

La vaccination par voie buccale dans le colite pyocyannique chronique. Résultat du traitement par le auto-coctigène pyocyannique.

par

Dr. Saburo Nakagawa.

[Chef de laboratoire de l'institut **Torikata d'Osaka**

(Directeur Pr f, **R. Torikata**)]

Introduction.

De nombreux ouvrages médicaux traitent de l'infection du tube digestif par le bacille pyocyannique et considèrent comme très rare l'infection de l'intestin par ce microbe.

Au Japon le Prof. MIYAKE et ses collaborateurs ont constaté quelques cas d'infection pyocyannique dans le vesicule biliaire à l'occasion d'opération.

Dernièrement au mois d'octobre 1929 Mr. TAKAMURA a soumis à ses collègues un cas d'entérite aiguë pyocyannique à SUIYŌ-KWAI (une réunion de docteurs de cette ville qui a lieu le troisième mercredi de chaque mois) et il a fait un exposé sur les symptômes, le diagnostic et le traitement. Son malade est finalement mort à cause de sa faiblesse. Nous aussi, nous avons eu deux cas de colite pyocyannique et nous leur avons appliqué comme traitement la vaccination par voie buccale de l'auto-coctigène pyocyannique: les résultats ont été excellents.

Observation I.

Mademoiselle T. S... 25 ans nous consulte le 10 juin 1929. Depuis cinq ans elle souffrait alternativement de constipation et de diarrhée et cette année au mois avril chaque matin vers cinq heures elle éprouvait une douleur au ventre particulièrement à la partie inférieure et cette douleur était suivie de diarrhée avec tennesme. Ses selles étaient souvent bleuâtres, fétides et mêlées de sang et de muqueuse.

Elle se demandait souvent pourquoi ses selles avaient cette couleur bleu-verdâtre alors qu'elle ne prenait pas de nourriture ainsi colorée. Elle restait pâle amaigrie, l'appétit faible. Les organes de la cavité thoracique étaient intacts. L'examen physique du ventre révéla une légère voussure de la paroi au niveau du cadran inférieur.

A la palpation de la région caecale l'anse sigmoïde est douloureuse; tantôt des matières dures, tantôt des liquides et des gaz et ce mélange produit au toucher une crépitation allant parfois jusqu'au clapotage. De plus dans la région gauche

on sentait l'induration comme un boudin ayant ca. 3-4 cm. d'épaisseur et ca. 20 cm. de longueur et cette partie était extrêmement douloureuse.

Analyse des selles: on pratiquait avec soin une désinfection locale autour de l'anus pour détruire les microbes qui auraient pu se trouver dans cette région où le bacille pyocyanique reste souvent comme saprophyte. Immédiatement après la défécation on recueillait les selles dans une boîte de Pétrie stérilisée et on les cultivait en milieu gérose, le lendemain on constatait le bacille coli et le bacille pyocyanique. Nous isolons alors le bacille pyocyanique et avec ce bacille nous préparons les capsules auto-coctigène pyocyaniques que nous administrons à la malade de la façon suivante. Chaque matin vers cinq heures avaler à jeun une capsule de bile et un quart d'heure après une capsule autococtigène pyocyanique. Après l'ingestion de la capsule coctigène n'absorber aucune nourriture qu'au bout d'une heure.

Répéter cette opération chaque jour pendant deux semaines.

Pour mesurer avec précision l'effet de l'auto-coctigène nous n'appliquâmes aucun traitement médicamenteux. Au bout de dix jours de ce traitement la douleur, le ténésme et la diarrhée disparurent, et les selles devinrent demi-molles, d'aspect homogène, et on n'y trouva plus de débris muqueux ni de sang. En même temps l'état général s'améliorait.

L'examen bactériologique permettait de constater la disparition du bacille pyocyanique dans la matière fécale.

Au début du traitement (le 12 Juin 1929) la malade pesait 51 kilogrammes et après le traitement le 3 juillet son poids atteignait 54 kilogrammes.

Observation II.

Mr. H. H. ... 44ans, fondeur. Le malade vint nous consulter le 7 Juin 1929 pour la diarrhée. Depuis 20 années il souffre alternativement de diarrhée et de constipation et il avait consulté de nombreux spécialistes sans en obtenir une amélioration de son état. Il y a quatre ans les troubles augmentent et surtout à partir du mois de mai de 1929 il devinrent aigus: il avait la diarrhée dix fois par jours avec ténésme; selles fétides, appétit faible, l'état générale un peu anémique. Le ventre légèrement gonflé et à la palpation la partie inférieure de l'anse sigmoïde douloureuse avec une induration en forme de boudin.

Examen radiologique: Un lavement opaque d'un litre permet de constater un épaississement du colon descendant et du colon sigmoïde, c.a.d. précisément les loci dolentes révélés par la palpation. Les selles, demi-liquides contenaient beaucoup de débris muqueux leur odeur était fétide. L'examen bactériologique révéla la présence du bacille coli et du bacille pyocyanique.

Même traitement que dans le premier cas : capsule auto-coctigène pyocyanique biliés pendant deux semaines.

Six jours après ce traitement la fréquence des évacuations diminuait et trois autres jours après cela les selles devenaient demi-molles et d'aspect homogène. L'odeur n'était pas aussi fétide qu'avant le traitement, Vers le 10ème jour la douleur au ventre et la sensation désagréable disparaissaient.

Le 16ème et le 20ème jour nous cultivions des selles sur gérose et chaque fois il ne poussait que le bacille coli.

Ainsi les symptômes qui duraient depuis si longtemps disparaissaient complètement grâce à l'ingestion de la capsule auto-coctigène pyocyanique bilié pendant deux semaines.

Mode de Preparation des Immunogenes

Au commencement les microbes provenant du malade sont ensemencés en bouillon et on laisse les culture se développer pendant dix jours, ensuite on les tue à en les soumettant à une température de 100° pendant 20 minutes. On fait avaler 10 gr. à la fois par jour mais on ne peut supporter cet immunogène à cause de son odeur, pour cela nous préparons l'immunogene bilié de la façon suivante : on cultive les microbes en milieu gérose pendant 24 heures. On fait une émulsion avec une certaine quantité d'eau physiologique (la plus petite quantité possible) et on les tue à une température de 100° pendant 20 minutes dans un bain en ébullition il sont ensuite desséchés et mélangés à du lactose.

On renferme la poudre microbienne dans une capsule de gélatine d'une contenance de 0.05 gr. En même temps on prépare les capsule de bile de boeuf desséché, chacune d'une contenance de 0.5 gr.

Signification et Discussion des Resultats

L'infection du tube digestif par le bacille pyocyanique est rare comme nous l'avons dit dans l'introduction.

On peut distinguer deux formes de dette maladic, à savoir : l'entérite aigue et chronique. La première forme a été observée par le Dr. TAKAMURA et de ces observations il résulte que c'est une maladie présentant les symptômes de l'entérite aigue banale mais en plus violent avec dans les selles la présence du bacille pyocyanique. De plus la couleur de l'urine est tout à fait caractéristique, couleur jaune verdâtre comme l'urine ictérique mais réactions pigments biliaires négatives dans l'examen chimique. Cette observation ainsi que les autres examens bactériologiques ont été faits au laboratoire de bactériologie de la Faculté de Medecine d'Osaka sous le direction du Prof. TANIGUCHI.

Quand au traitement, le Dr. TAKAMURA a montré que presque tous les traitements soit médicamenteux soit physiques restaient sans action. Il essaya également la bactériophagie-thérapie et la vaccination mais sans attendre les résultats, le malade mourut à cause de sa faiblesse.

Il ajoute qu'au point de vue pathologique l'entérite pyocyane aiguë intéresse probablement la partie supérieure du tube digestif c. a. d. que l'intestin grêle y est plus sujet que le colon.

Dans les deux cas que nous avons observés les symptômes sont tout à fait analogues à ceux de la colite chronique banale mais la diarrhée est plus opiniâtre et dans les selles on constate le bacille pyocyane. L'affection de l'agent pathogène siège au niveau inférieur du tube digestif surtout dans la région comprise entre le colon descendant et l'anse sigmoïde, là précisément nous constatons une grosseur à la palpation et à l'examen radiologique. Dans les selles nous constatons le bacille pyocyane comme le Dr. TAKAMURA.

L'analyse des selles est tout à fait indispensable aussi bien pour le diagnostic que pour le traitement des affections du tube digestif. En ce qui concerne le traitement il faut employer absolument la bactériothérapie spécifique (vaccinothérapie) non seulement dans le cas de l'infection pyocyane mais aussi dans les autres infections du tube digestif parce que le traitement médical n'est pas suffisant.

Sur l'immunisation active ou passive on sait bien que l'injection d'immunogène ou de sérum donne des résultats différents suivant l'endroit où a été injecté c. t. immunogène ou ce sérum. Par exemple, dans le traitement de la méningite cérébrospinale ou méningite supratentoriale si on injecte le sérum immunisé correspondant dans la cavité rachidienne l'injection donne d'excellents résultats à l'endroit où elle a été faite sous la peau ou dans la veine. Et dans le cas de l'erysipèle, si on agit de la même manière, le sérum immunisé est injecté au voisinage de la région atteinte de la maladie au lieu d'être appliqué dans la veine ou loin du foyer d'infection cette méthode donne aussi d'excellents résultats.

Cela étant, par quelle voie faut-il faire absorber l'immunogène dans le traitement de l'entérite pyocyane?

I-D'une part en 1917 mon très respecté maître le Prof. TORIKATA insistait sur l'immunité phagocytaire et quatre ans plus tard il répète qu'il faut pratiquer l'immunisation locale régionale, préventive pour certaines maladies comme la tuberculose des poumons, la fièvre typhoïde, le choléra et la dysenterie. Puisqu'il est acquis que nous pouvons discuter l'état d'immunité active, locale ou générale, en deux principes, le cellulaire et l'humoral, il est légitime de supposer que

l'immunisation rationnelle, préventive contre le typhus, le choléra, la dysenterie etc. se produira aussi bien par l'introduction des substances immunisantes dans l'appareil intestinale que dans l'appareil circulation. En effet la résorption des immunisantes d'origine microbienne semble être confinée à la couche épithéliale suive des tissus des region où l'immunisante introduite en sorte que la pénétration des anticorps dans le sang se produit très difficilement.

2-D'autre part en France aussi mon très respecté Maître le Prof. BESREDKA crée l'immunisation locale en tirant parti des affinités existant entre certains microbes et certains tissus. En resumé ce sont les cellules réceptives, ou phagocytes fixes, de la peau ou de l'intestin, qui se vaccinent; ce sont les phagocytes libres du sang qui rendent le vaccin assimilable pour les cellules en question. L'immunisation active est donc assurée par la collaboration des uns et des autres. Dans le cas où la vaccination est pratiquée par la voie buccale, l'autolyse préalable des corps des microbes s'accomplit le long de la paroi intestinale. Elle peut être favorisée soit par le jeûne, soit par une préparation préalable de l'intestin telle que l'injection de bile, par exemple. L'immunité s'établit en ce cas en un délai plus court que lors de la vaccination par voie parentérale. En s'appuyant sur cette conception de l'immunité locale le Prof. BESREDKA et ses collaborateurs ont publié de nombreux travaux sur l'immunisation soit prophylactique soit curative du tube digestif contre les affections qui peuvent l'atteindre notamment la dysenterie, le choléra et la fièvre typhoïde.

Quand à l'immunogène, le Prof. TORIKATA confirme le phénomène d'inhibition dans son ouvrage fondamental publié en 1917 sur les précipitino-gène et les coctigènes.

Depuis Mr. TORIKATA a constaté que les filtrats microbiens non chauffés exercent in vitro une action empêchante sur la fixation de l'alexine, la précipitation et l'agglutination, et in vivo sur la phagocytose. Et quand on porte les microbiens à une température de 100° pendant 30 minutes environ la substance (nommée L'IMPEDINE par TORIKATA) qui empêche la combinaison de l'anticorps et de l'antigène, est détruite.

De ce fait on pourrait tirer des indications pratiques importantes concernant l'emploi de ces antigènes dans l'immunisation.

A la faveur de l'immunité locale obtenue grâce à immunogène sans l'impedine proprement dit coctigène nous avons traité avec succès deux cas de colite pyocyanique.

Il est très difficile de constater l'effet de certains traitements médicaux dans certaines maladies parce que on ne peut faire du malade un sujet d'expérience

comme au laboratoire avec les animaux. C'est pourquoi à la clinique il faut utiliser l'observation statistique de nombreux cas. Mais les résultats que nous avons obtenus dans le traitement des colites pyocyaniques sont tout à fait analogues à ceux des infections du tube digestif du Prof. BESREDKA et de ses collaborateurs.

Et de plus dans les deux cas que nous avons traité, les symptômes disparaissent d'abord, l'agent pathologique ensuite, phénomène tout à fait analogue à celui du pansement spécifique du Prof. BESREDKA dans l'infection strepto- et staphylocoque de la peau.

D'autre part en faisant agir localement l'immunogène sans impédine (coctigène) on provoque une augmentation de l'action phagocytaire dans cette région. Ce dernier phénomène est dû à une espèce de protéine-thérapie qui a été considérée dans ces dernières années, comme étant sans relation avec l'espèce du microbe et qui joue un rôle dans le traitement de n'importe quelle maladie.

CONCLUSION

- 1) L'entérite pyocyanique chronique est une maladie plus opiniâtre que l'entérite chronique simple.
- 2) Cette maladie peut être n'est pas si rare qu'on l'a cru jusqu'à aujourd'hui.
- 3) L'analyse bactériologique des selles dans les colites est indispensable pour le diagnostic et le traitement.
- 4) Pour le traitement des colites il faut employer absolument la bactério-thérapie spécifique (Vaccino-thérapie)
- 5) Au point de vue du phénomène d'inhibition il est nécessaire d'employer le coctigène.
- 6) L'affection siège au niveau de la partie inférieure de l'intestin c-a-d. le colon descendant et l'anse sigmoïde.
- 7) Il faut absorber toujours l'immunogène par voie buccale dans l'infection du tube digestif.
- 8) La coctigène-thérapie est une espèce de protéinethérapie.

慢性緑膿桿菌性大腸炎ニ於ケル經口免疫 附 緑膿桿菌自家コクチゲン内服治験成績

大阪天王寺島瀉免疫研究所

醫學博士 中川三朗

文獻ヲ涉獵スルニ綠膿桿菌ノ消化器系感染ハ稀ナル疾患ナリトセラル。本邦ニ於テ三宅(速)教授ハ慢性膽囊炎患者ノ膽汁内ニ該菌ヲ證明セラレタリ。近者高村博士ハ昭和4年10月水曜會ニ於テ急性緑膿桿菌腸炎ノ一例ヲ報告セラレタリ。余モ亦最近慢性緑膿桿菌性大腸炎ノ二例ニ就キ其ノ症狀診斷ニ關スル詳細ナル觀察ヲナシ最後ニ島瀉教授ノ樹立提唱セラレタル「イムベヂン」學說並ニ局所免疫學說ニ立脚シ右例症ニ就キ綠膿桿菌自家「コクチゲン」内服療法ヲ行ヒ甚ダ優秀ナル成績ヲ得タル事ヲ報告シ進デ病原性細菌性腸疾患ノ豫防乃至治療ヲ經口免疫法ニヨル事ノ甚ダ合理的ナル事ニ論及シタリ。