

HERIDAS DE COLON Y RECTO

Discusión

Dr. GREGORIO.— En primer término, quiero felicitar al Dr. Acosta Duomarco por el relato que ha presentado. Auténtico relato puesto al día: es un trabajo elaborado sobre 19 casos vividos, de los cuales 16 le pertenecen; es una estadística individual seguramente difícil de igualar o de superar por los cirujanos aun aquellos que actuamos en la capital.

En cuanto a las conclusiones a que llega el Dr. Acosta Duomarco, en términos generales las compartimos. Seguimos en ese sentido a nuestro maestro, a Larghero, que fue quien pregonó en nuestro medio en primer término la exteriorización o la extraperitonización de las heridas de colon, ya sea en el lugar de la herida, ya sea en una zona proximal, las colostomías a las que se han referido los diversos autores que acaban de hacer uso de la palabra.

En lo que nos es personal, nosotros tenemos 11 casos, podríamos decir 12, por haber compartido el tratamiento de uno de los enfermos que fuera operado por el médico de guardia. De esos 11 casos, 3 fallecieron. Los fallecidos son: uno citado ya por el Dr. Acosta Duomarco, en el que había una herida rectosigmoidea, una herida de bala con herida también de la vejiga; el sujeto, de 43 años, había recibido un balazo desde la planta baja de un edificio. Él se encontraba en el balcón. Este enfermo falleció a los siete días y se le hizo en el acto operatorio una sutura primaria a dos planos, era una herida extramucosa. El Cirujano de Bureau que estaba de guardia (con larga experiencia), nos aconsejó no hacer una colostomía en este enfermo, entendiendo que teniendo una lesión extramucosa, ella no se planteaba; no obstante, el enfermo falleció de peritonitis al séptimo día y la autopsia comprobó que había ocurrido una falla a nivel de la sutura. El otro enfermo que falleció fue uno que había recibido cinco balazos, uno de ellos había estallado en el hígado, otro había atravesado el tórax derecho, tenía una herida de estómago y una herida de colon derecho: a este enfermo se le suturaron todas las heridas, se le taponó (un taponamiento del hígado) y además se le hizo una colostomía derecha a nivel precisamente donde estaba la herida de colon. La evolución fue satisfactoria, durante trece días este enfermo evolucionó sin fiebre y cuando nosotros creíamos que ya había pasado los tremendos riesgos que naturalmente había que sospechar en un politraumatizado como había sido este enfermo con cinco balazos, se produjo su deceso en forma brusca; la necropsia evidenció que había fallecido como consecuencia de la caída de una escara a nivel de la aorta torácica. El tercer caso (que no nos pertenece), fallecido, pero en el que nosotros intervinimos ayudando al Ciru-

jano de Bureau, se trataba de una enferma de 26 años que había recibido (del Hospital Pasteur) una herida de arma blanca en el flanco izquierdo; esta enferma tenía exteriorizado el epiplón, se hizo diagnóstico clínico de probable herida de colon descendente, se convocó al Cirujano de Bureau quien operó a la enferma asistido por nosotros y doy fe de que la sutura en esta enferma (realizada una hora y media después de haberse producido) fue muy bien realizada por un cirujano de gran competencia. Esta enferma falleció a los ocho días, la necropsia evidenció que la muerte se debió a una falla de la sutura. Descarto la muerte del enfermo de la caída de la escara por herida de la aorta torácica, falleció por otras circunstancias. Pero en esta serie de 12 enfermos (11 personales y este otro que nosotros agregamos) se observa la muerte de dos; estos dos enfermos fallecieron por suturas, se les hizo suturas primarias; en los otros nueve restantes que hicimos colostomías, en la evolución fue favorable e incluso fue favorable el cierre de la colostomía donde no hemos tenido ninguna complicación.

La muerte de estos dos enfermos, en nuestro concepto, justifica plenamente la medida de seguridad que pregona el Dr. Acosta Duomarco en su relato y que nosotros compartimos. Entendemos que para pequeñas heridas (y alguna vez lo hemos hecho) pueda emplearse el cierre primario, pero es evidente que las garantías, la seguridad absoluta, únicamente se le ofrece al enfermo cuando se realiza una derivación. Ese es el camino que nos trazó el Prof. Larghero y ese es el camino que nosotros, avalados en la experiencia nuestra y en la experiencia ajena, es la conclusión a que llegamos.

Dr. PRADERI.—Del análisis del excelente relato del Dr. Acosta Duomarco y las comunicaciones presentadas, surge una conclusión: las heridas de colon no son graves. Revisando la estadística y la mortalidad presentada por los comunicantes, se observa que los enfermos fallecidos en las estadísticas lo fueron por las lesiones asociadas, tal es así la estadística del Dr. Acosta Duomarco, que cita dos casos de mortalidad, uno, una gravísima herida de escopeta (la más grave herida de armas de fuego) y un enfermo que no creemos que se deba estudiar conjuntamente con las heridas, que era una contusión de colon. Aclaremos previamente que la contusión de colon, las heridas de colon por rectoscopia, enemas, insuflación, son mucho más graves que la herida traumática de colon por arma blanca o por arma de fuego. En esas últimas, en general hay patología cólica asociada y la contusión en general se diagnostica tarde y tiene lesiones muy graves asociadas.

En resumen, no son graves y hay estadísticas con 0 mortalidad, en las cuales los casos son de heridas de colon puras. Lo que representa esto, es que en toda la cirugía de colon la evolución de la técnica quirúrgica sigue un camino unánime, no son las heridas de colon solas, sino que es la cirugía de la sigmoiditis, la cirugía de la oclusión neoplásica de colon, la cirugía del vólvulo de colon, la cirugía de las hemorragias, de neoplasmas de colon; en los últimos años ha sufrido un proceso evolutivo que lleva a hacer una cirugía más audaz, cirugía de resección primaria y cierre de un plano, y los cirujanos han perdido el temor (como recién lo señalaba muy bien el Dr. Cendán) a los

colones no preparados y han adquirido seguridad en hacer cierres y colocar el intestino dentro del peritoneo. En la Clínica del Prof. Chifflet, en la que actuamos, ese es el criterio que se sigue ya desde hace años en vólvulos, en sigmoiditis, en heridas y recientemente haciendo colectomías izquierdas y derechas en un tiempo y cuando las condiciones los permiten con cierre en un tiempo también.

Esos preceptos ya fueron señalados con una comunicación de la Clínica en el año 1964, conjuntamente con el Dr. Ormaechea, en la cual reuníamos una estadística de ocho años con 23 casos de heridas de colon suturados, todos ellos en un tiempo, con una mortalidad de un caso solo (5%); el único enfermo fallecido tenía heridas de tórax, bilaterales, heridas de colon y ruptura de bazo, y falleció de una embolia pulmonar a los diez días de operado y en la autopsia mostró la indemnidad de la sutura cólica.

Ese criterio mantenido en la Clínica, lo seguimos manteniendo ahora y no tengo los datos exactos, pero todos los cirujanos que actúan en cirugía de urgencia siguen manteniendo la misma situación. Los conceptos que emitíamos y resumiendo las palabras del Dr. Cendán en cierto modo, que compartimos en un cien por cien, sobre el criterio de técnica, decíamos en 1964, abordaje amplio, incisiones verticales si es posible o transversales con las lesiones más localizadas porque lo importante en la cirugía del colon no es tanto suturar el colon que se ve en seguida, sino pesquisar las otras lesiones que son las que matan al enfermo; no tememos a una eventración postoperatoria y preferimos hacer incisiones amplias.

Segundo, no extraperitonizar, porque si ya estamos llegando a cifras de mortalidad bajas en cirugía de heridas de colon, lo que tenemos que corregir es la morbilidad y ésta se grava por exteriorizar colones, dejar enfermos meses o períodos largos con colones exteriorizados, se grava la mortalidad de las reintervenciones de cierre, se grava también la morbilidad extraperitonizando enfermos inútilmente que van a llevar a fistulas cólicas y también a evisceraciones al exteriorizar el intestino. En nuestro trabajo había un caso de un enfermo que había sido operado por otro cirujano, exteriorizando tres heridas de bala de colon derecho que se visceró, cosa que sucede a veces en las exteriorizaciones; lo que tuvimos que reoperar, suturando de nuevo las heridas de colon e hicimos otro plano más, reintegramos todo, cerramos todo y el enfermo evolucionó perfectamente.

Y el tercer precepto (repito, abordaje amplio no extraperitonización) que sosteníamos en aquella época, era cierre de piel, que es a nuestro entender el mejor apósito de los planos de la pared abdominal y en general agregando puntos de sostén por tratarse de incisiones medianas que en general se eventran.

Dr. SILVEIRA.— Sr. Presidente, el hecho de llevar veintiséis años de cirugía en el Interior del país, me pone en la obligación de decir algo con respecto al relato de nuestro compañero el Dr. Acosta Duomarco. Es un relato que totaliza 19 casos, en los cuales él ha tenido la oportunidad de exponer su brillante estadística porque exhibe una mortalidad escasa de un 10,5%. Yo estimo que es escasa porque nosotros no podemos olvidarnos las

primeras etapas. el primer decenio de actuación en nuestro medio, en donde hablar de una mortalidad de este tipo era una cosa muy rara. En el trabajo que nosotros tuvimos la oportunidad de presentar acá en el año 1956, los conceptos que en aquellos momentos vertimos se separan poco de los que podamos expresar en estos momentos; nosotros seguimos también bastante fieles a los procedimientos de seguridad, hemos hecho en lo sucesivo en este decenio que transcurrió, algún otro procedimiento en heridas muy especiales, en enfermos tomados muy precozmente, en heridas aproximándose todo lo posible a la herida quirúrgica, hemos realizado algún cierre y abandono de la víscera, no obstante hemos quedado después de la realización de este procedimiento con cierta preocupación y hemos tenido suerte, porque no decirlo, pero seguimos nosotros consecuentes con los procedimientos de seguridad, de extraperitonización de la herida. Reitero mi felicitación al compañero. sé que es una estadística vivida y vivida en las condiciones en que se vive en el Interior del país, con poca colaboración, con pocos medios, y la estadística es buena, por eso considero justificado felicitar al amigo Acosta Duomarco. Muchas gracias Sr. Presidente.

Dr. BERMUDEZ.— Bien, Sr. Presidente, yo quiero adherir mis felicitaciones al Sr. Relator y a los que han contribuido con tanto brillo a este relato, que han tocado prácticamente todos los aspectos importantes de este problema.

Indudablemente creo (y en ese sentido lo acompaño plenamente al Dr. Cendán) en que no se puede tener un criterio estándar en el tratamiento de las heridas de colon y que son múltiples los factores a contemplar (como han sido muy bien enumerados por el relator y por todos los que intervinieron en las contribuciones), el tipo de herida, la vitalidad de los tejidos, el sector de colon herido, que no es lo mismo una lesión de recto retroperitoneal, que en la unión rectosigmoidea, que en un segmento móvil, que en un segmento adherido, etc. Todo lo que se ha dicho, la localización en la propia circunferencia, las lesiones de los mesos, el estado del intestino en el momento en que se ve al paciente, el tiempo transcurrido, las lesiones asociadas, etc.; yo no voy a insistir sobre todo eso, pero creo que son todos elementos que permiten establecer que no se puede tener una terapéutica unitaria en el tratamiento de estas heridas, que desde el punto de vista ideal yo comparto que lo mejor es el cierre primario cuando se llenan todas las condiciones que han sido enumeradas y que no voy a repetir, y que de preferencia yo lo he hecho cuando los segmentos tienen buena vitalidad, cuando el cirujano puede hacer un buen inventario de esa vitalidad y cuando recurre (como ha dicho el Dr. Cendán) a suturas que no sean isquemiantes. para lo cual siempre he recurrido (yo por lo menos en los últimos años) a las suturas por puntos separados a nivel del colon y muchas veces de preferencia en un plano con nudo interior.

También hay que pensar que la colostomía proximal puede ser necesaria, que la exteriorización en algunos casos puede ser necesaria, yo no he tenido

necesidad de recurrir a la exteriorización ni a la extraperitonización que puede tener sus inconvenientes como lo ha señalado el Dr. Cendán, pero la colostomía sí puede tener sus indicaciones.

En lo que respecta a la colostomía sigmoidea en las heridas del recto retroperitoneal, en este caso discrepo con el Sr. Relator, en que deba realizarse a nivel del sigmoides, me parece que una herida de recto es una herida importante que siempre requiere una colostomía, esta colostomía debe estar colocada lo más lejos de la región afectada, no en la región sigmoidea porque nadie sabe qué es lo que puede suceder con ese recto y tener que utilizar el sigmoide que en ese caso tendría que ser resecado cuando es sujeto a una colostomía. Creo que en una herida grave de recto debe asociarse una colostomía en el transverso derecho para poder utilizar el sigmoides y si es necesario el descenso del ángulo izquierdo. Esa es la única discrepancia que tengo. Pero hay otro procedimiento de seguridad o que yo considero que es de seguridad y que no lo he oído mencionar; se ha hablado sí, de la dilatación del canal anal (se habla, no se ha mencionado acá en el relato, se hace alguna mención de la esfinterostomía), bien, yo creo que una de las medidas de seguridad es desgravitar el cabo distal también, porque la colostomía desgravita el cabo proximal, pero la desgravitación del cabo distal es fundamental. El colon fisiológicamente es un asa cerrada, nosotros no podemos saber cuál es la complacencia de la válvula ileocecal, pero sabemos cuál es la resistencia del sistema esfinteriano. Yo creo que, especialmente cuando se hace un cierre primario, se debe crear una incontinencia completa temporaria del segmento distal y esa incontinencia completa temporaria no la da la llamada esfinterotomía, que lo único que hace es seccionar las fibras circulares del esfínter liso inferior o alguna de las fibras cutáneas del esfínter estriado, pero que no puede suprimir y no debe suprimir el mudo muscular o el anillo muscular en el recto anal y a nadie se le va a ocurrir hacer una sección completa de este anillo para hacer una incontinencia, de modo que lo que yo hago en esos casos para desgravitar el cabo distal que me protege la sutura especialmente cuando no se hace colostomía, es colocar un grueso tubo, pero un tubo grueso por lo menos de 2 cm. de diámetro en su luz, suturado al reborde anal, eso me asegura una incontinencia completa durante el tiempo necesario para que se establezca el tránsito. Y el otro hecho que también es importante, es propiciar el restablecimiento del tránsito intestinal lo más precozmente posible. Yo acostumbro cuando hago un cierre primario, una resección, etc., como anastomosis del sistema terminal, además del tubo hacer la estimulación precoz del intestino administrando lubricantes y estimulantes del intestino porque creo que hay menos peligro en las evacuaciones precoces y en el peristaltismo precoz cuando la sutura está en planos todavía de tejidos resistentes, que en los períodos posteriores en que ya ese edema, etc., es mucho más peligroso. De modo que asegurar una incontinencia total distal temporaria y movilización, estimulación precoz del intestino, son dos medios que protegen tauto como una colostomía proximal el cierre primario de una herida de colon.

Dr. CHIFFLET.—Nos referiremos solamente a las heridas del recto. Compartimos la opinión del relator sobre las importantes diferencias en la conducta seguida por los cirujanos y sobre las dificultades para sintetizar un concepto terapéutico. Es indudable que la causa de estos hechos está en la gran variación de los procesos a tratar: desde un grave herido de guerra hasta el enfermo que llega caminando al hospital; desde la herida puntiforme hasta el grave destrozo visceral; variantes según la topografía de la lesión en un órgano como el recto con segmentos tan diferentes funcional y topográficamente; variaciones en el tiempo de evolución que condiciona grandes variaciones sépticas; en fin, herida aislada del recto o asociaciones lesionales pelvianas o politraumatizado grave.

Consideramos que, en lugar de exponer diferentes conductas, debemos dar los principios o directivas del tratamiento y en su análisis ir a las variantes de aplicación según las particularidades de cada enfermo. Nos manejamos con tres objetivos terapéuticos: restauración visceral, drenaje, reposo regional.

La restauración visceral. En los sectores peritoneales del recto es imprescindible el tratamiento especial de la lesión, que es similar al de las heridas del colon. En heridas regulares, de bordes bien irrigados, debe preferirse la sutura. En heridas complejas o desgarrantes o ya evolucionadas, puede requerirse la resección segmentaria que será completada con una anastomosis o que se hará el cierre del cabo inferior y colostomía terminal en el superior, en vistas a una posible anastomosis ulterior. Las malas condiciones del enfermo pueden justificar a veces la ostomía externa por tubo en el foco lesional.

En las partes subperitoneales del recto debe preferirse la sutura. A veces es posible por la luz del órgano. La vía perineal pura está justificada para abordar la parte baja de la cara posterior del recto en heridas seguramente únicas. La vía de preferencia es la abdominal, requerida ya por la exploración diagnóstica y de utilidad para los otros objetivos terapéuticos.

En las partes subperitoneales las heridas mínimas, punzantes o ciertas heridas de bala pueden justificar la abstención del cierre si éste exige un abordaje agresivo. En estos casos debe insistirse en los otros objetivos terapéuticos. En enfermos graves o con lesiones asociadas importantes o con procesos evolucionados sépticos, debe plantearse la abstención de la reparación, pero haciendo un amplio drenaje pelviano hacia el perineo y un reposo de la región por colostomía destransitante.

En las heridas del segmento esfinteriano la reparación inmediata es de gran importancia, no ya por el riesgo de la contaminación peritoneal o de las logias pelvianas, sino para evitar lesiones cicatriciales que perturben seriamente las funciones de evacuación y de continencia. La operación de sentido plástico, funcional, debe estar ajustada a las directivas de la cirugía de esa región. En casos de excepción puede justificarse la reparación diferida.

El drenaje no justifica consideraciones especiales para las heridas de compromiso peritoneal, que se rige por principios de cirugía de colon, ni para las heridas del segmento esfinteriano que tiene sus directivas propias. Interesa mucho, en cambio, en las heridas del recto subperitoneal. No nos

detendremos en la formal indicación del drenaje de las logias perirrectales contaminadas, sino en la forma de obtener la eficacia de ese drenaje.

Es un grosero error anatómico creer que el recto esté envuelto en una vaina fibrosa continua. El recto responde, en realidad, a diversos espacios laxos determinados por las hojas conjuntivas pelvianas. El drenaje de una zona perirrectal no puede, pues, obtenerse desde cualquier lugar del tejido celulograsoso que responde al órgano, sino abriendo directamente el espacio que corresponde a esa zona.

Es de observación corriente la formación de colecciones pelvianas subperitoneales en enfermos con drenaje, en cuyos casos es la mala ubicación de éste la causa de la colección. Laufman, preocupado por este hecho, aconseja pasar el drenaje desde el perineo y llevarlo hasta contactar con la punta del dedo introducido por el recto hasta el lugar de la pared lesionada.

Los espacios perirrectales de posible contaminación son anteriores y postero-laterales. Los espacios ventrales en el hombre son dos: retroprostático y retrovesical. El espacio retroprostático, bien delimitado, puede drenarse por la línea media delante del ano, como los abscesos de la próstata media delante del ano, como los abscesos de la próstata. Preferimos la vía lateroanal de Ortega a la transanal. El espacio retrovesical, por arriba de la base de la próstata, se extiende hacia los lados con el deferente, hasta los espacios de Bogros. Su drenaje preanal es agresivo para la micción y la función genital. Es aceptable su drenaje por vía abdominal o transanal, como lo hizo en una oportunidad Trochanski.

Los espacios dorsales, que se continúan a los lados del recto, son dos. El espacio superior está situado por delante de la hoja presacra o ligamento sacrorrectal (parte de la lámina de sostén). En su cara anterior tiene el recto y en su cara posterior la hoja presacra. La difusión de sus colecciones se hace hacia arriba. El espacio inferior está situado entre el ligamento sacrorrectal y el sacro, por arriba de la hoja de Waldeyer. Es, como el espacio retroprostático, un espacio cerrado. El drenaje preventivo de estos espacios dorsolaterales se hace por incisión lateroocelígea, con un buen tubo pasado desde el foco hacia la piel. La travesía desde la piel hacia el espacio puede ser engañosa.

El reposo del recto tiene su indicación formal para favorecer la cicatrización de la pared. La mejor manera de obtenerse es por colostomía de tránsito que desvía totalmente el pasaje de las materias fecales por la zona herida. No puede considerarse que el recto está desfuncionalizado porque la supresión del tránsito fecal conduce a una nueva situación de cierto reposo, pero de una flora nueva, a veces más virulenta que la eubiosis natural. Además el recto sigue influenciado por la dinámica del contenido pelviano, que es muy importante.

Preferimos la colostomía en el sigmoidees porque es más sencilla que en el transversal y en las heridas del recto no interfiere con una posible operación ulterior, como sucede con el cáncer. La colostomía en el sigmoidees deja un sector de tránsito muy corto, evitando así que materias residuales en

ese sector constituyan, después un problema, como sucede con las colostomías del transverso. De todas maneras, es necesario cuidar en el postoperatorio al sector destransitado.

Otro recurso para el reposo del recto es la descarga por anulación del cierre esfinteriano. Se evita así su distensión por gases, el almacenamiento de materias y los movimientos en el acto de la evacuación. Se pretende hacer la descarga rectal por anestesia locorregional de acción prolongada, por dilatación suave, por dilatación forzada, por grueso tubo o por esfinterotomía.

Preferimos el uso de un grueso tubo. Rechazamos firmemente la dilatación forzada y la esfinterotomía. La dilatación forzada produce desgarros del músculo y del tejido conjuntivo del segmento esfiuteriano, los que evolucionarán por cicatriz conjuntiva que puede ser normal. Pero en los enfermos con gran aptitud de cicatrización, en especial los jóvenes, puede conducir a una estenosis y en los viejos puede dejar un ano flácido, incontinente. En cualquier caso la invalidez es de importancia y de difícil reparación.

La esfinterotomía en la línea media posterior debe ser considerada en sus dos tipos. La esfinterotomía baja, que secciona el borde inferior del esfínter liso y el haz subcutáneo del estriado es un recurso muy bueno en la cirugía del segmento esfiuteriano, pero no influye en nada sobre el recto, que se mantiene cerrado en el anillo anorrectal. La esfinterotomía alta, seccionando las fibras de este anillo, es operante, pero expone muy seriamente a una incontinencia que no es fácil de reparar. Hemos recogido algunas víctimas de esfinterotomía alta, por lo que la rechazamos. Preferimos una colostomía destransitante cuando es necesario tener al recto vacío.

Dr. ACOSTA DUOMARCO.— Solamente quería agradecerles a los cirujanos que intervinieron en esta discusión y quería señalar al Dr. Cendán que en la forma en que nosotros practicamos la extraperitonización no hemos tenido mayores inconvenientes. Al Dr. Gregorio agradecemos los elogios vertidos, y al Dr. Praderi, quien decía que la morbilidad se agrava mediante la extraperitonización, yo le diría que en lo que respecta a nuestros casos, no comparto eso, ya que en ellos la morbilidad no fue agravada mediante la extraperitonización. Al Dr. Silveira, al Prof. Bermúdez y al Prof. Chifflet, quiero agradecerles su intervención. En cuanto a la ubicación de la colostomía, que señalaba el Prof. Bermúdez, estoy de acuerdo en que se practique en el transverso en los casos en que la herida de recto es grave y puede requerirse un descenso del ángulo cólico; precisamente en uno de los diapositivos mostramos una exteriorización del transverso por esa razón. Al Prof. Chifflet le agradezco la brillante exposición, que me enseñó por una parte y mejoró todo el resultado del relato. A las autoridades del Congreso les quedo muy agradecido por haberme confiado la oportunidad de...

Dr. GARCIA CAPURRO.— Como ésta es la última Sesión Plenaria, quería agradecer especialmente aquí, a todos los que han colaborado en este Congreso. Creo que todos debemos tener una sensación de satisfacción, puesto que se ha cumplido una tarea realmente importante, no solamente desde el punto

de vista científico, donde ha habido exposiciones de extraordinario valor, sino también desde el punto de vista general. llamando la atención de los Poderes Públicos y del pueblo en general y a la situación que está creándose a causa de los grandes accidentes por un lado y, por el otro, estimulando a los médicos jóvenes y a los grupos de médicos para organizarse en forma de poder comenzar a realizar esta tarea. Personalmente, yo considero que en el momento lo que es más importante no es la organización, y lo dije yo en las primeras palabras; lo importante es si tener colaboradores de buena voluntad, que los médicos se junten en cualquier lugar del país, donde haya seis a diez médicos; si cada uno, además de sus tareas generales, se especializara en una rama, como un "hobbie" vamos a decir, estoy seguro que se podrían realizar equipos que realizarían tareas extraordinariamente útiles. Hay otras cosas que se hacen en esa forma; los salvatajes marinos, en las costas de Inglaterra, se hacen con grupos de individuos instruidos sí, pero voluntarios, no en una organización permanente. Aquí mismo, en esta costa, frente a donde estamos, hay servicios de salvatajes voluntarios. Los servicios de bomberos en muchos lados, muy eficientes, son también voluntarios. La necesidad de los primeros auxilios en tiempos de guerra, son también voluntarios. Mientras no tengamos una organización perfecta, tenemos que tratar de realizar bien la tarea en las condiciones en que nos encontramos. Otra vez, a todos los que han colaborado conmigo, muchas gracias.