els treuen les amígdales, les adenoides, els cornets, l'embà nasal, mides justificades per la insuficiència nasal, respiratòria, i per les infeccions cròniques de la gorja. Els *dermatòlegs* els tracten per l'acné, l'hipertricosi, calvície precoç. Els especialistes *opoteràpics* per insuficiències tiroidea, ovàrica, hipofisària, etc., etc. Els *neuròlegs* són consultats per cefalees, insomnis irritabletat, depressió, i fan diagnòstics de neurastènia, neuropatia, histèria, etc., etc. Els trobem també a cal *radiòleg* que els examina per una lesió gàstrica, ometent la major part de vegades de fer l'examen complet del trànsit digestiu.

També trobem aquests malalts en les estacions termals, uns per guarir son estómac o son fetge, altres sa constipació, trastorns útero-ovàrics, reumatismes, etc., etc. A Suïssa n'hi acudeixen de tot el món, pul·lulant per les cases de règim on busquen engreixar-se».

Tal volta això transcrit resulti exagerat, però realment no ho és, i a mesura que la malaltia que ens ocupa serà ben coneguda pels metges, i es faran bons diagnòstics, els casos seran molt més freqüents del que ho són en l'actualitat.

En la història clínica dels malalts afectes d'estasi intestinal crònica hi menudegen els antecedents d'una intervenció quirúrgica anterior. En les meves fitxes hi consten operats d'apendicitis crònica (són els més), de degeneració quística dels ovaris, d'histeropèxia, de gastro-enterestomia, etc., etc. Cap d'aquests operats no va assolir la més petita milloria. Entre molts altres n'hi ha que han sigut operats mantes vegades.

Per acabar diré que sempre que un malalt presenti fenòmens d'autointoxicació, febre que no pot atribuir-se a cap causa ben definida, estat neurastènic acompanyat de migranya, restrenyiment amb insomni, fixeu-se bé en son aparell digestiu i us convencereu que no està sà. I si *sistemàticament* els feu un examen cropològic i una radioscòpia, més ben dit, una sèrie de proves radioscòpiques i ho dic així perquè l'interessant no és saber l'hora en què arriba el bismut a un lloc determinat sinó el temps que hi roman, arribareu a la conclusió que la major part de vegades esteu enfront d'un malalt d'estasi intestinal crònica.