

*SOBRE LA ANATOMIA DEL CANAL INGUINAL
Y TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL*

Por el Prof. Dr. D. Prat

Prof. Dr. D. Prat. — Señor presidente, el otro día, cuando el doctor Surraco nos hizo el obsequio de su hermosa comunicación, me inscribí para comentar el tema, por lo menos para contestar algunas de sus consideraciones; pero precisamente, dado el volumen científico del profesor que nos visita, no he querido dejar librado a la improvisación lo que podría decir, por eso preferí escribir mis comentarios.

Pero resulta, que lo que he escrito, es sobre lo que él ha dicho en la primera comunicación, de manera que no está en relación perfecta con lo que ahora nos acaba de comunicar en esta nueva sesión, pero sin embargo, creo que están justificadas estas consideraciones.

El Profesor Surraco acaba de presentar a la Sociedad de Cirugía del Uruguay una comunicación sobre Anatomía del Canal Inguinal y tratamiento de la hernia inguinal. Cabe destacar que el distinguido urólogo, ha tenido un gesto que revela su inquietud científica al concurrir espontáneamente a una Institución que no corresponde a su especialidad, en procura de un mejoramiento y un perfeccionamiento sobre el conocimiento y el tratamiento de la hernia inguinal. Los componentes de la Sociedad de Cirugía debemos estar gratos por esta conducta, en procura del perfeccionamiento profesional, de una afección quirúrgica tan común y corriente como lo es la hernia inguinal.

Dada la vasta preparación científica y personalidad quirúrgica del Profesor Surraco, todos sus colegas de la Sociedad, esperaban que esta nueva comunicación representara un fundamental aporte a la Clínica o a la terapéutica de la hernia inguinal, cosa que parece no haber cristalizado, al establecer un juicio sereno e imparcial de su comunicación, como se merece la estima y la sincera amistad que le profesamos al Dr. Surraco.

(*) Leído en la sesión del 19 de noviembre de 1947.

Este colega amigo, establece en su comunicación dos cuestiones fundamentales para el tratamiento de la hernia inguinal: 1º, recomienda respetar el plano de la aponeurosis del gran oblicuo para realizar su cuidadosa sutura, como plano de recubrimiento y refuerzo de la reconstitución de la pared inguinal y 2º, plantea la innovación de realizar con un colgajo del cremáster, la plastia externa del canal, en la porción correspondiente al orificio interno del Canal inguinal. Ahora bien, es sabido que todos los cirujanos generales, realizan una cuidadosa sutura del plano músculo aponeurótico del gran oblicuo y no sólo suturándolo borde con borde, sino realizando la superposición del plano aponeurótico a la manera de Finochietto, Squirru o algunas de sus variantes; que da una gran solidez a la pared y que permite reconstituir una pared espesa y resistente, en lo que podría ser una simple línea cicatrizal, si sólo se suturase esta aponeurosis en sus bordes. Quiere decir pues, que los cirujanos generales realizamos algo más y más completo, que lo que preconiza el Dr. Surraco en lo que respecta a la aponeurosis del gran oblicuo.

La plastia del cremáster indicada como *técnica* o *procedimiento nuevo*, para resolver la terapéutica de la hernia intra-inguinal y evitar su recidiva, ya propuesta y realizada por Halsted, que se me perdone el prematuro pronunciamiento, pero no creo que ella por sí sola, pueda tener este brillante resultado, cuando el empleo de la masa muscular y normal, del gran oblicuo y del pequeño oblicuo, aplicados en el ángulo externo del canal inguinal enfrente y por fuera del orificio interno, han fracasado en esta misión, así como también ha ocurrido lo mismo, con la plastia del Sartorio y de las aponeurosis libres o pediculadas. Si esto no fuera bastante y bien convincente, agregaríamos que a menudo ese cremáster es atrófico o casi inexistente o cuando a menudo nos encontramos con una enorme brecha u orificio herniario, que no llegarían a obliterar varias decenas de cremásteres.

Por estas conclusiones y comprobaciones técnicas que son producto de nuestra experiencia quirúrgica nos permitimos afirmar que considero que el método que nos ha propuesto el Prof. Surraco, no nos suministrará el éxito deseado; ahora bien, pagando gentileza con gentileza, los cirujanos generales de esta

Sociedad, debemos a nuestra vez, decir lo que hacemos en nuestra práctica y lo que creemos más conveniente y de elección en el tratamiento de la hernia inguinal.

Considero que el Dr. Surraco ha circunscrito demasiado el problema de la hernia inguinal, limitándolo o circunscribiéndolo sólo a la hernia intra inguinal, puesto que el canal inguinal constituye un único y global complejo anatómico, cuya patología y sobre todo, su uniforme refuerzo y reconstitución, corresponde a todo el canal integralmente considerado. Creo que no podemos tratar hoy una hernia intra-inguinal, sin explorar bien toda la zona herniógena correspondiente a la hernia directa o retro inguinal y sin realizar su correspondiente reconstitución. Además, es frecuente la coexistencia de la hernia oblicua externa, con una directa externa, cuyo saco proyecta hacia adelante los vasos epigástricos, constituyendo una hernia mixta, intra y retro inguinal, pudiendo ser esta última el origen de una recidiva o hernia retro inguinal, consecutiva o la intrainguinal operada. El tratamiento de una hernia oblicua externa puede provocar la aparición de una hernia directa, si no se reforzase la porción interna del trayecto inguinal, como puede producirse a veces una hernia inguinal, a continuación del debilitamiento que ocasiona una apendicitis por Mac Burney. Hoy día el criterio del clínico ante una variedad de hernia inguinal, debe incluir y comprender el examen global y completo del canal inguinal, para establecer la indicación y el tratamiento que dé el resultado mejor y más radical.

Desde que Bassini en 1884 creó su método de tratamiento de la hernia, consagrado luego por la Cirugía universal, éste método se aceptó como el método de elección para todos los cirujanos del Mundo y fué más tarde la mayor y más fecunda fuente de inspiración para la creación de otros procedimientos y modificaciones.

Emilio Forgue el maestro de la Facultad de Medicina de Montpellier, que creó el excelente Manual de Patología Quirúrgica, en el que tantos estudiantes americanos aprendieron la Patología, publicó en el año 1908, un trabajo sobre la recidiva de la hernia inguinal en el método de Bassini; publicación que fué la causa fundamental de que la mayoría de los cirujanos, abandonaran el Bassini. Forgue, que si la memoria no me es infiel,

publicó este trabajo en la "Revista de Ginecología" de París, estableció que la hernia oblicua externa operada por el Bassini, recidivaba habitualmente a nivel del orificio inguinal interno, siguiendo la vía de mínima resistencia parietal, creada por el cordón; reproducción que se comprobaba con una serie de casos en que se veía la tumefacción herniaria recidivante, que tenía como centro el orificio interno en la emergencia parietal del cordón. Para evitar esta recidiva Forgue, preconizó y realizó la reconstitución pre-funicular de la pared posterior del canal, cordón que atravesaba la pared junto al pubis y dejaba así bien reforzada la porción externa del canal inguinal, sin ningún punto frágil en esta porción externa.

El método de Forgue, que se consagró con el nombre de su autor, tuvo un éxito extraordinario y aún hoy día se practica profusamente este método, en la hernia intra inguinal, al punto que ha contribuido este procedimiento a establecer un criterio general de táctica quirúrgica, en la indicación terapéutica de la hernia inguinal, cuya expresión podemos sintetizar así: en la hernia oblicua externa o intra inguinal, además de la capital supresión total del saco, se hará una reconstitución pre funicular de la pared, con cordón yuxta peritoneal; en las hernias directas o retro inguinales, la reconstitución de la pared, será retrofunicular, con cordón superficial lo que constituye el procedimiento de Potensky.

Durante muchos años nos hemos sometido completamente a estas directivas quirúrgicas, con resultados aceptables, pero el cuidadoso contralor de ellos, en nuestra experiencia particular y en la de muchos cirujanos, nos permitió comprobar, que a veces la plastia pre funicular del cordón, debilita fundamentalmente la porción más interna del canal y favorece el desarrollo de la hernia directa. Es así, como se ha podido comprobar que un paciente operado de hernia intra inguinal por este método, ha hecho consecutivamente en el curso de los años, una hernia retro inguinal.

Estos hechos bien comprobados y cuidadosamente analizados, nos han obligado a cambiar fundamentalmente de criterio quirúrgico y adoptar una técnica que nos parece más lógica y conveniente; por lo general preferimos suprimir completamente

el saco de la hernia intrainguinal, reconstituir la pared en sus dos planos, profundo y superficial, dejando el cordón bajo la piel o realizando el método de Bassini típico, lo que quiere decir que tratamos de descartar completamente de nuestra práctica el procedimiento de Forgue o reconstitución pre funicular de la pared posterior. Al hacer esta afirmación es claro que englobamos también las técnicas de Mugnai y Ferrari que se identifican con el Forgue.

Consideramos que en esta forma se reconstituye mejor la pared inguinal, que los orificios estarán más seguramente cerrados y que la recidiva es menos factible. Quizás quede así el cordón más accesible a los traumatismos externos, pero seguramente no estará en esta posición, más expuesto que el cordón en el método de Forgue, a ser comprimido por el cierre exagerado del gran oblicuo en el ángulo interno y que puede ocasionar la mortificación por isquemia testicular.

La mejor plastia o cierre más conveniente del orificio interno en la hernia intrainguinal, nos lleva a considerar la anatomía de esta porción del canal y en tal sentido, no podemos menos de recordar la publicación del Prof. Alberto Gutiérrez sobre la existencia real del orificio interno del canal inguinal, aparecida en la Revista de Cirugía de Buenos Aires. Gutiérrez niega la existencia del orificio inguinal interno, salvo cuando persiste el canal vagino peritoneal o como es lógico, cuando existe una hernia intrainguinal; pero este orificio sólo se relaciona con la comunicación peritoneal, puesto que los *elementos del cordón que son de origen retro peritoneal* y sólo se acoplan al canal peritoneal a su salida del abdomen y quedan englobados y reunidos por la envoltura común del fascia propia dependiente de la fascia transversalis, que protege esos elementos hasta cumplir su misión bio-fisiológica en el testículo. Esto está perfectamente puesto de manifiesto en las tres figuras que reproducimos y que ilustran el trabajo de Gutiérrez (Fig. 1, 2 y 3).

¿Qué conclusiones prácticas de orden técnico, podemos deducir de esta estructura anatómica?

Es bien conocida la importancia fundamental que tiene la persistencia del canal vagino peritoneal o sus deformaciones residuales, para la producción de la hernia intrainguinal, al punto

que la Patoología considera esta hernia como congenital. Sabemos lo fundamental que resulta en la terapéutica de esta hernia, el suprimir completa y totalmente el cuello del saco herniario y de ahí la aplicación de la maniobra de Barker. Ahora bien, si sabemos que la hernia oblicua externa tiene comunicación con la cavidad peritoneal y que los elementos del cordón que se acoplan a ella, están incluidos con el saco en la celda del cordón; consideramos que será muy conveniente aislar operatoriamente estos dos elementos: el muñón del saco y los elementos del cordón,



FIG. 1.—Canal inguinal del niño después de suprimida su pared anterior; se ve el canal vagino peritoneal y los elementos del cordón que vienen de la región retro peritoneal (A. Gutiérrez)



FIG. 2.—El canal inguinal del niño con dirección independiente de los músculos de la región; se ve el canal vagino peritoneal y los vasos epigástricos que ascienden de su implantación abdominal (Gutiérrez).

para que la reconstitución de la fibrosa común, no constituya otra vez la vía de mínima resistencia para la recidiva.

Trataremos pues, el saco por un lado, bien aislado en el cuello en su confluencia con el peritoneo abdominal, de los elementos del cordón, que se aislarán también, hacia atrás y afuera, dejando entre ambos un intervalo de varios centímetros.

El muñón herniario será desplazado por el Barker y reforzado por la sutura del fascia transversalis, tratando de que quede aislado y fuera del cordón.

Podemos reconstituir la fascia propia del cordón, pero sin incluir en él, el muñón herniario y consideramos que es aquí, en este momento, que se podría aplicar la plastia del cremáster, sugerida por el Dr. Surraco y muchos años ha ya, por Halsted (Forgue), pero tratando siempre que el cordón quede desplazado e independiente de la región herniógena del orificio interno.

La presencia del cordón que debilita la pared del canal y que puede independizarse del saco, es una posibilidad que debe

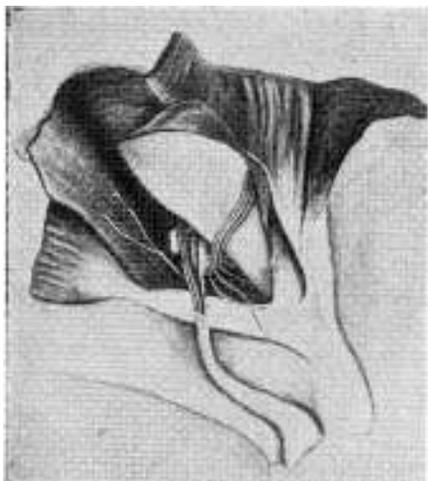


FIG. 3.— Canal inguinal disecado sin canal vagino peritoneal y por lo tanto, **sin orificio inguinal profundo**. Se ven los elementos del cordón que vienen de la región retro peritoneal, con la fascia propia disecada en parte, en su parte interna se ven los vasos pigástricos (Gutiérrez).

aprovechar cuidadosamente el cirujano, para evitar que el cordón sea la causa de la recidiva o la vía de mínima resistencia, para la reproducción de la hernia escrotal. La completa independización operatoria del saco y del cordón arriba, constituye una práctica quirúrgica que el cirujano no ha tomado hasta ahora, fundamentalmente en cuenta y nos parece que este detalle tiene su importancia terapéutica.

Otro detalle de valor fundamental, es lo que se refiere a la estructura anatómica de la porción interna del canal inguinal. Los textos de anatomía describen la clásica pared posterior del canal inguinal, de tipo standard; sin embargo, sabemos bien que esta pared tiene variaciones capitales en su constitución; a menudo, el tendón conjunto no desciende a sus inserciones normales del pubis y pasa como un puente horizontal sobre la vaina del recto, dejando una amplia brecha triangular a base interna que

agranda y amplifica la zona herniígena de Hessert. Otras veces, el tendón conjunto es una simple lámina papirácea o se divide

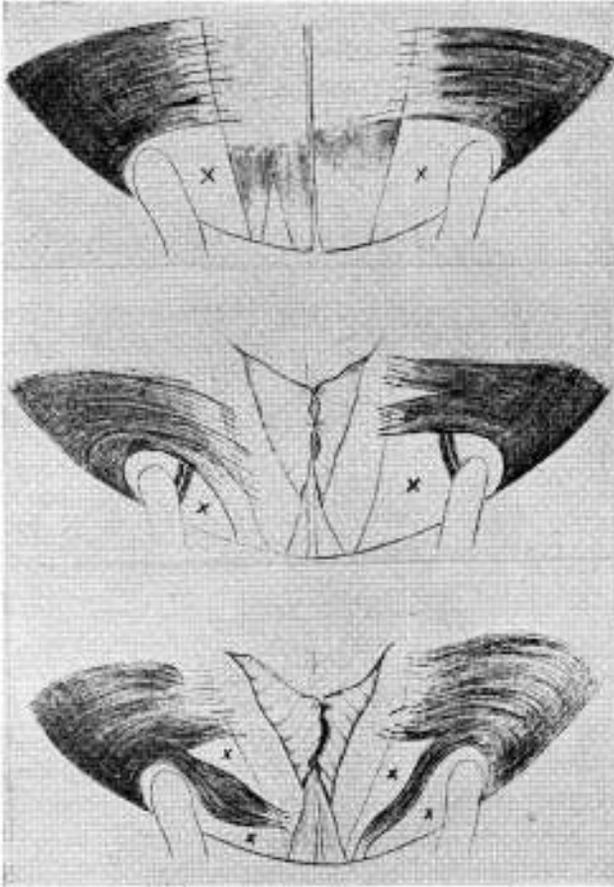


FIG. 4, 5 y 6. — Plano posterior del canal inguinal en que el p. o. y transverso cruzan la porción interna del trayecto inguinal en forma horizontal, dejando una **zonal débil herniígena**, que es el triángulo de Hessert. — En la Fig. 5 se ve del lado derecho un gran triángulo de Hessert y mucho más chico del lado izquierdo. — En la Fig. 6 los haces del tendón conjunto están disociados y dejan brechas hermógenas donde se producirá la hernia retro inguinal y la **supra inguinal** por la brecha de los dos cruces superiores. (R. Finochietto).

en haces, que pueden dar paso al peritoneo y vísceras, dando lugar a hernias transparietales o la supra inguinal. Los grabados que reproducimos de Finochietto y Allende (Fig. 4, 5, 6,

7 y 8) ponen bien de manifiesto estas estructuras anormales del canal inguinal, que favorecen o son la causa principal de la hernia. A menudo, estas anomalías se encuentran asociadas en la hernia inguinal, originando tipos mixtos de hernia oblicua directa o que pueden aparecer sucesivamente; p. ej. una hernia directa después de haberse operado una oblicua. Estas mismas anomalías y deformaciones anatómicas, revelan que la reconsti-



FIG. 7.—Hernia retro inguinal que se exterioriza adentro del canal, pero que presenta también una hernia retro inguinal externa cuyo saco está bridado por los vasos epigástricos, proyectados por la hernia (Allende).

tución de la porción interna del canal, puede ser difícil o imposible, porque el descenso del borde inferior del plano del pequeño oblicuo y transverso a la arcada crural, se transforma en una imposibilidad técnica o que al realizarla, representará un fracaso casi inmediato de la plastia practicada.

Comprendo que esta parte de mi exposición, está fuera del tema tratado, que sólo se refería a la hernia intra inguinal; pero como considero y esto es capital, que el canal inguinal al considerar la terapéutica de la hernia, *no puede ni debe tratarse aisladamente en sus partes, sino englobado en su totalidad*, que será este el único y el más lógico criterio táctico para afrontar el estudio del complejo y, aun no resuelto problema del tratamiento de la hernia inguinal.

Creemos que en cualquier variedad de hernia inguinal debe considerarse el Canal inguinal en conjunto; si existe zona herniódgena interna de Hessert, debe ser reparada particularmente y es

aquí, donde las plastias, tipo Halsted del fascia lata, libre o pediculado u otras variedades pueden constituir excelentes recursos para el éxito definitivo. Deseamos destacar que el plano del fascia transversalis, debe ser fundamentalmente tomado en cuenta por el cirujano y reconstituído cuidadosamente, cosa que a menudo olvidan o descuidan los cirujanos.

En nuestra práctica hemos comprobado casos de hernia intrainguinal, coincidiendo con la *retro inguinal externa*, que empujaba los vasos epigástricos y en un caso, estos estaban obliterados, constituyendo una *hernia mixta*: oblicua y directa. En otros casos, había coexistencia de hernia oblicua y una gran brecha herniógica de Hessert adentro, que hemos tenido que reconstituir convenientemente para evitar la rápida aparición de una hernia directa, como manifestación recidivante del tratamiento de la hernia intra inguinal.

Sabemos bien que el cirujano debe actuar principalmente, respetando la fisiología y biología de los tejidos y *complejos anatómicos funcionales* y es archisabido, que en tal sentido no hay ningún precepto tan categórico que el de la región inguinal, como Keith ha tratado de ponerlo de manifiesto en sus bien meditadas descripciones e investigaciones.

La cortina u opérculo que describe Keith en el cierre funcional del trayecto inguinal sin ser un verdadero esfínter, tiene en las condiciones normales, un éxito completo en el cierre del canal, consecuencia funcional perfecta del maravilloso funcionamiento a que nos tiene acostumbrado el organismo humano, en sus perfectas estructuras anatómicas y en sus más brillantes y perfeccionadas realizaciones funcionales. Cuando el cirujano interviene en el canal inguinal para corregir el proceso patológico de la hernia, amplía, refuerza y modifica los cierres y funcionamientos normales de los músculos y fascias; pero es el caso de preguntarse si en esta pretensión de perfeccionamiento, no cometemos un error al limitar o suprimir la fisiología normal de los músculos del canal, puesto que al suturarlos y fijarlos, suprimimos desde ya, su acción más fundamental y fisiológica: la anulación de la contracción muscular, que origina el cierre de la pared a nivel del canal inguinal. Sin embargo, por ahora creemos

que estamos autorizados a obrar así, en beneficio de nuestros herniados, hasta que el futuro diga su última palabra.

De todas nuestras consideraciones y comentarios, podríamos sintetizar para concluir, que de acuerdo con nuestra práctica y experiencia, establecemos la conveniencia de tratar las hernias oblicuas o intra inguinales, por una total y completa supresión del saco, disociación e independencia del muñón del saco y del cordón y reconstitución total del canal inguinal, dejando el cordón superficial, realizando un procedimiento semejante al Potensky y empleando también según los casos, el método de Bassini. En la hernia directa o retro inguinal, preferimos también la plastia retro funicular de la pared, dejando el cordón superficial y en los casos de anomalía del tendón conjunto, reforzar la pared con plastias de tejidos vecinos, de las cuales la que hemos usado y nos satisface más, es la de la vaina del gran recto, a lo Halsted.

Posiblemente el material de sutura, puede tener importancia aunque, no fundamental, *sino accesoria* en el éxito del tratamiento y por eso nos consideramos obligados a sintetizar nuestra opinión.

De los cuatro elementos usados para la sutura de las hernias: el catgut, el hilo de plata, de lino o algodón y los tientos aponeuróticos; usamos preferentemente ahora, el catgut cromado. En las hernias y en las eventraciones está perfectamente indicado emplear los hilos no reabsorbibles: la seda o el lino. Recordemos que Bassini empleó siempre la seda y es casi seguro que algunos de sus éxitos en esa época, se debieron a ese material de sutura.

Confesamos que no tendríamos ningún inconveniente en usar los hilos no reabsorbibles en las hernias, sino que por el contrario *los consideramos muy convenientes*; lo único que nos ha desviado de esta práctica, ha sido el temor de las infecciones de estas suturas, que hemos visto en la práctica de algunos colegas, que originan inesperadas y persistentes fistulas que son muy desagradables para el cirujano.

Es por eso, que en nuestra práctica hemos usado hasta hace unos años, el hilo de plata, que en casos de infección es de más fácil eliminación, práctica que aprendimos de nuestro querido maestro el Dr. Lamas y que nos ha dado buenos resultados.

Hoy día la sutura por hilos no reabsorbibles *no deben infectarse* por eso, su uso está perfectamente permitido e indicado y es de esperar, como lo dijimos ya, que ese material contribuya al éxito o al menos, así lo cree la mayoría de los cirujanos.

Por mi parte, aunque no tengo ninguna reserva para su uso, soy menos optimista y pocos días ha, tuve una significativa comprobación con respecto a los hilos de plata. Operé un paciente que había sido intervenido por distinguidos y hábiles cirujanos y que recidivó por cuarta vez y sin embargo insistió en que yo intentara una nueva intervención.

Hay que reconocer la buena voluntad y la constancia de este enfermo por la Cirugía. Era una hernia directa con saco grande; la última vez fué operado y reconstituída la pared con cuatro hilos de plata, pero estos hilos de plata, los encontré aglomerados en un grueso borde escleroso del pequeño oblicuo y transverso, sin ninguna unión con la arcada crural, pues los hilos habían cortado el Poupart y quedaron englobados en la masa muscular.

Extirpé los hilos metálicos y reconstituí la pared con catgut cromado, sutura del pequeño oblicuo transverso y conjunto a toda la arcada y tengo el optimismo de que la curación definitiva se consiga.

Estoy convencido que a menudo los hilos de plata, de lino, etc., *suelen cortar o desgarrar la arcada* y entonces quedan sólo incluidos en los músculos del pequeño oblicuo y transverso y me pregunto si no es la Naturaleza que quiere obra libremente o fisiológicamente y por eso destruye todas las suturas que hace el cirujano.

Quizás sea por eso, que al final, he vuelto a las suturas del catgut, que aunque sea cromado, es la sutura que más libertad deja a los tejidos para volver cuanto antes a su libre funcionamiento fisiológico o es el que menos lo alterará. Es por eso también, que ya no realizo la sutura del p. o. t. y tendón conjunto, al borde posterior de la arcada, sino que este punto abajo, lo paso por debajo de la arcada en U, transfixiando el gran oblicuo y englobando toda la arcada, para que estos puntos no desgarren o deshilachen el Poupart como sucede a menudo. Como han visto no he tomado en cuenta la fascia genital descrita por el

Dr. Surraco, porque prácticamente, desde el punto de vista táctico o técnico, no modifica para nada el tratamiento de la hernia inguinal.

Finalmente concluyo, que a menudo, el cirujano ante herniados de edad avanzada, de paredes muy débiles o con indicaciones especiales, podrá tranquilamente, dejar de operar y recomendar un cómodo y buen braguero y es posible que así, proporcione un real y positivo beneficio al enfermo.

Estos son los comentarios que me ha sugerido la comunicación del Dr. Surraco y para terminar repetiré, que la Sociedad de Cirugía debe agradecerle su comunicación que ha despertado nuestro interés y atención sobre un tema que es de constante y palpitante interés quirúrgico.

Prof. Dr. Diego Lamas. — Señor Presidente, el profesor Surraco tocó tantos puntos que desbordaría el margen de los 5 minutos comentarlos todos. Tocó puntos concretos y puntos vagos; uso la palabra vagos porque él mismo la empleó cuando inició su comunicación en la sesión anterior.

Entre los puntos vagos están las facias porque hablar de facias en anatomía es sumamente vidrioso aun con toda la buena fe como es el caso. El otro día realizábamos una operación de quiste del cordón en un enfermo, y un quiste del epidídimo en otro, y nos vimos en figurillas para limitar el número de facias que íbamos encontrando porque eran incontables.

Entre los puntos concretos, está la vaina genital como llama a esa hoja separando el Bogros de la logia vesical; existe, está comprobado, evidentemente la vió el Dr. Surraco, la ha visto uno de los ayudantes de investigación, aquí presente, el bachiller Bebeacua, dedicado hace tiempo a este trabajo y cuyos puntos coinciden en mucho con el Dr. Surraco. Es una hoja bien definida que separa los procesos del Bogros de los procesos vesicales, sin cuya perforación no puede haber comunicación entre una y otra.

En lo que al cremáster se refiere no lo he podido ver hasta este momento con las condiciones descritas por el Prof. Surraco, porque no he visto cremáster con la consistencia, solidez y personalidad como para permitir el lujo de una plastia. Seguro que si el Dr. Surraco me lo muestra, lo vería con algún artificio, calentando agua caliente como él dice.

Pero quiero destacar un hecho un poco al margen de la comunicación del profesor Surraco y es el siguiente: quiero evocar la figura del Profesor Surraco concurriendo desde hace años al Instituto de Ciencias Morfológicas, a trabajar en una tarea siempre interesante pero muchas veces pesada. El profesor Surraco, por su posición científica, por su posi-

ción profesional, y, aunque es muy joven, hasta por su propia edad, estaría dispensado de una tarea que a muchos de los que, por razones de nuestros cargos, las realizamos todos los días, nos resulta bastante dura, y hace años que el Dr. Surraco concurre a las salas de disección, buscando un material, desgraciadamente escaso, exponiéndose al bombardeo de las preguntas estudiantiles, en una inquietud anatómica, muy ejemplarizante porque poco frecuente. Es este aspecto del trabajo del Dr. Surraco, que yo, como director accidental del Instituto de Ciencias Morfológicas me siento obligado a destacar en este momento.

Dr. F. Etchegorry. — Ya he manifestado que para contestar al Dr. Surraco habría que responderle punto por punto, ya que el Dr. Surraco ha sido categórico en todas sus afirmaciones, alguna de ellas verdaderamente revolucionarias. En principio, tendría que volver a revisar muchos libros; yo no he tenido la suerte del Dr. Surraco de leer todos los clásicos para afirmar que estos no han dicho tal u otra cosa. En general, pienso que en hernia y canal inguinal es un poco difícil ser original, pero esto no quiere decir que muchas cosas puedan haber pasado inadvertidas a muchas generaciones y que ahora el doctor Surraco las pueda encontrar.

Sin que esto signifique estar de acuerdo con el resto de la comunicación, me voy a detener en dos puntos:

1° Que si bien le reconozco función al gran oblicuo en la cincha del abdomen, no creo que en la hernia sea el músculo que juegue el papel principal.

2° Que el Dr. Surraco y su dibujante han tenido la suerte de ver un cremáster para mí desconocido completamente. Cremáster de ese volumen jamás lo encontré. Posiblemente ellos han tenido la suerte de que les haya tocado operar enfermos distintos a los míos.

Prof. Dr. V. Pérez Fontana. — Señor presidente, contestar o comentar el trabajo del profesor Surraco en cinco minutos es difícil. Yo conozco bastante bien el trabajo que ha realizado nuestro distinguido colega y creo que es un esfuerzo pocas veces realizado en nuestro medio, en el que hay un conjunto de cosas nuevas, otras recientemente adquiridas, de observación muy precisa, que naturalmente en una sociedad como la nuestra, donde la mayor parte son cirujanos prácticos, que no conocen los detalles de la anatomía, porque no han ido a buscarlo en el cadáver, puede ser que para ellos no presenten un interés ni un aliento, pero para aquellos hombres, y me pongo yo por ejemplo, que llevamos ya treinta años trabajando cadáveres, estas cosas nos interesan y nos interesan porque todavía resuenan en nuestros oídos las palabras de Ernesto Quintela, tomadas del prólogo de la obra de Velpeau: "Sin Anatomía quirúrgica, no hay cirugía". Hay procedimientos de más o menos valor de acuerdo con la pericia de cada uno porque la cirugía realmente científica es fisiológica como dice el Dr. Chifflet en su comunicación. Cuando se quiere pasar de la etapa morfológica a la etapa funcional y quien desee conocer fisiología, se debe tener un perfecto conocimiento de la morfología.

Pero entre todas estas cosas de que ha hablado el Dr. Surraco, yo, aparte de felicitarlo directamente, me ha llamado la atención el estudio que él hizo del plano, de la facia transversalis. A mi modo de ver eso es perfecto, esas cosas están bien hechas y lo digo con algún fundamento; creo ser un conocedor profundo en materia de hernia, porque este conocimiento lo adquirí con Quintela y después me costó mucho dinero en libros y muchos años de trabajo, de manera que ese punto es fundamental. Yo estoy absolutamente de acuerdo, pero en lo que no estoy de acuerdo con él es en lo de la vaina genital. Voy a hacerle una pequeña observación profesor Surraco: la vaina genital mal pintada por Gutiérrez y muy bien dibujada por el profesor Surraco, ya ha sido descrita, ha sido descrita de mucho tiempo atrás en 1819, por Cloquet, Sarrazur y Broca, que son tres grandes morfologistas ya hablan de ella, no denominándola vaina genital sino que hablan del pequeño infundíbulo del que nos habla el Dr. Surraco, constituido por la espermática hacia afuera y el eferente hacia adentro y la insinuación de un plano como lo dice ya el Dr. Surraco, no es más que el plano de la facia propia de Cooper que es la vaina tanto de la espermática como de la epigástrica. En cuanto a la situación de la epigástrica, interesa la firme posición del profesor Surraco respecto a ella: ya el asunto fué planteado en primer término por Cloquet que dice que la epigástrica está por delante de la facia transversal; ni más ni menos que en Bogros que tiene una tesis magnífica, tesis del año 23, y ya habla de la epigástrica exactamente en los mismos términos a que se ha referido Surraco, y luego todavía entre los autores clásicos, muchos de ellos también se refieren a él en la misma forma. Ahora, naturalmente los autores modernos hablan de otro modo, parece que el cultivo de la anatomía se va perdiendo y es por eso que se presentan situaciones como ésta que es difícil comentar, porque hay quienes opinan una cosa sin haberla visto y otros opinan firmemente porque vieron las cosas. Esto mismo que sucede ahora en la Sociedad, me pasó en Córdoba en el año 40; es probable que Diego Lamas se acuerde: estábamos por entrar en sesión, yo presentaba un trabajo sobre hernia inguinal, los ánimos estaban bastante caldeados, mi amigo, el Prof. Costa y los cirujanos de Santa Fe se prestaban para una lucha formidable, sin embargo a los cinco minutos de hablar nos habíamos entendido todos. ¿Por qué? Por eso, porque primero que nada hay que enterarse sobre lo que se va a hablar, porque si digo pero al gato, cuando digo perro nadie entiende que es el gato, por eso primero hay que decir lo que es facia transversalis, y Surraco lo ha dicho muy bien. Y cuando se habla de orificio interno, estoy de acuerdo con Gutiérrez que no existe, si uno mira de adentro un cadáver, no ve un orificio, se ven a veces los estigmas de los nudos cicatriciales en el sitio donde estuvo en otro tiempo el saco y basta para eso leer el libro clásico de Villemín que anda por ahí en todas las manos. Eso en lo que se refiere a la anatomía, sin dejar de observarle a mi maestro y amigo Prat, que recuerdo me dió la primera hernia hace más de 30 años para que la operara, que la plastia de la región interna tal como la hace no es de Halsted. El Dr. Prat dice

que soy ratón de biblioteca y eso me pone contento. El se enoja, pero a mí me alegra. La aplasia de la hernia ha sido bien estudiada y me cabe el honor de ser uno de los autores que relacionó la etiología de la hernia con la aplasia del tendón conjunto; ese concepto, uno de los conceptos clásicos de Bloodgood olvidado aun en los libros de América aunque remozado por Finochietto, que no le sacó todo el jugo, fué perfectamente estudiado por mí en una monografía que ya tiene años y que ha tenido una repercusión bastante grande fuera del ambiente. La plastia de reparación que yo he presentado es, en este momento, una plastia excelente, la de más fácil ejecución y la que de todas maneras es capaz de restituir el tendón conjunto.

Para terminar diré que en general estoy de acuerdo con la investigación de Surraco en lo que se refiere a la anatomía. En cuanto a la parte operatoria estaría de acuerdo cuando se habla de la hernia inguinal en el niño, por eso dice Surraco que ha visto esos cremásteres formidables contra los cuales protestó el amigo Etchegorry. Ahora, en el momento actual, yo creo que en la plastia de la bandeleta del gran oblicuo si se hace el procedimiento que yo he descrito alcanza para cerrar por debajo la parte débil del orificio interno, que así es la expresión de Surraco, aunque la expresión es incorrecta. No hay que hablar de orificio, sino de zona externa.

Prof. Dr. A. Chifflet. — Al intervenir en la discusión del trabajo del Profesor Surraco, lo hago en el bien entendido de que debo referirme a lo que el autor expone, cuidándome muy bien de no hacer, con motivo de su comunicación, una exposición que pretenda suplantar el trabajo que motiva la discusión.

La Sociedad de Cirugía debe sentirse satisfecha por el tema tratado por el Profesor Surraco ya que pone en tela de discusión el asunto de la hernia inguinal. Esta hernia es sumamente frecuente, provoca un grado importante de incapacidad y su tratamiento quirúrgico va seguido de un porcentaje apreciable de fracasos.

No creemos que la sola imposición de una nueva técnica operatoria modifique en mucho los resultados de las operaciones por hernia inguinal. Nos mantenemos fieles a nuestro concepto expuesto hace varios años de que los fracasos de la cirugía son en gran parte debidos a mal estudio del enfermo, mala indicación operatoria, realización defectuosa por principiantes y aficionados y en fin, un postoperatorio mal dirigido en esta operación esencialmente plástica.

Seguiremos sin embargo en su exposición al autor de la comunicación aceptando que la técnica operatoria interesa lógicamente para la obtención de un mejor resultado. Pero la técnica de esta plastia, para que sea seguramente exitosa, debe, además de ser cumplida de acuerdo a los dictados corrientes de la manipulación respetuosa de los tejidos, estar orientada por un sentido funcional de la región, cumpliendo así una exigencia elemental de la cirugía plástica moderna. En el momento actual

toda la cirugía del trayecto inguinal se desarrolla todavía alrededor del concepto morfológico o de esa región, manteniéndose como núcleo intocable de la técnica, las ideas y realizaciones que hace más de 60 años atrás impuso Bassini a todo el mundo. Agregar detalles de técnica sobre la base de una operación de Bassini, significa mantenerse en la etapa morfológica, sin haber entrado en el período funcional que deberá seguir forzosamente quien pretenda cambiar el panorama quirúrgico de la hernia inguinal.

Con estas aclaraciones previas vayamos al análisis en particular, de la comunicación del Profesor Surraco. Anotemos de entrada nuestra satisfacción por lo que significa la actuación de un cirujano de orientación clínica y de especialización urológica que va a la disección cadavérica en busca de la verdad anatómica para sostener su criterio. Le hubiese sido más sencillo encontrar, como a muchos, algún texto o alguna figura que sirviera a perfección a su interés, pero ha ido a buscar asesoramiento anatómico en el único lugar que podía ir.

La comunicación que comentamos está centrada por tres puntos de anatomía que analizaremos por separado:

- 1) Topografía exacta del saco.
- 2) Importancia del Oblicuo Mayor.
- 3) Importancia del orificio interno del trayecto inguinal.

Topografía del saco: No acompaño a la afirmación de que los cirujanos ignoren la verdadera topografía del saco herniario. Si existe ignorancia solo puede serlo en ciertos detalles anatómicos, que no pueden invalidar en lo más mínimo, la idea ya firmemente arraigada de que para reconocer y diseccionar un saco en una hernia intrafunicular, es necesario abrir las envolturas del cordón.

Aún cuando no tiene interés directo en el problema de la técnica la exposición realizada sobre topografía de los espacios de Bogros y Retzius, lo que nos permitirá evitar su discusión, creemos necesario, ya que hacemos uso de la palabra, anotar que no estamos de acuerdo con el autor en varios puntos anotados en su comunicación.

El Oblicuo Mayor. — El comunicante da gran importancia al plano del Oblicuo Mayor y con esa idea propone la utilización del cremáster para solidarizar su aponeurosis de inserción con el plano del Oblicuo Menor y Transverso y para unir más firmemente un pilar con el otro.

Los procedimientos operatorios que usan el cremaster como material plástico, lo mismo que otros problemas que plantea este músculo en la operación por hernia, no nos ocupará a pesar de ser muy interesantes, pues nos alejarían de la consideración del concepto que guía al Profesor Surraco, que es la necesidad de fortalecer el Oblicuo Mayor.

Consideramos también nosotros que este plano debe ser bien suturado, pero estamos muy lejos de asignarle una importancia dominante. Nuestra opinión está basada en disecciones de la región inguinal, disecciones cadavéricas y operatorias de hernias y sobre todo de hernias opera-

rias. Estas observaciones nos llevan a afirmar que la hernia se mantiene habitualmente cubierta por la aponeurosis de inserción del Oblicuo Mayor y que cuando pasa ese plano lo hace por el orificio natural del trayecto. Revisando nuestras anotaciones sobre operaciones en hernias operatorias y disecciones cadavéricas nos encontramos, que fuera de los casos de cruralización de una hernia, siempre está anotada la distensión del plano del Oblicuo Mayor al cual hay que seccionar para llegar al saco.

Este hecho, por otra parte, no es más que un caso particular donde se aplica el concepto general de patología de hernia, según el cual la travesía parietal de un órgano se inicia con la claudicación del plano más profundo de la pared.

El orificio interno: El Profesor Surraco da gran importancia al orificio interno del trayecto y trata de fortificar su cierre utilizando el cremáster para suturarlo sobre el Oblicuo Mayor. Al hacer esta sutura, obtiene un buen cierre del plano del Oblicuo Mayor pero los planos subyacentes no se benefician. Nos parece mismo, que al solidarizar los dos planos con el cremáster, se hace una especie de rienda que facilitará la salida de una nueva hernia.

Pero nos interesa el fundamento de su técnica. No creemos que sea el orificio interno del trayecto una zona débil a temer. Las fallas de la pared pueden producirse en esta zona cuando se ha dejado sin tratar en forma, el saco primitivo o los planos que lo rodean, pero la hernia operatoria ocupa la región situada por dentro de la epigástrica en casi todos los casos (95 %). Estamos en ese sentido de acuerdo con la gran mayoría de los autores.

No corresponde hoy, manteniéndonos en la idea de ajustarnos a la comunicación en discusión, analizar los diferentes tipos anatómicos de hernia operatoria inguinal ni exponer las razones anatómicas y funcionales que conducen a esas disposiciones patológicas, pero deseamos dejar anotada nuestra opinión en el sentido de que los fracasos de la cirugía de la hernia inguinal se producen en la zona del trayecto que responde a la pelvis por dentro de la línea de vasos ilíacos y arteria epigástrica, y respondiendo al espacio celuloso derivado de la fisiología pelviana que se llama espacio de Retzius. En cambio la zona situada por fuera de la línea vascular, en el orificio interno del trayecto, respondiendo a la fosa ilíaca (Bogros) no presenta motivos funcionales para claudicar.

Prof. Dr. Luis A. Surraco. — Señor Presidente:

Empezaré Sr. Presidente por una previa declaración al decir que mi presencia en esta docta sociedad donde he oído hablar a muchos amigos, tiene una sola orientación y es la de exponer mis conceptos anatómicos sobre el canal inguinal y sobre las alteraciones ocasionadas por el proceso de la hernia — oponiéndoles las técnicas que yo sigo y considero responden a esas alteraciones anatómicas; y tiene por lo tanto también mi presencia un aspecto negativo en el sentido que no está en mi intención ni presentar soluciones definitivas — ni mucho menos hacer una expresa crítica a lo

que se ha escrito — y se dice en el ambiente científico. Creo, eso sí, Sr. Presidente, que sin conocer a fondo el valor anatómico del complejo seroso parietal del canal inguinal y las situaciones que por ello son propicias a la producción de la hernia — es imposible opinar sobre el mejor de los tratamientos a oponer a ese proceso y por ello teniendo todas las técnicas parte de razón en lo que afirman y en lo que niegan deben en todo momento ser sometidas a contralor de la base anatómica y de la dinámica funcional para encontrar alguna buena idea como transitoria solución.

He hablado Sr. Presidente de puntos concreto anatómicos y que son de imprescindible necesidad tener en cuenta en el terreno patológico de la alteración herniaria.

1º He hablado sobre el valor de la aponeurosis del gran oblicuo que insisto debe considerarse el plano de apoyo y de resistencia fundamental a todo el plano profundo parietal y a la energía desarrollada por dinámica abdominal. Fuera de la hernia congénita intra funicular el gran oblicuo es un plano a tener en cuenta por su resistencia a todo el proceso de alteración del plano profundo y es a las alteraciones de su gran plano anterior, como a la de las fibras de Thompson en la arcada crural que debe ser imputable gran valor en la aparición y reproducción de la hernia y es por ello que su conservación y su empleo deben ser tenidas en especial consideración en el acto operatorio. Y en todos los procesos a eventración una vez eliminado bien el saco diverticular es de capital importancia aprovechar el plano del gran oblicuo.

2º Insisto Sr. Presidente sobre una noción anatómica sobre la cual no sé si ha hablado y es referente a la existencia anatómica de una zona débil externa al orificio interno del canal inguinal — traducido por separación en el eje de los haces de los músculos profundos y que por igual consideración no podrá ser dejado de lado en el acto operatorio. Hablé del valor de esa zona en la hernia de viejos donde quiero insistir se le encontrarán siempre completamente debilitados como se puede comprobar clínicamente con un dedo introducido en el canal siguiendo su dirección o en el acto operatorio que mostrará dos cosas:

una enorme impulsión viniendo de ese sector externo,

un enorme vacío en esa zona, producido por la separación de fibras de los planos constituyentes y por ello insisto especialmente en su tratamiento en todo acto operatorio. Y para ello propuse una técnica eventual que puede usarse como coadyuvante de otras y propuse otras que son las que yo realizo siempre y que creo son las que verdaderamente dan solución al problema anatómico.

Estas técnicas están señaladas e ilustradas en la lámina XXIX donde se encontrarán:

que la variante (a) realiza sutura de block de las fibras fuertes de la arcada crural (íleo pubianas) a todo el plano debilitado del pequeño oblicuo transversal

← **que la variante (b)** realiza lo mismo comprendiendo además el

plano del gran oblicuo lo que será mejor por las razones señaladas a propósito del valor del gran oblicuo que insisto es preponderante en la resistencia de la pared.

—que la variante (c) empleando el cremáster puede realizarse sola, pero que es mejor como complemento de lo señalado anteriormente que son las variantes 2 ó 3 — lo que estaría siempre de acuerdo con los conceptos por mí sentados al hablar del canal inguinal y que en el acto operatorio perseguirán lo que yo creo fundamental para la mejor resistencia de la pared que es solidaria los planos profundos al gran oblicuo.

Yo no he dicho a propósito de esta técnica que sea solución definitiva — y algo más, ni siquiera he dicho que sea siempre cómoda y fácil realizarla, pero he insistido que en los jóvenes es siempre posible y sobre todo posible de realizarse con gruesos cremásteres tal como se encontraría en los portadores de afecciones funículo escrotales tales como hernias — y sobre todo unido a procesos del tipo hidrocele o quistes.

Ha dicho el Dr. Etchegorry que existe dificultad en descubrir los cremásteres — y que no ha visto cremásteres del tipo por mí señalados: y bien yo insistiré en la realidad de lo que he afirmado para los jóvenes; insistiré que para los viejos se le podrá también aislar — porque si están sus haces decolorados la maniobra señalada de emplear suero caliente lo pondrá de manifiesto y por lo tanto en muchos casos podría ser bien empleado; pero existe otra consideración que está arriba de toda objeción y es que cuando yo hablo de cremáster hablo al mismo tiempo de plano fibroso sobre el cual esas fibras musculares descansan, es decir todo lo que constituye la envoltura fibro-muscular del cordón — y con todo ello como puede deducirse de las figuras que ilustran mi trabajo puede obtenerse un plano suficientemente resistente para cumplir el tiempo operatorio señalado.

3º E insisto igualmente, Sr. Presidente, a propósito de la zona débil externa que se refiere no solamente a una zona débil parietal como acabamos de señalar sino también serosa — y por ello he dicho e insistiré que el saco herniario debe ser considerado en su infundibulum que siempre existe y en su divertículo funicular o inguinal y el tratamiento impondrá tratar ese proceso doble — suprimiendo es cierto el divertículo — pero también y eso es fundamental modificando la topografía — o la anatomía del infundibuio — a propósito de lo cual yo he recordado el procedimiento de la torsión total y el Barker alto.

Yo quisiera insistir a este respecto sobre lo señalado al pasar, por mi amable amigo, Profesor Prat, citando al Prof. Gutiérrez y Prof. Pérez Fontana sobre la no existencia del orificio inguinal interno cuando se mira desde la cavidad abdominal — en los casos que no se acompañan de hernias; y bien esto que podría aparentemente ser cierto en el cadáver no lo es en el vivo donde la dinámica parietal mostrará que el infundibulum de la serosa tiene su zona declive en una depresión que entra al orificio inguinal y que se acentuara en la contracción del cordón y por otra parte

las consideraciones que hemos hecho a propósito del fascia genital nos llevarán a admitir la existencia de ese orificio como es fácil deducirlo al observar lo expuesto en la lámina XXII-XXIII.

Es decir pues que fuera de las consideraciones de orden anatómico que se deducen del estudio del canal inguinal antes y después de producida la hernia — yo he traído a esta reunión conceptos operatorios y técnicas basadas en ellos — sin pretender que su alcance pueda ser más que el de soluciones salidas de esas interpretaciones personales.

Traté de acuerdo con esos principios del tratamiento de la hernia inguinal — sin insistir mayormente sobre lo clásico y por lo tanto pasando de largo sobre lo que se ha realizado en el sector interno a la epigástrica.

El Prof. Prat, en un esmerado estudio de las orientaciones técnicas conocidas habla del Forgue que yo considero realiza en parte algo de lo que yo afirmo al solidarizar en un block los planos de la pared — pero el Profesor Prat mismo lo ha objetado lo que es lógico desde el momento que evita la amplia reconstrucción de la zona interna por dejar pasar por allí el cordón — y esa zona debe ser también bien tratada, y por ello también el Prof. Prat habló de Potensky que al solidarizar en el sector interno a la epigástrica los dos planos de la pared realiza algo de lo que yo he sostenido también.

El Prof. Prat habló también al estudiar el orificio interno, que yo creo no merece la atención teórica que le ofrecen los tratadistas — y al pasar a considerar el valor anatómico de la pared en zonas del llamado tendón conjoint cita opinión de autores a propósito de la extensión de esa formación y entre los cuales es llamativa la de afirmar que a veces no llega a tener contacto con la cresta del pectíneo y borde superior del pubis y sólo recubre una parte de la vaina del recto en la zona infraumbilical pasando en puente sobre la zona del canal inguinal.

Yo confieso que a pesar de la autoridad de los autores citados (Finocchio, Allende y Gutiérrez) y la del distinguido Profesor oponente, no puedo concebir anatómicamente esa afirmación; he diseccionado mucho, y he operado muchos viejos sobre todo cuando fui cirujano del Piñeyro del Campo. Lo que pasa es que como al plan transverso-fascia transversalis hay que considerarlo dos partes — una interna, resistente y otra externa que lo es menos, la presión herniaria despliega esta última hacia adelante y empuja la primera hacia adentro que se detiene contra el borde de la vaina rectal y es sobre esa zona y en toda su extensión hasta la inserción pubiana que podrá localizarse la existencia de la zona más resistente del plano del pequeño oblicuo-transverso-fascia-transversalis — es decir con su parte central desviada pero con su inserción en su situación normal.

Yo he insistido ampliamente sobre la fascia transversalis que por las razones señaladas no debe concebirse independiente del transverso y por lo tanto sucederá lo mismo en las alteraciones de la pared herniaria y en la reconstrucción no pueden ser consideradas separadas y con topografía

diferentes, sino integrando un sistema común; y como sistema común deberán relacionarse a lo único importante de la arcada crural que son las fibras ileo pubianas y a la cresta pectineal si es que no se quiere desgarrar esas fibras de la arcada crural.

El Profesor Diego Lamas con esa caballerosidad que lo caracteriza ha insistido sobre los aspectos anatómicos por mí señalados y ante todo por la existencia del fascia genital de tan alta significación en el proceso herniario y es para mí honroso tener la confirmación de vista del distinguido profesor del Instituto de Anatomía.

El Profesor Chifflet con u amabilidad característica, refuta los conceptos por mí sentados colocándose en su escrito en términos distintos a los por mí sostenidos.

Insistiré nuevamente para él a propósito de lo aseverado al principio y es que he querido señalar conceptos anatómicos y técnicos para resolver los puntos fundamentales de mi trabajo:

en la existencia del infundibulum herniario con mayor zona débil externa.

en la existencia de una zona parietal débil afuera del orificio interno inguinal.

Y por lo tanto la técnica por mí señalada — sobre todo en sus variantes a) y b) a las cuales podrá agregarse la variante c) del empleo y del cremáster dará solución al problema; y en lo referente a este último aspecto técnico no deberá olvidarse que el llamado cremáster corresponde a un sistema muscular dependiente del pequeño oblicuo y transverso y como su aislamiento se realiza además unido al plano fibroso sobre el cual se apoya — resultará que el colgajo señalado cumplirá por esos dos motivos la unión integral del plano profundo al superficial — siguiendo las normas de nuestra intervención.

Y en lo referente al Profesor Pérez Fontana le agradezco su afirmación y ponderaciones; es autor de un folleto — trabajo de más jerarquía producido en nuestro medio sobre la hernia y canal inguinal. Me ha servido por lo allí afirmado a investigar muchos detalles y mis hallazgos a propósito del desdoblamiento del transverso y el fascia transversalis están bien de acuerdo con su concepto de regresiones Hunterianas y por lo tanto tratándose de un investigador y un serio anatomista la contribución afirmativa a mis ideas tiene especial significación.

Y no quiero terminar esta sesión sin agradecer al Sr. Presidente de la Sociedad por la oportunidad que me ha ofrecido para disertar en este ambiente científico y agradezco nuevamente a los Profesores Prat, Chifflet y Pérez Fontana sus amables conceptos personales y especialmente al Profesor Lamas las flores que me ha arrojado — que para mí además de la confirmación de aspecto anatómico del trabajo — tiene el mejor aliciente que pueda ofrecerse a la inquietud científica que es ponderando generosamente el esfuerzo y respetando la jerarquía de los hombres que algo han hecho por la ciencia nacional y por la Facultad.