

LA TUBERCULOSI I LES INFECCIONS COLIBACILARS URINÀRIES

pel Dr. E. PEREARNAU.

Donada la gran freqüència de les infeccions colibacilars de l'aparell urinari i en els seus temps, la gran proporció de tuberculosi en el mateix, res té d'estrany que ambdues infeccions tinguin molt sovint en la clínica una estreta relació, no tan sols pels errors possibles de diagnòstic i que de fet es cometen no amb massa raresa, sinó que també com és senyalat per varis uròlegs la tuberculosi i la infecció colibacilar poden coexistir.

En efecte, tot i essent completament diferents baix el punt de vista de l'evolució i gravetat, tenen una gran analogia, respecte a llur patogènia; ja és sabut que la tuberculosi urinària és sempre descendent: primer és el ronyó que per via hematògena s'infecta, i després venen les lesions ureterals, vesicals, genitals etc.

Quant a la infecció colibacilar, si bé no es pot negar que en ella la via ascendent té les seves realitats nombroses, la via hematògena és molt més freqüent; en el que fa referència a la infecció renal colibacilar, aquesta és la que predomina, sinó és l'única seguida, com creu demostrar Mussumeci Grasso sobre qual propòsit portem feta una detinguda descripció en la nostra ponència del Congrés internacional d'enguany a Madrid.

Després, naturalment, que en la respectiva evolució de les infeccions, les diferències es fan tan remarcables, que no donen lloc generalment a errors de diagnòstic, però no obstant, aquests tenen lloc dissortadament massa sovint.

Tots sabem el nombre de cistitis que són tractades com a banals, essent així que són tuberculosos. Aquí naturalment, que ens referim a la multitud de casos en què el diagnòstic no s'ha fet degudament per cap impossibilitat, sinó perquè ha aparegut al

clínic o uròleg que es podia dispensar del degut examen histològic de l'orina, i l'absència de dades renals, no es pensa lacteriològic de l'orina, i enfront del síndrome típic de cistitis l'absència de dades renals, no es pensa en què pot ésser bacilar. El tractament com a cistitis colibacilar, dit està que no solament no dóna resultat, sinó que no poques vegades resulta agressiu; ja sabem que en les cistitis bacilars les sals de plata (nitrat, proturgol, colargol. etc.), empitjoren les lesions; la bufeta en protesta formament, provocant, ja hematuries, ja dissúries intenses, tenesmes, etc.

Però si aquests casos són fàcilment evitables, hi ha indubtablement d'altres, com han senyalat multitud d'uròlegs en què les cistitis comencen, apareixent colibacilars (o causades per altres microbis), i examinant bé el cas, al cap de més o menys temps, resulten tuberculoses. Nosaltres ho havem sospitat en diverses ocasions. Ho havem comprovat clarament en dos casos.

Una malalta va comparèixer a la consulta amb els símptomes d'una cistitis banal, ja coneguts. Examinat microscòpicament el sediment urinari, es trobaren: colibacils, sobretot i algun diplococ, extracel·lular. Tractada amb els deguts rentats de nitrat de Ag. i després de protargol, millorà molt, però no curà del tot, persistint lleugera piúria i qualque volta hematuries a l'acabament de la micció. La malalta va deixar el tractament alguns mesos, i tornà a venir amb una cistitis molt més intensa que a les primeries i queixant-se de dolors renals. A l'exploració el ronyó dret es tocava i era sensible. Examinant el sediment no es trobaren més colibacils ni altres microbis a la coloració ordinària, però la investigació del bacil de Koch, si bé fou negativa pels colorants especias, no fou així el resultat de les inoculacions als conillets que fou marcadament positiva. La malalta, que per altres exploracions es va confirmar que era una tuberculosa del ronyó dret i bufeta, fou operada a Alger, d'on procedia pel Dr. Bernascogni.

L'altre cas que recordem, les coses van anar d'altra manera. Una malalta també que va venir a parar a nosaltres, com passa sovint a tots els uròlegs, després d'haver recorregut altres companys: amb una cistitis que no minvava quasi en absolut des de les primeres cures que se li efectuaren. Portava dos exàmens histobacteriològics fets per companys competents i de tota confiança, apareixent el colibacil sempre, en els tres exàmens efectuats. Nosaltres havem de confessar que, variant quelcom el tractament, vàrem tractar-la com a cistitis colibacilar i vàrem atribuir el caràcter rebetle a l'origen intestinal (una colitis crònica

molt antiga que sofria) fins que ens donàrem compte que tant amb el tractament d'aquestes com de la mateixa cistitis, aquesta més aviat empitjorava; vàrem decidir fer altres anàlisis microscòpics, trobant al mateix temps que el colibacil, per la col·locació simple, el de Koch, pel Ziel. Això que no és freqüent ni molt menys, va explicar-nos el per què de tant temps passat sense milloria, millor dit, amb empitjorament. Llavors també vàrem donar-nos compte que si els altres i nosaltres mateixos haguéssim examinat minuciosament la malaltia, hauríem vist quelcom en favor de la tuberculosi i fent la cistoscòpia, puix tenia una relativa bona capacitat i el cateterisme ureteral, el ronyó dret donava piúria, amb el bacilus de Koch; a més, oferia el signe de Colombino, o sigui les alteracions leucocitàries, que potser exageradament, aquest autor dona com a patognòmiques, però que indubtablement constitueixen una dada a favor de la tuberculosi. Aquesta malaltia va desaparèixer en prendre's malament la nova de què era tuberculosa renal, però després tornà, i li practicàrem la nefrectomia, curant de les lesions urinàries, encara que no completament: la cistitis no del tot, i la colitis sense modificar-se quasi bé gens.

Quant a la tuberculosi renal, sense tenir en compte les lesions més o menys intenses de cistitis i a la infecció colibacilar dels ronyons, tots els uròlegs saben la relativa freqüència amb què pielonefritis colibacilars o causades per altres microbis, (enterococs, estafilocs, estreptococs, etc.), lleugeres pìonefrosis degudes als mateixos microbis, ectòpies renals amb pielonefritis degudes a la infecció de la retenció renal que sovint les acompanya, són qualificades, no profunditzant l'examen clínic ni bacteriològic com a tuberculosi renal. Això que en general fa perdre bastant temps, no té les conseqüències del cas invers, que no es deixa de veure bastantes vegades, o sigui confondre una tuberculosi renal amb una pielonefritis colibacilar, per ex. llavors el tractament, sobretot si es practiquen rentats de la pelvil renal, pot ésser molt perjudicial, puix lluny de millorar les lesions, empitjoren; i més del temps que es perd.

Nosaltres volem fer remarcar, com per les cistitis els fets, que no són precisament errors de diagnòstic, sinó de coexistència o associació del bacilus tuberculós, de lesions tuberculoses amb la infecció colibacilar, fet senyalat per molts observadors, particularment per P. Proust, L. Petit, Pasteau, Vincenti, Mtsumeci-Grasso, etc.

Recordem dos casos, ben demostratius. Un malalt que el

tractarem per una pielonefritis colibacilar pertanyent al síndrome entero-renal, puix després d'un llarg període d'èxtasi intestinal, li va aparèixer la pielonefritis. No millorant quasi gens pel tractament intestinal, i per les altres medicacions urinàries: urotropina, cilotropina, distensions vesicals, etc., vaig decidir-me pels rentats de la pelvis renal, però al tercer d'aquests, vaig notar que lluny de millorar empitjorava notablement: hematúries, dolors renals, lleugera febre, etc. Llavors vaig fer repetir l'examen bacteriològic que fou fet abans, demostrant l'existència del colibacil. Però al nou examen, també n'hi havien amb molt menys proporció, però en canvi, es trobà els bacils de Koch. L'evolució de les lesions, donaren un canvi en l'aspecte clínic, fent-lo indubtable de tuberculosi renal del costat esquerre. Cosa remarkable, la pielonefritis que era doble des del començament la del dret minvà considerablement, i el cateterisme ureteral sols demostrà l'existència del colibacil; no fou mai possible trobar el bacil de Koch en aquest costat.

L'altre fa referència a una dona que fou tractada com a pielonefritis banal colibacilar, inclús amb rentats de la pelvis renal per un distingit uròleg, no trobant milloria. Quan la vaig veure per primera vegada, ja oferia tot l'aspecte clínic de tuberculosi renal; augment de volum del ronyó, piúria, hematúries, dolors renals del costat lesionat, i de l'altre, amagriment, etc., amb radiografies negatives. En la piúria, es trobà el bacilus de Koch i a més, el colibacil. La malalta, que venia amb minuciosa documentació de l'uròleg que la tractà anteriorment, es demostrava que cinc mesos abans no fou mai possible trobar el bacil de Koch, en cap dels pus procedents de cada un dels ronyons i les inocularions resultaren sempre negatives. Evidentment, que llavors, ja mateix, l'hauria tractada de la mateixa manera.

En el nostre entendre, tant aquests com els de cistitis, són exemples de la coexistència del colibacilus amb el tuberculós i potser encara millor; de la preexistència del colibacil o sigui, que és molt possible que al començament de la tuberculosi, quan es fa tan difícil arribar a trobar el bacil de Koch, les lesions congestives de la bufeta o de la pelvis renal constitueixen un terré abonat per la pululació del colibacil, que com sabem, tan fàcilment pot arribar al ronyó o a la bufeta mateix, en aquesta, per vies directa o ascendent; els mateixos sondatges fets per tractar una cistitis, s'encarreguen no poques vegades de fer-hi arribar el germen.

No solament això, sinó que en els casos avençats de tuber-

culosis renals, amb lesions antigues, amb caverne, Albarran, ja va demostrar que el bacil de Koch desapareixia de l'orina, i molt freqüentment es trobava el colibacil en el pus de l'orina, que pel mateix mecanisme del síndrome enterorenal descrit, hauria vingut a implantar-se a les lesions tuberculoses. Naturalment que en aquests casos és importantíssim diagnosticar abans les lesions tuberculoses, essent la terapèutica essencialment diferent.

Acabarem cridant l'atenció d'un fet molt repetit; essent tan freqüents les colibacilosis gravídiques, el clínic, enfront de símptomes urinaris en una embarassada, pensa tot seguit en la pielonefritis gravídica, sense analitzar el suficient, ni demanant moltes vegades el concurs de l'uròleg, doncs l'embaràs no impideix naturalment que pugui tenir altres infeccions urinàries, que podria tenir sense estar embarassada. Això és deplorable quan es tracta de la tuberculosi, sobretot, a més de què pot tenir litiasis, altres pielonefritis no colibacilars, etc.

Recordem, per acabar del tot, un cas ben demostratiu: un tocòleg per demés molt distingit d'aquesta, ens recomanà una senyora, embarassada, amb símptomes de pielonefritis crònica; tingué lloc el part i puerperí molt acceptable, i continuant la rebeldia de la pielonefritis gravídica, segons ell, als catorze mesos vàrem poguer diagnosticar, que tant l'enfermetat actual com els símptomes urinaris precedents no eren més que una tuberculosi urinària. Afortunadament per ella, la nefrectomia ens permeté donar compte d'un ronyó amb tubèrculs miliars corticals i a la vegada puonefrosis lleugera, curant-se completament la malalta als vuit mesos de l'operació.

Discussió: Dr. Serrallach.

La colibacilúria en la tuberculosi renal pot ésser primitiva i pot ésser el punt de crida on s'implanta *a posteriori* el bacil de Koch, com ve a conseqüència de la gonocòcia, de l'estroptocòcia, etc., o pot ésser primitivament tuberculosa, i després d'infectar-se pel bacilicòli o per altres gèrmens, i llavors és secundària la colibacilúria. Tot això porta a la conclusió de què si la piúria asèptica pot ésser un medi quasi infalible de diagnòstic, quan la infecció és plurimicròbia cal no despreciar el diagnòstic de tuberculós i esforçar-se en la busca del bacil de Koch si els símptomes clínics ho aconsellen.

Dr. Gil Vernet:

Estic conforme que és molt freqüent observar colibacilúries en ronyons tuberculosos; és una dada de gran interès pràctic procedir en els casos dubtosos a l'examen funcional del ronyó, doncs quan es tracta d'una simple pielitis colibacilar no hi ha dèficit funcional, mentre que en els casos de tuberculosi renal van sempre acompanyats de dèficit funcional més o menys marcat, segons el grau de lesions.

Rectificació:

Molt agraït als Drs. Serrallach i Gil Vernet per l'honor que m'han fet en prendre part en la discussió.

Al Doctor Serrallach, en part conforme amb la qüestió de la tuberculosi primitiva o secundària, segons no s'hagin trobat o sí, altres microbis, particularment el colibacil. Però això és més qüestió de forma, que de veritable concepte.

Jo volia dir, que tant en els casos en què hi ha el colibacil o no, són sempre de tuberculosi renal al començament, o sia sempre primitiva dintre de l'aparell urinari.

Al Dr. Gil Vernet, també conforme que en els casos de tuberculosi renal el dèficit funcional està més o menys alterat, al contrari de les infeccions colibacilars (que si no hi ha destruccions dels ronyons) el dèficit funcional és quasi intacte.

Però s'ha de tenir en compte que tracto de les tuberculosis urinàries al començament, i en aquest casos, també pot no haver-hi cap deficiència funcional.