

TRACTAMENT DE LES RECTO-COLITIS ULCEROSES

Pels Drs. JOSEP LENTINI i MANEL PIERA FLÓ

Entenem per recto-colitis ulcerosa una afecció que es caracteritza per la presència d'ulceracions en la mucosa recto-sigmoidea. La patogènia d'aquesta afecció és encara molt discutida, i davant dels molts agents considerats capaços de produir-la s'invoquen, la lues, la blenorràgia, la disenteria amebiana i la presència de paràsits intestinals. Bargen diu haver trobat damunt d'aquestes ulceracions un diplococ lanceolat Gram positiu que inoculat als animals d'experimentació, reproduïx la malaltia. Altres autors creuen que es tracta d'un atac a la mucosa per gèrmens intestinals exacerbats en la seva virulència, seguint el més freqüent d'ells el colibacil.

Bona prova del desconeixement d'aquesta afecció és la diversitat de nomenclatura amb què apareix en els llibres "recto-colitis ulcerosa", "recto-colitis ulcerativa", "colitis post disenterica de refugi", "colitis greu", "recto-colitis hemorràgica", "recto-colitis supurada", "recto-colitis úlcero-poliposa".

La malaltia d'evolució molt crònica, i podent tenir brots d'agudització passa succeïment per distints períodes, segons el desenrotllament de les lesions recto-còliques. En un primer període, en iniciar-se les ulceracions els malalts tenen moltes pèrdues de sang (són les anomenades rectitis hemorràgiques); mes endavant les ulceracions s'infecten, i els malalts acusen moltes pèrdues de pus per l'anús (són les rectitis purulentes); finalment veiem que es formen un cert nombre de formacions poliposes o de vegetacions en tota aquesta regió, podent arribar a ocluir la llum de l'intestí (són les recto-colitis poliposes), que poden produir oclusió intestinal crònica i àdhuc ileus agut.

Aquests malalts solen tenir temperatures discretes amb brots d'agudització, i solen tenir ademés altres lesions ano-rectals (hemerroides, fisura, etc.).

A l'acabament de l'afecció les lesions van remuntant progressivament el cólon descendent, el transvers, i fins poden arribar al cec, ço que origina als malalts fortes pèrdues de sang i pus íntimament barrejades, amb tenesme constant que els condueix aviat a la caquèxia.

El diagnòstic sois és possible mitjançant l'endoscòpia.

Al final de l'afecció el tractament deu ésser quirúrgic, practicant una cecostomia o un anus contra natura, que millora molt l'estat general dels malalts, però aquests es veuen obligats a suportar les penoses molèsties consecutives a aquesta operació. Una operació molt recomenada consisteix en seccionar el budell prim a uns 5 c. de la vàlvula ileo-cecal i exterioritzar els dos extrems; el proximal serveix d'anús artificial, i el distal per a irrigar el cólon. Si així hom logra la guarició de les lesions, hom pot reconstruir la llum de l'intestí, però nosaltres no hem pogut mai fer l'operació completa per persistir sempre el vessament hemàtic-purulent.

El tractament mèdic al començ pot donar resultats i evitar tan desagradables conseqüències. Hem provat tots els mitjans recomenats: rentats locals, pastes intrarectals, candeletes, acriflavina, rentats amb sonda intestinal d'Einhorn, sense obtenir sinó resultats transitoris. Darrerament hem recorregut a la vacunoteràpia en dos casos, amb resultats molt millors; d'ells, un guarit, altre en tractament encara; molt millorat.

Obs. 1.—D. M. de 30 anys, artista. Als 19 anys lues i blenorràgia molt ben tractades. Dos anys després d'aquestes afeccions venerees comença a tenir pèrdues de sang per l'anús en gran consideració, amb dolors abdominals en el moment de la seva expulsió. Ha seguit molts tractaments, puix ha estat hospitalitzada moltes vegades. Sempre Wassermann negatiu persistint-se no obstant, en el tractament específic. Fa un any, trobant-se en el seu poble va tenir hemorràgies de tal consideració que degué ésser transportada a Madrid en una ambulància; allí fou tractada sense obtenir milloria, ans el contrari, començà a expulsar pus per l'anús en gran quantitat. Quan la veiem, el seu estat és caquètic i la rectoscòpia demostra la presència d'ulceracions en tot el tram recto-sigmoideu fins a uns 15 c. de l'anús i essent recobertes de moco-pus. Davant del fracàs del tractament local recorrem a la vacunoteràpia. Exàmen del pus; leucocits relativament escassos; flora microbiana abundant i diversa, inte-

grada per bacils Gram negatius tipus coli, llevats, enterococ i bacils Gram positius, tipus subtilis, amb especial predomini del primer. Cultius en plaques d'agar usual i asc tic; l'únic germe desenrotllat en totes elles és un bacil immòbil Gram negatiu amb totes les característiques culturals sobre medis diferencials del colibacil. Vacunes preparades amb aquest germe: una emulsió per a ésser administrada per injecció subcutánea, una emulsió per a aplicació local en instilacions rectals i un brou-vacuna per a l'administració per os segons la t cnica de Gaehlinger i Becart. Des dels primers dies de tractament la malalta millora visiblement, desapareixent completament el vessament hemàtic-purulent, i acabat el tractament la rectosc pia no permet trobar ni vestigis de les antigues lesions. Ha pres en conjunt 25 injeccions; 25 ampolles per via bucal de 10 c. c. i 15 enemes de vacuna. Donada d'alta a últims d'octubre passat. En l'actualitat està completament bé.

Obs. II.—P. S. de 28 anys; treballa al metropolità. Fa tres anys, nosaltres ja la tenim diagnosticada de recto-colitis i ha millorat amb diferents tractaments, però torna a recaure tan prompte els abandona. Sempre hem vist a la rectosc pia ulceracions recobertes de pus crem s, el rectoscopi produeix hemorràgia. Examen directe del pus: leucocits abundants amb predomini de bacils Gram negatius, tipus coli. Cultius en plaques d'agar usual i agar-ascitis: creixement pur i luxuriós d'un bacil Gram negatiu amb totes les característiques morfològiques i culturals del colibacil. Vacunes preparades com en el cas anterior per a administració per les vies subcutánea, local amb enemes i per os. La malalta ha millorat molt i si encara no podem parlar de guarició  s perquè en introduir el rectoscopi es provoca encara una lleugera hemorràgia, però l'estat de la malalta  s excellent, havent pres 24 injeccions, 25 enemes d'emulsió a 4000 milions de gèrmens per c. c. i per ingesta 20 ampolles de 10 c. c. de brou-vacuna. Volem encara continuar aquest tractament.

Tenim altres dos casos en estudi i en tots dos hem trobat també el colibacil en gran abundància, malgrat que un d'ells és un pederasta, la recto-colitis del qual, per l'evolució i antecedents pot ésser diagnosticada d'origen blenorr gic.

CONCLUSIONS

- 1.—Les recto-colitis hemorràgiques, supurades i poliposes, representen diferents periodes d'una mateixa malaltia.
- 2.—La vacunoteràpia pot donar en certs casos excellents resultats.
- 3.—Manca de valor diagnòstic de l'examen microscòpic di-

recte pel fet que la major part dels g rmen observats són inertes i no es desenrotllen al cultiu.

4.—L'eficàcia de la vacuna permet pensar que els colibacils, únic germen desenrotllat en aerobiosi,  s també l'únic responsable de les lesions.

5.—L'èxit del tractament ha de relacionar-se amb la saturació de l'organisme per l'auto-germen vacunant i els seus productes tòxics i l tics absorbits amb el brou-vacuna de Gaehlinger i Becart.

Discussió: Dr. Fern ndez Pellicer.

Entenc que no és suficient haver aillat el colibacil en el pus de les secrecions rectals, per atribuir-li la patogènia de les lesions ulceroses, ja que el colibacil és un germen habitual del budell i sempre es troba. Creu que al bacil coli s'hi ajunten altres g rmen, que exalten la seva virulència i alguns d'ells, tipus pr teus per exemple, tenen ferments protel tics que són els qui poden necrosar la mucosa i produir les ulceracions. Per tal motiu crec que les vacunes cal que es preparin de la totalitat de g rmen que surtin en cultivar el pus obtingut directament de frotis de les lesions mitjançant rectosc pia.

A més de les autovacunes m'ha donat bon resultat, en un cas, el tractament per antiv rus.

Dr. Balcells:

Fora dels casos diagnosticats certament perquè es coneix la causa de la colitis ulcerosa. (Koch, disenteria, gonococ, etc.), existeixen una sèrie de malalts l'etiologia dels quals és desconeguda. Indubtablement són individus que per condicions especials la mucosa ha perdut les seves propietats de defensa, i les reaccions generals contra la infecció són deficientes.

En aquests, la medicació antisèptica, l'an s artificial amb rentats, i els medis generals (proteïnes, vacunes poliespec fiques), poden donar resultats. Que el coli influeixi  s natural, doncs és el més abundant, però no devien limitar-se a ell.

A més,  s precís fer un examen radiològic d'aquests malalts, per no caure en l'error d'oblidar un c ncer que per les seves pèrdues muco hemàtiques, es confongu s com es veu sovint amb una colitis hemorr gica, car en aquelles pèrdues s'hi troba també el coli amb abundància.

Rectificació: Dr. Piera Fló.

a) El fet que l'acció terapèutica hagi estat francament favorable, garantitza la significació del coli, en aquests casos, com a determinant de les lesions.

b) El pròteus no ha estat observat ni per examen directe ni per cultiu en cap cas.

c) Es molt possible que la preparació d'antivirús hagi estat indispensable en el cas del Dr. Fernàndez, però insistim que en els nostres, la resposta a la vacuna local, subcutània i per os, conjuntament, ha estat evident.

Dr. Lentini:

Al company Dr. Fernàndez Pellicer ha respost el Dr. Piera Fló. La vacuna ha estat sempre preparada amb productes recollits per endoscòpia, i no en la femta. Diu que deuen sempre acompanyar al coli altres gèrmens: Creiem que els emprem amb el procediment de Gaehlinger i Becart; però si sols desenrotlla el B. coli, és encara més demostratiu.

Al Dr. Balcells li diré que els nostres casos són de rectocolitis, no de neoplàsia, doncs tots viuen, sense trastorns greus. Respecte al valor de l'examen radiològic, crec que és inútil, ja que solament en casos molt avançats, sense possibilitat d'actuació mèdica, podria trobar-se algun signe radiològic: en la recto-colitis, el millor examen és sempre l'endoscòpic.