

DATE NOI PRIVIND PATOGENIA ȘI TRATAMENTUL COLITEI ULCEROASE.

Radu Păun și Nicolae Mărcuș

Revista Științelor Medicale Medicina Internă. 1954 No. 3. p. 23—37.

Colita ulceroasă e o rectocolita hemoragică difuză sau segmentară, caracterizată printr-un sindrom dizenteriform, cu evoluție acută sau cronică, întreruptă prin faze de remisie.

Cu ajutorul rectoscopiei se pot deosebi următoarele forme de boală:

I. Inflamație ușoară cu congestie și vulnabilitate a mucoasei.

II. Modificări mai importante ale mucoasei, exulcerații superficiale, sîngerări, purulență.

III. Leziuni mai grave, dar reversibile ale mucoasei și caracterizate prin: colon acoperit cu puroi și sînge, cea ce maschează ulcerății de mărimi variate.

IV. Leziuni cronice ireversibile: stenoizarea lumenului, cicatrizarea și rigidifierea pereților, modificări hipertrofice cu aspecte de pseudopolipoză.

Gravitatea aspectului rectoscopic nu e totdeauna paralelă cu evoluția bolii. Chiar în perioadele asimptomatice se observă modificări caracteristice: ca aspectul granulos și fragilitate extremă a mucoasei.

Infecția a fost considerată mult timp drept cel mai important factor etiologic precum cea dizenterică, enterococică, viritică, etc.

Evoluția bolii, cu caracterul ei cronic ciclic, cu alternanțele ei de recidive și remisiuni situate uneori la intervale de ani, infirmă rolul etiologic primar al infecției. Germenii cultivați, de la același bolnav, prin coproculturi, pot să fie diferiți în cursul repetatelor recidive. Se pare că infecția e mai mult un element de insolire și complicație.

Participarea unor factori alergici a fost demonstrată doar în unele cazuri. Au fost luați în considerare și factorii endocriini, carențe vitaminice (A, B și mai ales PP), precum și deficiența unui factor intrinsec protector, prezent în mod normal în mucoasa intestinală.

Observațiile din ultimii ani, au atras atenția asupra rolului patogenetic al sistemului nervos central. S-a demonstrat experimental, că o stare emoțională ducă la creșterea fragilității mucoasei intestinale, la hemoragii submucoase și la ulcerății. Anamneza bolnavului în multe cazuri scoate în evidență o relație de cauzalitate între apariția bolii, a recidivelor

și o serie de tulburări de ordin psihonoemoțional.

Sistemul nervos intervine probabil prin intermediul unor tulburări vasculare: spasme, hiperemii, edem al submucoasei.

În fecalele bolnavilor de colită ulceroasă s-a constatat o creștere foarte pronunțată a lizozimului, ferment lizant al secreției protectoare a mucoasei. Stările emoționale provoacă un spor mult mai accentuat al cantității și duratei de prezență al acestui ferment în fecalele bolnavilor de colită ulceroasă, decît la sănătoși.

Din punct de vedere *histopatologic*, concepția actuală se poate rezuma în felul următor: Procesul patologic este, în prima sa fază predominant vascular. Leziunile erozive și ulceroase ale mucoasei nu sînt primare, ci secundare alterațiilor vasculare din submucoasă. Supurația nu este un simptom, ci o complicație a bolii.

Autorii rezumă patogenia la cele ce urmează: prima fază, funcțională, se caracterizează prin tulburări morfo-funcționale privind mucoasa și submucoasa (faza-muco-hemoragică). În acest stadiu tulburările activității nervoase superioare joacă un rol preponderent în patogenia bolii. În stadiul următor are loc o scădere progresivă a vitalității mucoasei colice, avînd drept urmare apariția de eroziuni și apoi ulcerății. Ultimul stadiu, e caracterizat prin instalarea infecției supraadăugate și a proceselor supurative.

Tratamentul Elementele principale ale terapiei medicale sînt: *repausul la pat*, indicat în toate perioadele de activitate. Se asociază și tratament sedativ, de preferință diferențiat, eventual somn medicamentos, prelungit. *Regimul alimentar* trebuie să asigure restabilirea pierderilor de proteine (e nevoie de 140—160 gr proteine pe zi) și în general, restabilirea unui bilanț metabolic pozitiv. Se corectează concomitent și eventualele tulburări secretorii digestive. Se vor suprima condimentele, băuturile alcoolice, alimentele în porții mari ce impun eforturi digestive deosebite. Se vor exclude și alimentele care acționează ca alergene. *Regimul* se completează cu doze mari de vitamine (A: 35—100.000 U. I, D: 1500—50.000 U. I, B: 50—100 mg., B₂: 15 mg., PP: 200

mg. C. 200—500 mg. K; 20 mg. zilnic). Dacă s-au produs deperdiții importante de lichide și electroliți va fi necesară și administrarea parenterală a acestora. Dintre tratamentele ce se adresează leziunilor mucoasei autorii relevă cele care au un efect epitelizant, cicatrizant (clisme cu untură de peste, fier redus 8—10 gr zilnic, hidroxidul de aluminiu coloidal administrat printr-o sondă gastrică), cele cu efect dezinfectant (clisme și irigații cu soluții diluate de permanganat de potasiu, dermatol, albastru de metilen, nitrat de argint) și în fine, cele cu efect protector asupra mucoasei (extracte injectabile de mucoasă intestinală de la porc).

Stimularea generală a organismului se realizează prin transfuzii repetate, piroterapie, extracte concentrate de ficat. Acestea dau în general rezultate favorabile. Efectul spectacular obținut cu cortison trebuie interpretat cu prudență, deoarece starea anatomică a mucoasei rămâne nemodificată. Rezultatele cu A.C.T.H. în doze de 100 mg. zilnic timp de 15 zile par a fi mai bune.

Tratamentul *antiinfecțios* nu acționează asupra colitei, ci asupra invaziei bacteriene secundare. Efectul persistă numai 7—10 zile.

Formele supraacute se tratează, pe lângă terapia antiinfecțioasă, cu una din următoarele 3 metode: 1. Regim total de lichide (hidrolizat de caseină și dexirimaltoză, cu adăus de vitamine și fier); 2. Alimentație unic parenterală (2,5 gr. hidrolizat de protine și 2 gr. glucoză pe kg corp, precum și cantități suficiente de NaCl, KCl, CaCl₂, apă și vitamine); 3. Ileostomie medicală: introducerea unui tub Miller-Asbott pînă la ileonul terminal și absorbția continuă a conținutului intestinal.

Indicațiile tratamentului chirurgical sînt complicațiile locale grave (stenoză, fistule, abcese, polipoză) și complicațiile la distanță (artrite, eritem nodos, tromboflebite, anemii grave). Procedeele chirurgicale sînt ileostomia urmată de hemicolectomie sau colectomie totală. Ileostomia singură nu e suficientă.

Achizițiile noi în domeniul patogeniei și terapiei colitei ulceroase au permis, ca boala care altădată cauza o mortalitate extrem de ridicată, să fie tratată cu mult succes, reducîndu-i-se remarcabil procentul de mortalitate.