

INFECCIONS BILIO-SÉPTIQUES

INDICACIONS QUIRÚRGIQUES I SA OPORTUNITAT

pel Dr. E. RIBAS I RIBAS

Temperatura i icterícia caracteritzen aquestes infeccions que originades en els conductes biliars trastornen son fisiologisme deturant el curs de la bilis, la que per sa reabsorció causa la icterícia i per son caràcter sèptic en no ésser drenada cap al budell amenaça la cèl·lula hepàtica sempre i a voltes el pàncreas.

La septicèmia, la colèmia, la mort de la cèl·lula hepàtica són els greus perills que amenacen al malalt. Com saber fins on es pot esperar? Quan i en quin moment la infecció biliar es pot convertir en greu?

La nostra experiència ens ha demostrat que existeixen diferents casos d'infeccions biliars.

1.^{er} tipus.—Temperatures de 38 i 38 $\frac{1}{2}$ amb icterícia lleugera de curta duració. Són els casos de colecistitis amb icterícia abans nomenada catarral i que avui s'atribueix a inflamació per propagació de la colecistitis per continuïtat de teixit al fetge i als canaliculs biliars o bé per infart dels ganglis de l'hili hepàtic i compressió biliar. Són icterícies sense inflamació dels grossos conductes biliars. Són en general lleus, passatgeres i que responen a un atac de còlic hepàtic. Tot el procés radica a la bufeta. Tota terapèutica deu orientar-se vers la bufeta biliar. Sempre en aquests casos l'atac de colecistitis calculosa precedeix a la icterícia.

2.^{on} tipus.—Icterícia constant de llarga duració i de temperatures altes sense bilis en els excrements, però tot d'un cop surt bilis pel budell, baixa la temperatura per continuar després sense desaparèixer. En tals casos no deu mai fer millorar el pronòstic la sortida de bilis pel budell. Significa perforació del colèdoc en el budell amb sortida o no del càlcul però amb buidament biliar a pesar de la qual continua la infecció biliar en bastants casos.

3.^{er} tipus.—Oclusió del colèdoc diagnosticada pel començ del procés, amb icterícia, falta de bilis en els excrements i tot plegat fort calfred amb temperatures altes tipus remitent continu o intermitent però d'ascens gradual, amb icterícia més forta, s'agreuja la infecció, s'inicia la colèmia.

4.^t tipus.—Infecció bilio-sèptica de tipus remitent i intermitent precedida de colecistitis agudíssima.

5.^{ut} tipus.—Colecistitis crònica amb bufeta petita i tot plegat sense causa coneguda, temperatures i lleuger tint subictèric, puja la febre i la icterícia s'accentua, manca la bilis en els excrements, es presenta tumefacció i dolor a la dreta de l'epigàstri. Tot d'un cop hi ha un buidament de pus pel budell i sortida de bilis pel mateix. Baixa quelcom la temperatura i continua greu la icterícia i la colèmia. Aquí es tracta de colecistitis amb angio-colitis i flemó dels ganglis retroduodenals i de l'hili hepàtic i perforació de l'abscess en el budell; desapareguda la compressió dels conductes biliars, surt bilis pel budell però l'angio-colitis interior que existeix no cedeix. És insuficient el drenatge natural.

En tots els tipus descrits, la febre, la icterícia, la manca de bilis en els excrements, domina i sa presència obliga al diagnòstic de la infecció bilio-sèptica.

Prescindint de la lesió causal senyalarem que existeixen tres tipus de infecció biliar, tipus febril lleuger i de curta durada, tipus febril continu intermitent i tipus febril remitent.

El primer tipus és de pronòstic lleuger, si bé sa repetició, deguda a la persistència de la causa (colecistitis crònica) exigirà l'eliminació de la mateixa: Extirpació de la bufeta

Els altres dos tipus són de pronòstic greu sempre, i sa sola presència imposa al metge una observació minuciosa i constant del malalt per ser oportú en les indicacions.

Quan una infecció biliar es converteix en greu?

La bilis sèptica i estancada dels grossos conductes biliars ràpidament propaga la infecció als petits conductes biliars i a la cèl·lula hepàtica que aviat es veu amenaçada. Aquest és el gros perill, la lesió de la cèl·lula hepàtica i la missió del clínic deu orientar-se a evitar que la infecció arribi als petits conductes i a la cèl·lula hepàtica. Quan aquesta està fortament lesionada tot és inútil. El pronòstic de les angiocolitis està doncs lligat íntimament al funcionalisme de la cèl·lula hepàtica.

Deu el clínic observar el fetge i son augment de volum i la sensibilitat a la pressió; examinar les orines i la presència de oligúria, hipoazotúria, albuminúria i urobilinúria, reveladores de lesió de la cèl·lula hepàtica, exigiran una intervenció ràpida. Qui pacientment esperi fíat en l'aspecte del malalt i del pols tindrà grans desenganys, puix a voltes ràpidament i escandalosament canvia el quadro i el malalt que semblava resistir la malaltia, bruscament cau en el greu quadro de la intoxicació colèmica, agitació, deliri, oligúria, irregularitat de pols, sopor, i espantat el metge crida al cirurgià i aquest quantes voltes atura una intervenció ja inútil amb l'extranyesa de qui dies i dies contemplà impassible la febre i la icterícia, confiant a la bona de Déu sa resolució! Ja sé que la cultura mèdica es va fent, que són molts ja els que penetrats de la bondat de la cirurgia practicada oportunament, donen indicacions a son degut temps, però són bastants encara els que en les indicacions de les infeccions bilio-sèptiques, esperen a última hora i són causa de la negra estadística de les intervencions en les infeccions bilio-sèptiques i és que la cirurgia pot lliurar a l'arbre biliar de son contingut sèptic però no pot refer la cèl·lula hepàtica fortament atacada o destruïda.

Quins són doncs els elements de pronòstic que deu tenir present el clínic enfront d'una infecció bilio-sèptica? 1.^a *La malaltia causal*, càlcul del colèdoc, colecistitis calculosa, colecistitis aguda i agudíssima, tifòdica o puerperal, infecció pneumocòcica, infecció apendicular.

2.^a *dada de pronòstic*: la constància i durada de la febre; el tipus febril continu remitent o intermitent; la presència de recaigudes febrils freqüents en tot individu calculós; l'accentuació de la icterícia encara que la temperatura no arriba a ésser grossa; l'augment del fetge; la oligúria, hipoazotúria, urobilinúria.

3.^a dada de pronòstic. *L'estat anterior del malalt*, cor i ronyons deficients exigint una més ràpida intervenció.

Senyalades les dades de pronòstic que deu tenir present el clínic, el formularem greu de bon principi i aconsellarem una intervenció prompta.

1.^a En les angiocolitis i colangitis amb colecistitis agudíssima, tifòdica i puerperal. Són molt menys greus les angiocolitis i colangitis neumòciques.

2.^a La temperatura alta i remitent, febre bilio-sèptica de Chauffard, és dada de pronòstic greu i que per si sol basta per no perllongar massa tal quadro, el més lleuger augment del fetge i disminució d'urea de l'orina, deu obligar a la intervenció prompta; els tipus d'infecció lleugera per la poca temperatura si duren i de quan en quan presenten recaigudes traduïdes per temperatures altes, com també tributaris de la intervenció.

3.^a Tot individu amb cor tarat i ronyons deficients, atacat d'infecció bilio-sèptica deu ésser operat aviat. La infecció i la intoxicació ràpidament agreugen l'estat general desproveït de defensa.

4.^a Mai el clínic deu fonamentar la major benignitat de la infecció i abstenir-se de la intervenció per la manca de la bufeta grossa, aquesta falta en més del 80 % dels casos (Kelor). Mai el clínic en presència de forta infecció bilio-sèptica deu millorar el pronòstic, per la sortida de bilis pel budell si tot seguit no baixa la temperatura i milloren els símptomes d'intoxicació. Quan això passa significa o bé que el drenatge natural és insuficient o bé que hi ha hagut perforació del colèdoc en el budell, medi sèptic que manté la infecció a pesar de la sortida de bilis, com hem tingut ocasió de comprovar en dos casos. Sempre el clínic deu formular un pronòstic gravíssim i contraindicar tota operació. Quan en plena infecció colèmica bruscament desapareix la icterícia, mantenint-se la infecció i sense sortida de bilis pel budell, desapareix la icterícia perquè la cèl·lula hepàtica és morta.

Treballem tots per millorar la sort dels infectats bilio-sèptics i no esperem per intervenir quan la infecció estesa a la cèl·lula hepàtica compromet son funcionalisme i quan la infecció colangítica ha convertit el fetge en un niu d'abcessos areolars. Aquí tot és inútil. La estadística quirúrgica serà força negra en tals casos, que no deuen operar-se mai. La cirurgia té avui dret de reclamar la intervenció oportunament per a salvar

els malalts per un bon i ampli drenatge. No dubteu de la intervenció. Són els bilio-sèptics greus, malalts que es perden tots sinó s'intervé, intervenint abans de que la cèl·lula hepàtica estigui compromesa es poden salvar. El que per sort conti algun cas d'infecció bilio-sèptica greu curat sense intervenció, no vacil·li i sobre tot pensi en els molts que haurà vist morir amb el mètode expectant. Els casos excepcionals res no signifiquen ni per a afirmar ni per a negar una doctrina, aquesta es deu formar amb principis científics corroborats per l'experiència.