

TRATAMIENTO DE LAS PERITONITIS AGUDAS

Discusión

Dr. FERREIRA.—Quiero hacer notar un hecho importante a propósito de las peritonitis del postoperatorio en la cirugía ginecológica, a raíz de dos observaciones que he tenido el año anterior, y que constituyen un exponente de la necesidad de ciertas medidas profilácticas para evitar ese tipo de peritonitis en la cirugía ginecológica.

Se trataba de dos pacientes con histerocele de tercer grado.

Consecuencia de estas dos observaciones —una de las cuales motivó una comunicación a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires—, estudiando el problema, llegamos a la conclusión de que estas pacientes afeadas, que tienen histeroceles de tercer grado, ya con epidermización de la mucosa vaginal, tienen que ser sometidas a una preparación preoperatoria digna de ser tenida en cuenta, y que para nosotros constituye, en estos momentos, una norma. En primer término, antibioterapia previa a los efectos de disminuir la posible virulencia del estafilococo que pueda estar presente en la pared vaginal. En segundo término, estrógenoterapia, con el propósito de modificar las condiciones tróficas de esa pared vaginal, y ponerla en mejores situaciones de defensa frente a esos gérmenes que son huéspedes anormales de una pared vaginal en condiciones también anormales. En tercer término, irrigaciones con ácido láctico, con el propósito de modificar el pH vaginal, llevarlo hacia el pH óptimo, para que el estafilococo no pueda pulular en ese medio.

Me ha parecido interesante citar dos observaciones, porque constituyen un ejemplo típico de cuánto puede lograr la profilaxis de esta seria complicación.

Dr. GERMAN MERNIES.—Lamentablemente, no estaba cuando el relator hizo su relato, y pido perdón por eso. Es posible que lo que voy a decir haya sido tratado en oportunidad del relato principal. Uno de los correlatores se refirió a que en las peritonitis tuberculosas de carácter agudo, cuando se interviene, en los casos en que se encuentran esas lesiones fibrogaseosas de carácter agudo, hace un avenamiento y cierra. Yo diría que en este caso no comprendo mucho porqué se hace un drenaje en una peritonitis bacilar que, en general, cuando se ha intervenido, es porque se ha estado pensando en otro origen o en otra patología que la que se descubre en el acto operatorio.

En cuanto a las peritonitis agudas, sea en el adulto o en el niño, cuando ellas no son secundarias y son primitivas, creo, realmente, que se ha tratado de un estado septicémico que podrá ser pasajero, pero que ha hecho una localización, en este caso del peritoneo, pero hay que acordarse que lo esencial en el tratamiento de esas peritonitis —desde luego no discuto la intervención quirúrgica— es el tratamiento antibiótico, y debe ser la infección que seguramente ha tenido un carácter general, con una localización.

Eso es cuanto se me ocurre decir respecto a ésto. Seguramente otras cosas fueron tratadas en el relato principal, que no oí, por lo que me siento inhibido de hacer otros comentarios.

Dr. NELSON FERREIRA.— Deseo preguntar qué experiencia tienen con el uso de los antibióticos y los butapirasoles en el tratamiento de las pelviperitonitis, sobre todo de las pelviperitonitis crónicas, de sufrimiento crónico en la mujer, que mejoran, evidentemente, por la acción de los butapirasoles. Descarta saber qué experiencia tienen los relatores.

Dr. RICARDO YANNICELLI.— Deseo preguntar al Dr. Burjel cómo llegó a la conclusión de que se trataba de un hilio meconial en este caso, cómo lo trató y cuál fue el resultado operatorio.

Dr. LUIS BURJEL.— Respecto a la pregunta formulada por el doctor Ferreira, no tenemos ninguna experiencia en tratamiento de la pelviperitonitis crónica, cosa que no está incluida en el tema, con la butasolidina; tampoco de la subaguda.

Creemos, sí, que en la pelviperitonitis crónica, o en la fase subaguda de la pelviperitonitis, los antibióticos siguen siendo lo principal en el tratamiento.

Actualmente se entiende por pelviperitonitis crónicas las fibrosis ya organizadas de los órganos pelvianos, con pelvisalpingooforitis y con trastornos distróficos y disfuncionales; actualmente hay un gran trabajo de revisión respecto a eso. Las salpingooforitis crónicas tienen serias repercusiones hormonales en los ovarios, que antes se despreciaba. Me parece que no es el momento de tratar este tema, porque se trataría de las pelviperitonitis crónicas, con todos los problemas que trae desde el punto de vista de las repercusiones funcionales y orgánicas.

Dr. CARLOS STAJANO.— Estoy en las mismas condiciones que el doctor Mernies; no tuve la suerte de poder llegar al relato, por causas especiales, de modo que no puedo entrar a divagar. Pero creo que en Congreso donde se debaten los problemas generales y se plantean situaciones particulares, donde muchos cirujanos recogen su experiencia —como recogemos experiencia los viejos que venimos a oír las nuevas conquistas— es interesante puntualizar algo relacionado con el tema del Dr. Burjel respecto a las peritonitis tuberculosas.

Es un problema que lo conocemos bastante bien, porque vivimos la época anterior a los antibióticos modernos que se utilizan en la tuberculosis genital y en la peritonitis tuberculosa, y que han cambiado fundamentalmente el panorama. Pero frente a un caso en que no se ha diagnosticado peritonitis tu-

berculosa —cosa que es bastante frecuente— y se opera por un cuadro agudo condicionado por la misma peritonitis tuberculosa, el cirujano se encuentra muchas veces con una pelvis adherente, con ansas intestinales delgadas, con una siembra difusa ostensible por el colon, epiplón, etc., mismo con un absceso fibrogaseoso. Y, ¿qué hace el cirujano? Eso es lo importante.

Creo que hay que definir dos situaciones distintas. Las situaciones en que el cirujano puede favorecer a la enferma que tiene una tuberculosis genital, quirúrgicamente, y ¿cuándo la puede curar quirúrgicamente y favorecer la evolución total? Cuando ese proceso es inicial, es decir, está localizado en las trompas, prácticamente el mayor contingente de fuentes de la peritonitis tuberculosa con su origen pelviano auténtico, que casi siempre es tubario.

En esos casos, que las trompas pueden estar tumefactas, llenas de pequeños abscesos, de pequeños nódulos, sin adherencias, es la única circunstancia, para mí, en que el cirujano puede acometer quirúrgicamente y hacer su sareoinjertomía, y nada más. Si encuentra el cirujano una pelvis con ansas intestinales adherentes, con lesiones vecinas al colon, que casi siempre existen, debe guardarse muy bien de liberar adherencias, si se drena un absceso frío; que enjuague, que limpie, que ponga sustancias antibióticas en el absceso, pero que cierre el vientre y que jamás lo drene. Porque el drenaje de una afección tuberculosa es una cosa terrible. Sabemos que es la complicación más severa, más grave, que conduce a la desnutrición, a la supuración interminable. Eso por vía abdominal. No digamos nada del drenaje de un grueso absceso tuberculoso por vía pelviana. Es una tragedia que tengo en mi memoria, de casos que llegaron drenados en esas condiciones. Y es realmente lamentable.

El cirujano tiene que contenerse frente a esas circunstancias, y contar con todos los medios actuales de antibióticos, que hacen verdaderas maravillas, que limpian una pelvis, curan una mujer y la transforman, al punto tal que se puede, pasado un tiempo prudencial, volver a intervenir a esa enferma, y sacarle lesiones residuales, pero nunca intentar liberación de adherencias y liberar como si fuera una peritonitis gonocócica, crónica, que se libera impunemente.

Me parece que es útil pregonar y decir que no hay que drenar y que no hay que exponer un intestino a fistulizaciones que luego son eternas y complicadísimas.

Es la esencia de lo que quería decir. Por lo demás, felicito a los correlatores —al relator no tuve la suerte de oírlo— por su vista extraordinaria de conjunto, que daría para hablar mucho de diversas cosas.

Dr. JUAN C. DEL CAMPO.—Aprovecho esta oportunidad para felicitar a los relatores, que han hecho un esfuerzo intelectual de conjunto enorme. En el año 1942 tuve que hacer un correlato sobre tratamiento de peritonitis al Congreso Interamericano de Cirugía. Hacía pocos años que había cambiado un tanto el aspecto de este tratamiento, porque habían entrado en acción los sulfamidados, la penicilina, porque los medios de reposición —sangre y plasma— empezaban a entrar en juego, sin haberse llegado a las grandes conquistas actuales en el tratamiento de los trastornos del metabolismo, que son tan importantes para salvar a muchos de estos enfermos.

Sobre estas últimas cosas no voy a entrar. Voy a señalar sólo en qué ha cambiado la práctica quirúrgica mía. Sigue como esencial lo que la escuela alemana señalaba como esencial. Lo esencial en el tratamiento de la peritonitis es el tratamiento de la causa. Tan es así que intraperitonealmente la escuela alemana se negaba a dejar drenaje.

En el Congreso de 1942 esa discusión se entabló, sobre si drenaba o no se drenaba una peritonitis. Y como pasa muy a menudo entre médicos, la verdad se deslizaba un poco por la manera de hablar. Por ejemplo, personas que escribían contra el drenaje, decían: "yo cada vez dreño menos", lo que quería decir que drenaba, en algunas circunstancias; otros decían: "el drenaje no sirve nada más que durante doce o veinticuatro horas", lo que quería decir que durante doce o veinticuatro horas servía, y eso podía ser esencial para la marcha del enfermo.

El drenaje sigue usándose, como cuestión de hecho, en el tratamiento de las peritonitis, pero va cambiando la manera de ser hecho. Siempre tenemos dificultad en poner un tubo en el Douglas, a través de asas delgadas.

Desde la época en que don Domingo Prat nos enseñó a hacer el drenaje suprapúbico, siempre buscamos alejarlo de las asas delgadas, haciéndolo por vía peritoneal, ya que en la peritonitis, por vía subperitoneal, uno no se decide a hacerlo, es decir, a hacer entrar el tubo en el subperitoneo hasta el Douglas.

El tubo de drenaje —como pasa con muchos de los elementos inertes— no funciona por sí, si uno no lo hace funcionar. Prácticamente, ahora yo no uso ningún tubo de drenaje si no le agrego aspiración. Eso, que puede ser necesario en el vientre inferior, es absoluto en el vientre superior. El vientre superior tiene, en el diafragma, una cámara de aspiración que hace que todo líquido que se vierta, a veces en la zona subhepática, pero sobre todo en la zona subfrénica, sea aspirado a esa zona y tiende a formar allí un absceso que no drena sólo porque se ponga un tubo: es necesario agregarle algo más para contrarrestar la aspiración torácica.

Cuando dreño, en general, utilizo dos tubos, uno externo, que le llamo cámara de aspiración, y uno interno, que le llamo tubo de aspiración.

La segunda cosa sobre la que voy a insistir es que desde 1948 hago antibioterapia por vía intraperitoneal en las peritonitis, en las operaciones sobre colon, en las heridas de vientre, y en las operaciones por obstrucción intestinal. Lo presenté, aunque no fue publicado, en la Sociedad de Cirugía de Montevideo, creo que en setiembre u octubre de 1949. Y en 1956 lo señalé en el relato sobre cirugía de colon.

Esta antibioterapia por vía intraperitoneal la considero muy buena, y le he pedido a la Dra. Dell'Oca que diga los estudios que hizo desde el punto de vista de dosificación, para ver hasta dónde llegaba esa absorción.

No he dejado de tener algunos inconvenientes. El primero es que uno tiene que hacerlas utilizando un medicamento que se cree actúa sobre un microbio que cree uno está en causa, tratando de ganarle tiempo a la infección. Lo que empleo más corrientemente es la asociación de estreptomicina y penicilina; algunas veces he utilizado terramicina.

El peritoneo resiste perfectamente bien un litro y medio de suero fisiológico por día. Con dos litros ya se provoca una hipertensión, pero eso depende

de los sujetos y de la capacidad del peritoneo. A veces he tenido situaciones molestas. Hace cuestión de diez días tuve un caso, en que utilizando el procedimiento del gota a gota, el enfermo hizo un estado circulatorio alarmante, que era debido a una hipertensión abdominal, o a la hidroterapia intraperitoneal. Abireto el tubo, salió más de medio litro de líquido del peritoneo, y el sujeto rápidamente mejoró.

He tenido tres veces reacciones sanguinolentas que se renovaban, cuando le daba la antibioterapia por vía intraperitoneal, de manera que hubo que suprimirla. Quiero decir que había una reacción del peritoneo frente al medicamento. Y cada vez voy utilizando menos cantidad de líquido, y utilizándolo en forma intermitente, llevando el tubo al sitio de la infección, y tratando de que por otro tubo pueda eliminarse el exceso de líquido.

Me voy a referir a una última cosa, a las peritonitis postoperatorias, que es el problema del momento, el problema que nos acecha a todos. Esas peritonitis postoperatorias tienen dos formas, una que se atribuye a la dehiscencia del muñón o de la sutura. El término puede ser que esté bien, si pensamos en lo que es: es, a veces, ruptura de un muñón, estallido, hipertensión, por ejemplo, del asa duodenal; es a veces verdadera dehiscencia por largado de suturas; otras veces es una necrosis alrededor de una sutura; otras veces es una necrosis a dos o tres centímetros de los labios de sutura. De manera que puede obedecer a diferentes causas. Además, a veces hay contaminación directa, sin que haya dehiscencia.

Este problema es muy importante, y mi manera de actuar es la siguiente: primero, la incisión operatoria tiene una parte que está al frente del lugar que puede tener una dehiscencia, de manera que yo pueda abordarlo, desunirlo, y llegar a él rápidamente. Es decir, que condiciono la incisión operatoria al sitio donde puede hacerse la dehiscencia.

En segundo lugar, si puedo, operatoriamente, por utilización de epiplón o de mesos, circunscribo el área donde se va a hacer la dehiscencia, de manera de circunscribir el proceso de contaminación de la cavidad, lo hago.

Tercero, aplico el procedimiento de antibioterapia y de aspiración cerca de la línea de sutura.

Pero la peritonitis por perforación no es lo único: hay peritonitis por contaminación. Ellas han sido citadas por el relator. La contaminación puede ser a punto de partida en la víscera; por ejemplo, son muy frecuentes y muy graves en la cirugía de colon, en la cirugía de estómago canceroso. Pueden tener como punto de partida el haber sido llevadas por el propio cirujano —una mala esterilización—, y ahí tenemos nosotros el terrible problema del estafilococo.

Ese problema lo hemos vivido en estos últimos años. Es un problema terrible porque cuando se llega a constituir en una forma nítida, muy a menudo es tarde.

Otra cosa que quiero señalar es un modo de contaminación que he visto citado, y que tiene importancia, que es la contaminación por evisceración subcutánea. La herida operatoria a veces se rompe o hay una dehiscencia, que se hace en las primeras cuatro horas, cuando el enfermo no tiene conciencia. El cirujano examina al sujeto al día siguiente, a los dos días, y si hace una ex-

ploración simple, si no palpa el vientre, si no explora la herida, le puede pasar completamente desapercibida. La infección de la herida operatoria es más común que la infección del peritoneo. Y el asa puede servir de elemento de conducción de la infección hacia el peritoneo.

Eso ha sido señalado en la literatura extranjera más de una vez.

Tuve ocasión de ver un caso de peritonitis por contaminación del peritoneo, por haberse hecho un cierre hermético de la pared abdominal. La piel resistió perfectamente bien, pero debajo de la piel había una supuración de la incisión abdominal, y la incisión abdominal había contaminado el peritoneo.

Dra. DELL'OCA.— Sólo desearía completar lo que refirió el Dr. del Campo sobre niveles en sangre en los primeros casos en que se empezó a utilizar la antibioterapia por vía peritoneal. Las clasificamos, para evitar cifras, en dosis útiles, dosis escasas, y dosis óptimas. Todos los casos que clasificamos estaban comprendidos dentro de las dosis útiles, y en ninguno de ellos se pudo hablar de dosis que supusiera una absorción masiva que pudiera ser perjudicial.

Dr. GERMAN MERNIES.— El Dr. del Campo ha tenido la virtud de hacerme recordar un hecho al que nosotros hemos pagado un pesado tributo; cada vez que hacemos una hectaromía de un órgano séptico, de un órgano hueco que pueda acarrear septicidad, nos acordamos de hacerle suero antitetánico en dosis preventiva, porque en tres oportunidades hemos tenido tétanos abdominales, siendo nosotros, quizás, los únicos culpables de la muerte de los enfermos.

Por eso quería puntualizar bien este hecho: cuando el enfermo no está vacunado contra el tétanos, que creo sea una práctica que nos cubre contra todo riesgo de posibilidades, debemos hacer suero preventivo.

Dr. MAUTONE.— A propósito del excelente relato del Dr. Piñeyría y de sus colaboradores, quisiera presentar un problema que me angustia. Se refiere al postoperatorio de los peritoníticos. A ellos se les repone la sangre y se combate la anemia, se le reponen los electrolitos y se normalizan desde ese punto de vista.

Por otra parte, con los antibióticos se les baja la temperatura; con la intubación intestinal, el vientre no se distiende. Si un peritonítico hace una complicación, ¿cómo la podemos reconocer? ¿Cómo reconocer una complicación postoperatoria de un peritonítico bien tratado?

Dr. JORGE BURJEL.— A propósito del diagnóstico de peritonitis meconial, trabajando en el Hospital Pereira Rossell, de guardia, la primera peritonitis meconial que tuve oportunidad de ver, no hice el diagnóstico, no supe interpretar la radiografía. Después la necropsia me mostró que se trataba de una peritonitis meconial. A propósito de eso fui a leer el libro de Duhamel, "Peritonitis meconiales", y me encontré que allí se describe de una manera magistral el síndrome clínico y radiológico de la peritonitis meconial. Como lo dije recién en el correlato, la distensión abdominal, la circulación colateral, y el hidrocele bilateral, acompañado de una gruesa imagen hidroaérea radio-

lógica con límites líquidos trazables, más la presencia de un síndrome de oclusión congénita en un recién nacido, implican prácticamente un diagnóstico de peritonitis meconial.

Por eso, y por suerte, hice el diagnóstico de esa peritonitis meconial postoperatoria.

Dr. YANNICELLI.—Quería saber, precisamente en este caso, si correspondía a peritonitis meconial. Porque la peritonitis podría producirse por un hilio meconial que se perfora, o por otra perforación en el curso de la gestación, o próxima al nacimiento del niño, en cuyo caso aparece ese síntoma: el meconio y la bilis. lo que no quiere decir que se haya producido por hilio meconial.

El Dr. Burjel aclara que no se trata de una peritonitis por hilio meconial, sino que le llama peritonitis meconial, dentro del cuadro patológico general.

En primer lugar, tengo que expresar la satisfacción que causa el saber que se hacen diagnósticos de estos procesos hasta hace poco desconocidos, en lugares apartados de Montevideo, cosa que se debe a que, por ejemplo, el doctor Burjel, ha tenido oportunidad de trabajar en lugares especializados de cirugía de niños, siendo un destacado colaborador del Servicio de Cirugía de Niños.

En niños hace tiempo que no tenemos casos fatales de peritonitis de origen apendicular, que son las más frecuentes. Hace años que no fallece un enfermo en Cirugía de Niños, donde trabajan varios cirujanos y donde se concentra la cirugía de niños de los hospitales de Montevideo. Sin embargo, hace pocos días estuvimos a punto de volver para atrás. Era un caso, no como el que plantea el distinguido colega doctor Mautone, de un operado, sino un caso en que el cirujano duda de si debe intervenir o no, porque era un plastrón apendicular en el décimo día de evolución, que se trató al principio por expectación quirúrgica frente a un estado general bueno, y que súbitamente se agravó, colocándonos al borde del fallecimiento del enfermo.

Debemos reconocer que en todas las estadísticas con mortalidad cero hay, además de la fortuna de la acción quirúrgica y de los medios adecuados, el hecho de estar actuando en ese momento con una flora microbiana un poco generosa, o con antibióticos eficaces. Porque no hay ningún cirujano que pueda salvar una peritonitis a estafilocócica cuando no encuentra el antibiótico necesario. El drenaje sólo no lo salva, como tampoco se salva una peritonitis neumocócica sólo con el drenaje. Eso está probado desde las épocas en que no había antibióticos. Y cuando el antibiótico no sirve, reproducimos las épocas pasadas. No hacemos en el niño chico nunca drenaje del Douglas especial. ¿Por qué? Porque el Douglas en el niño está cerca de la fosa ilíaca derecha, y haciendo una incisión generalmente baja, nos alcanza con un tubo, no ponemos dos.

Tampoco hacemos drenaje sistemático del tubo digestivo. No intubamos sistemáticamente las peritonitis, porque la clínica dice cuándo puede haber un hilio y cuándo no lo hay. Y a veces evitamos el inconveniente de la intubación.

Recién cuando tenemos conciencia de que hay posibilidad de establecer un hilio, hacemos la intubación por vía gástrica y esofágica.

En las peritonitis de tipo septicémico, como tuvo oportunidad de referir el Dr. Burjel, ya la expectación quirúrgica no se justifica como antes. Pero si pudiéramos llegar a saber cuándo estamos frente a una peritonitis septicémica, sobre todo frente a un caso grave, trataríamos de no operarlo si es una peritonitis a estafilocócica. Desgraciadamente, eso no se puede presentar sino en un caso: de lesiones asociadas o de encontrarnos, por ejemplo, con un enfermo apendicectomizado, porque no hay duda que una intervención quirúrgica en caso de una peritonitis a estafilocócica con anestesia general, donde se va a buscar el apéndice, y en los niños hay que buscar, también, divertículos, es una agresión quirúrgica que si el enfermo está en un colapso por su infección, puede agravar su estado.

No tenemos más remedio que intervenir, e intervenimos porque es la manera de descubrir la apendicitis, y las estadísticas son favorables. De modo que el criterio intervencionista debe ser mantenido por encima de todo en la oportunidad actual.

Felicitó al Dr. Burjel e igualmente al Dr. Piñeyrua por los relatos que han traído de Paysandú.

Dr. PIÑEYRUA SAAVEDRA.—Ante todo queremos agradecer los conceptos vertidos hacia nosotros, en nombre personal y en nombre de los compañeros que han hecho los correlatos.

Me voy a permitir comentar las apreciaciones en el orden inverso de cómo han sido hechas.

A propósito de lo que dice el Dr. Yannicelli, sobre el asunto de los antibióticos, estamos un poco de acuerdo. En general, no tenemos el problema de las estafilococias peritoneales, probablemente —y es un modo de pensar— porque los otros microbios no le han dado paso al estafilococo y siguen predominando todavía el colibacilo y su cortejo en las causas de las peritonitis. Pero, desgraciadamente, tenemos que asesorarnos para estar preparados, porque en algún momento vendrá.

No tengo, desde luego, experiencia especial en la intubación en los niños, pero en lo que se refiere a los adultos, antes de operar una peritonitis, si me preguntaran si tengo que utilizar o la intubación o los antibióticos, les digo que dudaría. Creo que en las peritonitis generalizadas, la intubación previa, en los adultos, es absolutamente fundamental.

Inmediatamente pasamos a comentar lo que ha dicho el Dr. Mautone. Yo leí, un poco rápidamente, el relato original, en el que planteo esa duda, que también a nosotros nos asalta muchas veces. El enfermo está intubado, el enfermo está con su reposición hirsosalinoproteica, con transfusiones, con plasma, tiene los antibióticos, pero, ¿está mejor? ¿Aparece una nueva complicación o no? En realidad, creo que el único modo de mejorar eso, de capear la situación, es con la permanente vigilancia del enfermo.

En lo que se refiere al Dr. Mernies, sobre la profilaxia del tétanos, creo que está dentro un poco del capítulo general, en el que todos tenemos un poco de culpa. En realidad, ninguna operación debería llevarse a cabo sin la pre-

paracion previa, en cuanto a la inmunización antitetánica, y en los casos urgentes, como las peritonitis, la seroterapia es la única medida que corresponde, por su rapidez.

En lo que se refiere al Prof. del Campo, corresponde agradecer los conceptos vertidos, el hecho de que haya concurrido a oír el relato y, desde luego, no vamos a contar lo que dice el Prof. del Campo, de quien hemos aprendido la mayor parte de las cosas que hemos dicho.

En lo que se refiere al nivel de los antibióticos para usar el término como la Dra. Dell'Oca, debemos decir que por no tener experiencia directa, en el relato hemos citado las dos opiniones: los que utilizan el nivel de los antibióticos en la sangre para tomar una decisión o para mantener una decisión, y los que utilizan —mejor preparados que nosotros— las tomas sistemáticas del exudado peritoneal para ver en qué momento se consigue la esterilización del peritoneo, que ellos consideran que es el dsidrátum.

Dr. BARSABAS RIOS.—Nos corresponde un poco las generales de la ley, porque inspiramos el relato del Dr. Piñeyrúa, en el sentido de que casi lo obligamos a traerlo cuando hace dos años él eligió el tema. Desde luego, el interior no se va a envanecer demasiado de esto, porque todos sabemos que el Dr. Poñeyrúa hizo gran parte de su carrera en Montevideo, pero es un valor que se incorporó al interior para honrarnos. Y el aporte que trae con sus compañeros de Paysandú es sumamente valioso y es un ejemplo de lo que se puede hacer en equipo y de lo que se puede hacer en el interior.

Agradecemos sinceramente y felicitamos al relator y a los correlatores.