

Asociación Médica Argentina

## Revista Argentina de Urología y Nefrología

Editada por la Sociedad Argentina de Urología  
Administración y dirección: Asociación Médica Argentina  
Santa Fe 1171 - Buenos Aires. T.E. 41-1633

Volumen XXXVI

Agosto - Diciembre 1967

Números 8 al 12

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

Quinta Sesión - 28 de setiembre de 1967

### FRECUENCIA DE LAS LESIONES RENALES EN UNA POBLACION NO SELECCIONADA DE HIPERTENSOS

Dres. Amílcar Challú, Roque A. Ruiz

En los últimos años hemos presentado ante diversas Sociedades y Congresos de Cardiología, Nefrología, Geriátría y Angiología, nuestra experiencia sobre hipertensión arterial y sus relaciones con la patología nefrourológica. Inicialmente señalamos la facilidad de detectar a través de dos sencillas pruebas funcionales, el grado evolutivo de la enfermedad hipertensiva (1-2). Posteriormente insistimos en una metodología para estudiar el enfermo hipertenso arterial, con especial enfoque diagnóstico de las nefropatías unilaterales como agente etiológico (3 al 8).

En el presente trabajo, que presentamos a esta Sociedad, brindamos en una visión de conjunto, la frecuencia de alteraciones halladas en pacientes hipertensos, a través de nuestra experiencia sobre cerca de 500 pacientes estudiados en la sección de Exploración Funcional Renal del Hospital Militar Central.

Pesa en nuestro ánimo el deseo de destacar la elevada frecuencia de patología nefrológica en los enfermos hipertensos, hecho por lo demás ya señalado por numerosos autores (9).

Estamos convencidos que el hipertenso es un enfermo que debe ser estudiado en forma conjunta por un equipo de profesionales, integrado por clínicos, cardiólogos, nefrólogos, urólogos, radiólogos y angiólogos. Del intercambio amplio de experiencia, surgirá la tan compleja evaluación del enfermo, con miras no sólo a una experiencia clínica, sino, primordialmente a una posibilidad asistencial inmediata.

Queremos recalcar la necesidad que el urólogo se integre en un conjunto amplio de especialistas y aporte su valioso conocimiento sobre toda patología urinaria y su relación directa, no sólo con el desencadenamiento de la enfermedad hipertensiva, sino con el mantenimiento y agravación de la misma.

#### a) POBLACION ESTUDIADA

Constituye un grupo heterógeno de 498 pacientes hipertensos (cuadro 1). Se ha tenido especial cuidado, en separar aquellos enfermos en los cuales el ascenso tensional

era constitutivo de una nefropatía bilateral, glomerulonefritis, riñón poliquístico, esclerosis, etc. Se incluyó en cambio la pielonefritis crónica por cuanto resulta sumamente difícil el diagnóstico de una forma pura o insertada sobre una nefroesclerosis, ya sea benigna o maligna. Además, en las formas puras, no es posible discriminar si se trata de un proceso unilateral o bilateral.

De esta población, 319 pertenecen al sexo masculino (64,1%) y el resto, 179 casos (35,9%) al sexo femenino. No se debe inferir conclusiones sobre este dato, que corresponde simplemente al tipo asistencial de nuestro medio.

En cuanto a la edad, hemos hallado los siguientes valores (cuadro 1).

Globalmente se observa el predominio en la edad media de la vida, el 50% de los pacientes se hallaba entre los 41 y 60 años, con predominio de los 41 a los 50 años (31% del total).

#### b) FRECUENCIA DE ALTERACIONES SEDIMENTARIAS O BACTERIOLOGICAS

Se han practicado estudios por medio del sedimento urinario cuantitativo, según técnica que hemos reglado, con lectura en fresco y coloración selectiva Sternheimer-Malbin y valores referidos a volumen minuto.

En casi todos los pacientes efectuamos concentración simultánea, para pesquisar las alteraciones infecciosas, practicamos el urocultivo y el examen bacteriológico y antibiograma consiguiente. Desde el año 1965 efectuamos en forma sistemática el conteo de colonias por la técnica de Hoeprich del asa de platino y en determinados pacientes, por la dilución.

Excepcionalmente practicamos punción biopsia renal. El recuento de Addis fue realizado en 479 pacientes, lo que constituye el 96,2% de los casos. En ellos, hallamos 88 pacientes normales y el resto patológicos, o sea el 81,6% de los casos estudiados presentaron alteraciones sedimentarias. Estas fueron en el 64% manifestaciones inespecíficas (proteinuria, cilindruria leve, ausencia de leucocituria o hematuria).

En el 26,3% se halló patente infecciosa (proteinuria, leucocituria, piuria, células Litter, cilindruria). En un 9,7% hemos hallado patente específica glomerular (proteinuria, hematuria, cilindruria, en especial hemáticos).

El uricultivo fue practicado en 214 pacientes o sea en el 34% de los casos. Hemos hallado las siguientes alteraciones: en 62 pacientes el resultado fue negativo, o sea el 19%, y en 71%, el cultivo fue positivo. En 68 pacientes el resultado fue dudoso o sea menos de 10.000 colonias, lo que representa el 44,6% de los resultados positivos. En 32 pacientes, se contaron entre 10.000 y 100.000 colonias, lo que representa el 21% de los pacientes con cultivos positivos. Una infección cierta fue hallada en 47 pacientes representando 30,9% del total (cuadro 2).

Sólo en 7 pacientes (1,4% del total) se practicó biopsia renal, revelando lesiones arterioescleróticas o cuñas pielonefríticas.

#### c) FRECUENCIA DE ALTERACIONES MORFOLOGICAS:

Se ha practicado a través de los estudios contrastados yodados; pielografía descendente, ascendente, retroneumoperitoneo con o sin pielografías. Además arteriografía renal selectiva, en la búsqueda de las lesiones unilaterales. En los últimos pacientes estudiados, estos métodos fueron sistemáticamente utilizados, no así en el primer grupo de pacientes, en los cuales, por diversos motivos, no hemos podido completar la serie de exámenes solicitados. A partir de mediados del año 1965 comenzamos el uso sistemático de la pielografía minutada y deshidratada.

Se practicaron pielografías excretoras en 106 pacientes (cuadro 3) lo que constituye el 21,3% de los casos. De este grupo, en 34 pacientes (o sea el 32%) las placas eran normales. En 72 enfermos (o sea en el 68%) se halló patología, ya sea uni o bilateral. En cambio, la arteriografía fue efectuada sólo en 15 pacientes, lo que constituye el 28% del total. Debemos destacar que constituye un método para la pesquisa de afec-

ciones vasculorenales por lo cual queda reservado a un número reducido de casos. Sólo 2 pacientes resultaron normales (44,2%). En los 13 restantes, observamos arteria múltiples en 3 casos; estenosis del ostium en 5, fibroelastosis en 3, atrofia marcada en 4.

De este grupo de 15 casos fueron operados 6 pacientes (40%) y preparados para la intervención 3 pacientes; 2 pacientes rechazaron la indicación quirúrgica.

48 pacientes fueron sometidos al renograma isotópico, constituyendo el 9% de los casos. En ellos hemos encontrado 19 casos, con lesiones bilaterales (39,6%), 10 normales (20,8%) y 19 unilaterales (29,6%).

#### d) FRECUENCIA DE ALTERACIONES FUNCIONALES

Hemos efectuado estudios funcionales diversos en el lote estudiado. Estas pruebas fueron de muy distinta jerarquía. Desde la prueba de concentración por el régimen seco, hasta las más complicadas de estudio renal por separado.

##### 1 - PRUEBA DE CONCENTRACION

Efectuada en forma simultánea con el recuento de Addis, sólo utilizamos el régimen seco de 24 horas. Fue practicada en 429 pacientes (86% de todos los pacientes). Hemos hallado datos normales (+1025) en 85 pacientes (19,8% del total). En 210 pacientes (49%), alteración leve (1018 a 1025). Menos de 1017 en 108 pacientes (25,2%) y 1010 en 16 (6%).

##### 2 - FILTRADO GLOMERULAR

Efectuado por el clearance de la creatinina endógena verdadera. Generalmente en condiciones basales. Hemos estudiado a 406 pacientes, que representan el 81,5% de los casos. Hemos encontrado 129 casos con filtrado sobre 100 centímetros cúbicos (31,5% de los filtrados), de 60 a 100, 120 casos, (29,75%), de 20 a 60 centímetros cúbicos en 11 casos (28%) y menos de 20 centímetros cúbicos 46 casos (11%).

##### 3 - CLASIFICACION EVOLUTIVA

Tomando estas dos determinaciones, hemos tabulado los pacientes según nuestra clasificación evolutiva de la hipertensión (1-2), encontrando las siguientes cifras:

NORMALES	74 casos	15,4%
Gpo. 1	74 casos	15,4%
Gpo. 2	73 casos	15,1%
Gpo. 3	120 casos	24,7%
Gpo. 4	29 casos	6,0%
Gpo. 5	26 casos	5,4%

##### 4 - TEST DEL ROJO FENOL

Practicado sólo recientemente al introducir una metodología especial de estudio del enfermo renal, efectuado en dos días (prueba combinada). Por ello, sólo han sido estudiados 138 pacientes, que representan el 27,7% de los casos. De ellos, se observaron alteraciones en 41 o sea el 29% del total.

##### 5 - IONOGRAMA

Efectuado sobre 86 pacientes (17,3%). Se hallaron las siguientes alteraciones: Hipertasemia: 0%; Hipotasemia: 33 (38,4%); Normales: 24 (27,9%); Hipotasemia: 15 (17,5%); Hipertasemia: 14 (16,2%).

## 6 - ESTUDIO RENAL POR SEPARADO

Se han estudiado por la técnica de Hamby, de la compresión extrínseca abdominal, cuya técnica y detalles más ampliados presentaremos en otra comunicación a esta misma Sociedad, a 48 pacientes que corresponden al 9,6% de los pacientes estudiados. Se han encontrado las siguientes alteraciones.

Bilaterales	28 casos (58,5%)
Unilaterales	20 casos (41,5%)

Estos pacientes con patología unilateral, mostraban la siguiente sospecha y su respectiva concordancia con otros estudios renales:

Derecho	14 casos (40%)
Izquierdo	6 casos (30%)

Se ampliarán en un próximo trabajo, el valor del método y las concordancias y resultados quirúrgicos.

## 7 - SINTESIS

Sintetizando, hemos hallado las siguientes alteraciones en el estudio de una población no seleccionada de hipertensos de ambos sexos y diversas edades (cuadro 6).

## 8 - RESUMEN

Se describen las alteraciones halladas en un lote no seleccionado de 498 pacientes, describiendo las alteraciones hitológicas, morfológicas y funcionales. Se resalta la alta incidencia de lesiones encontradas.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Lascalea M.; Challú A.; Jüneman A.: Nueva clasificación de la Hipertensión arterial esencial. *Jorn. Arg. Catamarca*, 1965.
- 2 Lascalea M.; Challú A.; Jüneman A.; Previgliano H.: Clasificación evolutiva de la hipertensión arterial 1er Cong. Urog. Cardiología, Punta del Este, 1966.
- 3 Challú a Lascaleam.; Jüneman A.; Previcliano H.: Diagnóstico de la hipertensión arterial por nefropatía unilateral Sociedad Angiología 1967 optando al Premio Perretta.
- 4 Challú: Hipertensión arterial renovascular exploración funcional renal. *Sem. Méd.* 131: 743, 1967.
- 5 Challú; Ruiz R.; Jüneman A.; Previgliano H.; Valoración del método de la compresión extrínseca abdominal en el diagnóstico de la hipertensión arterial unilateral. 1er Cong. Arg. Angiología Bs. Aires 1966.
- 6 Lascaleam; Challú A.; Jünemann A.: Enfoque nefrológico de la hipertensión arterial. Experiencia en el Hospital Militar Central 4º Cong. Arg. Card. Mar del Plata, 1965.
- 7 Lascalea M.; Challú A.; Ruiz R.; Jünemann A. y Previgliano H.: Nuestra experiencia en el Test de la compresión extrínseca abdominal. 1er Congreso Uruguayo. Cardiovascular Pta. del Este 1966.
- 8 Lascalea M. Challú A.; Jünemann A.; Previgliano H.: Diagnóstico de la Hipertensión Arterial renovascular por nefropatía unilateral. 1er Congreso Uruguayo Cardiovascular. Punta del Este 1966.
- 9 Roland A.; Hildreth E. A.; Sellers A. M.: Occult primary renal disease in hipertensive patient. *Arch. Int. Med.* 113, 101, 1964.

Sr. PRESIDENTE. Está en consideración.

DR. RUIZ. Quería enfatizar algo que ya dice el trabajo, sobre la utilidad de un comité de hipertensión arterial como el que funciona en el Hospital Militar Central. Media hora por semana, por ejemplo, nos reunimos con un jefe de clínica, un cardiólogo, un endocrinólogo, un nefrólogo, un radiólogo, el médico que posiblemente atiende al paciente, un urólogo, y tratamos brevemente, cada uno desde su punto de vista y desde su especialidad, al enfermo hipertenso. Es de suma utilidad, porque como se ha expresado en el trabajo, se presentan grandes enfoques para cada uno de los especialistas, y en definitiva redunda en beneficio del enfermo.

DR. CHALLU. El objeto del trabajo era llamar la atención en la Sociedad de Urología sobre la importancia que tiene la participación, precisamente, del urólogo, en el estudio integral, completo, del enfermo hipertenso renal, inclusive para definir claramente cuál es la morfología renal sobre la cual puede estar inserta la hipertensión o la repercusión ulterior del proceso hipertensivo sobre el riñón.

Cuadro 1

CASUÍSTICA: HIPERTENSION ARTERIAL				
EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	
0-10a	4 0.8%	0 0%	4	0.8
11-20a	22 4.4%	1 0.1%	23	4.5
21-30a	29 5.3%	9 2.2%	38	7.5
31-40a	55 11.1%	33 6.5%	88	17.6
41-50a	110 22.1%	40 8.7%	150	30.8
51-60a	57 11.4%	41 8.2%	98	13.7
+71a	12 2.4%	16 3.1%	28	5.5
	319 64.1%	179 35.9%	498	100
Soc. Urología 24/9/67				A.Ch.

ALTERACIONES HISTOLOGICAS			
1 - RECUENTO ADDIS			
Efectuados	479 c.		96.2%
Normales	88 c		18.6
Patológicos	391		81.4
Inespecíficos		64 %	
Infecciosa		26.3%	
Glomerular		9.7%	
2 - URICULTIVO			
Efectuados	214 c.		43 %
Negativos	62 c.		29 %
Infectados	152		71 %
-10.000 colonias		44.6%	
10.000 a 100.000		21.0%	
+100.000		30.9%	
Sin conteo		4.5%	
Soc. Urología 24/9/67			
			A. Ch.

Cuadro 5

DEFICIT FUNCIONAL HALLADO (2)			
<u>4 - TEST ROJO FENOL</u>			
Estudiados		138	(27.7%)
Patológicos		41	(29 %)
<u>5 - IONOGRAMAS BALANCEADOS</u>			
Estudiados		86	(17.3%)
Hipopotasuria	33	(38.4)	
Hiperpotasuria	0		
Hipopotasemia	15	(17.5)	
Hiperpotasemia	14	(16.2)	
Normales	24	(27.9)	
<u>ESTUDIO RENAL POR SEPARADO</u>			
<u>(Test Hamby)</u>			
Efectuados		48	9.6%
Bilaterales		28	(58.5)
Unilaterales		20	(41.5)
Derecho	14	(70)	
Izquierdo	6	(30)	
Soc. Urología 24/8/67		A.Ch.	

Cuadro 6

SINTESIS ALTERACIONES RENALES HALLADOS EN 498 HIPERTENSOS NO SELECCIONADOS			
<u>A - HISTOLOGICAS</u>			
1 - Recuento Addis patológico	391	(sobre 479)	81%
2 - Uricultivos Patológicos	152	(sobre 214)	71%
<u>B - MORFOLOGICAS</u>			
1 - Pielografías excretoras Pat.	72	(sobre 106)	68%
2 - Renogramas Isotópicas Pat.	38	(sobre 48)	79%
3 - Arteriografías Patológicas	13	(sobre 15)	86%
<u>C - DEFICIT FUNCIONAL</u>			
1 - Prueba concentración Pat.	344	(sobre 429)	81%
2 - Filtrado Glomerular Pat.	277	(sobre 406)	68%
3 - Rojo Fenol Patológico	41	(sobre 138)	29%
4 - Ionogramas Patológicos	62	(sobre 86)	72%
5 - Estudio por separado Pat.	20	(sobre 48)	41%
Soc. Urología 24/8/67		A.Ch.	

## Sexta Sesión - 26 de octubre 1967

Sr. PRESIDENTE. Siendo las 21 y 50 comenzamos la sexta sesión de la Sociedad Argentina de Urología.

En primer término se dará lectura al acta de la sesión anterior. Si no hay objeciones se dará por aprobada.

Aprobada.

Sr. PRESIDENTE. Por Secretaría se dará lectura a los asuntos entrados.

Sr. SECRETARIO (Rubí). (leyendo): La Mesa Directiva de la Sociedad comunica que se han enviado 175 circulares donde se pedía una respuesta a la posibilidad de integración a los Urólogos Argentinos en una única entidad, y la posibilidad de vincular nuestra Sociedad a la Confederación.

De estas 175 circulares se han recibido 76 respuestas que pueden ser discriminadas de la siguiente manera: 33 han respondido en forma categórica que no desean la integración con la Confederación en el estado actual en que se hallan las cosas; 12 dicen que desean la integración con la Confederación; 25 han enviado distintos tipos de proyectos y sugerencias que motivan un análisis más serio y detallado de cada uno de ellos; y, por último, 6 cuyo contenido es un tanto oscuro y merecen ser estudiadas.

El último plazo para la recepción de esta circular ha sido fijado para el día 15 de noviembre.

- La Confederación Panamericana de Urología nos ha enviado una carta en donde se nos informa que, a pesar del sismo ocurrido en Caracas, el Congreso Panamericano se llevará a cabo y salvo pequeñas variaciones con el mismo programa: se ha cambiado la sede del Congreso y la Ciudad Universitaria.

- En Secretaría se encuentra a disposición de los consocios la lista de los hoteles que las autoridades de la Confederación aconsejan.

- Se ha recibido una carta de agradecimiento del Director de la Biblioteca de la Facultad por la donación de esta Sociedad de los temas del Congreso Argentino de Urología.

- Los doctores Berstein y Carreño han enviado una nota donde agradecen el curso de Urología Infantil.

- El Ministerio de Salud Pública de la Nación a través de la Dirección de Contralor del ejercicio profesional solicita a esta Sociedad la designación de un miembro para integrar una comisión para el estudio de la antigüedad e idoneidad de los especialistas y así poder otorgar el título habilitante correspondiente. Ha sido designado el actual vicepresidente el doctor Raúl Borzone.

- El doctor Horacio Trebidiani que está en condiciones reglamentarias con la Asociación Médica Argentina y que se desempeña desde hace años en un servicio de Nefrología, solicita ser admitido como socio adherente. Lo mismo el doctor Julio M. Méndez que pertenece al servicio de Urología del Argerich.

- El doctor Jorge Luis Bar que pertenece al servicio de Urología siendo médico concurrente.

- El doctor Socoloski solicita ser admitido como miembro adherente.

- El doctor Martín Mendoza médico concurrente del hospital Salaberry.

- El doctor Emilio Quesada de la división Urología de la Universidad de Houston, Texas, también solicita ser adherente y el doctor Carlos Alberto Cowes médico concurrente del hospital Rawson, todos ellos solicitan ser admitidos como miembros adherentes.

Si no hay oposición son dados por aceptados.

- Se encuentra abierta la inscripción para optar a miembro titular y la Secretaría desea recordar a los señores miembros adherentes que es requisito indispensable tener cinco o más años de antigüedad como miembro adherente para poder presentarse.

- Por último, se ha recibido una carta del profesor Rocha Brito en donde agradece la invitación a las Cuartas Jornadas Rioplatenses y las elogia y hace expresión de deseos de que en una oportunidad próxima pueda retribuir las atenciones recibidas.

La Comisión Directiva propone a los señores concurrentes nombrar miembros honorarios a los doctores Rocha Britos, Sm T. Knappenberger y Ralph Veenema de reciente actuación brillante en las Cuartas Jornadas Rioplatenses.

Si no hay ninguna objeción se va a dar por aprobado.

Aprobado.

## SESION QUIRURGICA

Sr. PRESIDENTE. Durante la mañana, en el servicio del Hospital Alvear, a cargo del profesor doctor Rodolfo I. Mathis, se realizó la sesión quirúrgica programada. Por razones técnicas solamente fueron realizadas dos intervenciones. La Mesa Directiva agradece al doctor Mathis y a sus colaboradores las intervenciones que nos brindaron y el doctor Mathis, a continuación, nos expondrá las intervenciones practicadas y estará dispuesto a responder a las preguntas que deseen formularse.

DR. MATHIS. Esta mañana hemos querido contribuir al movimiento de la Sociedad Argentina de Urología y hemos hecho una sesión quirúrgica que corresponde a esta sesión actual. Hemos querido brindar no las intervenciones fáciles ni tampoco de demasiada rutina, sino algunas que evidentemente tienen complicaciones, dificultades, para afrontarlas y mostrar también aquello que, en realidad, tenemos como más interesante para ver.

No sé si para bien o lamentablemente, el primer caso elegido era un tumor de polo inferior de riñón que lo abordamos con una insición transversa con posibilidad de ampliación extraordinaria en el sentido tanto longitudinal como transversal y, lamentablemente, no hemos podido hacer esa exposición que hubiéramos ansiado ofrecerles porque consideramos que este abordaje del riñón tenía grandes ventajas y por desgracia no hemos podido realizarlo por inconvenientes en la anestesia.

En la segunda intervención que programamos hubo un error de diagnóstico del cual yo soy culpable en gran parte. El caso no era simple. Se trataba de una enferma ya operada varias veces por la vía vaginal, con una alteración muy grande de su vagina, un tabicamiento de su vagina que se indica por incontinencia de orina con diagnóstico no del todo claro y que yo tomé por mi cuenta y responsabilidad en lo que hace al examen del enfermo.

Confieso que realicé los exámenes necesarios hace alrededor de un mes y tuve la casi certeza de que se trataba de una fístula vesicovaginal a pesar de que los diagnósticos no coincidían.

La afirmación del diagnóstico la hice porque le inyectamos, como hacemos siempre, leche dentro de la vejiga y aunque con relativa mala visibilidad vimos aparecer la leche rápidamente en la vagina.

La explicación de este hecho todavía no la tengo. La cistoscopia nos permitió ver una y con esos datos sabemos las dificultades para descubrir una fistula. Dedujimos que se trataba de una fistula vesicovaginal y cuando se programó la sesión quirúrgica pensamos que en nuestra experiencia nos ha dado éxito muy a menudo, en algunos casos difíciles, actuar por la vía trasvesical.

Lamentablemente, abierta la vejiga, expuesta muy bien -era un enferma bastante gruesa- y practicado el examen intravesical de la vejiga, no pudimos descubrir la fistula por ningún lado.

Error de diagnóstico que se debe, seguramente, a un no completo examen del enfermo. El error garrafal se cometió esencialmente por haber confiado demasiado en un diagnóstico que aparecía más o menos claro. El no dudar fue una causa del error.

Para no hacer daño cerramos completamente y esperamos estudiar mejor a la enferma para saber en qué condiciones estará después y ver la real afección.

Lamentamos enormemente este error pero también nos ha proporcionado una enseñanza para nosotros; en primer lugar, los errores enseñan más que los aciertos.

El tercer caso se trataba de un riñón al que yo había hecho una nefrectomía del lado derecho y ocho años después un cálculo en el riñón restante.

Con todas las dificultades propias de estos casos lo abordamos por la incisión lumbar prolongando el décimo primer espacio intercostal hacia adelante para que nos diera un campo correcto como para hacer la intervención con una visibilidad perfecta.

Naturalmente, las dificultades propias de estas anomalías en que uno va sin saber bien como está la vascularización, las adherencias propias del istmo y una gran pielonefritis que envolvía la pelvis.

Excuso decir que en estos casos actuamos con toda la meticulosidad y prudencia para no cometer la menor falta que pueda costar una vida. Se pudo realizar la intervención con toda comodidad y fuera de los inconvenientes propios de estas intervenciones -que todos conocemos- se abordó la pelvis por la vía anterior, se extrajo el cálculo por pielotomía y se cerró sin inconvenientes.

Eso es todo lo que hemos hecho esta mañana y que evidentemente nos ha traído una enseñanza: estudiar correctamente los enfermos y siempre dudar, aún de los diagnósticos en que casi tengamos la certeza.

Sr. PRESIDENTE. ¿Alguno de los presentes desea formular una pregunta?

DR. BERNARDI. Yo no tuve la oportunidad de presenciar la exposición quirúrgica del doctor Mathis, de manera que conociendo sus extraordinarias condiciones lo felicito, sobre todo por la franqueza muy propia de él. Coincido, a su vez, en que esto deja una gran enseñanza sobre todo en el sentido de que la precipitación de un diagnóstico puede llegar a hacer cometer algún error. Por todo ello felicito efusivamente al doctor Mathis.

Quería agregar otra cosa: dejar expresas mis calurosas felicitaciones a la Mesa Directiva por la organización del brillante Congreso último al que no tuve, tampoco, oportunidad de asistir por razones de enfermedad, mas he podido seguir la evolución del mismo algunos días y he tenido noticias muy alagüeñas de todo su desarrollo. Nada más, señor presidente.

Sr. PRESIDENTE. Muchas gracias, doctor Bernardi. Si ninguna otra persona desea hacer uso de la palabra doy las gracias al doctor Mathis.