

ENTERO COLITIS INFANTIL Y AUTO-VACUNAS

POR EL DR. AYUSO Y O'HORIBE.

EL trabajo que tenía yo preparado para mi turno en esta noche comprendía una serie de aplicaciones prácticas de auto vacunas a la clínica, entre otras, las relativas al chanero blando, a algunas conjuntivitis, a algunas dermatosis, a las otitis, a las infecciones de la matriz inclusive las puerperales, y al tratamiento post operatorio de las apendicitis supuradas. Casos todos tratados por auto-vacunas.

Pero habiéndome apremiado el tiempo, no pude llevar a cabo la jornada que me había impuesto, y me limité a la auto-vacuna aplicada a la entero-colitis infantil.

El laboratorio es útil cuando aclara un diagnóstico, pero es mucho más útil cuando proporciona un agente terapéutico para aliviar una dolencia. Esta es la utilidad inmediata que alcanza a comprender el público profano.

Los casos que voy a presentar son de Laboratorio, aplicado a la Clínica, con finalidades terapéuticas.

Es sabido que las enfermedades infantiles que mayor mortalidad ofrecen son las del tubo digestivo, y dentro de estas se halla la entero-colitis, el cual padecimiento se instala desde luego, o queda como secuela de alguna otra infección intestinal o gastro-intestinal.

¿De qué recursos no echarán mano los médicos?

En los libros se encuentran las largas listas de medicamentos farmacológicos y las no menos largas de regímenes alimenticios. Que el calomel, que el benzonaftol, que el salol, que los purgantes iniciales, que los enemas, que los lavados intestinales de los que unos son partidarios y otros no, lavados que introducen tópicos como el ictiol, el dioxógeno, el nitrato de plata, etc., procedimiento que en ocasiones resulta bueno, pero que en otros agrava la situación; no omitiremos los bacilos búlgaros, que por cierto, los cultivos vivos son heroicos en muchos casos, no como la lactobacilina

y el lacteol que, a pesar de solo contener momias de bacilos se continúan usando, como se siguen usando el ácido pícrico en las quemaduras, el calomel en las meningitis, el opio en muchos casos no justificables de este remedio, y como se sigue usando la cuprasa en el cáncer no obstante estar convencidos de su impotencia.

¿Pero qué digo? Se siguen usando estos remedios *malgré tout* quizá para hacer «pendent» aquel precepto de Notnagel y Rosabach de que cuando uno está al frente de un enfermo y no sabe que recetar, debe prescribirse ióduro.

Aquellos casos como los de que tratamos, en que las evacuaciones en número de 4 a 6 u 8 al día traen mucosidades y rastros de sangre, son para que el médico piense *in continenti en disenteria amibiana* y para que en el acto mande dichas evacuaciones al Laboratorio pidiendo investigación de amibas. Esto es lo más frecuente, lo que ocurre a diario; pero con más acierto aunque con menos frecuencia, se pide investigación de otros protozoarios o bacterias puesto que sabemos en Parasitología que no es la amiba la única productora de evacuaciones sanguinolentas, sino que el tricocefalo bien puede producirlas, las tricomonas, las bacterias. En este concepto uno que investiga microorganismos en las deyecciones no debe conformarse con decir no hay amibas; *debe decir lo que hay*, por si el clínico, a los datos que tiene de su enfermo, cree pertinente añadir uno más suministrado por el Laboratorio.

¿Qué fué lo que ocurrió en nuestros dos casos?

En el primer caso se trata de una niña de cuatro meses. Las evacuaciones recogidas en los pañales vienen con mucosidades y sangre. Pide su médico el Dr. Ariosto Castellanos investigación de amibas. Respondo que no hay, pero en cambio se encuentran bacterias. A los dos días se vuelve a pedir investigación de amibas. Otra vez resulta negativo respecta de amibas, pero positivo respecto de bacterias, colibacilos y enterococos. El estudio de la flora intestinal de este caso será objeto de otro trabajo.

La emetina que se inyectaba no respondía.

En vista de que hay bacterias y, sospechando que estas bacterias son las causantes de las evacuaciones mucosanguinolentas propongo una autovacuna.

Tomo de las mucosidades sanguinolentas para hacer una siembra en caldo. Al día siguiente el caldo se halla completamente turbio. Tomo de dicho caldo, y siembro en agar inclinado depositando dos o tres gotas en la superficie por medio de una pipeta de Wright, esterilizada.

Al día siguiente se observa la superficie cubierta de una capa finísima, blanquecina y también de algunas colonias como cabezas de alfiler. Hago la recolección de estos cultivos, y preparo una vacuna según reglas conoci-

das, *tindalizando* en baño de maría a 80 grados centígrados. Pero como a esta temperatura las bacterias todavía eran móviles, vuelvo a *tindalizar* a 90 grados.

Practicáse una inyección a la pequeña paciente produciendo una reacción tórmica de 39, como ocurre con otras vacunas; pero obsérvase desde luego que las evacuaciones mucosanguinolentas *no se presentaron más*. La niña *restablecida de la reacción vaccinal, ya hizo evacuaciones normales*. Aplicósele una inyección de media ampolleta y eso fué todo como puede testimoniar el Sr. Dr. Castellanos que la atendió y el padre de la niña Lic. Waldemaro Ceballos, Diputado al Congreso de la Unión.

El segundo caso tocóme a mí en la persona de mi hija de 10 años de edad. Tuvo una infección intestinal con anorexia preliminar, saburra de la lengua, y finalmente fiebre de 38 grados y medio. Tomó un purgante y desapareció la fiebre; pero en cambio quedaron unas evacuaciones mucosanguinolentas en número de 2, 4 y 7 al día con retortijones. La emetina no correspondió quizá por la razón de no contener amibas las deyecciones. Los lavados intestinales de ictiol, al principio, tuvieron aparente buen resultado, pero luego me desilusionaron.

Los antisépticos intestinales no respondieron.

Un lavado a buminoso determinó resultados contraproducentes, puesto que aumentó el número de evacuaciones y de cólicos intestinales.

El sulfato de sodio con licor amoniacal auisado prescrito con miras de cambiar las secreciones intestinales, tampoco respondió.

Desesperado yo por esta situación, viendo sufrir y desmejorar a la hija de mi alma, resolví hacer lo que en el caso de la niñita del Lic. Ceballos.

Bien es sabido como dije en las primeros renglones de este trabajo que las enterocolitis registran en sus estadísticas gran mortalidad, pues muchas veces el médico se ve desarmado ante semejantes casos. *Echar mano de los métodos modernos* que nos proporcionan grandes probabilidades de salvación, es lo que corresponde hacer. *Permanecer resignadamente con los brazos cruzados en vista de que se agotaron los recursos farmacológicos sería criminal*.

Tomé unas cuantas partículas de heces mucosanguinolentas frescas que había yo reunido en un vaso perfectamente limpio. Hice una siembra en caldo. A las doce horas el caldo se ve turbio. En seguida hago una siembra en agar inclinado depositando con pipeta de Wright unas gotas del caldo turbio en la superficie del agar. Otras doce horas y el cultivo resulta bueno, por lo que preparo la vacuna *según reglas conocidas*. *Tindalizo* a 90 grados durante una hora.

Era urgente aplicar desde luego la primera inyección a las cuatro ho-

ras de la inyección los retortijones y las evacuaciones brillan por su ausencia. Al día siguiente *no hay evacuación ninguna*. Todo parecía indicar cambio completo, radical. Una naranja que tomó la pequeña paciente hizo recaer. *Esperé un día para ver si se modificaban las evacuaciones sin otra cosa que régimen de alimentación* consistente en atole de harinaceos exclusivamente. Como *observé que no se adelantaba nada*, apliqué una nueva inyección, la cual produjo temperatura de 38 y medio, escalofrió, un poco de temblor que habrá durado 15 minutos. Eso fué todo, lo mismo que ocurre con otras vacunas. De nuevo, a las cuatro horas las evacuaciones y retortijones desaparecieron. Al día siguiente completamente bien. *No hubo ninguna evacuación*. A los dos días hubo de venir una dura, color café, forma cilíndrica con un poquitín de moco blanco adherido al cilindro fecal. Algo de dolor rectal en el momento de la evacuación.

Pasáronse otros tres días y vino una evacuación dura, color café con algo de moco blanco adherido al cilindro fecal y un poco de dolor en el momento de la evacuación, pero una cosa muy ligera.

Este dolor y este moco aunque pequeños, me hicieron pensar que el cuadro aún no había desaparecido por completo, razón por la cual apliqué otras dos inyecciones con intervalos de dos días, logrando evacuaciones exentas de moco y de dolor.

He allí, en pocas palabras, *la narración fiel* de estos dos casos observados, los cuales nos conducen a reflexiones que me propongo hacer en dos grupos de ideas, primero *discusión* y segundo *conclusiones*.

DISCUSION.—En ninguno de los dos casos se trata de disentería amibiana, sino un cuadro producido por bacterias. Los síntomas de este cuadro son desesperantes y debe andarse rápido y no contemplativo, de lo contrario se llevan probabilidades en un 90 por ciento de perder los casos.

El estudio de la flora intestinal de los dos casos será motivo de otro trabajo. Es bien sabido que un estudio de diferenciación de bacterias es labor minuciosa. Puede ser que desde luego se haga un diagnóstico de la o de las bacterias, pero también puede suceder que este estudio lleve más tiempo.

En este caso, yo opino que debe hacerse la auto-vacuna cuanto antes por la sencilla razón de no dejar agravarse al enfermo. Demora de algunos días, negligencia o apatía, pérdida de tiempo por discusiones estériles o por miedo será tanto como agrupar factores nocivos al rededor del paciente.

¿Debe uno detenerse ante estos casos en el uso de las auto vacunas? Claro que no. Ya hemos dicho que no debe uno ser contemplativo. Para resolverse uno a aplicar las auto vacunas en la entero-colitis infantil debe pensar que si el paciente ha llevado dentro de su cuerpo las bacterias vivas

inclusive esporas *dotadas de su completa toxicidad y virulencia, con mayor razón podrá soportar esas mismas bacterias tinalizadas y siempre en menores cantidades* de las que se hallan vivas en el intestino del paciente. *Generalmente hay temores.* En estos casos desesperados es cuando cierto valor y actividad médica debe tenerse en el espíritu, como también el cirujano frente a frente de un caso difícil debe tener entereza y presencia de ánimo para acometerlo, pues internista y cirujano en estas situaciones son como generales que al librar una batalla deben echar a cuesta sus temores, su pusilanimidad y arrostrar el peligro. Se recogen después frutos halagüños que son las más grandes recompensas que llenan nuestro pecho de fruición indecible.

Las inyecciones pueden ser en la región glútea, en el brazo, pero creo que será preferible ponerlas en el abdomen donde está la dolencia, buscando facilidad y rapidez de dispersión del medicamento en el campo beligerante, poniendo lo más próximos posibles los dos ejércitos contendientes.

Pues no es lo mismo continuidad que contigüidad; que la inmunidad ciertamente puede ser general pero también puede ser local; que el hecho moderno de las aplicaciones locales de caldo vacuna sobre los sitios infectados demuestra que en nuestros días se prefiere llevar las vacunas *in loco dolenti* como se hace con los tópicos, lo que hace pensar que hasta en enemias podrían administrarse las vacunas, como se hace con los bacilos búlgaros o por la vía bucal como se hace con los edo-vacunas o entero-vacunas.

Se me dirá que hay que andar con tiento, con prudencia porque no fuera a suceder que se vayan a introducir bacterias temibles. A lo que contestaré *qué mucho que al paciente se le introduzcan gérmenes muertos si ya los lleva vivos con toda su toxicidad y virulencia* en continua proliferación o multiplicación?

Introducir otros que no tenga, eso sí sería lo malo y reprobable, y nunca estaría justificado aquel dicho de un célebre dentista que vino a la capital a dar conferencias, notable por su manual operatorio, pero punible por su falta de antisepsia. Este señor decía, «*qué microbios puedo yo introducir con mis instrumentos que no se encuentran ya en los dientes?*» Con lo cual revelaba su poca o ninguna cultura en materia bacteriológica. Con esta enseñanza se siembran errores. Contra esta manera de pensar protesto y creo que conmigo los que se hubieran asimilado las fundamentales nociones bacteriológicas.

Y si pienso que no tiene uno derecho de introducir bacterias extrañas, en cambio opino que cualquiera que sea la flora intestinal debe prepararse con ella la auto-vacuna.

La auto-vacuna tiene la ventaja de llevar globalmente todas las bacterias presentes y militantes en el intestino y ninguna otra ajena a este con-

flicto, lo cual tiene semejanza con aquella definición de la palabra «definición» en Lógica que debe contener todos los atributos del objeto definido y nada más que estos atributos.

Se me pregunta si la vacuna es aplicable cualesquiera que sean las bacterias; a lo que responderé que el método general de las vacunas no hace distingos y que creo que tratándose de trastornos intestinales tampoco, puesto que es un caso particular del método general.

No creo estar en un error si yo dijera que, *aun cuando se tratara del bacilo del cólera*, cuyo sólo nombre causa pavor; pues bien sabido que Pasteur abrió la ruta de las vacunas con el cólera de las gallinas que inmunizaba maravillosamente. Si se me dice que aquí se trata de la vida humana, diré que tratándose de gérmenes tan terribles como el de la rabia se usa la vacuna con todo y algunos peligros que ofrece, y que cuando se está al frente de un caso desesperado de éstos, que podemos llamar condenados a muerte, todo es permitido para salvarlo, al menos esa debe ser la deontología del capitán de un barco, para salvar a los tripulantes de un seguro naufragio. Pero aparte de estas argumentaciones en que hay de por medio algo de peligro, *no creo ni un sólo momento que la auto-vacuna para las infecciones intestinales tenga peligro*.

Se usa actualmente un nuevo remedio biológico llamado entero-antigen. Tengo a la vista un prospecto de este producto y de él tomo lo interesante que se refiere a su composición. Los entero-antigenes es una, no dice *son una*. Sigo adelante. Los entero antigenes son una preparación terapéutica, una vacuna *curativa* (subrayo esto de curativa), polivalente compuesta de una mezcla de los *principales microbios*. (subrayo esto de principales) de la flora intestinal, seleccionados de un número de casos patológicos diferentes y esterilizados al calor».

El que está acostumbrado a usar la palabra *entero* con el significado de intestino delgado, piensa inmediatamente en microbios de intestino delgado y no del grueso, ni tampoco de los dos, delgado y grueso. Del prospecto se infiere que se trata de todo el tractus intestinal, *del entero y del colon*, y por consiguiente estos productos debían llamarse *entero cólicos* para no sembrar errores.

Se ve pues que contienen varias clases de microorganismos muchos de los cuales nada tendrían que ver con la enfermedad del paciente que estamos atendiendo.

Es absurdo recetar a un enfermo una fórmula bacterica en la que hay elementos que no tienen conexión con el caso de que se trata. Como es absurdo recetar a un paciente esas fórmulas comerciales americanas o francesas que se componen de cinco o seis clases distintas de bacterias de donde quizá sobren cuatro o cinco semejantemente a lo que acontece con

aquellas recetas de médicos que no sabiendo el diagnóstico patogénico de su enfermo le prescriben una de polifarmacia que contiene seis u ocho substancias químicas, comparado todo esto a un tiro de cien municiones para ver cual resulta, para que alguna acierte.

No hace mucho se ha tratado del bacteriófago en las diarreas y disenterías infantiles (The Journal of the American Medical Association de Diciembre 15 de 1927). Krenz descubrió que en las diarreas de etiología desconocida el bacteriófago se encuentra en un 45 por ciento; en las heces normales en un 16 por ciento. Que la acción del bacteriófago obtenido de las heces de los enfermos no manifestó la menor relación etiológica de ningún microbio aislado con la enfermedad.

Aparte de que todavía se discute la naturaleza del bacteriófago acerca de si es una substancia química o un microorganismo ultramicroscópico que atraviesa los filtros, se ve que queda en duda la relación de causa a efecto, entre la etiología y la inmunidad que realiza la curación.

Lo que si está en pié es la relación entre las bacterias y la enfermedad y también entre las bacterias y la inmunidad que realiza la curación.

Tuve un caso de colitis mucomembranosa de un adulto al que le prescribí una auto-vacuna por las siguientes razones.

Durante los siete años que estuve trabajando en Anatomía Patológica en el Hospital Civil de Yucatán tuve la oportunidad mil veces de ver las lesiones anatómo patológicas del colon en este síndrome, observaciones que me condujeron a un trabajo que publiqué con el nombre de «autonomía de la colitis». Paredes más o menos esclerosadas como corresponde a un proceso crónico, placas rojizas de focos de inflamación aguda, úlceras pequeñas superficiales unas cicatrizadas y otras no, o puntillado equimótico. Todo lo cual hace pensar que alguna o algunas bacterias mantienen ese proceso crónico en la mucosa y submucosa, y que los purgantes y tópicos intestinales introducidos por lavados no bastan para deterger aquellas regiones a causa de que los gérmenes se hallan en la submucosa o en las glándulas hasta donde no llega la acción detergiva. Pienso que si los intersticios o galerías o glándulas no son accesibles por los agentes terapéuticos habituales, necesario es hacer llegar a estos lugares la inmunidad por medio de las auto-vacunas. Por consiguiente en los casos de colitis muco membranosa crónica de los adultos será bueno prescribir una auto vacuna preparada con las heces.

Una de las reflexiones a que conduce el pensar en la anatomía patológica de las colitis es la estrecha relación que pudiera haber entre ellas y el estreñimiento o constipación habitual. Generalmente a una consulta de constipación no se le da toda la importancia que se merece, y las más de las veces se conforma uno con prescribir un régimen de alimentación

una lista de ejercicios gimnásticos, la educación del intestino y algún laxante, pero no se le da importancia a la flora intestinal, que, quizá produciendo un proceso inflamatorio anatomo-patológico más o menos crónico, engendra el estreñimiento o constipación habitual. Muchas veces por ligereza se atribuye el estreñimiento a un neurosismo y no a lesión material de las paredes del colon. ¿Por qué no pensar que muchas veces una constipación es un sintoma de una colitis? Por eso pienso que no sería irracional una auto vacuna en los casos de estreñimiento.

La colitis puede repercutir sobre el hígado produciendo abscesos sean los grandes amibianos, sean los múltiples pequeños miliares. Y a veces, a la inversa, las infecciones del hígado pueden determinar procesos patológicos sobre el colon. Pues si las dos cosas están eslabonadas, razón de más para aplicar una auto-vacuna preparada con las heces.

Después de haber tratado de las auto-vacunas en la colitis mucomembranosa crónica de los adultos y en la constipación habitual se me dirá que mi trabajo no debía rotularlo entero colitis infantil y auto-vacunas solamente. Pero aparte de que el eje principal o si se quiere el punto de partida de todo el trabajo es el de la entero-colitis infantil diré que a los hijos no siempre se les bautiza con el nombre que trae el calendario.

CONCLUSIONES.—No me atrevo a sacar conclusiones relativas a la absoluta bondad de las auto vacunas para todos los casos de entero colitis infantil, porque con dos casos no se debe generalizar; cometería faltas de lesa lógica y me expondría a que los manes de Stuart Mill me hicieran recriminaciones acres y muy merecidas, pero sí las limitaré a esos dos casos. Además de que siendo enemigo de las ideas absolutas en Medicina no podría yo recomendarlas.

1ª Conclusión.—En casos desesperados de entero-colitis infantil graves, cuando los remedios farmacológicos han fracasado, y no siendo originadas por amibas sino por bacterias, debe intentarse la preparación, con las heces, de una auto-vacuna y aplicarla al paciente.

2ª—Debe aplicarse no cuando el enfermito está agotado, porque en caso de no lograr éxito podría cometerse el error de decir que la vacuna es inútil.

3ª—La auto-vacuna ha de prepararse con la bacteria o con el conjunto de bacterias que sean huéspedes del intestino en el momento de la enfermedad, claro que debe conocerse las.

4ª—No debe prepararse la auto vacuna con la o con las principales como hacen las casas comerciales con los entero-antígenos, sino con todas las bacterias globalmente.

5ª—Las auto vacunas deben ser recursos razonables para la colitis mucomembranosa de los adultos que casi siempre es causada por bacterias.

6ª—Ascendamos un poco más en nuestras conclusiones —En vista de que procesos inflamatorios de la mucosa y submucosa intestinal de origen bacterico son responsables de estreñimiento crónico, no será vano recurrir a la auto-vacuna del paciente para combatir constipación aún aquellas que parecen ser *sine materia*.

7ª—Los pocos casos observados por ahora son de resultados halagueños y la deontología médica y la honradez profesional nos debe conducir a observar más y más casos para saber el valor terapéutico de la auto-vacuna, sin apasionamientos, sin escozores de amor propio, porque nadie está libre de que su hijo se enferme de esta enfermedad, y por no salir de su castillo aherrojado, tenga que pagar duro tributo, experimentando la desventura de perder un ser querido.

8ª—Si después de muchos casos observados llegásemos a la conclusión de que se salvan el 80 o 90 por ciento de enfermos, indudablemente que habremos obtenido un recurso heróico para disminuir enormemente la macabra estadística de mortaiidad infantil en nuestra patria.

México, D. F. a 11 de julio de 1928.