

LA COLECISTITIS TÍFICA COM A CAUSA PREDISPO-
SADORA DE LA LITIASI BILIAR I COM A CAUSA
DE GREUS COMPLICACIONS BILIARS EN LA LITIASI

pel Dr. FRANCESC FERRER SOLERVICENS

Els progressos moderns sobre la patologia hepato-biliar han modificat molt el capítol de les infeccions de les vies biliars extrahepàtiques i molt especialment el de les principals o siguin les angiocolitis.

El fetge pot retindre la bilis

Grans conceptes han vingut a il·luminar la patologia de les vies biliars. El primer consistent en la possibilitat que la retenció de la bilis pugui ser obra del lobulet hepàtic, amb independència de les vies biliars extralobulillars.

Admeti's com vol BRULÉ que el fetge perd el poder d'eliminar la bilis que ell no segregaria, o com establí STADELMAN que la bilis en certs casos experimenta un espessament, un augment de viscositat que dificultaria la seva sortida del lobulet hepàtic, és un fet que en certs casos el fetge reté la bilis, que EPPINGER i després DIETRICH han demostrat l'existència de trombus biliars que obstrueixen els petits intersticis biliars del lobulet hepàtic ocasionant una hipertensió de bilis que seria causa que aquesta, envaint els intersticis limfàtics donés lloc a la icterícia.

Aquests fets tan importants demostren que una hepatitis és capaç de donar icterícia molt més fàcilment que una angiocolicistitis i que aquesta pot transcórrer molt intensa sense donar lloc a icterícies accentuades.

El fet que el fetge infectat pugui retenir i trametre a la sang els pigments i àcids biliars, ens ha permès de comprendre com a hepàtiques moltes icterícies que abans no sabíem comprendre sens admetre un obstacle en les vies biliars, fos d'ordre infectiu, fos d'ordre mecànic.

I havem separat del quadre de les angiocolicitis moltes hepatitis icterígenes que apareixen en la febre tifoidea, la pneumocòcia, la mateixa febre melitensis.

De la mateixa manera ha quedat separada del grup de les angiocolitis l'antiga malaltia de Weil o sigui l'espiroquetosi icterígena que és un exemplar morbós en què l'hepatitis és la lesió causal de la forta icterícia dels malalts.

Aquesta retenció pigmentària que és capaç de produir el fetge malalt ens ha permès de separar de les angiocolitis les icterícies que hom observa en les cirrosis hepàtiques venoses i molt especialment en el fetge cardíac i que atribuïem teòricament a angiocolitis complicatives de la malaltia fonamental i que mai no pogueren demostrar-se.

Infecció de les vies biliars des de la sang

Una segona adquisició important en la patologia biliar és la que han deixat establerta ABRAMI, LEMIERRE, BRULÉ per un costat i DORR, FORSTER i KAISER per altre: que la infecció de les vies biliars té lloc ordinàriament per via hemàtica i no per auto-infecció des de l'intestí com creia l'escola de GILBERT.

El fetge, que en moltes infeccions i especialment en la tifoidea, és envaït per gèrmens microbians, eliminaria aquests per la bilis amb gran freqüència i això podria ésser causa d'inflamacions de les vies cistobiliars.

Això explicaria la freqüència amb què l'angiocolitis i la colecistitis es presenten en les infeccions en les quals la clínica demostra l'existència d'alteracions inflamatòries de part de la glàndula hepàtica i així en les febres tífiques, en què la participació del fetge en el procés infectiu és quasi constant, pot observar-se amb gran freqüència la infecció de les vies biliars. El mateix succeeix amb la pneumocòcia.

Les infeccions biliars extrahepàtiques a part de la litiasi biliar reconeixen en molts casos un origen hemàtic i són secundàries en molts casos a una afecció inflamatòria del fetge.

El bacil Eberth en la bilis

Per últim, el coneixement que havem adquirit de l'abelliment del bacil d'Eberth per a cultivar en la bilis *in vivo* i *in vitro* és també de gran importància.

Havem après que en el curs de la febre eberthiana cultiva el bacil d'Eberth o sos derivats dins de la bilis i que causes variades poden fer que aquest cultiu doni lloc a lesions parietals de molt diversa naturalesa.

Aquesta propietat dels bacils tífics junt amb la ja esmentada d'envair amb freqüència gran la glàndula hepàtica provocant hepatitis dels més diversos graus, explica la gran importància que té la febre tifoidea en la producció de flogosis de les vies biliars.

El fetge en el curs de la febre tifoidea elimina bacils d'Eberth que van a parar a les vies biliars. El medi bilis tan favorable al cultiu dels bacils tífics permet que aquests gèrmens virulents es desenrotllin en el mateix i puguin infectar les parets de les vies biliars essent causa d'inflamacions de les mateixes, especialment si aquestes ja abans estaven malaltes.

Freqüència de la litiasi biliar en la febre tifoidea

La inflamació de les vies biliars predisposa a la litiasi com ja sabem des de NAUNYN i com ensenya l'exploració clínica dels malalts litíasiacs que sovint presenten l'antecedent infecció en llur història i que molt sovint llurs sofriments s'han iniciat a partir d'una febre Eberthiana d'aquelles que per llur llarga durada, llurs recaigudes o la icterícia de què ha anat acompanyada fa pensar que afectà les vies biliars.

Es clar que la hipercolesterinèmia que s'observa quasi sempre en els tifòdics en període de curació i que en la Clínica oficial ha demostrat sempre el nostre amic SANLEHI que pot influir independentment de la infecció de les vies biliars en la presentació de càlculs, però ella per si sola i sense admetre una infecció parietal no explicaria les profundes lesions parietals existents, els caràcters dels càlculs tan sovint mixtes amb pigments i calç, indicadors del llur origen inflamatori.

Les infeccions tífiles en els antics litíasics

Els gèrmens tífiles per llur especial apetència per a les vies biliars ultra poder ésser causa de l'aparició d'una litiasi biliar, poden, cas d'anar a colonitzar en unes vies biliars anteriorment malaltes i molt especialment si estan afectes de litiasi, ésser causa de greus complicacions cístiques o hepatocoledocianes que deuen ésser temudes sempre que la febre eberthiana afecti un antic litíasic.

Estudiarem amb algunes històries clíniques a la vista algunes complicacions biliars de la tifoidea en malalts que no tenien abans cap antecedent litíasic i en altres que els presentaven accentuats.

I.—Febre tifoidea sense litiasi anterior

En les primeres pot revestir formes diverses la complicació colevesical, però si s'exceptuen els casos de gran virulència que poden acabar amb una peritonitis ràpida o amb una colecistitis amb lesions peritoneals importants, la majoria d'elles tenen tendència a resoldre's i a arribar a una curació clínicament completa encara que les lesions de la mucosa poden conduir a la llarga a la litiasi biliar afavorida per la hiper-colesterinèmia i lleugera insuficiència hepàtica.

Elles ens explicarien sovint les litiasis biliars que observem en molts casos als 10, 12 o més anys després d'una febre eberthiana que no semblava haver deixat rastre.

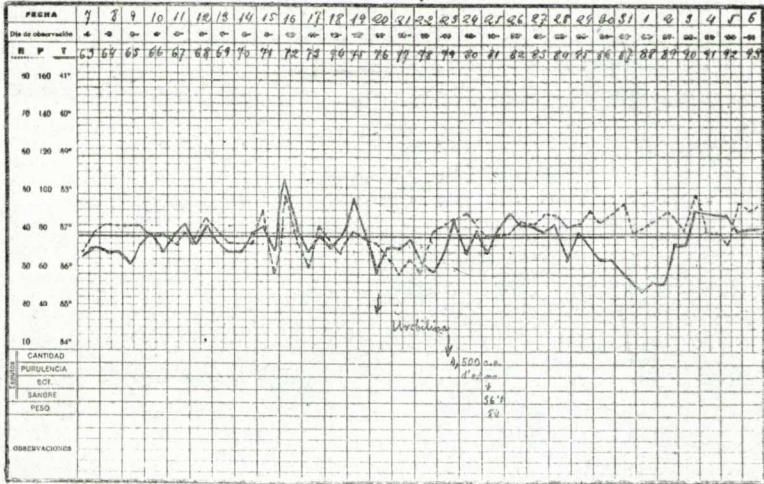
En una bufeta prèviament sana el bacil d'Eberth té tendència les més de les vegades a produir fenòmens catarrals en la mucosa, exsudació de moc, a vegades erosions de la mateixa i en certs casos que no són freqüents lesions més profundes.

Les colecistitis tífiles que havem observat en persones sense antecedents litíasics i en les quals havem pogut constatar la milloria completa del procés, sense cap molèstia ulterior en les vies biliars, que difícilment haurien faltat d'haver-se complicat de litiasi, revestiren formes diverses.

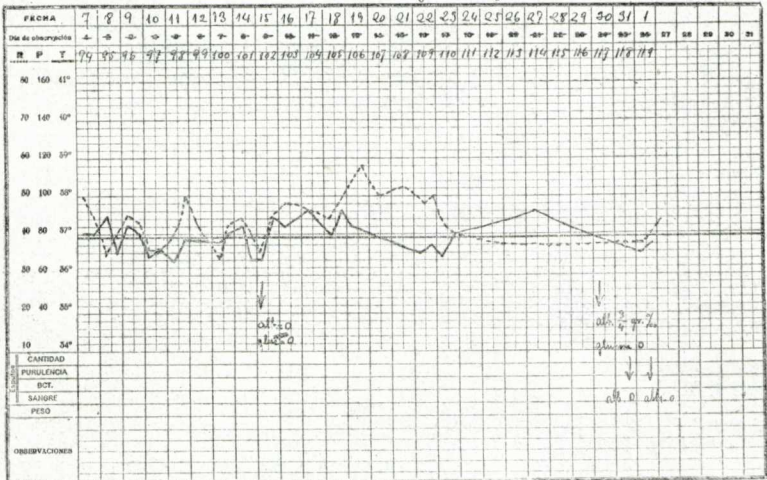
Icterícia. Colecistitis

En uns casos començaren per un quadre d'icterícia infecciosa, amb hipertèmies moderades, pigmentació de pell i mucoses, colúria i acidúria, despigmentació de femta variable en

Nombre *Francesca Pírcera, 21 anys* Mes *Desembre 1915*



Nombre *Francesca Pírcera, 21 anys* Mes *Gener 1916*



el síndrome hepatobiliar que es presentà en el curs de la febre eberthiana fou intensíssim.

Començà el procés per una gradual icterècia que es seguí d'una enterorràgia, després millorà la icterècia, baixaren les temperatures que als pocs dies tornaren a aixecar-se precedides per un dolor i tumefacció en l'hipocondri dret, sub-icterècia i el quadre d'insuficiència hepato renal.

Després de 3 mesos de successives recaigudes, la malalta anà millorant, progressivament, arribant a una curació definitiva (gràfica 1.^a).

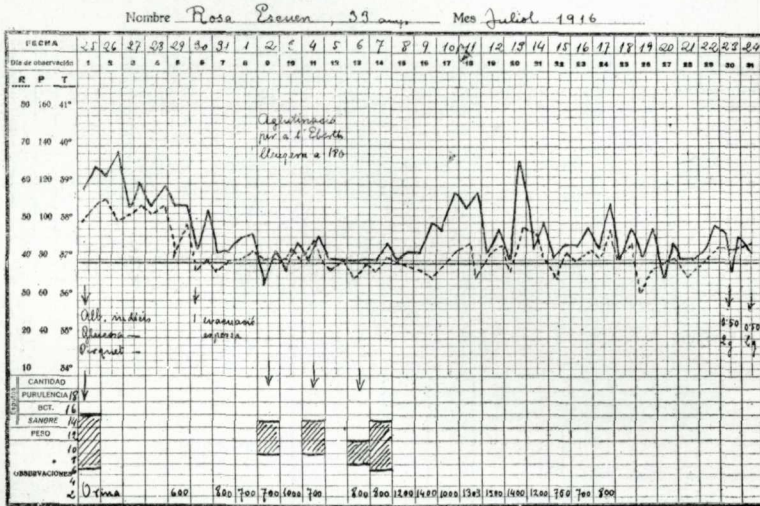
Colecistitis silenciosa

La colecistitis pot presentar-se d'una manera silenciosa en certes tifoïdees atenuades de síndrome digestiu poc graduat, lleugeres hipertèrmies que poques vegades ultrapassin els 38°, bon estat general, estats febrils que transcorren sovint durant llarga temporada sense que el malalt estigui allit. Aquestes formes, de les quals és un exemple la gràfica 2.^a, es caracteritzen quan existeix complicació colecística per llur llarga duració amb hipertèrmies recurrents, perquè la malalta acusa molèsties en el punt cístic, perquè la palpació pel mètode de MURPHI desperta sempre un dolor i permet de tocar una bufeta lleugerament distesa. Això transcorre sempre amb símptomes d'hepatitis, rinorràgies, orines amb pigments biliars, forta reacció d'urobilina i sovint àcids biliars.

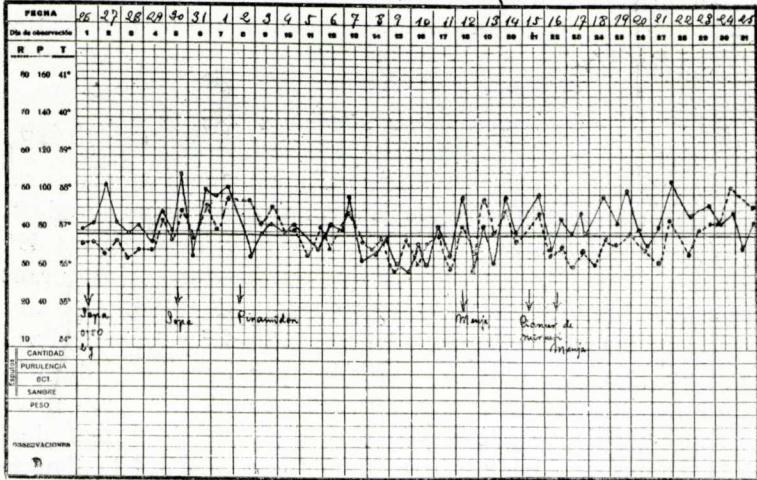
El quadre és llarg, perllongat, essent freqüents les recrudescències morbosos després de transgressions de règim (gràfica n.º 2).

Gràfiques núm. 2

Tifoïdea i colecistitis. Curada. Colecistitis que apareix en el curs d'una febre eberthiana, sense litiasi.



Nombre Rosa Pallen, 38 anys. Mes Agost i Setembre 1916



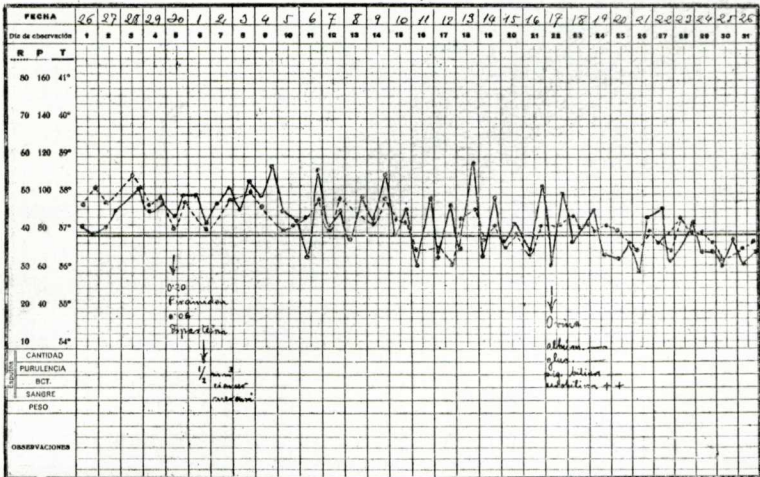
No volem deixar de descriure la història clínica de la malalta ala qual pertany aquesta gràfica n.º 2.

Febre tifoidea amb angiocolitis sub-aguda. 25-7-16.—R. Escuen, 33 anys, casada, feines de casa. Pares morts, 8 germans, en viuen 7; 2 fills vius.

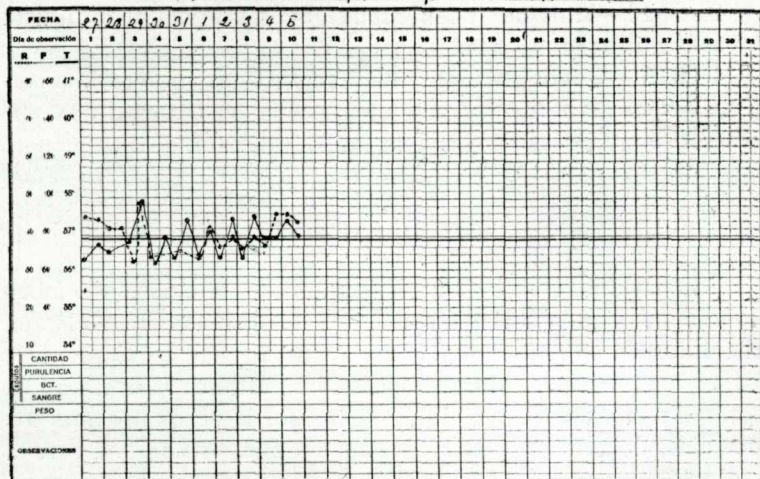
Poc menjadora, especialment els estius.

Fa un mes presentà anorèxia, dolors disseminats pel ventre i diarrea; anà treballant fins fa 5 dies en què hagué de posar se

Nombre Rosa Pallen, 38 anys. Mes Setembre 1916



Nombre Rosa Pau, 33 anys Mes Octubre 1915



al llit, amb anorèxia, astricció de ventre i dolors en la fossa ilíaca esquerra.

Exploració.—Malalta flaca, de cara pàl·lida.

Llengua saburrall, fuligo dentari, ventre meteoritzat, roseola, melsa palpable.

Sèro-diagnòstic positiu per Eberth, a més de $1/100$.

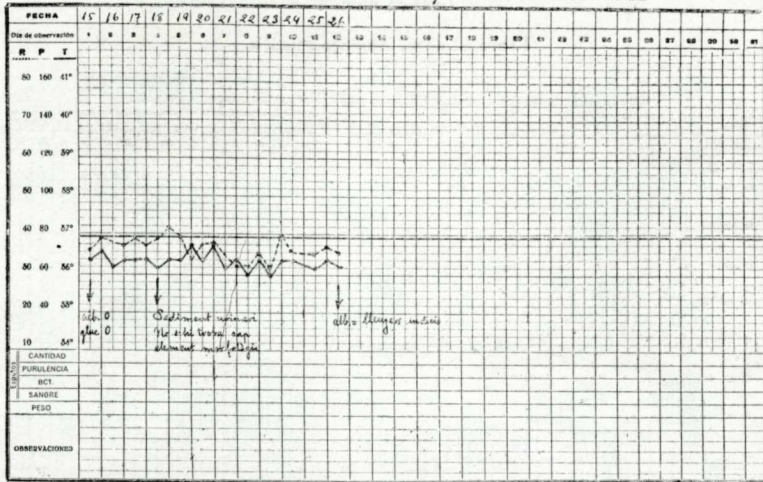
Indicis clars d'albúmina en l'orina.

Diagnòstic.—Febre tifoidea lleu. Com demostra la gràfica adjunta els fenòmens febrils disminuiren als 5 dies, minvà la roseola, la melsa i el fetge reduïren molt llur volum, millorà l'estat general de la malalta. Però les temperatures no desaparegueren del tot; quedà un estat subfebril molt comú després de la febre tifoidea i que quan la malalta començà a ingerir aliments sòlids s'acompanya d'exacerbacions febrils de tipus remitent i precedides de fred, disminució d'apetit; un endoloriment en l'epigastri amb tendència a persistir acompanyat d'espleno-hepatomegàlia.

Aquestes hipertèrmies persistien alguns dies, com s'observa en la gràfica, i després cedien el lloc a altre estat subfebril interromput per noves exacerbacions, nous dolors i nova ingurgitació espleno-hepatomegàlica. Així va anar seguint durant dos mesos.

4 10-16.—Trobem una forta reacció d'urobilina en l'orina, l'hepatomegàlia va acompanyada d'un dolor especialment mar-

Nombre Rosario Micalles 38 anys Mes Febrer 1919



Colecistitis d'aparició tardana

No sempre aquesta «poussée» de colecistitis apareix en el curs d'una febre eberthiana, sovint és tardana i en certs casos, quan ja el malalt ha abandonat el llit, sobrevé la complicació.

En un temps variable, després d'un mes o dos que el malalt ha deixat de tenir temperatures, es presenta un atac de dolor en l'hipocondri dret, que sovint s'acompanya d'icterícia lleugera o intensa, que s'acompanya de «poussée» febril més o menys graduada i que pot guarir clínicament.

Presentem la gràfica d'un malalt que tingué una febre tifoidea de curs breu que no deixà cap molèstia i que a l'any i mig es complicà d'una intensa colecistitis amb símptomes coledocians amb els dolors en els punts cístics i coledocians accentuats, hipertèmies, etc.; les molèsties desaparegueren, quedant el malalt sense cap molèstia als 15 dies (gràfiques 4.^a i 5.^a).

Com se veu, la colecistitis tífica pot revestir formes diverses, des de les formes atenuades en què sols un dolor en el punt vesical, una bufeta lleugerament palpable junt amb un fetge un poc hipertrofiat poden observar-se, fins a les formes intenses en què el quadre colecístic passa a primer terme.

Aquestes colecistitis poden abocar a la litiasi, com ho demostra la freqüència amb què poden observar-se antecedents

colecístics en malalts litiàsics i és probable que en moltes ocasions la colecistitis passarà completament desapercibuda, per a donar lloc, a la llarga, en mesos o en anys, a incidents litiàsics.

Colelitiasi secundària a la febre tifoidea

És cosa freqüent de trobar l'antecedent d'una febre tifoidea en malalts afectes de litiasi biliar i en interrogatoris acurats hom pot trobar sovint síndromes de participació de vies bilials com els que deixem anotats.

Una història típica d'aquesta asseveració ens ho demostrarà.

Colelitiasi vesical consecutiva a una febre tifoidea de síndrome biliar.—M. P., soltera, teixidora. Prat. 28 anys, pare morí tifoidea, mare viu, sana.

7 germans, en viuen 6. Un tingué pleuresia.

Fa 4 anys febre tifoidea, es posà al llit a darrers d'Abril, on va romandre 50 dies amb manifestacions digestives. Durant la malaltia tingué icterícia i li digué el metge que presentava accentuada esplenomegàlia. No tingué crisis doloroses.

Millorà, arribà a aixecar-se sens estar ben reintegrada, i als 15 dies presentà fortes crisis doloroses en l'epigastri, amb vòmits i febre, que l'obligaren a estar dues setmanes al llit.

En intentar aixecar-se, tingué una nova crisi dolorosa en l'epigastri, amb vòmits i febre, que l'obligà a romandre 10 dies més al llit.

Després li quedaren algunes artràlgies, de què millorà ràpidamen, podent treballar sense cap molèstia, durant dos anys, en el servei domèstic.

Fa un any presentà una forta crisi dolorosa epigàstrica irradiada al dors i espatlla drets, vòmits i lleugera icterícia, millorà prompte i tornà a treballar 10 mesos seguits.

Fa dos mesos que els dolors han revestit una intensitat inusitada, s'han acompanyat de fort meteorisme i amb lleugeres remitències, es prolongaren 17 dies. Després millorà, però en intentar aixecar-se o pendre algun aliment sòlid, augmentaven intensament les molèsties.

Síntomes subjectius.—Dolor tolerable però continuat en el

ventre, que es localitza principalment en l'hipocondri dret. Té bon apetit, però a la mitja hora d'ingerir un aliment mixte, no molt abundant, té forts dolors en l'epigastri i hipocondri dret, que s'alleugen aplicant la ma. No evacua sens enemes, excrements durs i mucosos.

Amenorrea de 2 mesos, accentuat aflaquiment.

Exploració.—Pàl·lida, un poc subicèrica. Flaca, parets ventrals fluïxes. Abultament molt movable en l'hipocondri dret, que es desplaça amb els moviments respiratoris i que, unit amb el fetge, presenta una depressió en sa unió amb aquest òrgan.

Es presenta un poc lobulat i dur.

La palpació bimanual senyala lleuger piloteig. La insuflació del còlon empeny el tumor cap a dalt. La melsa és grossa.

Dolor a la pressió a nivell de la segona vèrtebra lumbar dreta, de la punta de l'escàpula dreta i de l'origen de l'escalèn del mateix costat.

Res no ens mostra la radiografia.

Lleugera urobilinúria i acidúria. Reacció de W. negativa. 5,200 leucocits, 4 % d'eosinòfils. Apirèxia.

Amb el tractament de repòs i sedants, milloren les molèsties, sens arribar a desaparèixer.

Diagnòstic.—En els antecedents d'aquesta malalta, la febre tifoïda amb grans símptomes infectius generals que sofrí i amb crisis clares d'angio colecistitis, ens dóna la clau dels seus sofriments actuals i ens demostrava una vegada més el caràcter benigne que solen tenir les complicacions colecístiques en la febre tifoïda dels malalts no litiàsics.

En l'operació hom trova un gran magma d'adherències, del qual formava part la bufeta, el duodèn, l'epíploon gastro-hepàtic i el fetge.

Es procurà d'aïllar la bufeta, que tenia unes parets dures, cirroses i 3 o 4 vegades més gruixudes que el normal.

Incindida aquesta, deixà sortir algunes cullerades de pus cremós amb una sèrie de càlculs mixtes, de tamanys entre ametlles i avellanes, grocs, foscos i blanquinosos, no transparents i que contenien sals de calç, colesterina i pigments.

Les vies biliars estaven ben sanes.

Observacions semblants es veuen en altres casos, després de febres tifoïdes amb síndromes biliars, per la qual cosa po.

dem concloure que la colecistitis o angiocolecistitis tífica, àdhuc la més benigna, engendra sovint la litiasi biliar, afavorida per l'hepatitis i consecutiva hipercolesterinèmia, que sempre sol observar-se en aquests casos, tant durant la infecció tífica (colesterinèmia en relació amb la immunització de l'organisme), com en aparèixer les crisis litiàsiques (comprovacions repetides del Dr. SANLEHÍ).

Ço dit, ensenya que, en els antics tifòdics, devem procurar de mantenir la colesterinèmia a límits normals per mitjà del règim apropiat i algunes cures alcalines estimulants de les cèl·lules hepàtiques i que devem vigilar les vies biliars, procurant per temporades que els malalts facin algunes cures farmacològiques o hidro-minerals, que facilitin el buidament de les vies biliars i exerceixin alguna acció modificadora sobre la mucosa de les mateixes.

II. Febre tifoidea en antics litiàsics

Quan la febre tifoidea afecta un malalt amb litiasi biliar latent o amb manifestacions més o menys graduades cas de sobrevenir una complicació colecística sobre el procés litiàsic, aquesta sol revestir més intensitat i una gravetat major que en els malalts no litiàsics.

Les infeccions que sofreixen els malalts amb litiasi biliar solen anar acompanyades d'agudització del procés inflamatori de les vies biliars i això s'observa en les septicèmies, especialment en la puerperal, la pneumocòcica i molt especialment en la febre tifoidea.

L'agreujament d'un procés litiàsic per l'aparició del bacil d'Eberth en les vies biliars ja malaltes pot manifestar-se de diferents maneres.

Colecistitis greus

En ocasions pot manifestar-se la flogosi aguda de la bufeta biliar pel fort dolor en la regió vesical amb quadre peritonític que apareix d'una manera sobtada, unes vegades en el curs d'una tifoidea franca, altres, més difícils de diagnosticar, en el curs d'un d'aquests tan freqüents estats típics ambulatoris que sols es marquen per algunes vagues molèsties generals.

Les crisis doloroses revesteixen una gran intensitat, apa-

Pneumònia fa 7 anys; quedà bé.

5-10-20. — Fa cinc setmanes perdé l'apetit, sentí intensa astènia i seguí treballant encara que amb dificultat, al mateix temps tenia sensacions de fred i calor.

Fa dues setmanes intensa crisi dolorosa en l'hipocondri dret que l'obligà a ficar-se al llit i pendre injeccions de morfina. Les molèsties han anat seguint acompanyant-se d'altres temperatures.

Sense apetit, la ingesta líquida li produeix forts dolors en l'epigastri seguits de vòmits.

Té un dolor constant en l'epigastri irradiat vers la dreta, el dors i l'espatlla del mateix costat, sequedat de boca.

Constipació.

Lleu subicterícia marcada en la pell.

Orina: pigments biliar, negatiu, àcids biliars, positiu; urobilina, negatiu; lleugers indicis d'albúmina.

7-10-20. — Les molèsties segueixen molt intenses, apareix major pigmentació icterica de la pell.

Fetge abultat que arriba per dalt fins a la 5.^a costella, depassa la vora costal, és dolorós.

La regió vesical dolorosa.

Vora posterior del pulmó elevada fins a la 9.^a costella. Als raigs X, el diafragma dret un poc elevat i disminuït de mobilitat.

En l'orina pigments biliar, reacció forta; urobilina, reacció forta; àcids biliars, reacció forta.

12-10-20.—Punció sota el diafragma pel pla toràcic posterior, negativa; pleura lliure (oscil·lacions manomètriques).

Leucocits 10,200.

Limfocits 12 %.

Grans mononucleats 10 %.

Monocits 6 %.

Polinucleats neutròfils 68 %.

Polinucleats eosinòfils 4 %.

En aquest temps la malalta sembla trobar-se millor dels símptomes locals, però en veure que torna a empitjorar i en el temor que aparegui una greu complicació hepàtica fem intervenir quirúrgicament la malalta.

La intervenció practicada pel Dr. TRIAS permet d'extirpar una bufeta distesa, de parets gruixudes que conté pus i un gran nombre (més de 30) de càlculs afacetats, de bilis, calç i co-

lesterina que eren d'antiga formació, la mucosa vesical que tenia molts replècs esclerosos estava entumida.

La infecció cedí lleugerament amb l'ample drenatge que s'establí, però vingueren nous fenòmens febrils i la malalta sucumbí a la infecció general.

En el pus existien bacils d'Eberth.

El serodiagnòstic era positiu per al bacil d'Eberth.

Colecistitis recurrents

La complicació colecística de la tifoidea quan afecta un malalt amb litiasi biliar no sempre revesteix formes intenses de tipus septicèmic i supuratiu com les que deixem descrites.

En certs casos la febre tifoidea transcorre en el malalt amb quadre atenuat i en el curs de la mateixa després d'uns 6 o 8 dies d'estat subfebril el malalt presenta un accés de colecistitis acompanyat d'algunes hipertèrmies que cedeix en pocs dies d'una manera relativa, és dir, quedant adoloriment de la regió vesical, bufeta biliar palpable i irradiacions doloroses en el dors.

Aquestes crisis repeteixen una, dues i àdhuc més vegades en ocasions amb quadre infectiu molt atenuat per acabar finalment, cas de no intervenir quirúrgicament, en una complicació fatal com és una perforació colevesical, sia en la gran cavitat peritoneal sia en punts circumscrits per adherències que donarien lloc a una peritonitis local sempre greu.

La gràfica n.º 7 reproduïx una d'aquestes formes en una antiga litiàsica.

22 6-17.—F. Miró, soltera, de Prades (Tarragona), 1 any a Barcelona, serveix des de fa uns 3 anys. Pare mort, mare morta, dos germans vius sans, una germana diabètica.

Menstruà als 16 anys, 30/7.

Fa 25 anys tingué una afecció digestiva que li durà 3 setmanes quedant bé.

Fa 12 anys començà a sentir pes i dolor en l'epigastri que s'alleujava posant-se en el llit algunes hores.

Aquestes molèsties no li impedièn de seguir el treball. Passà llargues temporades bé, però en altres repetien les dites molèsties en forma d'accessos.

La malaltia actual s'inicià fa mes i mig, després d'uns dos anys sense cap molèstia començà a presentar astènia, adolori-

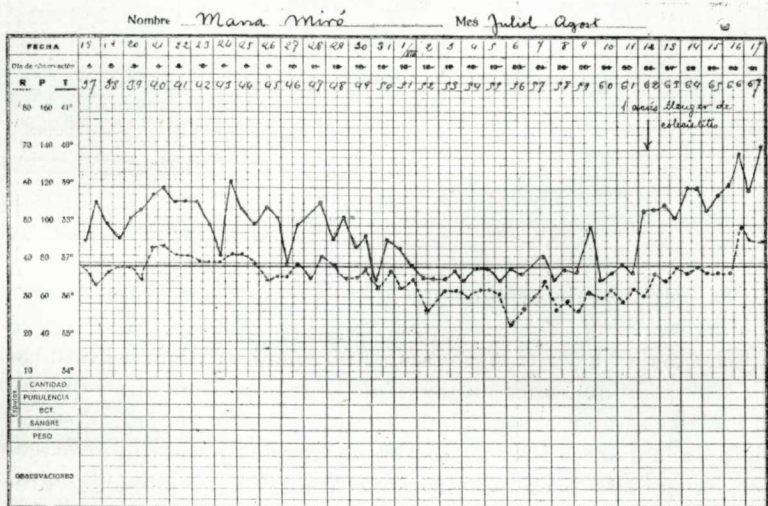
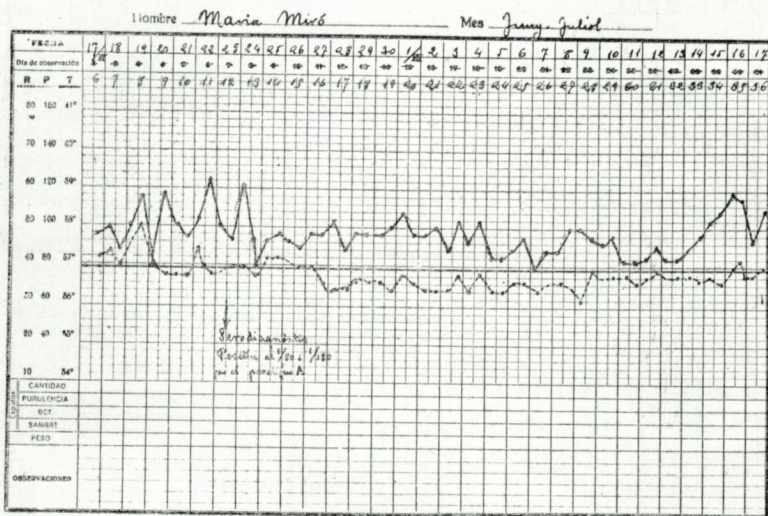
ment general, poc apetit i tendència a la diarrea, estigué aixecada fins fa uns 10 dies en què les molèsties s'accentuaren.

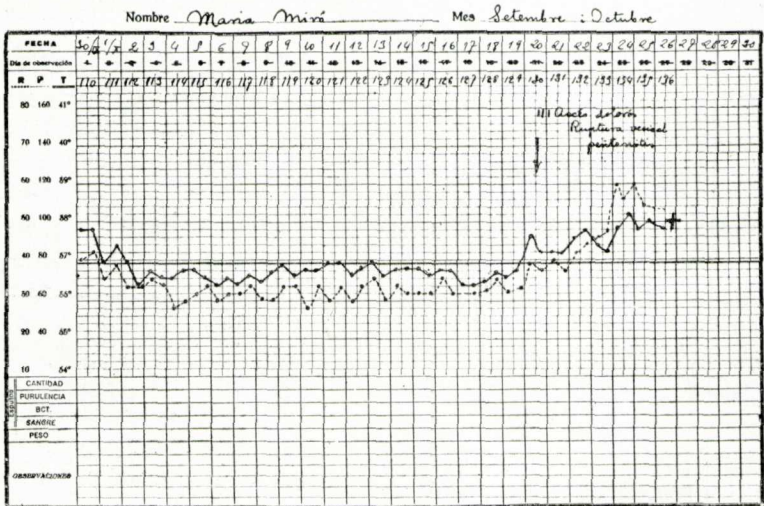
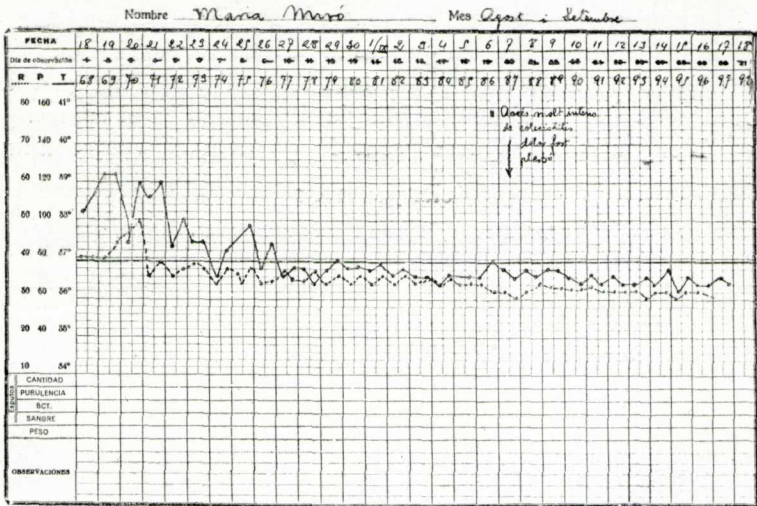
En entrar la malalta presentava falta d'apetit, mal gust de boca, sequedat, postració, cefalàlgies i pesadesa en el ventre.

Llengua seca i saburrall, sens fúligo dentari, ventre fluix,

Gràfiques núm. 7

Litiasi Liliar; tifoidea i colecistitis aguda.





melsa palpable, dolor i gorgoreig en la fossa ilíaca dreta, diarrea hemogènica.

La malaltia va transcórrer amb quadre atenuat i després d'un període de franca milloria que la gràfica demostra i que en la malaltia es marcava per bon apetit, benestar general, desaparició de la diarrea i reducció (no desaparició) del tumor esplènica, la malaltia presentà un gran dolor en l'hipocondri dret

acompanyat d'un plastró inflamatori a nivell de la bufeta del fel, vingueren fortes exacerbacions tèrmiques, reaparegueren noves molèsties digestives com les esmentades abans, augmentà de nou el volum de la melsa però prompte millorà quedant-li sols a la malalta uns dolors que ella comparava als que havia tingut abans de l'actual malaltia.

6 8 17.—Nou accés dolorós sense temperatures elevades i sens estat infectiu, els dolors revestiren més intensitat que en l'anterior atac, el plastró vesical es féu molt ostensible. Després d'això la malalta es trobà bé arribant a no tenir cap molèstia bé que quedava adoloriment de la regió vesical amb alguna contractura i bufeta palpable.

Amb aquest quadre es pensà en la necessitat de practicar una colecistectomia amb drenatge biliar i es procurà el major refredament possible del procés, quant el dia 20 10 17, després d'una transgressió de règim en què la malalta s'aixecà i prengué l'alimentació ordinària aparegué un dolor brutal en l'hipocondri dret, contractura en el mateix que molt prompte s'estengué a tot el ventre i aparegué un quadre de peritonitis per perforació que produí la mort.

Per circumstàncies especials de la família no es pogué intervenir immediatament la malalta.

Autòpsia.—En obrir el ventre sorti tot seguit d'incindir el peritoneu un líquid purulent un poc verdós, el gran epíploon es veia molt congestionat i ple de vegetacions de fibrina.

El fetge de tamany normal, un poc pàl·lid, l'epíploon gastro-hepàtic inflamat. La bufeta biliar un poc costosa de trobar presentava en la seva part més anterior una perforació del tamany d'una moneda de dues pessetes, trobant-se en son interior un gran càlcul rodó del tamany de mitja nou que venia a col·locar-se en l'embocadura del conducte cístic. Sondades les vies biliars hom no trobà cap obstacle. Melsa voluminosa.

En la regió ileocecal hom notà unes lleugeres depressions cicatricials recobertes de mucosa pàl·lida que són residus de les antigues plaques de Peyer afectes del procés tífic.

Es tracta, doncs, d'un cas clínic evident de litiasi biliar antiga que exacerbava amb la febre tifoidea que sofrí la malalta conduí a la perforació.

Ensenya el molt perillós que és la febre tifoidea en els antics litíasics i la necessitat d'operar precoçment tan aviat com s'hagi pogut obtenir una remissió del procés infectiu, el qual,

amb tot, no esperarem si, com en aquesta malalta, el quadre local (fort dolor, contractura, plastró) és molt amenaçador.

Colecistitis després de la curació de la febre tifoidea

Complicacions d'aquestes esclaten sovint després de passar el malalt la convalescència de la malaltia quan ja sortit de l'Hospital havia començat la seva vida ordinària.

En conjunt podem dir que com més allunyat es troba el malalt del procés tífic les complicacions revesteixen un quadre infectiu més lleu, podent transcórrer el procés sens icterícia.

Malgrat això la intervenció quirúrgica demostra sovint una supuració amb pus que conté gèrmens del tipus Eberth o sos derivats, demostrant l'acció agreujadora del mateix sobre el procés litiàsic.

En els casos d'aquesta mena que nosaltres havem fet intervenir quirúrgicament, l'operació ens ha demostrat l'existència d'una bufeta sovint retreta amb algunes cullerades de pus amb utricles en què hi havien enclavats càlculs mixtes de colesterina, bilis i calç i de volum variable entre una avellana i una ametlla. D'aquests malalts hi havien antecedents litiàsics ben clars en un d'ells; en altres dos els antecedents faltaven però devem considerar impossible que en el curs d'una tifoidea que en conjunt portava uns 30 o 40 dies de data poguessin establir-se tan importants llessions cròniques amb càlculs tan voluminosos.

En les gràfiques núms. 8 i 9 pertanyents a una mateixa malalta, fem observar un cas de febre tifoidea en una litiàsica en la qual després d'una temporada de benestar i en plena convalescència vingué una greu complicació colocística.

26-8-19.—J. A., 42 anys, casad. Saragossa. Feines de casa.

Pares morts hemiplèxia. 12 germans: en viuen 6 sans, els altres morts petits.

5 fills vien; dos d'ells estan també en la Clínica afectes de febre tifoidea.

Freqüents hemorràgies fora dels períodes mensuals; menorràgies graduades.

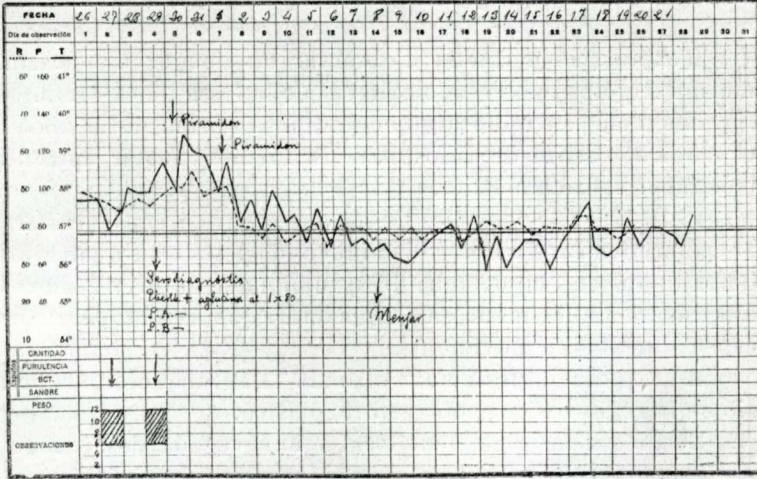
Sempre pàl·lida.

Fa 8 anys, diu, que tingué uns tremolors que l'obligaren a estar un mes al llit.

Gràfica núm. 8

Febre tifoidea complicada ulteriorment de colecistitis.

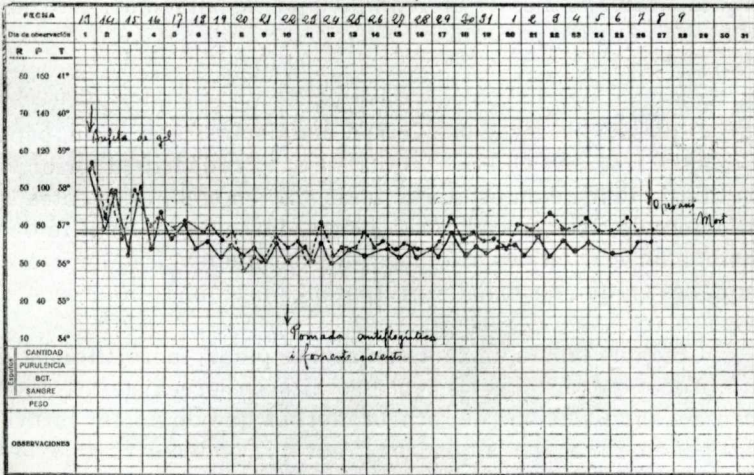
Nombre Isabel Abansis, 42 anys Mes Agost 1919



Gràfica núm. 9

Reingrés amb colecistitis.

Nombre Isabel Abansis, 42 anys Mes Setembre 1919



Les molèsties actuals daten de 3 setmanes en què comença a presentar cansanci, pèrdua d'apetit i diarrees; passà dues setmanes aixecada cuidant els seus fills malalts i fa 7 dies està al llit. Poc apetit, molèsties en l'epigastri després de pendre la llet, 3 o 4 deposicions per dia, diarreïques, alguns dolors lumbar.

L'exploració permetia d'observar un lleuger meteorisme, melsa i fetge palpables, adoloriment de la fossa ilíaca dreta.

Les molèsties milloraren en pocs dies i prompte la malalta es trobà bé sortint de l'Hospital als 15 dies d'estar apirètica. trobant-se sense molèsties.

13-10-19.—Als pocs dies de ser a casa seva i sens arribar a treballar, comença a notar disminució d'apetit i als quatre dies dolor intens en l'hipocondri dret, vòmits que duraren 24 hores i després un adoloriment en l'hipocondri que ha anat persistent, especialment si fa moviments.

A l'exploració presentava el dia 10-11-19 fort dolor a la pressió en la regiò vesical, contractura, plastró.

Després d'un tractament local i una vegada desapareguts els fenòmens febrils, es practicà una intervenció quirúrgica amb colecistectomia i drenatge.

La bufeta era un poc engruixuda i contenia tres voluminosos càlculs mixtes semblants a ametlles junt amb uns 30 grams de pus.

La intervenció no tingué èxit potser perquè el drenatge en aquests casos deu ésser molt ample i la malalta morí als pocs dies amb quadre peritonític.

Aquestes observacions déixen ben demostrat el gran paper de la tan freqüent colecistitis tífica en la producció ulterior de la litiasi biliar i com és útil de tenir això en compte en totes les tifoïdes de tipus ambulatori i llarga duració, en les tifoïdes amb icterícia, en les tifoïdes de recaigudes freqüents i en aquelles en què els malalts presenten símptomes dolorosos de vies bilars.

Crec que també deixem ben sentat que la febre tifoïda és un procés que agreuja els processos litiasics preexistents, essent causa d'aguditacions del procés morbós que de no ser previstos poden donar lloc a quadres greus que poden arribar a l'esfacel de la bufeta.

Diagnòstic

En el diagnòstic d'aquests processos cal tenir en compte que en les formes atenuades poden existir algunes dificultats.

Tifoidees duradores

Tifoidees de llarga duració amb recaigudes freqüents sens un gran quadre digestiu (de meteorisme, ròseola, gorgoteig, etcètera), seran tributàries d'un minuciós examen de vies biliars.

El mateix direm d'aquestes tifoidees el procés febril de les quals no acaba de resoldre's en les quals l'infart hepàtic té tendència a persistir més que l'esplènic.

En elles la investigació dels elements biliars en l'orina, indicadors d'hepatitis i la de dolor amb lleugera tumefacció del punt cístic, així com el dolor a la palpació inspiratòria de dit punt ens faran pensar molt en una complicació colecística.

Formes intenses de colecistitis

En presència d'un quadre de colecistitis accentuat, el diagnòstic s'imposa.

Ço que interessa molt és saber si el procés és catarral o supurat i si s'ha establert o no sobre una bufeta litiàsica o no.

Existeix supuració?

Quan el procés s'ha establert sobre una bufeta litiàsica, la supuració serà imminent i podrà no manifestar-se per un quadre infectiu fort, existint sols temperatures lleugeres que remeten als dos o tres dies, quedant després apirèxia o estat subfebril.

En les formes no litiàsiques el procés supuratiu es manifestarà per la intensa repercussió sobre l'estat general amb febres de grans remitències, taquicàrdia, llengua seca color terrós junt amb un empastament dolorós en la regió vesical.

Si l'empastament falta, si allò que hom toca és una bufeta distesa, serà sempre delicat de dir si aquesta està plena de pus.

No cal dir que ens ajudarà molt la investigació de la leucocitosi i polinucleosi,

Col·leccions perivesicals

No sempre la supuració vesical es marca per l'empastament perivesical; ja sabem que sovint es formen col·leccions intra-hepàtiques sempre greus o perihepàtiques en forma d'abscessos subfrènics o perihepàtics.