

EQUINOCOCOSIS PULMONAR. RETENCION SECA DE MEMBRANA. — TRATAMIENTO. — RESULTADOS ()*

Dr. Juan C. del Campo

En la comunicación hecha en colaboración con el Prof. E. Lasnier a nuestra Sociedad el 13 de noviembre de 1946 sobre Equinocosis pulmonar - Retención seca de membrana - Lobectomía parcial, decíamos que la belleza de las comprobaciones hechas por el Prof. Lasnier hacía olvidar el importante problema práctico.

En él y a propósito de esa primera resección segmentaria pulmonar hecha deliberadamente por retención seca, proponíamos la resección pulmonar como procedimiento para resolver con una intervención de gravedad proporcionada a la lesión todo el problema del enfermo.

- 1º) la evacuación del cuerpo extraño parasitario;
- 2º) la cavidad residual futura y las bronquiectasias locales;
- 3º) el parénquima infectado con restos parasitarios.

Entre el planteamiento teórico de una conducta y la práctica de la misma hay un trecho, tanto más explicable aquí cuanto que la benignidad relativa de esa forma clínica obliga a ser cauto.

El tiempo, que ha acortado las distancias en otros sectores, es posible que mañana haga desaparecer ésta, pero mientras tanto creo de interés poner de manifiesto las dificultades reales o supuestas surgidas en la práctica, considerando que los errores o las insuficiencias pueden ser más instructivas que los éxitos. Nos hemos pues, embarcado en la intervención quirúrgica con el propósito de hacer una resección, pero desde ya decididos a no

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 12 de mayo de 1948.

hacerla si creíamos comprometer la vida del enfermo o si debíamos re ecar una excesiva cantidad de lóbulo pulmonar sano, es decir hacer un sacrificio inútil de pulmón.

Decididos a esto y como parte importante del plan terapéutico el caso es estudiado clínicamente anotando sobre todo:

- 1) presencia e importancia de las hemoptisis;
- 2) presencia o ausencia de broncorrea;
- 3) participación infecciosa, episodios febriles, congestivos, expectoración purulenta;
- 4) tiempo de duración de la retención.

La acentuación de los síntomas hemoptisis, broncorrea, infección, afirman la indicación reseccionista; la infección llama la atención sobre el terreno en que se hará ésta.

El tiempo de duración tiene su importancia porque tiene su parte en la producción de la esclerosis parenquimatosa, causada por la acción directa del parásito muerto sobre el parénquima y por la penetración de partículas membranosas en las canalizaciones bronquial y vascular. Cuanto mayor duración, mayor esclerosis y mayores posibilidades por lo tanto de lesiones residuales.

Luego el caso es estudiado radiológicamente, complementando el examen clínico por una parte (tamaño, estado del parénquima que lo circunda, de las cisuras, del otro pulmón) y por otra parte determinando:

1) *Topografía del nódulo con relación a la pared torácica;* a pesar de intervenir por pleurotomía amplia admitimos que pueda haber frente al nódulo una zona de adherencias que por extensas o por firmes, convenga liberarlas de cerca o haga preferible cambiar el plan operatorio, sustituyéndolo por la evacuación del resto parasitario a través de dicha zona de adherencias.

Nos lleva esto pues, a elegir como incisión de abordaje, aquella de las corrientes que pasa a través de la zona de vecindad parietal del nódulo o que por lo menos se acerca a él pudiendo liberar con facilidad las adherencias o utilizar la zona en que existen ya sea directamente ya sea por una ampliación o derivación de la incisión.

Podemos invocar en apoyo de esta táctica facilidades determinadas por ella y dificultades surgidas de tácticas diferentes.

En el caso de E. G. A. se inicia la liberación del nódulo residual a través de una incisión (vía anterior, 3ª costilla) que conduce directamente a él.

Dificultades de orden anestésico (movimientos inspiratorios bruscos, cada 10 ó 12 segundos) obligan a cambiar de plan, haciendo la evacuación de los restos hidáticos y drenando la cavidad lo que resulta fácil dada la situación de la incisión.

En el caso B. B. se ven los inconvenientes en la práctica inversa.

La localización del nódulo residual en el lóbulo ánterosuperior (sègmento posterior) nos llevan erróneamente a realizar una toracotomía anterior (3er. espacio) teniendo en cuenta para su elección más su situación superior que su situación posterior y descontando la liberación de las adherencias.

Pero nos encontramos con un nódulo firmemente adherido a la pared posterior por paquipleuritis extensa, en forma tal, que se tiene la impresión de que sólo abriendo la cavidad hidática podría separársela. Considerando entonces el alejamiento de la incisión preferimos abandonar la intervención y evacuar los restos parasitarios y drenar en otra intervención abordando por vía posterior.

Si en este momento hubiéramos hecho una incisión sobre la vecindad del nódulo residual, todo hubiera sido fácil. La terapéutica se complicó después porque en dos tentativas por vía posterior se encontró una zona de paquipleuritis a través de la cual no fué posible encontrar la cavidad residual, lo que hubiera sido fácil con el control de la abertura pleural amplia.

2) *Topografía lobular aproximada del nódulo*, relación con la cisura que muy a menudo se visualiza en estos casos, relación con la periferia.

Tratamos de ubicar el nódulo dentro de uno de los esquemas de segmentación lobular (Chevalier Jackson y J. F. Huber; Adams y Davenport), sin concederles una importancia excesiva; pero como método de estudio por una parte y de comprobación de dichas segmentaciones, por otra.

Este estudio permite hacerse una idea de las posibilidades

y de las dificultades que se pueden encontrar; se preparan además para el acto operatorio los esquemas anatómicos que pueden facilitar la intervención.

Casos de resección.

En tres casos se practicó una resección pulmonar.

En todos ellos se trataba de nódulos periféricos netamente separables de la zona hilar lobular.

En dos de ellos la resección se hizo bajo forma de resección cuneiforme. El primero evolucionó bien; es el caso comunicado a la Sociedad de Cirugía el 13 de noviembre de 1946.

El 2º (L. de J.) hizo una complicación que retardó su cura; un neumotórax con tensión por fistulización secundaria bronco-pleural que llegó a la curación sin infección, por cierre espontáneo de la fístula brónquica y después de dos evacuaciones de líquido reaccional pleural por punción.

En el 3º (R. C.) se siguió una técnica similar a la aconsejada por Overholt, pero aplicada ya no a un lóbulo secundario sino a lo que podríamos llamar un lóbulo terciario.

Practicamos la individualización intrapulmonar del bronquio y pedículo del segmento por tracción, sobre el bronquio, y en su dirección incidimos el pulmón, ligamos y seccionamos bronquio y vasos del segmento a extirpar, ejecutando después la resección retrógrada del segmento pulmonar.

Hubo una pequeña complicación que, en aviso de ella, debe y puede evitarse. Durante la manipulación del nódulo, antes de ligar y seccionar el bronquio, un fragmento de membrana pasó al bronquio como lo hizo sospechar una pérdida de tensión del nódulo y como lo demostró su expulsión por expectoración en el post-operatorio. La evolución post-operatoria ha sido ideal.

En un caso de estos últimos días operado como nódulo residual o cavidad residual pudimos practicar la lobectomía parcial del segmento dorsal del lóbulo pósteroinferior izquierdo previa individualización hilar de su pedículo.

El corte mostró que se trataba de una cavidad residual y que los elementos hidáticos macroscópicos eliminados en el último episodio eran los últimos.

En 6 casos no se hizo resección.

Un caso M. B. sólo es incluido aquí por motivos estadísticos que respeto pero no comparto.

El problema del enfermo era muy diferente del que representa decir, caso de retención seca de membrana. La decisión operatoria final de evacuación simple fué tomada sobre todo por la edad de la enferma y el estado general deficiente.

En otro, E. A., con un nódulo situado en el lóbulo ántero-superior (segmento ánterolateral) un incidente anestésico perturbaba la inmovilidad pulmonar que requieren estas intervenciones.

Ya nos hemos referido a él al hablar de la elección de la incisión operatoria. La lesión se presentaba fácil para una resección.

En otro caso (R. D.) el nódulo estaba situado en lo que podría llamarse la axila del pedículo dorsal o apical del lóbulo pósterio inferior izquierdo y el comienzo de sus ramas basales.

Se consideró que la resección del nódulo podría comprometer inicialmente en el momento de la resección o secundariamente durante la cicatrización, la vascularización o la aeración del segmento pulmonar restante. Y como una lobectomía aparecía excesiva se optó por la evacuación y cierre.

En el 4º caso (Cemp) el nódulo asentaba en el lóbulo ántero-superior y hacía saliente en la cisura, que estaba completamente cerrada por adherencias de tipo aracnoideo.

Se creyó preferible utilizar esta disposición para desvincular la curación del proceso de la gran cavidad pleural evacuando el resto parasitario, cerrando la cavidad patológica y cerrando de nuevo la cisura dado que las adherencias se prestaban admirablemente para ello.

En el 5º caso (S. A.), se prefirió utilizar una zona de adherencias vecinas de la incisión operatoria teniendo en cuenta que se trataba de un caso de poco tiempo (3 meses de vómica) y escasa reacción fibrosa.

En el 6º caso (B. B.), la indicación de resección era clara, nódulo con gran reacción fibrosa y paquipleuritis.

Un error en la elección de la incisión, un aplazamiento de la operación y dificultades técnicas en la reintervención es decir elementos adjudicables al operador, han impedido por el momento dar cuenta de la lesión.

Los datos que hemos dado se refieren sólo a elección y practicabilidad del procedimiento. Hemos omitido por el momento el estudio detallado de la morbilidad post-operatoria que es de interés.

Y quedan todavía algunos puntos a aclarar.

Me referiré a dos:

Uno es el hecho de que estas intervenciones por retención seca se hacen en un terreno muy sensibilizado lo que determina complicaciones de orden biológico general, pero de expresión local, que pueden dificultar la evolución sencilla de las lesiones.

El segundo punto es que para que estas terapéuticas reseccionistas sean indiscutibles es necesaria la prueba del tiempo, demostrando que el post-operatorio alejado está tan libre de incidentes como corresponde a las esperanzas que en ellos depositamos.

Resumen

Sobre 33 casos de equinocosis pulmonar ingresados al Servicio desde el 1° de marzo de 1945 hasta la fecha hemos tenido 11 retenciones secas de membrana hidática.

De los 11 casos dos son anteriores a nuestra decisión de hacer resección.

Nueve fueron tratados después de haber entrado en línea de cuenta la resección pulmonar.

En tres casos se hizo la resección de la lesión con resultados que pueden considerarse buenos a pesar de la complicación operatoria del caso segundo (Fístulo bronquio-pleural).

En seis no se hizo resección.

En tres consideramos que las contraindicaciones a la resección eran claras.

1) Problema clínico terapéutico diferente y además edad avanzada y estado general deficiente.

2) Incidente operatorio, resección viable, aparentemente fácil.

3) Situación en la axila de una bifurcación bronquial de importancia lo que hubiera llevado a un sacrificio excesivo de parénquima pulmonar sano.

Los resultados clínicos de estos casos fueron excelentes.

En dos no había contraindicaciones pero en uno se ofrecía una variante de drenaje con sutura de la cavidad y cierre de la cisura que pareció preferible; en el otro se trataba de una retención datando de poco tiempo, con poca reacción fibrosa y zona de adherencias aprovechables para el drenaje.

La evolución de los dos casos fué buena.

En un último caso, que no se hizo resección, ésta hubiera sido preferible pero se cruzaron errores de orden táctico y técnico.

Dr. Larghero. — El Dr. Del Campo propone la resección segmentaria del lóbulo pulmonar en caso de retención seca de membrana, como procedimiento de elección, cuando es realizable, sin riesgo para el enfermo. ¿Es así doctor?

Dr. Del Campo. — Yo he hecho la resección segmentaria. Ahora, considero que nosotros, disponemos en el momento actual de tres procedimientos: sé a lo que va el Dr. Larghero, más o menos a la lobectomía.

Les digo lo siguiente: disponemos de tres procedimientos para tratar la retención seca de membrana.

1º El drenaje a través de pleura cerrada con dos variantes: a través de pleura cerrada abordada por afuera y se va a través de ella o se provoca. O a través de pleura cerrada, pero después de haber comprobado previa abertura del tórax dónde está la cavidad, dónde la zona de adherencia y dónde se puede abordar con tranquilidad.

2º Podemos hacer el drenaje después de haber visto el nódulo, que no tenga por ejemplo un vínculo directo con un segmento de pared torácica, fijando la pared, es decir drenaje.

Y 3º la resección de la zona reaccional, es decir de la zona enferma. Esas son las tres.

Yo, por el momento actual, me inclino dado los datos anatomo-patológicos, a hacer la extirpación de toda la zona reaccional, del resto parasitario y del parénquima que lo circunda, que está muy a menudo con lesiones que desde el punto de vista anatomo-patológico parecen difícilmente regresables; pueden ser soportables para el sujeto pero difícilmente regresables no darán lugar a un síndrome evolutivo, pero pueden dar lugar a un síndrome residual. Esos son los motivos por los cuales prefiero la resección, porque creo que en el momento actual todavía tenemos que estar supeditados a lo que ha dado la observación en estos casos y lo que ha dado la observación en estos casos es que si se evita la contaminación pleural, la pleuresía, estos casos van evolucionando generalmente bastante bien.

Me baso sobre todo en un hecho, no en el análisis minucioso ni en complicaciones que soportan la vida de estos enfermos y que pueden ser tomadas con más o menos importancia según los cirujanos, según los

médicos, sino en el hecho que durante muchos años, cuando no hacíamos resecciones, estuvimos a la espera de una pieza para saber lo que era exactamente las lesiones en la resección seca de membrana.

Dr. Larghero. — Voy a tener ocasión de presentar 7 piezas de lobectomía por secuela de quiste hidático, a la Sociedad de Cirugía, porque es precisamente basado en esas piezas de las cuales cuatro corresponden a enfermas operadas por el Dr. Armand Ugón en su Servicio de Saint Bois, y tres operadas en mi Servicio, que hemos obtenido las conclusiones.

El propio Dr. Armand Ugón, que es el dueño del 60 % de esas piezas, no conoce todas las conclusiones, pero yo voy a adelantar o resumir lo siguiente:

La primera sorpresa que nosotros hemos tenido estudiando este material y controlando los resultados del estudio anatómico y radiológico de las piezas con el estudio radiológico del lóbulo pulmonar en el enfermo, es la diferencia que hay entre la cantidad de parénquima que parece sano en la radiografía del enfermo y el que realmente está sano en la pieza.

Me voy a explicar: cuando una cavidad de secuela hidática ocupa, supongamos, medio lóbulo del pulmón, aparece el otro medio lóbulo transparente a los rayos X, pero el estudio anatomo-patológico de ese hemipulmón que parece normal, muestra que radiológicamente es transparente a los rayos X porque tiene dos lesiones que se compensan, recíprocamente: fibrosis intersticial y lesión de enfisema; lo que el parénquima pierde en transparencia por fibrosis lo recupera por su enfisema y aparece radiológicamente satisfactorio cuando anatómicamente es un parénquima definitivamente lesionado.

La segunda comprobación que nosotros hemos hecho, es que la enfermedad o la cavidad de secuela hidática con retención de membrana o sin retención de membrana, con hemorragia o sin hemorragia, es una lesión que se localiza primitivamente en un segmento aunque no sea segmentaria, pero que después se extiende en el sentido hilar, y el bronquio que drena esa cavidad o los bronquios, y la ramificación del bronquio lobar principal están englobados por la esclerosis; la disección de la pieza es extremadamente difícil y no se podrá hacer resección de la pared de la lesión y una buena sutura del bronquio sin comprometer los bronquios que se reparten a los otros segmentos del pulmón.

La tercera comprobación es que existen, fuera de la zona que constituye la pared propiamente dicha de la cavidad, que está constituida por un tejido fibroescleroso y donde no queda como resto del parénquima más que los vasos y algunos bronquios, con un proceso de fibrosis peribronquial con retención de fragmento de membrana, o sin membrana, con pus, con sangre, existen, decimos, fuera de esa zona, en la zona de parénquima que parece normal y en la mesa de operación se exprime de su aire al colapsarse; lesiones de peribronquitis con dilataciones bronquicas, y puede asegurarse que ese parénquima, sobre todo localizado a un lóbulo inferior, y que esos bronquios no podrán recuperar jamás su

funcionalidad normal. El lóbulo portador de la lesión, aunque se reseque en su parte lesional principal, queda definitivamente mutilado anatómica y funcionalmente. La conclusión del estudio de las piezas es que si hay una afección en la cual la resección lobar segmentaria, que puede ser aplicada en la bronquiectasia, no va a tener aplicación para las secuelas del quiste hidático del pulmón y si se le aplicase, no puede ser hecha con la seguridad que da la lobectomía.

Dr. Armand Ugón. — He oído con mucho interés la comunicación precisa del Dr. Del Campo, de lo que él llama retención seca de membrana. Vamos a hacer una pequeña aclaración sobre el nombre de la enfermedad, de retención seca, puesto que él mismo nos habla que en algunos enfermos tiene expectoraciones purulentas o que sangran abundantemente y que se traduce por síntomas clínicos importantes que no es del tipo de la hidatidosis, del quiste hidático comunicado y la membrana encapsulada casi sin síntomas.

El Dr. Larghero ha presentado el tipo de enfermo que vemos nosotros con más frecuencia en el Saint Bois, que llegan con diagnósticos dudosos y están aislados durante meses, a veces durante años, en Servicios de Medicina, con diagnóstico impreciso, vago, de bacilosis o de esclerosis pulmonar, de supuración pulmonar, sin hacer una precisión de hidatidosis pulmonar.

Sin embargo, por la experiencia nuestra en Saint Bois, hemos hecho en retención de membrana como dice el Dr. Del Campo, tres tipos de extirpación; hemos extirpado simplemente el resto hidático; hemos hecho lobectomías típicas y hemos hecho resecciones parciales de pulmón. No hablo de lobectomía segmentaria porque en realidad en el quiste hidático para hacer una lobectomía estrictamente parcial, se hace retención.

El resultado ha sido más o menos el siguiente: en las extirpaciones simples del resto parasitario que siempre he hecho a través de pleura libre, liberando la zona y se han hecho nueve enfermos así. En esos nueve enfermos no ha habido ninguna muerte, pero algunos han tenido un post operatorio un poco más complicado, algunos han hecho un post operatorio normal de una lobectomía, algunos han hecho atelectasia, han tenido esputos hemotoicos post operatorios durante algunos días, no han tenido un post operatorio tranquilo, tan tranquilizador para el cirujano.

En cuanto a los resultados alejados de estos enfermos no tenemos una experiencia muy larga, pero en general no han sido del todo satisfactorios; muchos enfermos continuaban con broncorrea y continúan mismo con esputos hemotoicos. Actualmente la extirpación del resto parasitario solamente en los casos de quistes parasitarios, de quistes que no tienen zonas atelectásicas ni quística ni zona fibrosa; además la hacemos, claro está cuando hay quistes múltiples en un mismo pulmón, con dos o tres restos parasitarios, porque si no tenemos que ir a resecciones muy amplias, sería comprometedor.

En cuanto a los resultados parciales, se han hecho pocas, creo que

se habrán hecho una media docena a lo sumo. Los resultados parciales hemos visto los inconvenientes que el Dr. Larghero fundamenta en su disertación y el post-operatorio no es tan bueno como en la lobectomía típica porque han hecho a menudo complicaciones atelectásicas. Cuando se hace resecciones segmentarias es difícil evitar que pase sangre al árbol bronquial y sucede lo que le sucede al Dr. Del Campo que al manipular pasa el resto parasitario al lóbulo. Es por eso que hoy en día casi hemos abandonado la segmentación parcial del pulmón, porque creemos del punto de vista clínico, del punto de vista anatomo-patológico del que vamos a hablar en otra comunicación.

Es por eso que hemos preferido ir a la lobectomía. En realidad la lobectomía por quiste hidático, puede ser en algunos casos muy difícil o muy fácil, pero la técnica precisa que se puede utilizar en esta intervención, hace que sea benigna que sea más benigna y es una cosa paradójal que la resección segmentaria, la resección segmentaria que hemos hecho para hidatidosis y para supuración tuberculosa más grave que la resección global.

La resección segmentaria la tenemos que hacer en algunos casos forzosamente, cuando la lobectomía no se puede hacer bien. Es el caso del Dr. Del Campo, del quiste cisural, quistes metidos en una cisura, quistes viejos, incomunicados, que es difícil precisar por la intervención a qué lóbulo pertenece si al lóbulo superior, medio o inferior; está en una encrucijada de los lóbulos y uno empieza a descartar y no sabe a qué lóbulo pertenece. En esos casos no hay más remedio que la extirpación parcial segmentaria, para hacer correr menos riesgo al enfermo.

No hay duda que el Dr. Del Campo ha hecho bien en insistir sobre retención de la membrana y de la resección pulmonar. Queremos agradecerle la comunicación que ha hecho y en la que todos hemos aprendido algo.

Dr. Del Campo. — Creo que la primera condición que nosotros debemos llenar en el tratamiento de estas lesiones, es la de salvar no sólo de una vez sino definitivamente, la vida del enfermo. Y creo que ciertas situaciones operatorias se presentan en forma tal que uno teme por la vida del enfermo; puede ser que una mayor experiencia nos diga a nosotros que no, pero en el campo operatorio puede presentarse en forma tal que surja la contraindicación operatoria. Yo he señalado tres: una fué un accidente anestésico, sujeto que cada diez o doce segundos hacía una inspiración brusca y me retiraba el pulmón al hilio. En esas condiciones no era posible hacer una resección.

La otra no me acuerdo exactamente cuál era y la tercera una enferma con un estado general en que no había más que verla para darse perfecta cuenta que la resección pulmonar era más de lo que ella podía soportar, tenía 60 años de edad y por otra parte con un problema muy interesante que yo voy a traer a la Sociedad de Cirugía que es el problema de los quistes hidáticos apico mediastinales, en donde empieza a dudarse

de la naturaleza de la lesión. Lo primero que hay que aclarar es la naturaleza de la lesión. Ese grupo es un grupo de tres de los nueve que yo he tenido que tratar. En cuanto a los otros admito esa diferencia de opinión. Recuerdo que el Dr. Lasnier nos presentaba lesiones de retenciones secas de membrana y nos presentaba un cuadro en forma tal que si se nos podía culpar de algo era de que sacáramos poco y no de que sacáramos mucho. Pero yo me refiero exclusivamente y en eso creo que el Dr. Larghero más que el Dr. Ugón, pero también el Dr. Ugón en parte, no se han ceñido al punto que yo trato, es decir a la retención seca de membrana. Retención seca de membrana se refiere al caso que dentro de la cavidad pulmonar no encuentro yo nada más que la membrana y el parénquima está rebotado sobre esa membrana, no a las cavidades residuales con restos hidáticos más o menos diseminados o pequeños restos hidáticos en ese pulmón con lesiones múltiples después de varios años de persistencia del resto parasitario sino a una situación que se nos presenta a nosotros inicialmente y que se nos presenta en condiciones clínicas bastante fáciles de individualizar, muy sencillas en general de individualizar. Es en este caso exclusivamente, que yo creo que puede hacerse la resección parcial que reconozco que es más difícil que la resección del lóbulo.

Vuelvo a repetir que el Dr. Larghero ha tratado los casos de lobitis terminal y no de retención seca de membrana que es un caso completamente diferente, pero diferente en este sentido: en grado; cuando nosotros hablamos de retención seca de membrana, tema que vengo tratando del año 1932, no nos referimos a un tipo determinado que no tenga sus puntos de pasaje con otro tipo de la Patología hidática, tiene sus tipos de pasaje; entre esos tipos de pasaje hay uno en que la membrana va acompañada o va unida a supuraciones, es entonces un pio y muy a menudo un pio neumocístico, pero cuando yo hablo de episodios bronquiales o de broncorrea o de episodios de orden infeccioso, no me refiero a pio neumocístico sino que me refiero a esos pequeños episodios bronquiales que surcan de cuando en cuando la evolución clínica de estos casos de retención seca.

Pero de todas maneras lo que yo quería traer a la Sociedad de Cirugía era tal como se me había presentado en la mesa de operaciones los casos de retención seca, lo que yo había hecho, los resultados que había obtenido y la conducta que me había visto obligado a adoptar en algunos de ellos. Yo no le oí decir al Dr. Ugón de los resultados que tuvo en las 9 evacuaciones de membranas, lamento mucho decir que no sé si dijo algo sobre los resultados que tuvo en la evacuación de los restos parasitarios, ¿nueve casos con nueve sobrevidas?

Dr. Ugón. — No hubo mortalidad en ningún caso y en la lobectomía tampoco.

Dr. Del Campo. — Es lo que quería saber porque creo que la primera condición que hay que llenar es precisamente esa: no tener mortalidad.

Agradezco la atención que le han prestado a la comunicación.

Dr. Larghero. — El Dr. Del Campo no me ha contestado a las objeciones que le he hecho. La retención seca, en materia de quiste hidático, supone siempre una adventicia esclerosa; dentro de la cavidad hay supuración, pequeña o grande, supuración que fatalmente provocará una reacción fibroesclerosa de la adventicia. Los casos del Dr. Del Campo lo prueban: si no hubiera espesamiento de la adventicia, no habría encontrado dificultades de orden pleural en algunos casos, dificultades para la resección segmentaria parcial que ha encontrado en otros casos, es decir que el asunto es completamente diferente si consideramos el quiste hidático hialino, no roto, con adventicia delgada rodeada de parénquima sano, y el caso del quiste hidático que se ha abierto, con adventicia sea un poco más gruesa o más fina, lo que es exactamente lo mismo; siempre hay alrededor de la cavidad una adventicia gruesa que engloba el parénquima vecino en una extensión de a veces 1 cm., mismo un poco más, y compromete todo el lóbulo pulmonar. Lo vamos a probar con las piezas, y el Dr. Del Campo verá que algunos de ellos son típicos de las dichas retenciones secas de membrana. En algunos casos operados por el doctor Armand Ugón, la membrana parece completamente normal y, sin embargo, en esa retención seca existen lesiones lobares y creo que no les es fácilmente aplicable el procedimiento de resección limitada.

Del Del Campo. — Yo creo haber traído a la Sociedad de Cirugía la primera resección en retención seca de membrana, con el estudio histológico hecho por el Dr. Lasnier.

Dr. Larghero. — Pero no del lóbulo, de la pared.

Dr. Del Campo. — Fué una resección parcial, no total del lóbulo y demostraba Lasnier que las lesiones que iban hasta el límite, quiere decir que puede sacar más; pero yo no puedo tener un convencimiento absoluto de que todo lo que tenga el lóbulo debe ser sacado. Para mí dentro de la Patología hay lesiones que pueden regresar y lesiones que pueden ser soportadas. De manera que de estos casos, si mañana no sólo viene una estadística inmediata sino una estadística sobre resultados alejados en que nos muestran por ejemplo que las lobectomías marchasen perfectamente bien, desde el punto de vista alejado, yo creo que ninguno de nosotros va a tener inconveniente en practicar lobectomías, salvo en los casos de quistes situados en las axilas de una bifurcación bronquial, que den lugar a dificultades de orden post-operatorio que hacen prever dificultades de orden post-operatorio grave. Yo quiero traer la práctica tal como la he aplicado, no quiere decir que no la vaya a cambiar y yo creo que ninguno de nosotros podemos decir que vamos a seguir en una práctica, hasta que no venga la confirmación de los buenos resultados de la misma. Dentro de la retención seca de membrana, vuelvo a repetir que me ocupo de retención seca, no de cavidades residuales ni lobitis terminal, dentro de la retención seca de membrana hay casos muy diferentes; extremadamente diferentes. Hay casos iniciales con peri-quística

muy poco espesada, muy poco desarrollada, y hay casos muy viejos. En el caso estudiado clínicamente, entre las cosas que se estudiaba está el tiempo de duración del proceso, porque el tiempo de duración condiciona precisamente todas esas lesiones circundantes y que obligan a hacer una terapéutica reseccionista.

Yo he hecho o he indicado por qué he hecho en algunos casos la resección y por qué no la he hecho en otros casos, y desearía que los cirujanos que practican este tipo de Cirugía nos trajeran su experiencia, con sus resultados cercanos y alejados para que al fin podamos adoptar una línea de conducta. En otros términos, imagínese que si lo que es lógico, que es en casos de retención seca, la resección, se nos presentara a nosotros alguno que tiene una mortalidad y que tiene un resultado post-operatorio malo, debemos dejarla, nos parece. En el momento actual, creo que hay cirujanos un poco inclinados a hacer la resección en el quiste hialino simple, ya se está hablando del asunto; eso puede ser que sea una terapéutica pero en el momento actual no me convence en ese sentido, pero si los hechos demuestran que una lobectomía de un lóbulo pulmonar portador de quiste hialino, es tan sencilla, como una evacuación, que es tan inocua en su operación y que da un resultado post-operatorio mejor que el de la eliminación simple, no creo que ninguno se vaya a oponer a hacerla. De manera que yo le he contestado al Dr. Larghero.