

# ASPECTOS DEL POSTOPERATORIO DE INTERES COMUN PARA CIRUJANOS Y ANESTESISTAS

## Discusión

Dr. VEGA. Bien, vamos a reiniciar con las preguntas y respuestas, la Mesa Redonda. El Prof. del Campo ha solicitado a la Mesa ser escuchado, y desde luego que lo vamos a hacer con un gran interés y mucho gusto, para hacer una breve referencia sobre una iniciativa suya que tiene mucha vinculación con el problema que han tratado el Dr. Chertkoff y el Dr. Aguiar.

Dr. DEL CAMPO. Ruego a la Mesa que me permita decir estas palabras que han sido manifestadas en alguna otra parte. Siempre he considerado que el cirujano no podía desprenderse de los problemas de la anestesia; en el año 1955, siendo Decano de la Facultad, ratifiqué esto con el Dr. Pernin, y los puestos de practicantes de anestesia del Hospital de Clínicas se transformaron en puestos de practicautes de anestesia y recuperación; desde ese entonces hasta ahora, a toda persona que ha querido ser cirujano y que me lo ha manifestado, le he recomendado que dedique un semestre a anestesia y recuperación para vivir conjuntamente con el anestesista esos problemas que son comunes; lo acabo de decir en dos reuniones en la Argentina. Lo que yo decía, creí que era original y no lo es; en Norteamérica hay una Clínica que les obliga a los futuros cirujanos a seguir un semestre de anestesia, y en Alemania hay otra Clínica que obliga a los futuros cirujanos a seguir un año de anestesia; de manera que, como muchas cosas que parecen originales, no tienen nada de originales, es decir, indican que uno no ha estado revisando la enorme bibliografía mundial. Ahora vamos al punto de vista práctico. Yo desearía que saliera de aquí una proposición dirigida a la Escuela de Graduados, en el sentido de que los cirujanos y los anestesistas consideren que en el programa de estudio de los futuros cirujanos debe ser obligatorio pasar un semestre en un local donde se haga anestesia y recuperación. He terminado.

Dr. VEGA. Muchas gracias Prof. del Campo. En nombre de mis compañeros voy a recoger la sugerión que usted acaba de formular y nos dirigiremos a la Escuela de Graduados en el sentido que usted ha mocionado, pero me interesaría que los que se refirieron al tema de organización de la asistencia quirúrgica, tuvieran a bien hacer algún comentario a la proposición y a la exposición del Prof. del Campo. Dr. Aguiar, ¿a usted qué le parece la sugerión del Prof. del Campo?

Dr. AGUIAR.—En realidad, la sugestión del Prof. del Campo, que conocemos desde hace tiempo, es absolutamente lógica; creemos que eso debe entrar en lo que es la preparación futura de un cirujano. No tenemos nada que agregar y compartimos completamente su punto de vista. Tal vez lo que corresponda decir es que los problemas de recuperación postoperatoria, desde luego, no podrán estar librados, en la asistencia integral del enfermo operado, a este personal de aprendizaje, y que la asistencia directa de ese enfermo, por supuesto, la hemos enfocado, tanto el Dr. Chertkoff como nosotros, desde otro punto de vista.

Dr. VEGA.—Muchas gracias Dr. Aguiar.

Dr. CHERTKOFF.—No siendo yo cirujano, me parecería que no tengo autoridad como para decidir lo que un cirujano debe hacer o no, ni cómo organizar su carrera, cuando personas de mucha más autoridad que yo, opinan sobre esto. Lo único que me interesaba y expuse en mis palabras, fue que creía conveniente que los cirujanos en el postoperatorio inmediato se interesaran en la fisiopatología de estos problemas.

Dr. VEGA.—Muchas gracias. Aunque no me ha pedido la palabra, señor Presidente del Congreso, Dr. García Capurro, yo sé que usted tiene una serie de ideas sobre este problema, de manera que le agradezco si puede pasar al estrado.

Dr. GARCIA CAPURRO.—Voy a comentar los trabajos que hemos escuchado; nada más que dos o tres palabras en cada uno de ellos. Felicito al Dr. Vega por el conjunto de la exposición, el orden en que se hizo y cómo fue llevada.

Dr. Chertkoff, quiero felicitarlo porque las palabras que dijo son muy humanas y muy reales; no debe olvidarse de que en medicina el valor humano es el primero y así lo destaco. Lo repito a menudo, la medicina está basada como piedra fundamental en un hombre que quiere ayudar a otro hombre; luego, encima de eso, vienen todos los edificios, todas las máquinas, todo lo que se quiera agregar, las escuelas, las universidades, las organizaciones, pero si falla la piedra fundamental que es un hombre que quiere ayudar a otro hombre, todo lo demás no sirve para nada; un hombre que quiere ayudar, puede hacer mucho aun sin ningún edificio.

Al Dr. Aguiar, parece que su principal preocupación fuera la formación del equipo, quienes son las personas que pueden ayudar a ese enfermo después de la operación; en general se habló más bien del cirujano y del anestesista.

Cuando recién está operado un enfermo, evidentemente en los primeros momentos es el anestesista el que está más en contacto y después ya deja de ser el anestesista el hombre más importante; en realidad es un especialista en equilibrio humoral el que entra a ser responsable del enfermo. Ahora, ¿quién es, un internista, un transfusionista el que se va a hacer cargo del enfermo? Nosotros personalmente lo tenemos arreglado en una forma en la cual el

Dr. Diego Estol, que es transfusionista e internista, está a cargo del pre y postoperatorio. El cirujano mismo, yo personalmente, no me siento competente para poder seguir paso a paso y conociendo a fondo lo que está sucediendo en cada una de estas etapas del enfermo. No tengo un número de enfermos graves por año que me permita estar ejercitado en la terapéutica y la vigilancia de las alteraciones que se van produciendo en el enfermo. Si todos los enfermos se centralizan en una persona, los de todos los cirujanos de un ambiente, entonces esa persona sí tiene una competencia muy especial. Al banco de sangre yo le doy una absoluta independencia; se precisa que sea un sistema muy ágil, puesto que no es posible que el cirujano pase, indique una numeración de glóbulos, luego venga el resultado del laboratorio, para después hacer una transfusión; se pierde demasiado tiempo cuando se trata de enfermos graves; todo esto tiene que ser simultáneo; por lo tanto, los exámenes de laboratorio, las transfusiones y las indicaciones, tienen que estar todos en una misma mano, una sola persona tiene que prácticamente hacer los exámenes y hacer las indicaciones. Esa es la forma en que nosotros lo tenemos solucionado, no digo que sea la única, por supuesto; también hay un especialista en respiración que se continúa con el anestésista; el anestésista no puede permanecer al lado de la cabecera del enfermo por todo el tiempo que se necesite; cuando se pone un aparato de respiración artificial, se precisa un hombre que esté al lado todo el tiempo que sea necesario; puede ser un anestésista, por supuesto, pero no es exactamente el mismo anestésista que nos hace las anestésias en el cuarto de operaciones, puesto que él tiene su trabajo de rutina.

El Dr. Grunwald nos habla del dolor; evidentemente que podemos pulir nuestra cirugía en ese sentido; casualmente estos días hablaba con mis colaboradores para hacer un nuevo empuje, un nueva coordinación en la lucha contra el dolor, cosa extraordinariamente importante.

Dr. VEGA.—El Dr. Chertkoff me ha solicitado hacer uso de la palabra para comentar lo que acaba de exponer el Presidente del Congreso, Dr. García Capurro.

Dr. CHERTKOFF.—Yo primero le agradezco al Dr. García Capurro, en su calidad de Presidente, lo que ha vertido sobre mi exposición, pero me permito discrepar con su criterio; no creo que sea una especialidad la del postoperatorio; esa incapacidad que manifiesta el Dr. García Capurro en abordar ciertos problemas del postoperatorio, creo que surge de un cierto dejar los problemas a otros. Si evidentemente en algunos aspectos excesivamente especializado puede ser llamado en consulta otra persona que tenga una versación particular en un problema, no indica que el cirujano no esté en conocimiento de la base, y lo mismo digo para el anestésista, del tratamiento de emergencia de esos problemas, sin desmedro de que un estudio más completo, más tecnificado, pueda ser realizado con otras personas; justamente en ese pilar descansan los centros de recuperación de todos los países. Pero quiero insistir y me he permitido comentar eso de que es un error considerarlo como una especialidad y que tanto el cirujano como el anestésista, por medio de la infor-

mación y de la dedicación a este tipo de tarea, pueden adquirir una experiencia suficiente para tratar la mayoría por lo menos en su forma de emergencia, de los problemas de alteración hidrosalina y metabólicos que ocurren en el postoperatorio.

Dr. VEGA.—Muy bien. El Prof. Bermúdez ha dirigido a la Mesa la siguiente pregunta: ¿crece la Mesa que el acto anestésico en sí mismo puede constituirse en factor desencadenante, agravante y de mantenimiento del shock? ¿En qué condiciones? Voy a dar la palabra al Dr. Szafer, para que él conteste esta pregunta.

Dr. SZAFER.—Evidentemente muy interesante y, además, muy vasta. Naturalmente, cuando hablamos de la anestesia como factor desencadenante, agravante y de mantenimiento del shock, prácticamente estamos planteando el problema del shock en sala de operaciones. Algunos de esos factores surgen, como muchas de las agresiones en medicina, por falta de exámenes, porque muy a menudo el enfermo tiene una patología especial, completamente ajena a la quirúrgica que condiciona mucho más el acto anestesiológico que la propia patología quirúrgica. Así, por ejemplo, la no valoración de una cardiopatía, de una neumopatía o de una enfermedad endocrina. Menos frecuentemente puede ser desencadenante de shock la anestesia, por la propia conducción de la misma. La evaluación de la anestesia en los últimos años, ha demostrado esto de manera fehaciente por algunas modificaciones técnicas introducidas, entre las cuales es de capital importancia la ventilación controlada. Nosotros somos promotores entusiastas de la ventilación controlada y creemos que este factor ha eliminado muchas de las causas del shock en sala de operaciones. Pero también creemos que todo anestésico es un tóxico y que no es indiferente la elección del anestésico. La administración del gamma aminobutírico da una modalidad de sueño muy parecida a la del fisiológico, pero no ha podido reproducirlo en todos sus aspectos, de tal modo que, en el fondo, toda anestesia es un coma tóxico y la selección del agente anestésico es también de trascendental importancia. Por otra parte también, y dentro de la no valoración adecuada del enfermo, es muy frecuente, por ejemplo, que una hipovolemia no aparente se haga manifiesta y se transforme en shock en la inducción de la anestesia, sobre todo con determinados agentes anestésicos; por eso que creo que en algún tipo de enfermo y por el tipo de intervención, puede ser especialmente shockante, convendría tomar ciertas precauciones, además de las corrientes, es decir, incluso por ejemplo, el estudio de presión venosa o la puesta de una sondita vesical para ver como marcha durante la intervención la función renal, y digo esto porque evidentemente también todos los agentes anestésicos, por la misma razón antes evocada, tienen una acción depresora cardiovascular además de encefálica. De modo que cualquier situación que haya escapado al control del anestesista o que se produzca durante el acto quirúrgico mismo, por ejemplo una hemorragia un poco imprevista, o simplemente tal como ha demostrado Schoereder (aunque está sujeto a controversias), los desplazamientos de fluidos en un acto quirúrgico que se pro-

nga mucho la perspiración es sensible. La pérdida, por ejemplo, en una laparotomía abdominal se calcula en 150 cm. de agua por hora de intervención y si eso no es adecuadamente reemplazado, más la profundización de la anestesia, todos esos factores pueden, evidentemente, desencadenar el shock en sala de operaciones.

Acerea de si puede ser un agravante, naturalmente creemos que si por lo anteriormente explicado y creemos que la selección del agente anestésico en algunos casos es absolutamente crítica. Creo que en el enfermo que uno va con todas las prevenciones, como el cardiovascular o el que tiene cierta tura conocida, no es el que pasa esto, porque se ha previsto la situación. En general, es el enfermo que tiene alguna manifestación que ha sido ignorada por el equipo o por el anestesista, o todavía ya en lo inherente mismo a la técnica anestésica, una anestesia mal conducida u obstrucción de vías de aire, por secreciones, una simple hipoxia por poco enriquecimiento de la mezcla anestésica en oxígeno, como había dicho, o los mecanismos corrientes de hiper-capnia. Como causa de manimiento del shock, es evidente que muchos agentes anestésicos pueden hacerlo. Estaba discutiendo recién con el Dr. Pernin, a propósito de la selección del agente anestésico para el paciente shockado, y creo que es bastante limitado a pesar de que cada escuela preconiza una técnica que cree adecuada, porque en conocimiento estricto de la fisiopatología del shock y de las alteraciones metabólicas del shock, la elección del anestésico y la modalidad anestésica se hacen críticas. Así es importante, por ejemplo, que mostremos nosotros la intubación sistemática, la adecuación de la dosis, la modalidad de inducción y, para terminar, nosotros creemos que en el caso de agravamiento o de mantenimiento del shock es precisamente donde queríamos establecer que consideramos que la anestesia debe ser la más superficial posible, que haga el acto quirúrgico cómodo, y naturalmente que eso tiene también una contraparte y es el de que el enfermo puede escapar al contralor en algún momento determinado y estar despierto, pero está totalmente demostrado que los reflejos nociceptivos en esas condiciones, no tienen mayor gravedad y que entre el equivocarse por una anestesia demasiado profunda y una anestesia demasiado superficial, es preferible, yo creo, equivocarse en este sentido.

Dr. VEGA.—Prof. Bermúdez: satisfecho con la respuesta del Dr. Szafer, quiere hacer algún comentario?

Dr. BERMUDEZ.—No, estoy completamente satisfecho; solamente quería aclarar que hice esa pregunta para darle oportunidad al Dr. Szafer que expresara lo que no podía podido hacer por falta de tiempo.

Dr. VEGA.—Muy bien, muchísimas gracias. Bien, aquí hay otra pregunta, que está dirigida seguramente al Dr. Grunwald, y dice: ¿qué experiencia tiene usted en el tratamiento del dolor postoperatorio con bloqueos?

Dr. GRUNWALD.—Mi experiencia personal en nuestro ambiente, es decir acá en Montevideo, está limitada a unos pocos casos, debido a que.

como se menciona en la colaboración a esta Mesa Redonda, para emplear los bloqueos sensitivos en la terapia del dolor postoperatorio, se requiere tener un departamento de anestesia bien organizado y con personal suficiente, a pesar de que en nuestro medio ya hay algunos departamentos de anestias bien organizados. No cuentan con suficiente personal médico como para poder dedicarle el tiempo al tratamiento del postoperatorio. Pero es de mi conocimiento que el Dr. Carlos González, de Rivera, tiene la fortuna de tener un departamento organizado y que él ha empleado esta técnica en muchos de sus pacientes en dicha localidad; yo le pediría que contribuyera a la respuesta de esta pregunta.

Dr. VEGA.—Dr. Carlos González. sírvase pasar. Quisiera presentarles al Dr. Carlos González, que, seguramente la mayoría de ustedes lo conocen, es un joven anestesista radicado en la ciudad de Rivera.

Dr. GONZALEZ.—Bueno, yo me voy a referir acá, al tratamiento del dolor en el postoperatorio por medio de bloqueos naturales. Es una experiencia que la hemos logrado en el sanatorio de Rivera, dirigido por el Dr. Orlando Pereira, gracias a la cooperación de él y a la colaboración entre cirujanos y anestesistas. Simplemente voy a pasar unos diapositivos en los cuales voy a mostrar lo que hemos hecho. Aquí tenemos, en relación con la cirugía traumatológica, una serie de pacientes que fueron tratados por anestesia peridural continua. Tenemos, por ejemplo, que en un enfermo de 73 años con fractura de cuello de fémur, el tratamiento fue osteosíntesis, anestesia peridural con catéter (tiempo de mantenimiento del catéter de cuatro días). No voy a estar repitiendo todo; simplemente pueden ver aquí otro enfermo, de 88 años, con patología semejante, dos días; 76 años, cuatro días; 71 años, veinticuatro horas; y como se ve a continuación este otro, tenemos aquí, por ejemplo, una gangrena de pie, esta herida viene sin incidencia traumatológica; es un enfermo de 89 años que fue sometido a una amputación con peridural que se mantuvo durante tres días. Queremos decir que en cirugía traumatológica muchos de estos enfermos fueron sometidos a la colocación del catéter en el postoperatorio, se hizo la cirugía con la misma técnica y se continuó luego en el postoperatorio el tratamiento del dolor. La ventaja de colocar el catéter en el preoperatorio fue que pudimos aliviar las contracturas musculares, los espasmos vasculares, facilitar el drenaje del edema y el enfermo ha sido llevado a la cirugía en condiciones muy favorables, sobre todo en enfermos ancianos, en los cuales era necesario cuidar su sistema respiratorio durante el acto quirúrgico. En el postoperatorio estos enfermos se pudieron movilizar precozmente, gracias a este tipo de tratamiento del dolor.

Voy a pasar al comentario de otros tipos de intervenciones quirúrgicas también con el mismo tratamiento del dolor postoperatorio y luego haré unas consideraciones generales.

Tenemos en cirugía urológica, enfermos sometidos a prostatectomías con anestesia peridural. En este tipo de cirugía nosotros sabemos que la anestesia peridural es muy ventajosa, puesto que son enfermos de edad que los some-

temos a una anestesia solamente regional, sin todos los inconvenientes de las anestésicas generales; además, con la ventaja de mantener un catéter en el postoperatorio, es que evitamos los espasmos secundarios al mantenimiento de una sonda que queda colocada varios días. Además, en esta cirugía, no con poca frecuencia, pero se pueden dar, hemorragias en el postoperatorio; un catéter peridural colocado, nos permite una reintervención o en otros casos nos permite hacer una hipotensión controlada que es capaz de cohibir la hemorragia. Nosotros tuvimos un caso en el cual el enfermo hizo una hemorragia postoperatoria por una crisis hipertensiva. se reintervino con el mismo tipo de anestesia y no había ningún vaso que sangrara en forma significativa; al actuar la anestesia peridural, descendió la presión dentro de niveles aceptables y el enfermo dejó de sangrar; continuamos luego dos días más con hipotensión controlada y luego este paciente evolucionó favorablemente. En relación con la cirugía anal, la hemos hecho con fines de confort, experimental, y aquí hay una serie de casos de hemorroidectomías hechas con anestesia caudal continua durante tres días; también es muy interesante que el enfermo se alivie en forma magnífica cuando se hace la inyección por el catéter.

Tenemos en la serie de cirugía ginecológica, una enferma de 44 años, fibromatosis, histerectomía subtotal con peridural, mantenimiento del catéter tres días. Un prolapso con una histerectomía por vía vaginal, un catéter caudal durante dos días; prolapso, tumoración uterina, histerectomía vaginal, catéter caudal 24 horas. En realidad en estos casos de cirugía por vía perineal, es sumamente favorable la anestesia peridural continua, así como para el tratamiento del dolor postoperatorio.

Cirugía vascular la hemos hecho, a título puramente experimental, en várices; la anestesia peridural continua en realidad no está muy indicada porque el varicoso es un individuo que no sufre mucho y debe movilizarse precozmente.

En cirugía de pene, un caso de elefantiasis por traumatismo, se hizo una plastia y se hizo una caudal continua durante dos días; el individuo no tenía mucho dolor, pero facilitó el drenaje.

En cirugía de hemiabdomen superior no tenemos mucha experiencia.

Tenemos un enfermo de 66 años que había sido intervenido por una neoplasia de ciego y luego hizo una metástasis pancreática que prácticamente obstruyó el tránsito duodenal, por lo cual se hizo una gastroduodenoanastomosis; este enfermo, ya en condiciones terminales, hizo un dolor intensísimo de hemiabdomen superior que no cedía con nada: entonces se colocó un catéter entre d7 y d8, se mantuvo durante dos días y el enfermo estuvo sin dolor.

En último lugar están las torticolis reflejas por hemorragias intrabdominales. Muchas veces, en la cirugía de abdomen, como lo había expresado muy bien el Dr. Grunwald, por derrames de líquidos intraperitoneales, sobre todo sangre, hay procesos dolorosos que en una ruptura de bazo o en una ruptura de embarazo ectópico, nos sirven como elemento diagnóstico en el preoperatorio, pero que constituyen verdaderos elementos de disconfort durante el postoperatorio. son verdaderas torticolis reflejas. Hay un procedimiento que

consiste en hacer una anestesia de plexo braquial por vía alta, que es la infiltración de la vaina perivascular de la subclavia. a diferencia de la clásica anestesia del plexo braquial que toma como rector a la primera costilla, en que uno corre el riesgo de puncionar el domo pleural, para lo cual se requiere cierta técnica. La infiltración de la vaina perivascular de la subclavia, que es una técnica nueva, no requiere mayor destreza; con dosis suficiente, se obtiene una analgesia que se extiende al cuello y al miembro superior, y que si se hace con una mezcla de anestésicos de acción prolongada, da una duración de 5 a 6 horas; prácticamente cuando ha pasado el efecto anestésico, el enfermo continúa sin dolor.

Como concepto general, lo que quiero decir es que esto fue posible gracias a que tenemos un equipo de enfermería muy bien organizado, que ha podido cuidar los catéteres en los varios días que han estado colocados, y otra cosa interesante es que lo fundamental es el mantenimiento del catéter. Las dosis de anestésicos las inyectamos a requerimiento; tanto el anestesista como el cirujano, hacemos las inyecciones a repetición, cuando se debe inyectar por el catéter en forma muy seguida, cubrimos al enfermo con antibióticos. No hemos tenido prácticamente ningún accidente de tipo infeccioso por infección peridural por el catéter, incluso en alguna oportunidad hemos hecho, el estudio del contenido del catéter y el resultado ha sido verdaderamente magnífico.

Yo quiero aclarar que éste es un trabajo que recién se inicia y que sería muy significativo que los cirujanos, con la colaboración de los anestésicos, pudieran aplicarlo en una forma más frecuente, sobre todo en aquella cirugía como la de próstata o como la traumatológica, en que está sumamente indicado.

Dr. VEGA.— Muchas gracias Dr. Carlos González; lo felicitamos y nos resulta satisfactorio destacar la intervención de un anestésico del Interior.

La pregunta siguiente se refiere a que, si además del caso del síndrome de Mendelsohn, es decir, de neumonitis aspirativa que yo presenté, tengo otros casos en mi experiencia personal. Como tengo únicamente este caso y sé que hay un anestésico del Interior, el Dr. Diego Ferreira Boada, que tiene experiencia en este tema, yo lo invitaría a pasar al estrado para que él refiriera su experiencia.

Dr. FERREIRA BOADA.— Agradezco a la Mesa la deferencia de haberme invitado a pasar al estrado para informar sobre un caso de síndrome de Mendelsohn que tuve oportunidad de tratar hace alrededor de tres años. Una enferma a la cual se le practicó una colecistectomía, nosotros la intubamos con una sonda sin manguito, es decir, que no le provocamos el cierre hermético de su aparato traqueobronquico. Se trataba de una paciente que no tenía ningún antecedente de importancia. Edad: 35 años. La operación, efectuada por el Dr. Nelson Ferreira y el Dr. Vanosha, transcurrió sin ningún incidente intraoperatorio; al terminar la operación nos encontramos que la enferma hizo un estado de colapso, presión 0 y un edema agudo del pulmón con una expectoración de tipo salmonelosa, y el tratamiento que hicimos, y que nos dio mucho trabajo, fue una infusión de levofed para tratar el colapso y tónicos

cardíacos. Llamado urgentemente el cardiólogo regional, comprobó un ritmo de galope y edema agudo del pulmón; en ese primer momento nosotros estábamos todos totalmente desorientados de qué es lo que había hecho la enferma. Después de un tratamiento con corticosteroides tónico-cardíacos y aspiración traqueobrónquica, se recuperó alrededor de las cuatro horas. Lo interesante del caso fue que, al poco tiempo, en el "Día Médico Argentino" me encontré con la descripción del síndrome de Mendelsohn, que consiste en un cuadro provocado por la regurgitación del contenido del estómago con abundante secreción de ácido clorhídrico y la penetración de ese contenido gástrico en el árbol traqueobrónquico provocando un edema agudo del pulmón; eso nos sirvió de gran experiencia, porque después de ese episodio, nosotros sistemáticamente hacemos las intervenciones de vientre superior con la sonda con manguito insuflable y respiración controlada. Nada más y agradezco mucho la oportunidad del Dr. Dardo Vega.

Dr. VEGA.—Gracias Dr. Diego Ferreira Boada. En realidad habría otras preguntas, pero en virtud de que estamos invadiendo el horario del temario libre, voy a declarar por terminada la sesión.

Si el auditorio se sirve hacer algún comentario, si alguien quiere completar sus impresiones sobre los temas que hemos desarrollado, le agradecería a quien desee hacerlo, pasar al estrado y exponer sus impresiones.

Bien, correspondería ahora que yo hiciera un resumen de los conceptos que se han vertido en esta Mesa Redonda. En realidad yo voy a hacer más (y siempre en honor del tiempo y la disciplina de la Mesa) las palabras del Presidente del Congreso, el Dr. García Capurro, quien ha hecho un resumen y comentario de todas las ponencias; le agradezco la parte de felicitación que me corresponde; les reitero mi agradecimiento y el de mis compañeros por la concurrencia de ustedes y por la buena voluntad de habernos escuchado.