

TRABAJOS DE LA 3.ª CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL DE LA
SANTA CRUZ Y SAN PABLO (PROF. DR. FRANCISCO ESTAPÉ)

TRATAMIENTO DE LAS COLITIS POR LAS VACUNAS «PER OS» RESULTADOS OBTENIDOS CON LA «COLILISINA» (*)

por el doctor

DIEGO MOXÓ QUERI

de Barcelona

Desde hace algún tiempo venimos empleando en el tratamiento de las colitis la vaccinoterapia por vía bucal.

Siendo la flora intestinal normal y patológica múltiple (se han llegado a aislar hasta 40 especies bacterianas) la vacuna ideal sería la que las reuniese todas o cuando menos un gran número de ellas; pero las dificultades de cultivo y obtención son tan considerables, que hacen que, por ahora, sea preferible contentarse con el germen que domina sobre todos los demás y que puede considerarse de una constancia casi absoluta: este germen es el Colibacilo.

De las varias vacunas colibacilares que hemos ensayado, adoptamos en definitiva la "Colilisina", tanto por su composición, como por los buenos resultados que con su empleo venimos obteniendo.

La "Colilisina" que prepara el Laboratorio Experimental de Terapéutica Inmunológica de Barcelona, se diferencia de las demás vacunas colibacilares, en que en ella se unen a la vacuna biliada, los restantes elementos que contribuyen a producir un estímulo inmunógeno, esto es, el bacteriófago, elemento vivo que invade el cuerpo de la bacteria patógena y evita su reproducción, y el antiviral, del que se ha demostrado que al impregnar de él los medios de cultivo se opone al desarrollo de la bacteria o bacterias correspondientes.

La "Colilisina" se encuentra en el Comercio en cajas conteniendo diez dosis de 2 c. c. cada una.

Nuestras observaciones se refieren, en el término de un año, a treinta y dos casos de colitis crónicas de las llamadas criptogénicas, esto es, de origen no específico. De estos treinta y dos casos hemos escogido al azar diez de ellos cuyas historias clínicas exponemos al final: el diagnóstico se hizo en tres casos por el examen coprológico y el radiológico, en cinco por el análisis coprológico solo, y en dos, en los que no pudieron practicarse exámenes complementarios, por la historia y la exploración clínicas.

(*) Comunicación leída en el I Congreso Nacional de Patología Digestiva celebrado en Valencia en marzo de 1931.

Hemos excluido del tratamiento por la "Colilisina" las llamadas dispepsias intestinales (dispepsias gastrógenas, fermentativas, pancreáticas, motoras, etc.) por considerar que en ellas es el tratamiento dietético auxiliado de algunos medios farmacológicos, pero no de vacunas, el que resuelve el cuadro morbo. Pero diremos de paso que hay que ser muy cautos en el diagnóstico de estas dispepsias, ya que son cuadros sindrómicos que se presentan en forma exclusivamente tal muy raras veces y aun durante poco tiempo, pues la acción nociva que sobre la mucosa intestinal ejercen, por ejemplo, los residuos alimenticios indigeridos de la dispepsia gastrógena o los productos, lesivos para el intestino, de la dispepsia de fermentación (ocasionan el desarrollo de colitis, que aparecen relativamente pronto si aquellos síndromes dispépticos no fueron objeto de un precoz y bien dirigido tratamiento.

Y muchas veces, en enfermos diagnosticados de dispépticos intestinales, exámenes coprológicos bien practicados, revelan que se trata de colíticos: ya sabemos (como GOIFFON y recientemente GALLART, en un interesante y documentado trabajo sobre "El síndrome coprológico de las colitis" han demostrado) que no es necesario el hallazgo de moco en una deposición para el diagnóstico de la colitis, ya que el moco puede estar digerido o desintegrado, y en tales casos el diagnóstico debe basarse en la presencia de los grumos mucosos ("amas mucoides" de GOIFFON), en la reacción de la deposición, y sobre todo en la constatación de valores amoniacales elevados que indican la presencia de material putrescible con desarrollo del proceso putrefactivo, y en la comprobación de una reacción anormalmente intensa de núcleo proteidos o positiva de albúmina disuelta, indicio esta última, como probaron hace ya tiempo ALBU y ROSELL, de gran lesión inflamatoria, e incluso ulcerosa de la pared intestinal.

Comprobación de lo que decimos la vemos en las historias clínicas que exponemos al final: los casos números 1, 3 y 5 ofrecen cuadros que recuerdan la dispepsia fermentativa, en especial el n.º 3 que aparece con valores de ácidos grasos volátiles de 18 %; pero la pre-

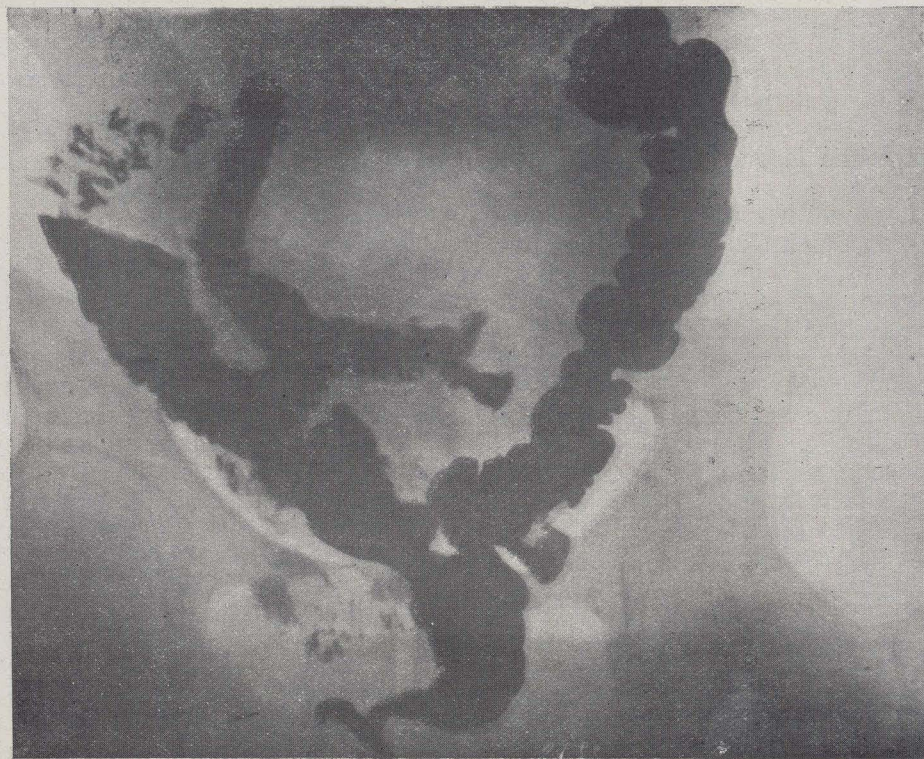
sencia de cantidades de moco y grumos mucosos, y los valores amoniacaes altos, indican que se trata en realidad de colitis.

Que el no hallazgo de moco no excluye la colitis lo vemos, por ej., en nuestro caso n.º 2, en el que los demás caracteres son suficientes para el diagnóstico: en los restantes casos hemos hallado siempre moco, pero esto sólo no bastaría para diagnosticar la colitis ya que el moco, tratándose de colitis es necesario que aparezca íntimamente mezclado con la deposición y en partículas de pequeño tamaño que se descubren al desleír el excremento con las varillas, no teniendo ninguna relación por lo tanto con el síndrome colítico la mucosidad que aparece en grandes masas, rodeando la deposición e independiente de ella, como ocurre por ejemplo en

(historias números 1, 2, 5, 6, 7 y 8); en tres se ha obtenido una notable mejoría (4, 9 y 10) y finalmente el n.º 3 no pareció beneficiarse del tratamiento.

De los casos curados, los números 2, 7 y 8 corresponden coprológicamente al cuadro típico de la colitis con putrefacciones, reacción alcalina y valores amoniacaes elevados; en los casos 1 y 5 se unen a cifras amoniacaes también altas, valores superiores al normal de ácidos grasos volátiles, lo cual, junto a la reacción ácida, prueba que se trata de colitis en las que el proceso de putrefacción aparece desfigurado por el desarrollo anormal de fermentaciones; y en el caso n.º 6, si bien no pudo practicarse examen coprológico, de los datos clínicos se deduce el diagnóstico de colitis.

Los números 4, 9 y 10 corresponden a mejorías: en



Radiografía n.º 1

J. M. 20 mayo 1930. A las 12 horas de la comida opaca

la mixorrea nerviosa y en el estreñimiento disquético o rectal.

También hemos excluido las colitis de causa específica tóxicas y parasitarias, estas últimas bastante frecuentes sobre todo la producida por *Lamblias*, de la que recientemente hemos observado dos casos y de cuya frecuencia en nuestra región hace el Profesor GALLART acertados comentarios en el trabajo antes mencionado: estas colitis tienen su peculiar y determinado tratamiento y sería vana tentativa emplear en ellas la vacuna colibacilar.

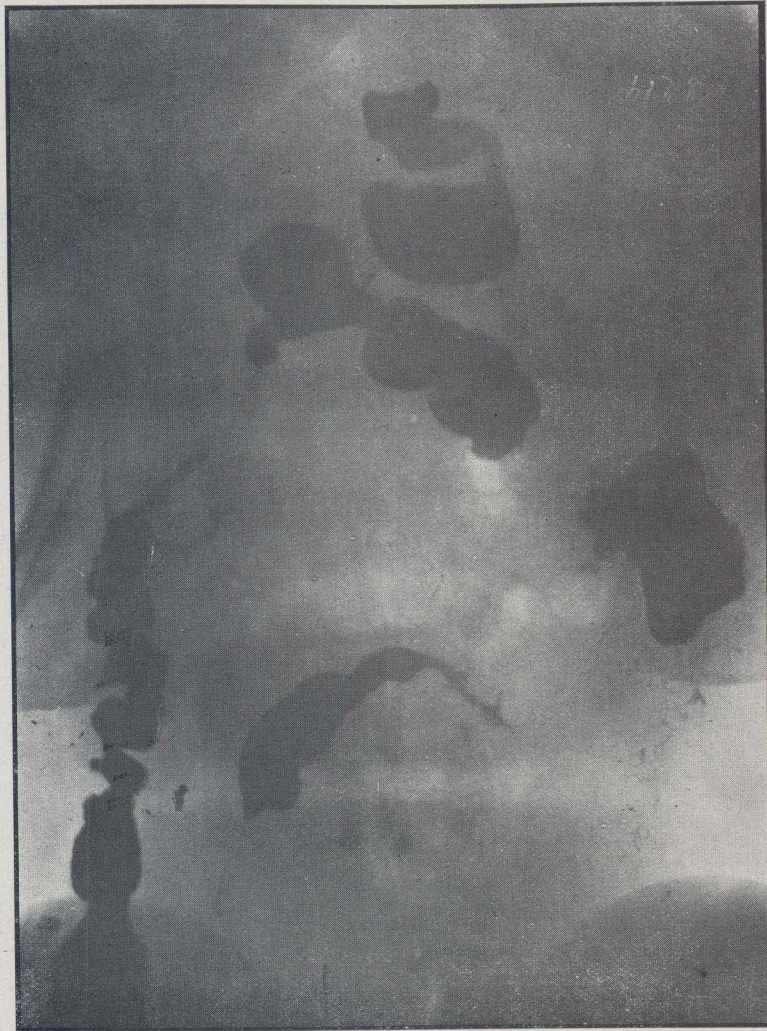
En nuestras historias aparecen, pues, diez casos de colitis pura: de ellas, aunque todas de fecha relativamente reciente, podemos hablar de curación en seis

los números 4 y 10 el escaso tiempo transcurrido en observación, junto (en el núm. 4) con la larga duración de la enfermedad, nos hacen abstenernos de afirmar la curación a pesar de encontrarlos perfectamente un mes después de empezar el tratamiento; en el n.º 9 la mejoría es también notable, pero no puede hablarse tampoco de curación según el criterio que más abajo exponemos.

Finalmente el n.º 3, no obedeció al tratamiento, ya que tan pronto abandona el régimen proteico reaparecen las diarreas. Obsérvese que este caso es el que da valores de ácidos grasos más altos (18 %); corresponde, como los números 1 y 5 a la colitis de tipo fermentativo, y sin embargo en aquellos casos pudo lograrse

la curación, y en éste no hemos obtenido resultado apreciable con las vacunas. Tal vez obedezca ello a que el cuadro de colitis con fermentaciones pueda producirse por dos mecanismos: ya siendo lo primero las fermentaciones, es decir, iniciándose el cuadro por una dispepsia fermentativa que ocasione secundariamente

rreas eran pertinaces, la aparición de un ligero estreñimiento, objetivo al que creemos debe tenderse en tales casos, sin busear, desde luego, estreñir en exceso, ni mucho menos estreñir con opio ya que de este modo sólo se lograría una mejoría aparente que en nada disminuiría el fondo del proceso colítico.



Radiografía n.º 2

C. R. de B. 14 julio de 1930. A las ocho horas de la comida opaca

una colitis, ya siendo lo primero la colitis, que por el hecho de la hipermotilidad refleja a que da lugar en todo el trayecto intestinal, ocasiona la llegada al ciego de materiales feculentos en mala digestión que constituyen material fermentescible. Se comprende que en este último caso los tratamientos dirigidos contra la colitis mejorarán en consecuencia el proceso fermentativo, lo cual no ocurrirá cuando sea la dispepsia de feculentos la responsable de la colitis.

El criterio que nos ha guiado, para el diagnóstico de curación, ha sido, aparte la mejoría del estado general y de los trastornos subjetivos, la vuelta a las deposiciones normales observadas durante un período suficiente de tiempo, y aun en los casos en que las dia-

Puede objetársenos, que un gran número de colitis crónicas, obedecen bien a un tratamiento dietético-farmacológico bien dirigido, pero nosotros, comparando los resultados obtenidos con enfermos tratados por esos medios corrientes, y los tratados por la vacuna oral y especialmente por la "Colilisina" encontramos en estos últimos curaciones más rápidas y duraderas. Véase el ejemplo de la historia clínica n.º 2 en el que la "Colilisina" logró en poco tiempo una curación que no había podido alcanzarse por el tratamiento corriente; véase también el n.º 7, que tratado perfectamente por un prestigioso internista no había logrado buenos resultados hasta que empleamos la vacuna "per os".

Que el tratamiento dietético es indispensable en la

terapéutica de las colitis, como lo es en la gran mayoría de las enfermedades digestivas, lo consideramos algo tan evidente, que ni siquiera hemos intentado emplear la "Colilisina" sin prescribir un régimen adecuado: los medicamentos, son en estas enfermedades, coadyuvantes, a veces poderosísimos de la dieta, pero ésta debe ser practicada siempre durante un período suficiente de tiempo.

Exponemos a continuación las historias clínicas de nuestros enfermos:

OBSERVACIÓN N.º 1.—J. M., 53 años, casado, farmacéutico. Viene a nuestra consulta el 19 de mayo de 1930 por indicación del Dr. LACALLE.

color claro, y olor ligeramente agrio. Residuos alimenticios, en especial feculentos, sin digerir. Mucosidades y grumos mucosos. Reacción débil ácida. Ácidos grasos volátiles por ciento: 10. Amoníaco: 6. Reacción de núcleo-proteidos, intensa. Prueba del termostato débil positiva. Examen parasitológico negativo. Presencia de flora yodófila.

Tratamiento.—Dieta blanda protectiva con pocas féculas. Creta preparada después de las comidas. *Colilisina*: un tubo al día, una hora antes del desayuno.

Vemos de nuevo al enfermo el 23 de junio: ha mejorado notablemente, logrando deposiciones formadas pero persistiendo algún día diarrea. Le aconsejamos



Radiografía n.º 3

C. L. de P. 17 octubre 1930. A las 8 horas de la comida opaca

Hace 30 años tuvo unas diarreas; siempre ha llevado una vida muy activa de trabajo.

Hace cinco años tendencia a diarreas que han aumentado en los últimos tres años. Ordinariamente depone tres veces al día con deposiciones pastosas o líquidas, con mucosidades, exacerbándose sus trastornos con el cansancio y con el frío.

Examen radiológico.—Véase radiografía n.º 1. En ella se observa la desigual repleción de los distintos segmentos del colon. La mitad izquierda del transversal aparece vacía de papilla y también se ve una desigual y deficiente repleción del ángulo cólico derecho.

Examen coprológico (1).—Excremento pastoso, de

(1) En todos los exámenes coprológicos que citamos se ha sometido al enfermo durante tres días al régimen de prueba de Schmidt.

continuar el tratamiento, añadiendo algunas inyecciones de Proteínas.

El 20 de septiembre el enfermo explica que desde hace dos meses ha vuelto a la alimentación normal encontrándose muy bien, pero hace pocos días con motivo de una transgresión de régimen han vuelto a presentarse molestias de vientre y diarreas. Nuevamente una dieta apropiada y otra serie de Colilisina consiguen una mejoría, y en enero pasado el enfermo manifiesta encontrarse perfectamente, a pesar de practicar una alimentación muy amplia.

OBSERVACIÓN N.º 2.—C. R., de B., 48 años. Casada. Visitada el 9 de julio de 1930.

Hace 24 años gastroenteritis (?) aguda febril, con vómitos, diarreas, etc. Nueva gastroenteritis hace 16 años. En los veranos siempre tendencia a diarreas.

Hace cuatro años diarreas pertinaces, con dolores difusos de vientre, alternando con breves períodos de constipación. Pesadez epigástrica, ardores, regurgitaciones agrias sin relación con la ingesta.

Examen radiológico.—En la radiografía n.º 2 observamos una imagen clara de colitis con probable pericolicitis. Segmentos cólicos espasmodizados; desigualdad de repleción.

Examen coprológico.—Mala digestión. Grumos mucosos en abundancia. Ausencia de mucus. Reacción alcalina. Ácidos grasos 4'2. Amoníaco 9. Prueba del termostato negativa. Reacciones de núcleo-proteidos y albúminas disueltas, positivas. Examen parasitológico negativo.

Tratamiento.—Régimen de colitis. Carbonato y salicilato de bismuto. *No se administra de momento la Colilisisina.*

Un mes después la enferma ha mejorado pero muy poco; con algunos días de estreñimiento persisten otros, los más, de diarrea.

Entonces prescribimos la "Colilisisina", un tubo al día en ayunas. La enferma mejora y el 19 de septiembre vuelve a consultarnos por un brote de urticaria que obedece bien al tratamiento antianafiláctico. Las deposiciones son diarias y normales.

Suspende después la Colilisisina, y volvemos a verla en enero pasado: su estado general es perfecto, ha aumentado de peso, y sus funciones intestinales se verifican normalmente con sólo una ligera tendencia al estreñimiento que obedece bien a los laxantes suaves de aceite mineral.

OBSERVACIÓN N.º 3.—E. S., 53 años. Casado. Visitado el 16 de julio de 1930.

Historia de lúes, blenorragia, excesos de comidas, alcohol y tabaco.

Desde hace 28 años, tendencia a diarreas con mucosidades. A veces diarreas profusas. En los intervalos estreñimiento.

Hace un mes diarrea copiosa.

Examen coprológico.—Deposición diarreica, amarillenta, espumosa, de fuerte olor agrio. Moco en abundancia. Gran cantidad de feculentos indigeridos. Reacción ácida. Ácidos grasos 18. Amoníaco 5'2. Prueba del termostato positiva. Reacción de núcleo-proteidos intensa. Flora yodófila.

Tratamiento.—Dieta proteica blanda. Carbonato de calcio. "Colilisisina" (un tubo al día).

Mejoría notable a los 15 días, que desaparece al intentar la realimentación de féculas.

El enfermo vuelve a mejorar con régimen albuminoso, y hasta la actualidad le hemos vuelto a ver varias veces pero siempre es necesario mantenerle a una dieta restringida de féculas y celulosa pues de lo contrario, sobrevienen fácilmente recaídas.

OBSERVACIÓN N.º 4.—R. C., 40 años. Casado. Lo vemos el 2 de agosto de 1930, después de 4 años en que lo habíamos tratado con ROSELL de colitis crónica antigua. El examen parasitológico de las heces fué siempre negativo.

Su historia data de 10 años en que empezó con diarreas profusas, a veces diez y doce deposiciones diarias.

Hace 4 años mejoró con dieta, bismuto y proteínas, volviendo a recaer después.

Recientemente, tratado por otro especialista volvió a mejorar, pero hace 15 días han reaparecido intensas diarreas.

Tratamiento.—Dieta protectora. Salicilato de bismuto. *Colilisisina* (dos tubos diarios).

Le vimos dos meses después, encontrándose bien, con tendencia a la constipación. Le aconsejamos tomar un mes más la "Colilisisina", y posteriormente no hemos vuelto a verlo.

OBSERVACIÓN N.º 5.—A. P., soltero, 24 años. Médico, de Barcelona. Le vemos el 8 de agosto de 1930.

Desde hace 8 meses grandes diarreas, con mucosidades de pequeño tamaño.

Examen coprológico.—Deposición diarreica. Amarillenta, de olor agrio. Moco y grumos mucosos. Mala digestión. Reacción ácida. Ácidos grasos, 10. Amoníaco, 6. Prueba del termostato débil positiva. Reacción de núcleo-proteidos intensa.

Tratamiento.—Dieta albuminoidea blanda. Carbonato de calcio. Cachets de pepsina, pancreatina y diastasa.

A los 15 días el enfermo manifiesta que el carácter de las deposiciones ha cambiado: son oscuras y ligeramente fétidas, pero la diarrea persiste, con mucosidades.

Entonces instituímos una dieta protectora mixta y "Colilisisina" (un tubo diario).

Un mes después, el 29 de septiembre, el enfermo se encuentra perfectamente, y empieza, con buenos resultados, un régimen más amplio.

OBSERVACIÓN N.º 6.—C. R. 9 años. Visitado por primera vez el 21 de noviembre de 1930.

Manifestaciones raquílicas de las que ha sido tratado por varios especialistas, y principalmente con buen éxito por el Dr. EMILIO ROVIRALTA. Siempre tendencia a diarreas.

Desde hace un mes, exacerbación de las diarreas; dos o tres deposiciones al día; fuertes dolores de vientre.

Tratamiento.—Dieta blanda. Carbonato de calcio. Nateína. "Colilisisina" (un tubo al día).

Visitado de nuevo el 5 de febrero pdo., le encontramos perfectamente, habiendo ganado 5 Kg. de peso, con buen apetito, deposiciones normales y ausencia de dolores espontáneos y a la presión.

OBSERVACIÓN N.º 7.—C. L. de P. 37 años. Casada. Visitada el 16 de octubre de 1930.

Seis abortos (por fibroma). Hace 10 años pequeñas manifestaciones respiratorias bacilares de las que fué tratada con éxito por el Dr. REVENTÓS.

Hace 1 año, después de un aborto laborioso que requirió un raspado, empezaron molestias de vientre, pesadez, dolores y diarreas que se presentan a temporadas con ligeras remisiones que sólo se sostienen a condición de seguir estrictamente el plan dietético y medicamentoso acertadamente establecido por un compañero internista.

Examen radiológico.—Véase radiografía n.º 3, en la que se aprecia el colon transversal vacío en casi su totalidad.

Examen coprológico.—Deposición diarreaica fétida. Mala digestión. Abundante mucus y grumos mucosos. Reacción alcalina. Ácidos grasos volátiles, 7. Amoníaco, 8'2. Pruebas de núcleo-proteidos y albúminas disueltas positivas.

Tratamiento.—Dieta blanda como la que viene practicando. Carbonato de bismuto. "Colilisina" (dos tubos diarios).

Dos meses después la encontramos muy mejorada, con excelente estado general. Ligero estreñimiento. Manifiesta haber dejado la "Colilisina" después de tomar sesenta tubos, y actualmente, con moderación, come casi de todo.

OBSERVACIÓN N.º 8.—L. S. 34 años. Casado. Le vemos el 17 de diciembre de 1930, por indicación del Dr. SABBATA.

A los 17 años molestias gástricas que no precisa.

Hace 7 años diarreas que cedieron a un tratamiento. Epocas de constipación. Hemorroides.

Desde hace algunos meses molestias gástricas, ardores y pesadez epigástrica, sin relación con la ingesta, y desde hace un mes, intensas diarreas mucosas que recuerdan las de hace 7 años.

Examen coprológico.—Deposición diarreaica, de la que se separan masas muy duras y consistentes. Mucosidades. Bastante buena digestión. Reacción alcalina. Ácidos grasos, 7'6. Amoníaco, 5'2. Reacción de núcleo-proteidos normal. De albúmina disuelta, negativa.

Tratamiento.—Régimen blando, laxante. Cremol. "Colilisina" (un tubo al día).

Dos meses después el enfermo acusa una gran mejoría a pesar de haber dejado hace veinte días la "Colilisina". Las deposiciones son normales, con ligera tendencia a la constipación, sus molestias de vientre han desaparecido, y el estado general ha mejorado considerablemente.

OBSERVACIÓN N.º 9.—A. R. 24 años. Soltera. Visitada el 22 de diciembre de 1930.

Antecedentes sin importancia.

Hace un año diarreas muy fétidas, cinco o seis deposiciones al día, con mucosidad.

Ha pasado alguna breve temporada bien, y a veces estreñida.

Molestias vagas de vientre.

Examen coprológico.—Deposición diarreaica con mala digestión de todo el régimen de prueba. Abundantes mucosidades y grumos mucosos. Reacción alcalina. Ácidos grasos, 5. Amoníaco, 6'8. Reacción de núcleo-proteidos intensa. Prueba del termostato negativa.

Tratamiento.—Régimen blando, mixto. Salicilato de bismuto. "Colilisina" (un tubo por día).

Un mes y medio después se encuentra muy mejorada: estado general perfecto. Una deposición diaria, bien formada, con algo de excremento pastoso al final.

Aconsejamos continuar el tratamiento.

OBSERVACIÓN N.º 10.—P. N. Visitada el 19 de febrero pdo., por indicación del Dr. RICARDO MORAGAS.

Heredolúes. Wassermann positivo. Dos abortos. Dos partos a término con feto muerto. Un hijo sano.

Hace 4 años, después de una fuerte impresión moral, empezó a notar molestias de vientre y diarreas fétidas,

siguiendo así durante tres años con tres o cuatro deposiciones diarreaicas al día.

Hace un año períodos de entreñimiento alternando con grandes despeños diarreaicos, con angustia general y fuertes dolores de vientre.

Molestias gástricas indeterminadas.

Examen coprológico.—Deposición pastosa espesa con abundantes residuos indigeridos. Abundantes mucosidades pequeñas y grumos mucosos. Reacción alcalina. Ácidos grasos, 5. Amoníaco, 9'2. Prueba del termostato negativa. Reacciones de núcleo-proteidos y albúminas disueltas, positivas.

Tratamiento.—Dieta blanda. Bismuto. Cremol (si hay estreñimiento). "Colilisina" (dos tubos al día).

Hemos visto a la enferma recientemente y nos manifestó que a poco de comenzar el tratamiento empezó a mejorar, desapareciendo sus molestias y regulando normalmente sus deposiciones. Después se ha presentado estreñimiento (*).

RESUMÉ

Le traitement des colites au moyens de vaccines par voie buccale est une excellente acquisition thérapeutique. Parmi les préparés que l'on recommande il faut donner la préférence a la "Colilysine"; association de vaccine bilice anti-coli, bactériophage et antiviral. Avec cette vaccine on doit traiter uniquement les colites dites cryptogéniques et non pas les spécifiques, car on n'obtient aucun résultat dans les spécifiques et parasitaires. Le diagnostic coprologique de la colite doit se baser plus que sur la présence de mucus, sur la constatation de grumeaux muqueux, les valeurs ammoniacales élevées et la forte réaction nucléo-proteique ou même la réaction positive des albumines dissoutes. La statistique du présent article se réfère à 32 cas parmi les quels on expose dix histoires cliniques prises au hasard entre ceux-ci, donnant six guérisons, trois améliorations et un fiasco. Le diagnostic de guérison se fait à base de la rémission des troubles subjectifs et le retour des défécations normales, observés durant une période suffisante de temps. L'insuccès du traitement dans un cas pourrait s'expliquer par la coexistence d'une ancienne dyspepsie intestinale de fermentation.

SUMMARY

The treatment of the colitis by means of vaccines per ora is an excellent therapeutic acquisition. Amongst the recommended preparations the preference is to be given to the "Colilysin", an association of a biliar vaccin anti-coli, bacteriophage and anti-viral. With this vaccin only the so called cryptogenic colitis is to be treated, for no result is obtained in the specific and parasitary ones. The coprologic diagnostic of the colitis must be based upon the constatation of mucous grumes, elevated ammoniacal values and strong nucleo-proteic reaction or the even positive of the dissolved albuminae, more than upon the presence of mucus. The statistics given in this article refer to 32 cases in which ten clinical stories, taken by hazard are exposed, six of them indicating curation, three amelioration, and one being a fiasco. The diagnostic curation is made upon the basis of the remission of subjectiv disorders and the renewal of normal defecations observed during a sufficient large lapse of time. The fiasco of asid treatment in one case may be, perhaps, explicated by the coexistence of an old fermenting intestinal dyspepsy.

(*) Las radiografías y exámenes radiológicos que aquí se citan han sido realizados por nuestro compañero doctor Rocha a quien agradecemos su colaboración.