

ICTERICIA TOTAL NO LITIASICA. CONSIDERACIONS DIAGNOSTIQUES I ETIOLOGIQUES

Pels Drs. DIEGO MOXO QUERÍ i PERE PUJOL

El malalt objecte d'aquesta comunicació ocupà els mesos d'abril i maig passats al llit núm. 25 de la visita del Dr. Estapé a l'Hospital de Sant Pau.

Es tracta d'un home de 44 anys, casat, viatjant del comerç.

Cap antecedent familiar. La seva muller va tenir un abort després d'un fill sà.

El malalt no explica cap malaltia important fins els 22 anys: en aquesta edat va contraure una sífilis que li produí un xancre, i més tard lesions bucals i exanema cutani.

Molt fumador, menjar normal, poc vi, una copa de licor a cada àpat.

Des de fa 4 ó 5 anys, de tant en tant, a la mitja o una hora després de la ingesta, experimentava sensació de pes epigàstric i estat nauseós que calmava amb l'expulsió d'una bocada de menjar i saliva.

Fa 4 mesos fou afecte d'un procés catarral de vies respiratòries, i un mes després, no trobant-se encara bé del tot, tingué una impressió moral i tot seguit icterícia. No sentint cap molèstia va continuar treballant, però al no desaparèixer la icterícia, i veient que s'aprimava, va decidir entrar a l'Hospital el dia 14 d'abril.

Exploració. Pigmentació forta de pell i mucoses. Ventre flàcid. Fetge gros, rebassant més de 4 cm. la vora costal, lleugerament indurat, llis, i sense cap irregularitat en la seva superfície ni al seu volt. Cap dolor espontani ni a la pressió. Bradicardia (50 pulsacions); temperatura 36'8, amagritment; poc apetit. Exploració del tòrax normal.

Orina. Fortament pigmentada, reacció de Gmelin positiva intensa; reacció de Grimbert positiva; reacció d'Hay positiva. Albúmina i glucosa negatives.

Sang. Wassermann negatiu; Van den Bergh directe i ràpid; colesterina 2'10 %.

Excrement. Lligat, blanquinós, presència de grasses no emulsionades; reacció de Triboulet positiva; Weber negatiu.

Sondatge duodenal. Dificultat per empassar-se al sonda, fent precis un toc de coca na. La sonda arriba al duod  als 5 quarts, obtenint-se una bilis groga que surt amb facilitat. Amb la prova de Metzger-Lyon no s'ha obtingut la bilis B.

Weber negatiu en la bilis. Proves d'amilasa i lipasa normals.

Examen radiològic. Trajecte gastro intestinal normal. *Prova de la tetraiodo:* a les 4 de la tarda menjar gras, a les 6 injecció endovenosa de 2'40 gr. de tetraiodo amb 50 c. c. d'aigua destilada. Duració de la injecció, 15 minuts. Cap molèstia durant la injecció, i lleugera sensació de mareig una hbra després. En les dues radiografies practicades 12 i 15 hores després de la injecció no es veu cap imatge vesicular.

Prova de la sobrecàrrega de bilirrubina. Fou practicada pel Dr. Vilardell, i segons ens diuen, es va trobar un fort retard a l'eliminació de la bilirrubina injectada.

Curs de la malaltia. El malalt va romandre a la visita fins el dia 24 de maig, sotm s sadem s del tractament col gog i antisèptic biliar, al tractament específic que justificaven els seus antecedents, malgrat el Wassermann negatiu. Va rebre tres injecci ns de 5 c. c. de treposan, i tres de 2 c. c. de bismuthoidol.

Va anar millorant, per bé que lentament: la icterícia disminuï força, els excrements adquiriren m s coloració, i s'aclar , encara que no per complet, l'orina; el malalt va anar guanyant de pes, a l'ensem que la seva matidesa hepàtica es rebaixava fins gairebé la meitat. Reclamat per les seves ocupacions va abandonar la visita en aquest estat, i no hem tornat a veure'l.

Diagnòstic. Ens orientem cap a una *icterícia sifilítica secundària per hepatitis*.

Fonamentació del diagnòstic. 1.—La forma sobtada de presentar-se la icterícia, amb retenció de pigments i sals, sense s ptomes de c lic hepàtic, ni res que faci pensar en una obstrucció, indica, tot i faltant els fenòmens digestius inicials, que es tracta d'una icterícia infecciosa.

2.—Els antecedents del malalt, encara que llunyans, fan pensar en una etiologia sifilítica de dita icterícia.

3.—La millora obtinguda pel tractament específic, és un fet de primer ordre, confirmatiu de les nostres sospites.

Interpretació dels símptomes icterícia. Tots sabem els dubtes que existeixen avui dia respecte de la funció biliar del fetge: la tendència actual és a estendre aquesta funció al sistema retículo-endotelial i àdhuc a totes les c l lules dels teixits, i es sospita que el fetge tingui un paper mínim o àdhuc nul en la biligen ia pigmentària. Es compr n aix  que pugui existir icterícia amb fetge normal tot i prescindint del grup de les icterícies hemolítiques: ara bé; en el nostre cas hi hagué probablement un cert grau d'hepatitis que ens explicaria l'hepatomegàlia, fent-nos pensar que la icterícia del nostre cas, i probablement totes les icterícies lu tiques secundàries, són icterícies per hepatitis, en les quals el fetge dóna lloc a hepatitis per obstacle intrahepàtic a l'*excreció* biliar. Fem constar, però, que aquesta no passa d'ésser una opinió que creiem la més versemblant, però que pot ésser modificada pels fets d'observació. Són assumptes, els de la patogen ia de la icterícia infecciosa en general, que cal estudiar encara molt.

Fetge gros. Crida l'atenció en el nostre malalt, la magnitud de l'hepatomegàlia, que podria fer pensar en una cirrosi hipertr fica. Però el fetge, malgrat el seu tamany,  s l lis, sense cap irregularitat, i no massa dur. No hi ha cap més símptoma d'exploració abdominal; i el tractament específic ha reduït a la meitat el volum de l'entranya.

Exàmens de sang. La prova positiva de la sobrecàrrega de bilirrubina, indica fins a cert punt, els defectes de funcionalisme de l'òrgan. El Van den Bergh acusa també una retenció de bilirrubina.

El Wassermann negatiu és una dada fortament contradictòria: hom no explica amb facilitat, que una malaltia luètica que arriba a produir una icterícia tan intensa i una hepatomegàlia tan pronunciada, no dongui la prova serol gica positiva; no ens ho expliquem, com no sigui tal volta per un error de t cnica, i reconeixem la nostra falta de no fer repetir més d'una vegada una prova de laboratori tan important.

Tubatge duodenal. Ens dóna dades de bon funcionalisme pancreàtic amb les proves d'amilasa i lipasa positives. Però ens sorpr n l'absència de bilis B en la prova de Meltzer-Lyon: no podem discutir aquí si la prova de Meltzer d na o no la bilis vesicular, i sols direm que nosaltres, sempre que la vesícula i vies excret ries han estat l liures, hem obtingut bilis B. Per això no

podem explicar per què en el nostre malalt en el que no hi ha cap quadre d'obstrucció, no hem obtingut la bilis B. Es un punt de discussió.

Prova de la tetraiodo. Aquí, en canvi, les dades clíniques permeten explicar la no repleció de la vesícula. De la mateixa manera que el fetge no pot eliminar la bilirrubina en la prova de la sobrecàrrega, probablement tampoc té poder per eliminar la substància colorant opaca, la tetraiodo; per això creiem amb el professor Gallart, que en aquestes circumstàncies,  s imprudent repetir la prova, doncs es carrega la sang d'una substància t xica obligant el ronyó a un treball vicariant excessiu.

Per altra banda, nosaltres, que estem convençuts que davant d'un quadre clínic de colecistitis amb tetraiodo negativa, es pot enviar gairebé sempre el malalt al cirurgià, creiem que no cal fer-ho mai quan la tetraiodo negativa correspon a un quadre d'icterícia sense fenòmens de vies biliars. No en treur em res d'intervenir, i exposar em el malalt a conseqüències tal volta fatals.

Curs de la malaltia i data de la seva aparició. Es un punt fosc de la nostra història l'aparició tardana de la malaltia respecte a les primeres manifestacions sifil tiques i també el fet de no coincidir la icterícia amb cap altre símptoma de secundarisme. Eliminada, com ho farem tot seguit, l'hipòtesi d'una manifestació terciària, el nostre cas demostraria que la icterícia luètica secundària pot presentar-se en un període llunyà, i sense altres manifestacions secundàries.

El curs de la malalta, el quadre s mptom tic i la millora pel tractament, són dades que encaixen de ple en el nostre diagnòstic.

Diagnòstic diferencial. Davant d'una icterícia tan intensa com la del nostre malalt, en el primer que cal pensar  s en una obstrucció per cranc de cap de p ncreas o càlcul de col doc.

La icterícia per obstrucció per cranc de cap de p ncreas  s continu  i progressiva, no millora malgrat els tractaments, i és una icterícia per retenció, no trobant-se per tant pigments biliars en el suc duodenal ni a la femta. Les proves d'amilasa i lipasa solen ésser negatives per obstrucció del Wirsung, i finalment els símptomes generals acaben per portar al diagnòstic.

En el càlcul de coledoc hi han també els símptomes d'obstrucció completa que falten en el nostre malalt, i sobre tot, es presenten els fenòmens dolorosos del c lic hepàtic, precedint a l'aparició de la grogor. En el nostre cas ja hem vist que la

icterícia és intensa i la seva aparició sobtada, però sense cap dolor. Ademés, la precoç i grossa hepatomegàlia del nostre malalt no es presenta en la icterícia calculosa.

No cal parlar d'icterícia hemolítica: els símptomes són molt diferents.

Queden les cirrosis biliars i les icterícies dites infeccioses.

Sense poguer negar rotundament que el nostre malalt (antic luètic i alcohòlic) pogués ésser un cirròtic, no ens inclinem a creure-ho: en la cirrosi biliar es troba la melsa hipertrofiada, els símptomes digestius de començament no solen faltar, i el tractament específic no provoca una milloria tan clara.

En el grup de les icterícies infeccioses hi ha la icterícia catarral: aquesta denominació, inexacta, es refereix a una malaltia que es caracteritza per un començament d'anorèxia, nàusees, trastorns gastro-intestinals, simulant un empats gàstric, i precedint d'uns quants dies l'aparició d'una icterícia total, amb decoloració de matèries, retenció de sals i pigments, i fetge gros. Aquest síndrome evoluciona en dues o tres setmanes (a vegades menys) cap a la duració, o bé, al contrari, el quadre es complica, prenent-hi part el ronyó i establint-se la icterícia greu.

En el nostre cas falten en absolut els fenòmens digestius de començament (el procés febril va ésser un mes abans i clarament respiratori) i ademés hi ha la dita milloria pel tractament específic.

Queda, doncs, la icterícia luètica.

La lues pot donar lloc a icterícia en el període secundari i en el terciari: hi han autors, com Milian, Nicaud, Gaston i Tissot, que han citat casos d'icterícia en el període primari, però sembla que aquests casos han precedit de poc l'aparició dels altres símptomes de secundarisme, i poden gairebé sens dubte considerar-se com icterícies secundàries.

En el període terciari s'han observat casos rars de goma de vies biliars, donant lloc a quadres clínics d'obstrucció total o parcial: però no presenten com el nostre, una hepatomegàlia tan ràpida i pronunciada.

El més freqüent en la lues hepàtica terciària són les lesions de tipus cirròtic, fent l'hepatitis esclero-gomosa, i manifestant-se per quadres clínics generals i locals bastant greus, en els quals la icterícia, o no es presenta, o pren un aspecte lleuger, venint a ésser un dels símptomes menys importants de la malaltia. Ja hem vist que en el nostre malalt la icterícia és, gairebé, el símptoma principal, i té tot l'aspecte d'una icterícia infecciosa.

Així, per eliminació, creiem que pot establir-se el diagnòstic d'icterícia secundària.

CONCLUSIONS

- 1.—La icterícia infecciosa luètica pot presentar-se molt temps després dels accidents inicials de la sífilis
- 2.—Pot no coincidir amb cap més símptoma de secundarisme.
- 3.—Pot donar lloc a una hepatomegàlia molt pronunciada.
- 4.—Millora notablement amb el tractament específic pel bismut.

Discussió: Dr. Sala Roig.

Abans que tot cal felicitar al Dr. Moxó pel cas d'icterícia, ben estudiat que ha presentat. Dec, però, fer certes reserves a l'admissió que per exclusió, s'accepti una lues hepàtica, abans de buscar mitjançant el bilicultiu o les reaccions de sero aglutinació i hemocultiu, si es tractava d'una hepatitis infecciosa per un altre germen (que sovint es troba ésser del grup Eberth, fins en casos en què els símptomes generals no permeten sospitar-ho).

La falta de bilis fosca que ha trobat el Dr. Moxó, per sondatge duodenal i estímul pel sulfat de magnèsia, l'hem pogut comprovar també nosaltres en tots els nostres casos d'icterícia quelcom intensa per hepatitis. L'explicació que de la revisió de l'estat actual sobre la fisiologia de les vies biliars, ens apareix com a més lògica, és que omplint-se la bufeta degut a la pressió intrabiliar que determinen la pressió de secreció hepàtica per un costat i la resistència que ofereix l'esfínter duoderal per l'altre, en faltar un d'aquests factors (en aquests cas la pressió de secreció hepàtica) el reflux a través del cístic, no té lloc i per tant la bufeta no s'omple, i per tant no pot buidar-se en fer l'estímul pel sulfat de magnèsia.

La negativitat de la tetraïode la creiem lògica, i nosaltres no la practiquem mai en casos d'icterícia quelcom intensa, ja que a més dels perills que ofereix en aquest cas, la seva interpretació no té el valor que té en persones no icteríques.

Rectificació: Dr. Moxó.

La possible etiologia eberthiana, creiem que queda eliminada en el nostre cas, pels antecedents negatius del malalt, i el no presentar-se la tifoidea en els dos mesos que el vàrem tenir en observació.

Conforme que la no obtenció de bilis B en la prova de Melzer-Lyon pot ésser deguda a què la c llula hepàtica no respon a l'estímul excretori del sulfat de magnèsia: aquest estímul creiem que és relativament petit com es demostra omplint la vesícula per la tetraiodo, i fent la prova de Melzer sota la pantalla. I respecte a la no eficàcia de la tetraiodo i als perills de la prova en aquests casos, estem d'acord amb el Dr. Sala.