

QUISTE HIDATICO DEL HIGADO

Dr. Germán Mernies

(San José)

Esta comunicación sólo tiene el valor de una experiencia personal en el procedimiento técnico para el tratamiento quirúrgico de la hidatidosis hepática en determinados casos; trata al mismo tiempo de suscitar en esta reunión un cambio de ideas, una crítica provechosa respecto a la conducta seguida con estos enfermos. La titulo resección adventicial en la hidatidosis hepática.

Entrando en materia diré que para que sea susceptible de realizarla, se requiere la concurrencia de factores que enumero y analizo sumariamente:

A) Factores dependientes del enfermo y su enfermedad.
1º Estado general del enfermo y sus condiciones: a) edad, por encima de los 65 años en que la resistencia orgánica está naturalmente disminuída, es inconveniente hacerle correr los riesgos que implica una intervención de esta naturaleza; b) otras alteraciones orgánicas concomitantes impiden utilizar el método, de

esto se deduce el numeral 2º, estudio clínico funcional completo del paciente en el pre-operatorio.

3º *Condiciones ambientales.* Es necesario contar con:

- a) Anestesia y anestesista buenos.
- b) Equipo de transfusión en calidad y cantidad.
- c) Material quirúrgico adecuado.
- d) Oxígeno terapia.

B) *Condiciones dependientes propiamente del quiste en sí y del órgano que lo aloja.*

a) *Tamaño.* Es indudable que los voluminosos quistes centrales del lóbulo derecho, aun cuando ellos lleguen a exteriorizarse en la superficie hepática, no son pasibles de esta técnica peligrosa en estas condiciones sobre todo por las hemorragias difíciles de cohibir, dada la gran superficie sangrante y la segura imposibilidad de realizar sutura hepática eficaz. Tampoco lo son los grandes quistes del lóbulo izquierdo, a menos que su desarrollo haya liquidado totalmente el parénquima y haga posible la resección masiva como una hepatectomía izquierda. b) *Número.* Cuando pasan de dos es mejor prescindir de esta técnica, salvo que sean muy pequeños y superficiales. c) *Ubicación dentro del área hepática.* Son susceptibles de aplicar esta técnica en aquellos ubicados en el reborde inferior hepático aun cuando su volumen sea considerable ya que casi siempre se exterioriza hacia la cavidad abdominal. Lo son también aquellos ubicados en el lóbulo izquierdo, siempre que una cuidadosa topografía previa nos permita alcanzarlos con una incisión adecuada. Los quistes ubicados en cara anterior hepática, cercanos al reborde inferior, con amplia superficie de exteriorización. Caso favorable constituye los alojados en el área póstero-lateral baja del lóbulo derecho; abordándoles por la vía de la doce u once costilla, sólo el tamaño puede impedir la aplicación del procedimiento.

Los quistes del sector superior sub-diafragmático derecho, en su vertiente anterior o posterior que obligan al abordaje trans-tóraco-diafrágmatico en ellos, debemos esforzarnos en resecar la adventicia, ya que el drenaje de los mismos no se hace sin ciertos inconvenientes.

C) *Grado de exteriorización con respecto a la superficie hepática.*

Lógicamente son más favorables los casos cuanto menos contacto y penetración tengan en el parénquima.

D) *Relaciones peligrosas del quiste con elementos vitales.*

Sólo quiero referirme al elemento más peligroso, la cava: siendo la intervención sangrante por excelencia, mucho debemos cuidarnos de la herida o desgarro de este elemento, cuya solución del momento quizá no tenga una terminación feliz.

E) *Complicaciones del quiste en sí.*

a) infecciosas. Los quistes supurados los considero casi siempre a tratar con el clásico procedimiento de evacuación y drenaje por la atmósfera congestiva e hiperémica que los rodea y los peligros de contaminación que aparejan.

b) *Quiste calcificado.* Son éstos los que plantean el verdadero problema cuya solución es perfecta cuando logramos enuclearlos en su totalidad, porque realmente hemos tenido resultados tan desalentadores con la evacuación simple y drenaje, que en la actualidad tenemos enfermos que son una verdadera pesadilla por las secuelas inmediatas y prolongadas a través de mucho tiempo (años), nos hacen partidarios de someter al enfermo a una intervención riesgosa pero eficaz en la cura integral del enfermo.

Las razones por las cuales nos aventuramos en un procedimiento que aumenta en proporciones muy considerables los riesgos operatorios, son: *En primer término*, como ya se ha expresado, los quistes hidáticos calcificados. No desconocemos los distintos procedimientos a que puede ser sometido: vaciamiento y drenaje, vaciamiento, cierre y abandono. Líquidos modificadores de las incrustaciones cálcicas, curetajes reiterados para extraer placas de calcificación, etc. De cualquier manera con estos procedimientos el tratamiento será largo, engorroso, para el cirujano, penoso para el paciente.

En segundo lugar, en los quistes no calcificados cuando se tratan por el procedimiento de vaciamiento y drenaje, todos podemos observar que en la mayoría de ellos debemos esperar incidencias desagradable de su post operatorio de carácter infeccioso, decaimiento del estado general con pérdida del apetito, astenia, estado febril, enflaquecimiento, anemia, que aparecen a los pocos días de operado ó a veces alrededor de los 20 a 30 días y que

requieren tratamientos severos, a veces prolongados antes de que el enfermo comience a recuperarse. Aparte de todo esto, con harta frecuencia el drenaje debe ser prolongado casi siempre meses, como válvula de seguridad. Hasta ahora hemos tenido la suerte de que en los casos tratados por este procedimiento no han sobrevenido infecciones, bilirragias y hemorragias en el post-operatorio. Es verdad que casi siempre hemos dejado una mecha en el post-operatorio que nos sirva de testigo de lo que puede suceder en la cavidad abdominal.

Evitamos la desagradable contingencia de las fistulizaciones prolongadas.

El trabajo del Dr. Ardao ha puntualizado, a mi entender con bastante precisión, estas incidencias post-operatorias, en su estudio de la adventicia de los quistes drenados.

Maniobras quirúrgicas y técnicas seguidas.

Nos preocupamos en seguir una incisión adecuada de acuerdo con el estudio clínico radiológico, para la cara superior: *trans-tóracodiafragmática, para la póstero lateral baja*, la vía de la doce u once costilla, respetando o no la pleura o el peritoneo.

Para el lóbulo izquierdo: *abdominal o tóraco abdominal*. Llegado al foco en que debemos actuar, aislamos cuidadosamente a éste de las regiones vecinas. Si el quiste no tiene volumen exagerado, y nos impresiona que no existe peligro de efracción que dé lugar a vaciamiento intempestivo del contenido, cuyo corolario es la diseminación consecutiva; iniciamos la enucleación en el sitio más alejado de vecindades peligrosas, liberando el quiste del resto del parénquima en forma obtusa y roma, siempre en íntimo contacto con la adventicia respetando en lo posible el parénquima de aspecto sano; al mismo tiempo traccionamos fuertemente del quiste logrando así poner de manifiesto tractus conjuntivos fibro vasculares interquísticoparenquimatosos, pudiendo así pinzar y cortar estos tractus bien al ras de la adventicia. Si al avanzar en la maniobra, sangra mucho, taponamos con gasa y esperamos la hemostasis por compresión.

Si a pesar de todo, en la prosecución de este clivaje, la hemorragia se hace copiosa y peligrosa, resecamos toda la adventicia liberada, hacemos un surjet hemostático en el borde incido, colocamos tubos en la cavidad residual adventicia.

Claro es que previa a esta conducta obligada por las circunstancias tenemos que hacer una buena protección, punción, vaciamiento, formolado del quiste, adoptando todas las precauciones del caso.

Si la enucleación es total, previa ligadura de todos los tractus cortados, cerramos la brecha hepática con catgut grueso en U. Cerramos la pared con o sin drenaje del foco operatorio. En todo caso, éste será mínimo.

Cuando el tamaño del quiste o la pared adventicial estén peligrando romperse, procedemos a la punción, aspiración formolado y limpieza cuidadosa de la cavidad y después de cambio de compresas de protección iniciamos la resección adventicial, creyendo que esto facilita enormemente la extirpación y que la esterilización parasitaria ha sido completa.

Las consideraciones finales a que podría arribar prefiero no hacerlas, porque es mi deseo que ellas surjan de este ambiente, ya que mi práctica quirúrgica la realizo en un medio en que el único control de lo que hago está librado a mi propio criterio y conciencia y es posible que los errores que cometo sean muchos y los procedimientos defectuosos, pasándome todo esto inadvertido.

Hasta ahora no tengo que lamentar fracasos irreparables, pero eso no puede ser una conformidad para seguir adelante en un procedimiento que es a todas luces más riesgoso que el clásico seguido y son Vds. quienes al apreciar esta comunicación, no sólo pueden hacer una crítica provechosa sino darme una orientación de mayores beneficios para el enfermo, de menos riesgo y quizá otros procedimientos que desconozco.

En el año 1937, la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires trató este punto en el trabajo del Prof. Arce sobre el tratamiento de los quistes hidáticos calcificados. La puntualización de este tema tuvo la casi unánime conformidad de los que intervinieron, en que se trataba de una intervención sumamente riesgosa. Creo que los medios con que contamos han cambiado el panorama, y que si bien no se pueden desechar los peligros que pueden surgir podemos aventurarnos a realizar esta operación que asegura la curación completa del enfermo, haciendo un balance criterioso de las circunstancias que nos rodean. Me parece de justicia reco-

nocer que el trabajo del Dr. Ardao ha tenido para mí una valiosa información para darme cuenta del porqué de las innumerables incidencias desagradables en el post-operatorio de los quistes hidatídicos hepáticos tratados.

Me hago una obligación que me place el citar al Dr. Barsabás Ríos, cirujano de tierra adentro, que también ha practicado este procedimiento. Es claro que todo esto no tiene el menor asomo de una técnica ni un procedimiento nuevo, sino que quiero sólo traer aquí el trabajo realizado, los resultados obtenidos y que se me haga una crítica provechosa por los asistentes a esta reunión.

He traído algunas piezas y algunas historias. El tiempo seguramente no me alcanzará para mostrar todo. Pero a propósito del caso recientemente considerado, me hubiera gustado compararlo con el que nosotros hemos tenido oportunidad de ver, y que hemos operado.

Era un quiste que estaba alojado en la logia perirrenal del riñón derecho. Un enorme tumor, que visto por los urólogos, creyeron que se trataba de un neoplasma de riñón. El Dr. Llopart había hecho diagnóstico en el sentido de que se trataba de un quiste hidático único solitario del polo superior del riñón. Tenía placas muy demostrativas, y además el estado general lo hacía pensar.

Cuando llegamos a la intervención, hicimos todas las prevenciones del caso y fuimos a operarlo como si se tratara de un riñón, pero sacándole la 12ª costilla porque parecía que eso llegaba muy alto. Nos encontramos con una tumoración quística. El riñón no lo pudimos ver y vaciamos aquello, y era realmente una colección hidatídica retro peritoneal, que una vez vaciada me gustó para resecarle toda la adventicia, porque venía perfectamente bien.

Al llegar a la región del duodeno, abrí un poco el peritoneo y el colon, pero en la actualidad, con los antibióticos, es muy difícil que al enfermo le vaya mal. La saqué casi en totalidad, pero en el hígado me encontré que estaba la cámara de la rotura, y como teníamos mucho interés que el enfermo marchara bien desde el punto de vista vital, suspendimos una etapa en que se hizo bastante hemorrágica la resección de la adventicia en la lengüeta hepática posterior del lóbulo derecho, y el enfermo fué drenado.

Digo sinceramente que no tuve mayores incidencias, pero se prolongó ese drenaje por lo menos tres meses, y recién hace 15 días se cerró la fistula que le había quedado.

Esta otra pieza estaba alojada en la lengüeta inferior del lóbulo

derecho, y también tenía sus relaciones con el riñón. Como estaba aleccionado con el otro enfermo anterior, se pudo hacer perfectamente bien, se pudo sacar masivamente.

Esta otra pieza es de un enfermo a quien le hice un abordaje trans-tóraco abdominal y le vacié la membrana una vez vaciado el quiste.

Esta otra es de un enfermo a quien acabo de operar, que tenía tres quistes calcificados, dos de hígado y uno que estaba en el epiplón.

Esta pertenece a un señor que lleva dos años y medio de drenaje, y en verdad, aunque mantiene muy bien su estado general y los órganos vitales no han sido dañados, el enfermo es un problema. Tiene 70 años, tiene un quiste que está en la cara anterior, muy alto, casi sub diafragmático, y que lo abordé erróneamente, porque debí haber cerrado y abordado por otro lado. Pero el hecho es que ese hombre constituye un problema quirúrgico para mí.

Es indudable también que nosotros en la actualidad podemos abordar una cirugía más riesgosa; pero quien no tiene control de otros, se ve obligado a hacer controles de otra manera. Por eso planteo este trabajo, presentándolo ante ustedes.

SEÑOR PRESIDENTE. En consideración el trabajo presentado por el doctor Mernies.

DOCTOR BARSABAS RIOS. — ¿Me permite?...

Yo, en un Congreso de la Sociedad Médica del Centro de la República, hace cuestión de unos cuatro años más o menos, al que asistió el profesor Del Campo, así como el profesor Chifflet, mostré una pieza semejante de quistes intervenidos de la misma manera, y después de eso he seguido haciendo la intervención.

Me parece perfectamente factible cuando se trata de quistes emergentes de la superficie hepática. El último caso que tengo, es de hace un mes, en un enfermo que presentaba un quiste de la cara inferior, emergente, y la vesícula calculosa. Se hizo en el mismo acto quirúrgico la enucleación del quiste y la colecistectomía.

Desde luego que cuando se puede realizar, es ideal, queda la enfermedad terminada y queda tratado ese capítulo de patología tan importante del que se han ocupado tanto Chifflet, Ardao y otros, que es la enfermedad hepática debida a la hidatidosis más el quiste en sí, es decir, el complejo patológico que se forma y en el que participan el hígado al mismo tiempo que el parásito.

Desde luego que no es siempre fácil, pero me parece que cada vez, como dijo muy bien el Dr. Mernies, cada vez será fácil a medida que se adquiera manualidad, y se acostumbre a que las hemorragias no son tan importantes, ya que con las compresas empapadas en suero caliente se pueden cohibir.

Por otra parte, como afirmó el doctor Mernies, es relativamente fácil ver el vasito que sangra. Yo generalmente uso una pinza curva y ligo el vasito, cuando veo la parte que está más o menos adherente, a veces

un trozo de parénquima hepático, cuidando de no cortarlo, y muy generalmente es una cosa bastante parecida al decolamiento de la vesícula, de esas grandes vesículas de la colecistitis aguda o subaguda.

No es tanto más difícil que ese, el problema que se plantea.

DOCTOR RODRIGUEZ R. — ¿Me permite?...

En el Hospital Vidal y Fuentes, de Minas, nosotros hicimos hace pocos días, en el curso de una intervención, esa misma técnica por un quiste hidático de hígado, que nosotros consideramos de los quistes habituales. Nos encontramos con un quiste calcificado, con pared fibrosa espesa, lo menos de un centímetro de espesor, yuxtavesicular, del tamaño de una naranja más o menos.

Primeramente nosotros lo puncionamos, lo drenamos, para tener una noción bien clara del espesor de la membrana. Una vez vaciado y formado, y todo lo demás, procedimos a la extirpación del quiste. Nos parece que es una intervención bastante fácil, que no da una hemorragia tan copiosa, y no tuvimos que ligar más que dos o tres pequeños vasitos. Se puso una buena mecha, y el enfermo hizo un postoperatorio como el de una colecistectomía trivial, se puede decir.

De manera que este es un problema a estudiar muy detenidamente, en el futuro, porque ese fué un caso fácil, ya que se trataba de un quiste de cara anteroinferior. La verdad es también que el quiste era grande. No tuvimos ninguna dificultad para extirparlo, y el postoperatorio fué normal.

DOCTOR DEL CAMPO. Se puede decir que en estos últimos tiempos, ha surgido, sobre todo en los diferentes países en que el quiste hidático ocupa un lugar preferente, una actitud menos conservadora que la que existía hasta el presente.

En lo que respecta a la decorticación del quiste hidático, yo recuerdo que (cada cual tiene la historia de su tiempo) Napalkow en 1927 publicó un trabajo sobre el tratamiento del quiste hidático del hígado defendiendo la decorticación. Pero fué sometido ese trabajo, inmediatamente, a la crítica racionalista de Devé, crítica con la que demostraba, con argumentos enteramente lógicos, que esa era una terapéutica excesiva, perjudicial, peligrosa.

Ha sido necesario analizar los hechos desde otro punto de vista, para que se tratara de cambiar esta posición, y es en ese sentido que yo diría que en el momento actual todo el mundo es un poco existencialista, en el sentido de que ya no se cree totalmente en la razón, sino que a los argumentos que da la razón, es necesario agregar las posibilidades de orden práctico.

Desde el punto de vista lógico, la decorticación del quiste hidático parecería una maniobra excesiva; no lo es frente a los postoperatorios alejados de fistulización, con todas las consecuencias que eso puede tener. Desde el punto de vista anatómico, hay dos zonas hepáticas sumamente peligrosas, la zona yuxtahilal, por lo que se refiere a la implantación de la

porta, y la parte superior, por las vecindades a los ramos terminales de la vena supra hepática.

Pero cualquiera de estas dos afirmaciones, que lógicamente son de importancia, tienen que ceder el paso a los resultados de la práctica y la práctica va dando resultados lo indican las observaciones que acaba de traernos el doctor Mernies y las que ha publicado el doctor Barsabás Ríos, y las que tenemos en todos los servicios de cirugía, de casos más o menos favorables— resultados, digo, que nos van diciendo que esto es posible. Una cosa es lo que debe ser lógicamente y otra lo que es desde el punto de vista práctico.

Que esto mejora los resultados, lo indica otro hecho. En el Africa Francesa (Algeria), el Prof. Costantini precisamente ha insistido últimamente sobre esta terapéutica, como una terapéutica que debía ir invadiendo la zona de los procedimientos conservadores.

Y cito otro procedimiento: el procedimiento de la epiploplastia, o relleno epiploico del quiste, procedimiento que presenté, para los quistes calcificados, este año en la Sociedad de Cirugía, que lo he hecho ya en varias oportunidades. En los casos en que fué practicado por quiste hidático límpido, los resultados fueron buenos, salvo en una persona que falleció por un infarto, consecuencia, indudablemente, de la operación y no del procedimiento en sí.

Es interesante señalar que yo, que lo presentaba como original, tenía ya un antecedente. El doctor P. Goinard, en Argelia, publica este año en la Presse Médicale (28-X-950), exactamente el mismo procedimiento, con algunas variantes de ejecución, y señala los primeros casos presentados a la Sociedad Médico Quirúrgica de Argelia, en el año 1948. De manera que el procedimiento que yo presentaba, tenía antecedentes en Africa del Norte.

Pero hay algo interesante: mientras que el doctor Goinard lo emplea para los quistes supurados, todavía no lo había ejecutado, en octubre de 1950, para los quistes calcificados.

Aun cuando los dos procedimientos son diferentes, tienden a la misma cosa: a evitar los postoperatorios complicados.

Indudablemente que el procedimiento de la decorticación es más radical, que tiene indicaciones precisas, casos que verdaderamente invitan, en que se ha hecho un plano de clivaje entre el parénquima y la supuración quística, que llevan a ejecutarlo.

Uno le tiene miedo a las zonas del hilio y suprahepática, vecinas de la vena cava; pero vuelvo a repetir que en esto tenemos que estar a lo que den los hechos, y no a lo que dice la razón, que en esto como en otras cosas, hace equivocar.

Felicito al relator por su interesante trabajo.

DOCTOR CENDAN. — ¿Me permite? . . .

Nosotros hemos realizado algunas decorticaciones de quiste hidático del hígado, y me interesa recordar uno que hicimos con el doctor Otero,

porque se trataba de un quiste abierto en las vías biliares, donde la decorticación fué seguida de la ligadura del canal biliar.

Creo que es una cosa interesante desde el punto de vista del futuro de estos enfermos, cuya colorragia es un problema en el postoperatorio, a veces.

Este mismo procedimiento lo hemos utilizado también en la localización renal de la equinocosis, y aquí creemos que tiene mucha importancia hacer notar esto, porque la conducta hasta ahora aconsejada por la mayoría de los cirujanos, es la de nefrectomía total o parcial. Se había pensado que ello podía ser posible en la decorticación de los quistes renales, en los casos que tenía localizaciones polares, y casualmente el doctor Barsabás Ríos decía que a veces la extirpación era dificultada por las localizaciones del quiste.

En los casos del quiste renal, dentro de los 6 casos que tenemos operados por esa técnica, hay dos en los cuales el quiste ocupaba la zona media; había partido el riñón en dos partes en su crecimiento, y en el último que realizamos en la Clínica del profesor Del Campo, con los doctores Piquinela y Marela, se trataba de un quiste abierto en las vías urinarias. Realizada la extirpación del quiste, la quistectomía, se pudo suturar la comunicación del quiste con la pelvis renal y reconstituir el riñón en una forma sorprendente, de acuerdo con el aspecto que tenía antes de extirpar el quiste.

Yo creo que es un procedimiento muy importante, porque contrariamente a lo que uno puede pensar, la cantidad de parénquima renal funcionante es siempre mayor que lo que parece al comienzo, y la reconstitución del riñón se puede hacer muy bien.

Nada más.

DOCTOR LARGHERO. ¿Me permite?

Yo creo que el doctor Mernies ha hecho muy bien en traer este tema, porque dentro de la equinocosis en general, la equinocosis hepática es, sin ninguna duda, la más grave de todas.

Este problema recién empieza a ser tratado. Todos los cirujanos tenemos experiencia en la resección de la adventicia, pero esa experiencia no es suficiente para hablar como animados a plantear esto en una sociedad científica como problema general, y para pretender sacar de ello directivas.

El doctor Mernies ha puntualizado bien algunos de los aspectos de esa situación y de las indicaciones, en lo que declaro lo acompaño en muchas de ellas.

Yo creo que la determinación de la resección de la adventicia debe ser supeditada a una cantidad de condiciones. En algunos casos, la resección del hígado es imperativa. De esos casos, el primero lo hicimos en el año 1939, en la Clínica de Navarro, y advierto que yo nunca le vi hacer al profesor Navarro una resección de adventicia. Era un caso de equinocosis multilocular del lóbulo izquierdo del hígado, en el cual era prác-

ticamente imposible vaciar y formolar los quistes. Hicimos entonces lo que llamamos resección enucleación, que puede ser realizado con facilidad. En ese caso, a mi modo de ver, debe hacerse la resección imperativamente si se quiere curar al enfermo.

La otra situación, es de elección; se puede hacer o no, se debe hacer o no. Yo creo que en la elección debe gravitar primordialmente el factor vital; contrariamente al factor prolongación de la supuración.

Y bien: nosotros en el momento actual hemos hecho —no recuerdo exactamente el número— algunas decenas de resecciones de adventicia, desde el año 1938 en que hicimos la primera.

Podríamos sintetizar nuestra conducta de la siguiente manera: en el quiste hidático emergente del lóbulo izquierdo del hígado, cuando la adventicia sobrepasa la parte emergente a la parte que está implantada, nosotros hacemos la resección enucleación, que es sumamente fácil, a la condición de recordar que el quiste hidático en su crecimiento expansivo separa los mismos vasos, del mismo modo que el globo aerostático.

La hemostasis es fácil a la condición de mantenerse el contacto de la adventicia y de no pretender en todos los casos de hacer una resección completa, es decir, dejar la superficie hepática pelada. En ese caso la resección es fácil, pero se puede optar entre resecar y no resecar, pues si la adventicia es delgada, el quiste evacuado será drenado y todo marchará muy bien.

La otra situación sería la de un quiste hidático del lóbulo izquierdo, multilocular. En ese caso es imperativa la resección enucleación.

La tercera situación es en los casos de quiste hidático de la cara inferior del hígado, que tienen una gran parte emergente, pero que tienen relación con el pedículo hepático. En esas circunstancias se puede hacer la resección enucleación, pero a la condición de detenerse a tiempo, de no pretender hacerla completa.

La cuarta situación es en los casos ya citados aquí, de las bolsas comunicantes con un quiste hidático que se ha evacuado o crecido por fuera. En ese caso la resección se impone y es fácil de realizar.

Las cosas cambian cuando nos referimos al lóbulo derecho, y es así que aparecen los riesgos que señalaba el doctor Del Campo. Yo he tenido que sufrir esos riesgos, y tuve una catástrofe a consecuencia de la resección de un quiste hidático que tenía el tamaño de un huevo de avestruz.

Inicié la enucleación y se realizó bien, pero no supe detenerme a tiempo. Cuando quedaba el casquete profundo, en vez de interrumpir ahí, cortar para hemostasiar los vasos, pretendí ligar el pedículo y se pudo colocar una pinza fuerte a nivel del pedículo y hacer una ligadura, pero la ligadura zafó. Se produjo una hemorragia que no pudo ser cohibida, y el enfermo murió.

Tengo la pieza en mi Laboratorio, y la presentaré en el Relato sobre quiste hidático que estoy preparando para el Congreso Nacional de Medicina, a reunirse en breve.

De manera que yo creo que el balance de lo que le conviene al

enfermo desde el punto de vista vital, aparece cuando se trata del lóbulo derecho y, particularmente, en las dos situaciones que exponía el doctor Del Campo.

En lo que respecta a los enfermos viejos, sobre lo que hacía hincapié el doctor Mernies, creo que es necesario ser parsimoniosos, y tenemos en la sala varias historias, una de cardías, de un enfermo de 80 años, con una bolsa quística que tenía casi cuatro litros de pus, que fué drenada y con una calcificación. Pudé seguir radiológicamente el desmoronamiento de las membranas calcáreas, que fué progresivo, hasta que quedaron todas las láminas como escarbadienes, dentro de una cavidad que el enfermo conserva y que no pretendemos curar, porque consideramos que tiene que estar satisfecho con lo que se le ha hecho.

SEÑOR PRESIDENTE. — Deseo destacar, aparte del mérito intrínseco que tiene la comunicación del doctor Mernies, el valor que tiene haber traído a una reunión tan selecta de cirujanos, como pocas veces se tiene la oportunidad de escuchar, la opinión sobre el tema de la Resección en el Quiste Hidático del Hígado, tema que está todavía en nuestro medio en una posición de debate sin que se hayan intentado criterios definitivos.

Hemos oído el criterio de los cirujanos más autorizados acerca del cambio que se está operando en la cirugía del quiste hidático del hígado. Las situaciones son diferentes en los quistes hidáticos calcificados y en los quistes hidáticos no calcificados. Es todavía obligación general contribuir con observaciones, a establecer precisamente las situaciones topográficas de la resección en el quiste hidático no calcificado. En el quiste hidático siempre existe un fenómeno histológico en la adventicia: el de la reabsorción de fragmentos de la quitinosa, los cuales mantienen, al parecer, un proceso activo de fagocitosis y de supuración, que pueden ser responsables del mantenimiento de la cavidad y de la difusión de la esclerosis radiante al parénquima.

Será posiblemente el estudio de numerosas observaciones sobre la resección en el quiste hidático no supurado en ciertas localizaciones, dentro del parénquima hepático, lo que ha de permitir precisar las indicaciones para el cambio de posición: de la conducta conservadora a la resección.

DOCTOR MERNIES. Realmente, señor Presidente, ninguna consideración tengo que hacer, sino dar las gracias a todos ustedes, porque he logrado mi propósito, como consecuencia de las intervenciones habidas en este tema, que es el de haber sacado enseñanzas muy provechosas para mí y para los comunicantes del interior.

Nada más.

SEÑOR PRESIDENTE. Puede presentar su trabajo el doctor Barsabás Ríos.

DOCTOR BARSABAS RIOS. — Este trabajo sólo tiene un interés circunstancial: el hecho de que nos vimos obligados a hacer una intervención que entendíamos que no estaba a nuestro alcance, por circunstancias especiales.