



## APARELL DIGESTIU

---

CONTRIBUCIÓ A L'ESTUDI CLÍNIC

DEL CRANC DEL FETGE

pel Dr. E. MONTURIOL

La tolerancia del fetge per a les més grosses de les seves alteracions; la quietut amb que soporta la presència de enemics en sòns dominis, són causa de que'ls seus mals passin perfectament desconeguts en el començament, i cridin l'atenció quan de tant avençats que son s'en adona abans que'll tot l'organisme, manifestant-se ferit de mort moltes vegades, abans de sospitar el lloc on ha rebut la veritable ferida.

Quants malalts de cranc del fetge porten de llarc temps començada la neoplasia sense que cap trastorn hagi avisat sa presència!

Heus aquí, doncs, perquè m'he proposat entretenir breus moments vostra atenció, fatigada ja per treballs de molta major importància i de valúa reconeguda, explicant-vos quelcom de lo que he pogut aprendre en algunes de les meves biopsies; perquè lo que m'ha allissonat a mí per a lo succesiu pugui també resultar útil per als que benèvolament m'estàn escoltant, i si es que vos hi heu trobat en cassos semblants, ratifiquen les meves observacions a les vostres i donguin més força i raó al conjunt.

Està reconegut per tothom que'l cranc primari del fetge s'observa poques vegades presentant-se en les varietats de carcinoma i sarcoma amb un tumor gros i únic que creix ràpidament a expenses del lobul dret del fetge i que determina caquexia per una mena de degeneració que simula un abscess

un goma. (*Choyce. - T. III. - Pàg. 237*). No puc parlar ni poc ni molt d'aqueixa varietat de cranc que ja mai he observat ni sospitat. Es el cranc vèsico-hepàtic que ocuparà la nostra atenció durant curts moments; el cranc no primari del fetge; el cranc que comença en la bufeta biliar i creix, i s'escampa sobre l'òrgan u òrgans immediats, silenciosament, quietament, sense despertar grans reaccions, sense fets aparatosos, alevosament; com enemic traïdor que amparant-se en la bondat del qui l'allotja en sa casa, s'en aprofita per a enverinar-lo sense compassió. Aquest és el cranc que's troba freqüentment en el fetge, i que començant en la bufeta biliar es propaga al lòbul dret, segons opinió de la majoria d'autors, entre'ls qui podem citar Choyce (*T. III. - Pàg. 263*), Stillier, Klebs, Heitler, Ccrnil Ranvier, Mosin, Segond, Faure, etz.

Difícil és sospitar el cranc de la bufeta en el començament de la seva evolució. Probablement el primer símptoma és el dolor. Aquest dolor pot ésser degut a retenció biliar, pressencia de càlculs, procesos d'inflamació perifèrica dels teixits immediats, perquè el dolor no és essencial en la neoplasia sinò ocasionat pels fenòmens que sa pressencia ocasiona en el territori en que s'allotja. Ara bé, tots els que han operat crancs de la bufeta biliar, han pogut observar que aquesta està deformada, dura, de color entre blanc i groc terrós i quasi bé sempre plena de càlculs. Aquesta coincidència contribueix a l'incertitut dels primers símptomes del mal, perquè pot ésser molt bé que s'atribueixi el dolor vesicular a litiasi quan de fet pot ésser el començament del cranc, cosa importantíssima de esbrinar perquè tant sòls en el seu començament podria una colecistectomia preservar al fetge dels perills que l'amenacen.

Per lo tant, un dolor més o menys persistent en el punt vesicular, al voltant dels cinquanta anys, edat de les neoplasies, deu cridar l'atenció i deu vigilar-se, com es vigila el ventre del que ha sofert quelcom apendicular, com es vigila el pulmó d'un hemoptoic. Podrà calificar-se de temerari al qui aconselli una laparatomia exploradora, pel sòl fet d'haver sofert manifestacions doloroses en la bufeta biliar; emprò, donades corrents actuals, que consideren curable quirúrgicament el cranc, quan les cèl·lules anàrquiques no han tingut temps d'escampar-se generalitzant la seva acció pertorbadora, arribarém a aconsellar la colicistectomia prematura, després d'uns primers còlics biliars, com s'aconsella i es practica sens grans esforços per a

convencer al pacient, l'extirpació de l'apèndix a l'individu que ha sofert un atac apendicular un poc seriós. Per a arribar a tal extrem fora necessari que tinguéssim un concepte diagnòstic quasi segur de lo que's realitza en la bufeta biliar, com el tenim molt probable de lo que hi ha en l'apèndix quan aconsellém l'intervenció. Aquesta és per ara la dificultat principal, perquè com tots saben la bufeta biliar pot estar moltes vegades dolorosa, sense que en ella se desenrotlli la malaltia que ens ocupa.

Cóm acostar-nos, doncs, al diagnòstic del cranc hèpato-vesicular en llur començament?

Segur que no haureu deixat d'observar que'ls malalts portadors d'una neoplasia en l'aparell digestiu, o en ses annexes, des de molt temps abans d'aqueixar greus sofriments, van transformant-se poc a poc de manera que fins els profans en nostres ciències, sospiten l'existència en ells d'un mal ocult, altera son genit i les bones disposicions per a menjar. Aquests són moltes vegades els únics símptomes que descobreixen el mal. Emprò entenguen que quan aquests símptomes compareixen, pot ésser el mal ja molt adelantat, sense, no obstant, haver-se fet objectiu, palpable, en forma de tumor, de ressiència, d'infiltració, en el lloc corresponent de l'hipocondri dret.

Serveixi d'exemple, una dona de 60 anys, que com a primer símptoma de malaltia tingué un dolor vivíssim dels que califi-quém de còlic per litiasi biliar, deu anys abans de compareixer la desnutrició, els trastorns digestius, el dolor en la línia mamilar del hipocondri dret, la coloració esblancaida de la pell.

Aquesta dona fou portada a la taula d'operacions, després d'algún temps d'haver acusat novament còlics de la bufeta i en la que además de trastorns de les funcions digestives, es pogué observar una tumoració reduïda, molt dolorosa, dura, amb teixits infiltrats al voltant i situada a vuit o deu centímetres aproximadament de l'apèndix xifoides en l'hipocondri dret.

Además, s'enriquí la semeiologia amb tres o quatre accessos febrils arribant la temperatura a 40° i amb dolors tant vius que feren indispensables les injeccions de morfina. Aquesta dona havia començat a aflaquir-se un any abans de recomençar les crisis doloroses; nou anys després de haver sofert el primer dolor en la regió de la bufeta biliar.

Obert el ventre per a practicar una colecistostomia o una colecistectomia ja que s'havia fet el diagnòstic de colilitiasi amb

probable empiema, es trobà un cranc de la bufeta i del fetge amb noduls escampats en tota la porció visible del lòbul dret. Es tancà novament el ventre, morint poc temps després la malalta agravada indubtablement en sa situació per efecte de la laparatomia.

Va ésser mal fet practicar aquesta intervenció?

Crec que no; perquè els pocs símptomes caquètics que presentava la malalta, puig el més important fou l'enmagriment, no foren prous per a fer sospitar l'existència d'un cranc del fetge. En canvi el fet d'haver presentat el primer dolor deu anys abans de l'època en que la varem començar a visitar, els dolors vivíssims i la tumefacció en la regió corresponent a la bufeta biliar i els accessos febrils, justificaven l'intervenció. Emprò tractant-se d'una dona d'edat avançada devíem recordar que podia tractar-se d'un cranc i fer-ho avinent a la família i aixís hauríem salvat la nostra responsabilitat i deixat en millor terreny nostra reputació.

Entre'ls símptomes que tenen importància com a reveladors de l'existència de alteracions hepàtiques, cal fer menció de l'icterícia. En el cranc del fetge aquest símptoma existeix solzament quan està interrompuda la circulació biliar en les grans rutes d'excreció, conducte hepàtic i coledoc, i com són múltiples les causes que poden determinar aquesta interrupció, és un símptoma que solzament té valor quan ja diagnosticat el cranc pot afinar-se més el concepte de localització, essent possible afirmar que la neoplasia ha invadit l'hili del fetge o fosa transversa, oprimint entre la duresa de la neoplasia el conducte hepàtic i destorbant la lliure excreció de la bilis. Aquest fet, per sí sol, contraindica fins la laparotomia exploradora, si el cirurgià creia evidentment que'l pacient sofría cranc primari de la bufeta, puig escampat a la regió hepàtica esmentada tota intervenció resultaria imprudent per l'acte operatori i sense cap esperança de millorament pel pervindre.

Altres símptoma clínic hem pogut observar en el cranc hepato-vesicular al qui és menester donar importància: la presència de sang en les deposicions després de l'administració d'una purga, malgrat hagi sigut aquesta l'oli de ricí. Hem tingut ocasió d'observar-ho en dues malaltes, al preparar-les per a la laparotomia exploradora.

Algunes vegades el cranc començat en la bufeta i propagat al lòbul dret del fetge, determina la formació d'una tumoració

grossa, globulosa, dura, desigual que s'observa en el buit dret del ventre. Es poc dolorosa a la compressió bimamal, es deixa bascular un poc en totes direccions; comprimida fortament pel davant arriba a fer relleu per sota del triangul de Petit, fent pensar en la possibilitat d'una neoplasia del ronyó. En aquests cassos interessa l'anàlisi bilateral d'orina i el coprològic per a adquirir el major nombre de datos abans de procedir a l'intervenció.

Recordem un cas d'aquesta naturalesa que malgrat lo gros del tumor la malalta feia tant sòls sis mesos que començà a no trobar-se bé. Explicava ella, que se li ocorregué palpar-se el ventre perquè al fer un moviment violent va sentir quelcom que semblava haber-se desplaçat. Allavors es va fer carrec per primera vegada de la presència del tumor, que no li havia ocasionat més trastorns que petits desarregles digestius i un poc d'enflaquiment, als qui no donà gran importància, puig no li ocasionaven grans molesties. Quan nosaltres la vegerem per primera vegada, el tumor era del gruix d'un poncem i la malalta estava ja molt desnutrida.

La família exigí una operació que'ls tragués de dubtes, puig no podien imaginar-se que un tumor tant evident, tant movable, tant poc dolorós, no pogués ésser extirpat permetent la perllongació de la seva existència.

Hi vaig accedir amb totes les reserves, i l'intervenció posà de manifest un cranc de la bufeta biliar propagat al lobul dret del fetge, constituint un tumor globulós plé de nòduls cancerosos sobre teixit normal en la porció anterior de la tumoració. Per sota es pogué veure la bufeta biliar, bilocular, retreta, dura, de color blanc grogós. Tota la tumoració penjava, unida al restant d'aspecte sà del lobul dret hepàtic, per un quasi pedícul ample i groixut.

No hi havia enganxaments amb el peritoneu ni amb les vísceres veïnes, poguent-se bascular el tumor fins al extrem de treure'l de la cavitat abdominal per l'incisió de la paret. Exposada la situació a la família se li va fer avinent que l'extirpació de la neoplasia representava un perill molt gros de mort per hemorragia. No obstant se'ns va pregar que no deixéssim el tumor en el ventre. Apretat el pedícul entre d'ues pinces de forci compressió es separà la massa neoplàsica fins al teixit aparentment sà, del lòbul dret; es procedí a la lligadura de tots els vasos que per llur dimensió foren vistos en la superfície de exèresi. Se-

parades les pinces de forcipressió la sortida de sang fou insignificant, procedint-se a la sutura amb seda del número 8 de les superfícies superior e inferior de la càpsula de Glisson, passant l'agulla, de secció rodona, a uns 2 centímetres del punt de secció, a fi de que no cedís el teixit hepàtic.

L'hemorragia quedà totalment cohibida i es tancà la paret abdominal en totalitat. La malalta sobrevisqué 48 hores a l'intervenció. La bufeta biliar, examinada després de l'operació, estava plena de gran nombre de petits càlculs polièdrics de co-lesterina.

Tots dos cassos clínics demostren que quan l'exploració abdominal revela la presència d'un tumor hepàtic sospitós de cranc, es ja masa tart per a pensar en la curació del mal per procediments quirúrgics. Fora menester, doncs, sempre que apareguessin dolors en la regió vesicular, en individus que passessin dels 40 anys, que s'extremessin els mitjans exploratoris associant els datos clínics amb els de laboratori, i fins s'arribés a la laparotomia exploradora, que no és una intervenció molt perillosa, quan el pacient no està encara en inferioritat defensiva.

Sabém la greuetat de lo que aconsellém, emprò atesa la dificultat del diagnòstic del cranc, deguda principalment a la tolerancia del fetge per a les neoplàsies que l'invadeixen, no hi ha mitjà més segur per a intervenir a temps que la laparotomia molt prematura. Cap cirurgia considera perillosíssima la colecistectomia per calculosi vesicular. Perqué, doncs, hem de quedar-nos creuats de braços davant de la possible evolució d'un cranc de la bufeta, si ell representa per a el portador un perill molt més greu que'l de la litiasi vesicular?

Ateses les consideracions que acabém d'explanar, en deduí d'elles cinc conclusions que sotmetém a vostre criteri.

#### CONCLUSIONS

- 1.<sup>a</sup> El cranc del fetge quasi sempre es secundari, per propagació del cranc iniciat en la vesícula biliar.
- 2.<sup>a</sup> No sòl manifestar-se objectivament per tumoració, fins que ja el pacient comença a presentar símptomes caquètics.
- 3.<sup>a</sup> L'extirpació prematura del cranc de la bufeta biliar abans de la propagació al fetge fóra el sol procediment que amb alguna garantia d'èxit podria aconsellar-se.

4.<sup>a</sup> Essent les laparatomíes exploradores admeses per a descobrir malalties abdominals del domini de la cirurgia, deu recurrir-se a ella per a assegurar-se si els dolors vesiculars poden ésser originats per l'evolució d'un cranc.

5.<sup>a</sup> Aquesta malaltia és sospitosa en els individus que no havent presentat símptomes de bufeta biliar de cap mena en la juventut, presenten dolors vesiculars i trastorns digestius després dels 45 ays.