

METASTASIS LINFÁTICA DEL PENE EN CARCINOMA PROSTÁTICO

Por los Dres. G. IACAPRARO, O. CARREÑO y D. HOJMAN

La marcada independencia entre el sistema vascular y linfático del pene, y de la próstata justifica y explica la infrecuencia de las formaciones neoplásicas —llamémosle metastásicas— que por embolia venosa o progresión linfática se desarrollan en las estructuras eréctiles del pene o en sus tegumentos teniendo por lesión inicial u originaria una carcinosis prostática. La vinculación que durante muchos años hemos tenido con enfermos urinarios portadores de neoplasmas prostáticos y la muy especial situación de uno de nosotros de haber vivido en conexión con enfermos de esta índole durante varias décadas en el Instituto de Medicina Experimental —actual “Instituto de Oncología Ángel Roffo”— hacen casi innecesario recurrir a estudios estadísticos, archivos o comunicaciones para expresar que las formaciones neoplásicas secundarias en cualquiera de las estructuras del pene como progresión vascular o linfática del carcinoma de la próstata es excepcional. Entre otras, acaba de comunicarse en esta Sociedad un relato del Prof. Bernardi que refiere precisamente una metástasis en el pene en un tumor de la próstata y por rara casualidad podemos nosotros aportar a ese estudio el informe de una observación reciente que por ciertos aspectos clínicos y anatomohistológicos no carece de interés. Resumamos la historia clínica que por breve en este caso es muy elocuente e interesante:

L. C. W., de 56 años, alemán, casado, nos consulta en marzo del corriente año y refiere textualmente que el motivo de su visita es por dos causas: 1º) desde hace aproximadamente 8 meses manifiesta una marcada disuria y polaquiuria esencialmente nocturna que progresa visiblemente y que se agrega al síndrome últimamente un exquisito dolor a la micción con marcada exacerbación terminal y manifiesta irradiación en todo lo largo del canal uretral hasta el meato; 2º) que desde hace tres meses nota una “producción” dura en la parte media de la región dorsal del pene, lisa, indolora, de escasa movilidad y que progresa visiblemente día a día hasta alcanzar en el momento actual según él mismo refiere el tamaño de una avellana. Este segundo aspecto que carece de manifestación subjetiva y que no le impide el coito con erección perfecta es tal vez según expresa el enfermo el motivo sustancial de su visita, pues entiende que el padecimiento urinario de cierta cronicidad hubiera podido seguirlo soportando y quizás resuelto exitosamente por un médico de la vecindad de Martínez —donde reside— con la prescripción de un antibiótico. El examen clínico de nuestro enfermo es muy simple, hombre sano aparentemente en buen estado nos muestra una serie de exámenes obtenidos hace un año por trámites de seguro que certifican su estado de salud. De la exploración somática del aparato urinario cabe destacar como elementos importantes: disuria inicial marcada, chorro de orina con visible pérdida de volumen y proyección, ligero ardor y tenesmo terminal con exquisita sensibilidad en el meato, orinas límpidas. El examen del pene muestra una marcada deformación de la parte media de la región dorsal por una elevación oblonga y

simétrica bien mediana que deforma visiblemente al órgano, a la palpación se constata que ese nódulo es de un tamaño aproximado a un huevo de paloma, liso, de consistencia firme, indoloro y deslizable con cierta dificultad. Una palpación más minuciosa permite ubicarlo topográficamente interpretando su situación como ubicado en el canal supracavernoso por debajo de la "fascia penis". La exploración palpatoria cuidadosa no permite dudar que ese tumor liso y deslizable descansa directamente sobre los órganos eréctiles apoyado sobre los mismos por la cubierta elástica que le forma a ellos una vaina común (fascia penis, fig. 1). La palpación de la región ínguinoabdominal e ínguino-crural de ambos lados no revela la existencia de adenopatías dignas de mención. El tacto rectal facilita rápidamente el diagnóstico etiológico del síndrome urinario al revelar que la próstata se halla alterada en sus caracteres por la existencia de un tumor de discreto tamaño, duro, nodular, de límites imprecisos, ligeramente sensible, con escasa movilidad de la pared rectal sobre él y con propagación perivesicular bilateral. El diagnóstico de carcinoma de la próstata no acepta dudas por la elocuencia de lo que revela el tacto rectal. Todos los otros exámenes complementarios: exploración instru-

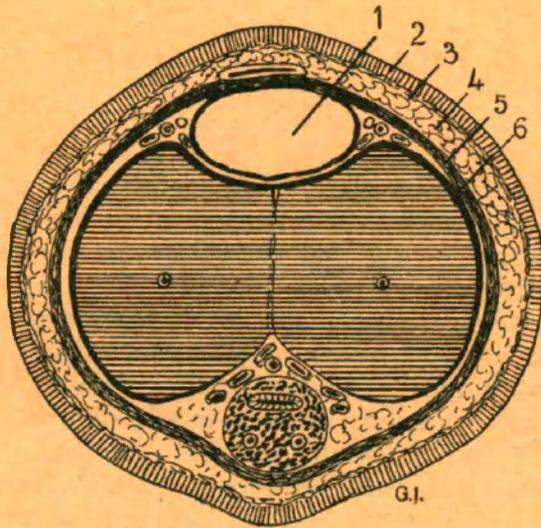


Figura 1

Corte vérticotransverso del pene que demuestra la constitución anatómica del órgano y la topografía del linfangioma quístico.
 1. Linfangioma quístico. - 2. Piel. - 3. Dartos. - 4. Celulosa.
 5. Fascia penis. - 6. Albuginia de los cuerpos cavernosos.

mental, endoscópica, pruebas de laboratorio y estudio radiográfico carecen de valor sustancial pues no revelan datos útiles que agreguen algo nuevo a lo que expresa el examen somático; digamos solamente que la eritrosedimentación está algo elevada (14 y 42 - 1ª y 2ª hora), que la actividad fosfatásica de la fosfatasa ácida es normal y que el estudio radiológico no revela alteraciones esqueléticas presuntivas de metástasis (columna lumbrosacra huesos ilíacos) y los campos pulmonares están libres.

Con el estudio referido formulamos la síntesis diagnóstica acorde con un criterio que debe siempre primar —la unidad clínica— y a pesar de que en parte nos resistimos por el carácter insólito de su observación formulamos el diagnóstico de carcinoma de la próstata y de posible nódulo carcinomatoso del pene. Con ese diagnóstico presuntivo aconsejamos en un mismo acto operatorio la extirpación del tumor del pene y la biopsia de la próstata que se realiza por trámite quirúrgico y por vía perineal.

Operación: Con anestesia peridural se procede a extirpar el nódulo peneano lo que se realiza sin dificultad constatando que después de incindidos los tegumentos del órgano en la línea media dorsal se llega a él después de atravesar la cubierta cutánea, el dartos peniano (músculo peripeneano de Sappey) la celulosa y la "fascia penis" por debajo de la cual encontramos el tumor de fácil liberación por cómodo clivaje en su mayor extensión no así en la zona contigua a la albuginea de los cuerpos cavernosos a nivel de la cual y especialmente en la línea media (septum penis) la adherencia es tal que obliga a seccionar adherencias para extraer el tumor. Cierre por planos previa hemostasia que se hace sin dificultad por no ser

sangrante la zona quirúrgica reconociendo los vasos dorsales profundos que se respetan. La biopsia de la próstata se realiza según técnica común sin dificultad.

Prescindiendo de otros aspectos de orden terapéutico nos remitimos directamente al estudio anatomopatológico y de cuyo informe histológico (del tumor del pene y de la biopsia prostática) surgen los comentarios que a continuación se expresan.

ESTUDIO DE LA PIEZA QUIRURGICA (TUMOR DEL PENE) Y DE LA BIOPSIA PROSTATICA

Informe histopatológico: Paciente: Sr. L. C. Wendt. Material: Tumoración de dorso de pene. Fecha: Marzo 29 de 1955. Técnicas: Cortes por congelación teñidos con técnicas argentícas de Río Hortega. Inclusión en parafina. Tinciones con hematoxilina eosina, Weigert Van Gieson, tricromo de Mallory.

Descripción macroscópica: Nódulo ovoideo de 28 mm. de longitud y 12 mm. en sus otros diámetros. Superficie externa lisa de color blanquecino. Consistencia firme. Al corte:



Fig. 2. — Linfangioma quístico del pene.
Superficie dorsal.



Fig. 3. — Linfangioma quístico del pene.
Superficie ventral. Obsérvese la nítida continuidad con el colector dorsal profundo del pene.

Color blanquecino rosado, aspecto homogéneo. La cápsula parece rodearlo íntegramente y mide de 1 a 2 mm. de espesor.

Descripción microscópica: Cápsula fibrosa continua. El tumor se halla constituido por una red de cavidades de variados tamaños, revestidas por una capa endotelial continua que reposa sobre el tejido conjuntivo fibroso ambiente. Falta toda diferenciación pericitaria, lo mismo que un soporte reticular y elástico. Las cavidades se hallan ocupadas en su mayoría por acúmulos compactos de células basófilas con definidas atipias nucleares.

Diagnóstico: Linfangioma quístico ocupado por émbolos celulares pertenecientes a un carcinoma indiferenciado.

Biopsia de tumoración prostática: Los fragmentos se hallan enteramente constituidos por una compacta acumulación de células basófilas con marcadas atipias nucleares y citoplasmáticas, observándose también regular cantidad de mitosis anómalas. Estos elementos son similares a los que ocupan las cavidades del linfangioma.

COMENTARIOS

El informe histopatológico es categórico y la vinculación etiopatogénica de los dos procesos no acepta dudas. Con respecto al tumor de pene dice "linfangioma quístico ocupado por émbolos celulares pertenecientes a un carcinoma indiferenciado" y la biopsia prostática revela "los fragmentos enviados se hallan enteramente constituidos por una acumulación de células basófilas con marcadas atipias nucleares y citoplasmáticas observándose también regular cantidad de



Fig. 4. — 1. Microfotografía panorámica. Se observa la neta delimitación capsular del proceso y su estructura esponjosa, parcialmente ocupada por los cordones neoplásicos.



Figura 5

Fig. 5. — 2. Microfotografía. Hematoxilina eosina, 833x. Se observa el carácter juvenil del estroma (1) sobre el que asienta el revestimiento endotelial de los espacios linfáticos (2) totalmente ocupados por émbolos constituidos por células neoplásicas (3).

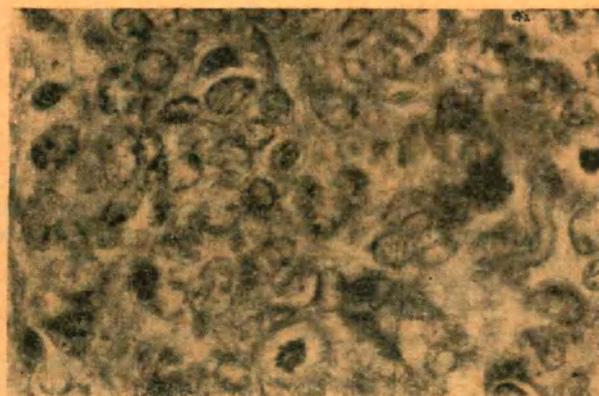


Figura 6

Fig. 6. — Biopsia del tumor prostático mostrando el extremo grado de atipicidad del proceso, y la abundancia de mitosis. Hematoxilina eosina, 1333x.

mitosis anómalas. Estos elementos son similares a los que ocupan la cavidades del linfangioma”.

Del estudio histológico precitado surge el interés de la comunicación por lo infrecuente y obliga a aceptar la vehiculización linfática como progresión de las células neoplásicas de la región prostática al cuerpo del pene siguiendo vías que la anatomía enseña estar comúnmente desconectadas e independientes. Sin embargo, cuando se entra en el estudio de las vías linfáticas de los órganos que entran en juego en nuestro caso es posible arribar a una explicación clara de cómo se ha hecho posiblemente la progresión que reconoce vías linfáticas que si bien infrecuentes han sido bien establecidas por Bruhns en cuanto a los linfáticos prostáticos y por Cunéo y Marcille en los referentes al pene.

Los linfáticos de la próstata que describiera tan detalladamente Sappey (1854) y cuyas observaciones ratificara Gerotta han sido estudiados minuciosamente por Cunéo y Marcille y por Bruhns. Los plexos periacinosos se dirigen a la superficie exterior de la glándula para formar la red periprostática cuyo mayor desarrollo se opera en la cara posterior y de la cual emergen colectores linfáticos eferentes que de acuerdo a su dirección se los considera ascendentes, laterales y posteriores y que arriban a cuatro grupos ganglionarios regionales, a saber: los ganglios ilíacos externos; los ganglios hipogástricos; los presacros y a los ganglios del promontorio. En ocasiones pueden algunos colectores tener conexión con formaciones ganglionares láterovesicales y como admite Bruhns no es infrecuente observar colectores linfáticos que de la cara anterior del plexo periprostático van a los ganglios prevesicales. Por los linfáticos y sus ganglios la red periprostática mantiene íntima relación con las redes linfáticas de la vejiga, de la vesícula seminal, de los conductos deferentes y del recto. Con respecto al pene es de recordar que los linfáticos superficiales del órgano en su colector común (linfático dorsal superficial) desaguan comúnmente a derecha e izquierda en los ganglios más elevados del grupo súperinterno de los ganglios de la ingle y en cuanto a los linfáticos profundos del órgano sus colectores principales (linfáticos dorsales profundos) en número de dos a cuatro (Kuttner y Bruhns) se anastomosan delante de la sínfisis formando una especie de plexo —plexo presinfisiano— en el cual a veces se disponen pequeños ganglios o nódulos ganglionares (nódulos presinfisianos de Cunéo y Marcille) de los que emergen colectores profundos que arriban indistintamente a derecha e izquierda a los ganglios terminales o regionarios que son electivamente: los ganglios inguinales profundos y el ganglio retrocrurol externo. A estos colectores linfáticos —cruales e inguinales— corresponde añadir derivaciones linfáticas inconstantes —colectores subsinfisianos— que atravesando el diafragma urogenital conjuntamente con la vena dorsal profunda desembocarían en los ganglios prevesicales. Estos últimos constituirían para los linfáticos profundos del pene un nuevo grupo ganglionar regional. Con lo expresado se ve claramente la desconexión que comúnmente existe entre los linfáticos y ganglios regionales del pene y de la próstata, pero se advierte también que los linfáticos prostáticos y los linfáticos profundos del pene tienen aunque infrecuentemente una conexión ganglionar manifiesta que corresponde a los ganglios prevesicales a los cuales arribarían en ocasiones linfáticos que emergen de la cara anterior de la próstata y algunos colectores linfáticos del pene que directamente del plexo presinfisiano o de los colectores profundos dorsales arribarían a ellos atravesando el diafragma urogenital (truncos subsinfisianos). Los ganglios prevesicales habrían hecho la conexión en la propaación cancerígena de origen prostático y la proyección

celular casi diríamos en forma retrógrada a los colectores linfáticos profundos del pene. Habría pues que admitir desde el punto estrictamente anatómico, una disposición linfática infrecuente en ambos sistemas linfáticos del pene y de la próstata para explicar esta formación linfática nodular metastásica en la parte media de la región dorsal profunda del pene, habiéndose hecho la vehiculización cancerígena por la vía de los linfáticos prostáticos anteriores, ganglios prevesicales y la conexión con los troncos subsinfisianos que atravesando el diafragma urogenital se comunican con los ganglios prevesicales o directamente con los colectores dorsales profundos. Frente a los hechos expuestos entendemos que es muy aceptable la vía anatómica referida y la infrecuencia de esos colectores y de sus conexiones con los ganglios prevesicales explica lo excepcional de las embolias cancerosas linfáticas del tipo nodular alojadas en el dorso del pene como lo que referimos en nuestra comunicación. Si a ello agregamos el carácter de linfangioma quístico del tumor se explicará lo excepcional del caso y la justificación del presente relato casuístico.

DISCUSION

Dr. García. — Considero muy interesante el caso que nos traen los doctores Iacapraro, Carreño y Hojman.

En la literatura existen descriptos algunos casos de priapismo por lesiones del cuerpo cavernoso en caso de cáncer prostático. Nosotros tenemos actualmente en el Servicio un caso que se explica perfectamente después del estudio de las conexiones linfáticas realizado por los comunicantes en su trabajo.

Se trata de un enfermo que entra al Servicio de Cirugía del Hospital teniendo como primera manifestación visible una adenopatía inguinocrural profunda y con edema de la pierna. En la biopsia se comprueba una metástasis ganglionar de una adenocarcinoma. No le encuentran nada en el tracto digestivo y para su estudio envía al enfermo a nuestro Servicio. Era portador de un adenocarcinoma prostático, le hicimos difosfato de dietilbestrol y las adenopatías, puede decirse, que casi se han borrado. Se trata de una complicación rara que la vemos por primera vez sobre más de doscientas observaciones.

Dr. Schiappapietra. — Me ha parecido muy interesante este caso por lo excepcional de la localización. La frecuencia de la metástasis carcinomatosa de la próstata en el pene tiene lugar en el cuerpo esponjoso. Sobre una estadística de 12 años, he encontrado siempre la metástasis en el cuerpo esponjoso y una sola vez en el bulbo esponjoso. En cambio, no la he visto nunca con esa localización. En este caso, el tacto lleva el diagnóstico, pero cuando no hay alteración prostática y toda localización en el cuerpo cavernoso nos induce a hacer un tacto prostático, esa localización nos hace pensar en núcleos inflamatorios y son esas localizaciones las que nos inducen a la resección, no así las otras formaciones, sean o no plásticas de cuerpos cavernosos, en las cuales uno no sabe cuál será la secuela.

Dr. Carreño. — Agradezco a los doctores García y Schiappapietra su contribución al tema. Evidentemente, la metástasis en pene es habitualmente rara.

Por eso, hemos querido traer este caso para enriquecer la casuística, y hacer una revisión de las vías linfáticas para hallar la explicación del posible mecanismo. En este caso, había un linfangioma quístico, que posiblemente ha favorecido la implantación de las células cancerosas en ese sitio.

Asociación Médica Argentina

Revista Argentina de Urología

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XXIV

OCTUBRE - DICIEMBRE 1955

Números 10 - 12

CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

Buenos Aires, 12, 13 y 14 de Diciembre de 1955

En los días 12, 13 y 14 de Diciembre se desarrolló en Buenos Aires el Congreso Anual de la Sociedad Argentina de Urología.

Reunió un calificado conjunto de especialistas del interior del país, y de la capital, asistiendo a sus deliberaciones una brillante delegación uruguaya, integrada por los Dres. Surraco, Pereira, Hughes, Lorenzo y Gaye.

Las sesiones se celebraron en el local de la Asociación Médica Argentina y hubo demostraciones operatorias en casi todos los Servicios de Clínica Urológica de los hospitales porteños.

El relato oficial "Ptosis renal", estuvo a cargo del Prof. Dr. Luis Figueroa Alcorta, quien en un meduloso trabajo, expuso sus conceptos etiológicos, patogénicos y terapéuticos en forma exhaustiva.

En una sesión quirúrgica efectuada en el Instituto Municipal de Urología, el relator oficial, hizo una excelente demostración operatoria.

Se leyeron además, alrededor de cincuenta comunicaciones sobre temas libres, que abarcaron casi todos los aspectos de la Clínica Urológica.

La realización del Congreso recibió la adhesión de numerosas personalidades científicas del país y del extranjero, ya en forma de trabajos o como mensajes de salutación, expresando sus votos para el éxito de las deliberaciones.

Los urólogos asistentes del extranjero y del interior del país, fueron agasajados con un almuerzo en Martínez y la noche de la clausura se reunieron los congresales con sus esposas en una comida de camaradería, que constituyó un brillante acto social.

La realización del Congreso de 1955, constituyó desde todo punto de vista un éxito que afianzó aun más, si cabe las relaciones entre los urólogos argentinos y sus hermanos de habla hispana.

DISCURSO INAUGURAL

Señores:

Los días angustiosos que acabamos de pasar y que nos han obligado a postergar la iniciación de este Congreso, han sido ya olvidados. Se abre ante nosotros, los que atendemos y tratamos de curar las miserias humanas un porvenir de paz y tranquilidad. Inicianse las reuniones del Congreso de la Asociación Argentina de Urología, bajo los mejores auspicios, inicianse bajo la protección de la libertad, conseguida por la voluntad general del pueblo, tal cual lo concibió Rousseaux.

El mayor error del gobierno depuesto, fué el de considerarse eterno. Si Esparta y Roma perecieron, ¿qué Estado puede existir perpetuamente? Sólo Dios y todo de lo que de él emana puede ser eterno, porque es la esencia misma del todo, es lo imponible, es lo sublime.

Si los hombres queremos fundar algo durable, no debemos jamás pensar en hacerlo eterno (Kant).

Este Congreso se ve engalanado con la concurrencia de urólogos uruguayos, chilenos y bolivianos.

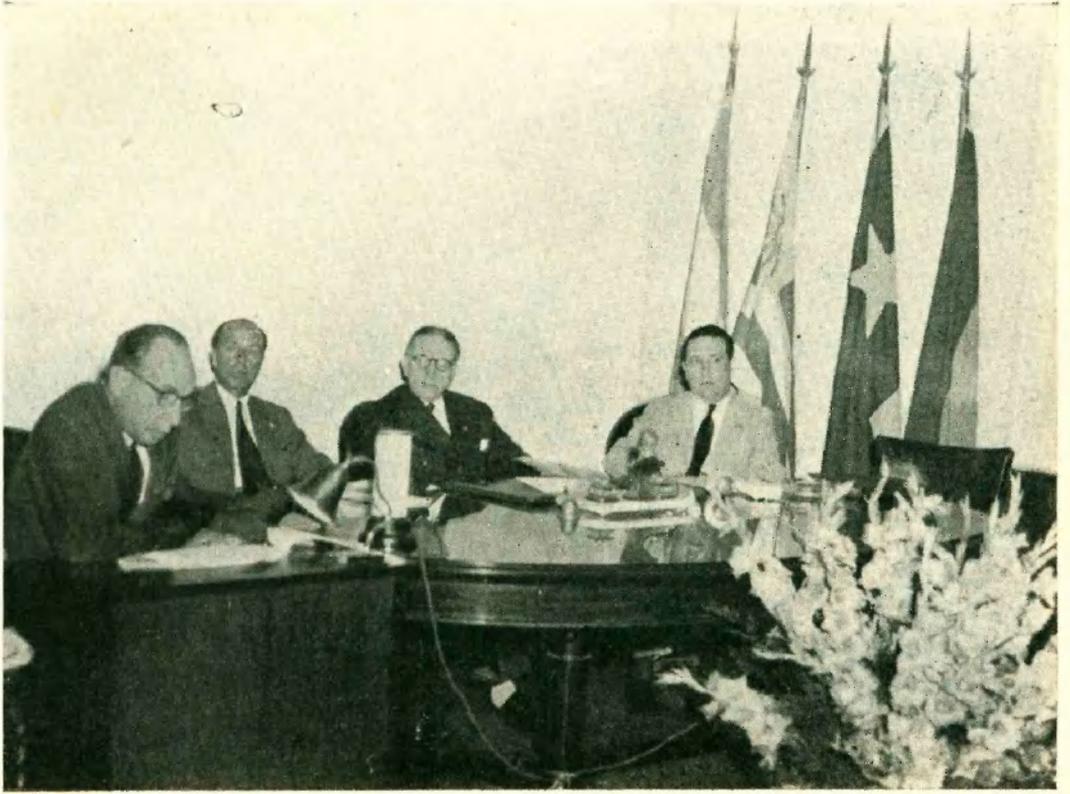
El Profesor Surraco, esencia misma del alma urológica, nos trae el obsequio mayor que podía ofrecernos, condensando en unas páginas su experiencia.

El desarrollo del tema central, ptosis renal, ha sido colocado muy acertadamente en las manos del Profesor doctor Luis Figueroa Alcorta. Es pues una realidad que el Congreso de la Sociedad Argentina de Urología se reúne bajo los mejores auspicios.

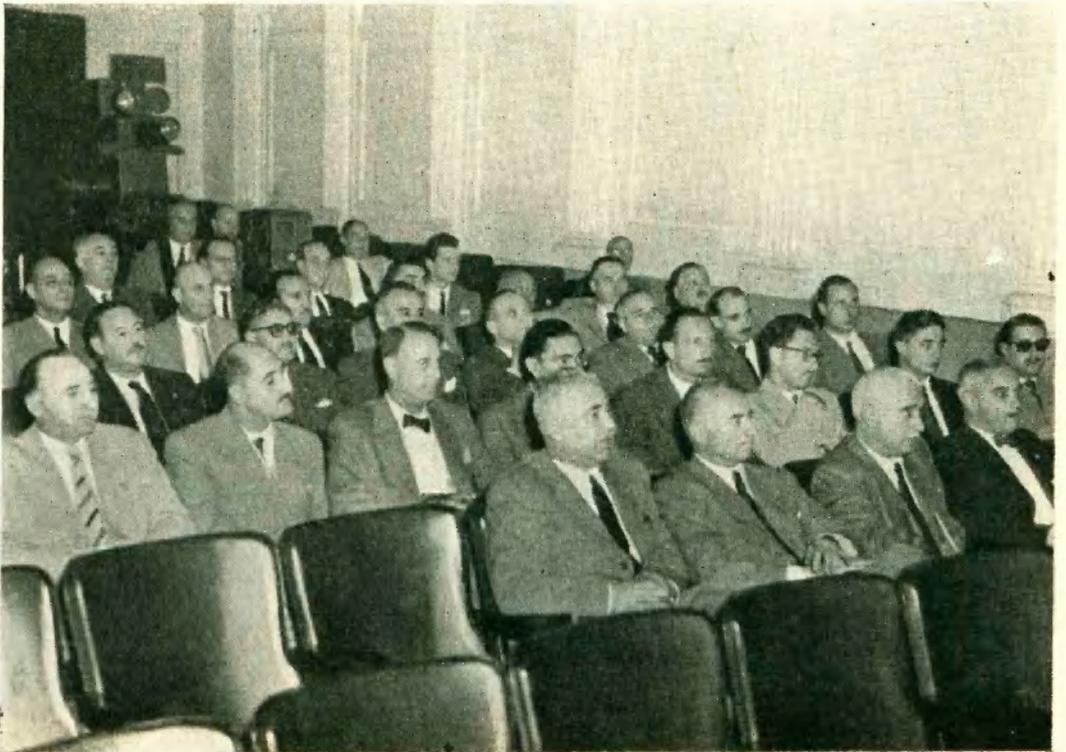
La importancia del tema principal y la gran cantidad de comunicaciones anunciadas obligan a la Mesa Directiva a ser estricta en la aplicación del Reglamento que concede cinco minutos para el desarrollo de los temas libres, cinco minutos que podrán extenderse a otros con autorización de la presidencia.

Rogamos a los comunicantes que vean en la aplicación de esta medida, el deseo natural de escuchar a todos, y el de que todos puedan gozar del mismo derecho.

La presidencia se honra al invitar al Profesor Surraco, para que nos acompañe en la reunión del día de hoy.



Mesa Directiva y Relator del Tema Oficial.
Dr. Figueroa Alcorta, Dr. Pereyra (de Montevideo), Dr. Rebaudi y Dr. Casal.



Concurrentes a las sesiones.



Almuerzo en el San Isidro Golf Club. (13/XII/55).



Cabecera de la Cena de clausura del Congreso. (14/XII/55).

DISCURSO DEL PRESIDENTE, Dr. REBAUDI EN LA CEREMONIA DE CLAUSURA DEL CONGRESO

Señores:

He dicho al comienzo de las reuniones que este Congreso se reunía bajo los mejores auspicios; esto se confirmó plenamente por el desarrollo del mismo. Se han leído 16 aportaciones al tema central y 35 trabajos libres, todo esto en el limitado espacio de tres tardes, es indudable que ha existido una gran disciplina en los comunicantes y un deseo de colaboración poco común.

El tema central ha estado a cargo del Profesor Dr. Luis Figueroa Alcorta y dije también en aquella ocasión que había sido colocado muy acertadamente en sus manos. Debo dejar constancia que si el Profesor Figueroa Alcorta necesitara consagrarse, éste es el momento en el cual había conseguido su propósito. Durante dos largas horas el encargado del tema central lo desarrolló sin que por ello el público perdiera una sola sílaba del mismo. Su atención permaneció constantemente alerta atraída por la palabra flúida y elegante, que de un tema árido hizo una pieza oratoria y científica de primera calidad.

Gran cantidad de concurrentes estuvieron concordes con nosotros en la apreciación que acabamos de hacer. Reciba pues el Profesor Figueroa Alcorta las felicitaciones de ellos, de la Mesa Directiva y de la mía propia que se honra en contarle entre sus amigos.

El Profesor Surraco uno de los urólogos más conocidos del mundo y más respetado científicamente, nos obsequió con su experiencia en la apreciación de los diferentes aspectos de la ptosis renal y si no nombro a los otros como se lo mérecen es porque sería imposible hacerlo dentro de los límites que me he impuesto al abrir el debate. A todos ellos nuestras más efusivas manifestaciones de reconocimiento.

Quiero dejar constancia de mi reconocimiento al Dr. Brea y al Dr. Comotto nuestro eterno Tesorero, y por último al Dr. José Casal que por su dinamismo, por su comprensión de los diferentes problemas que tuvo que resolver hicieron que la presidencia se desarrollara sin ningún escollo.

La energía del Dr. Casal, su inteligencia natural y su espíritu incansable, hicieron del secretario al verdadero presidente, a él mi más profundo agradecimiento y como si esto fuera un verdadero vaticinio espero verlo bien pronto ocupando el cargo que la asamblea tuvo el honor de dejar en mis manos.

DISCURSO DEL PROF. SURRECO EN LA CEREMONIA DE CLAUSURA

Deseo exaltar una vez más el alto honor de esta solemnidad: solemnidad de carácter científico, solemnidad de carácter cultural, solemnidad de carácter democrático, solemnidad de alto valor caballeresco y solemnidad señores, de algo que está en la esencia de los universitarios del Plata: solemnidad de alta fraternidad internacional.

Este Congreso como alta manifestación del progreso de la ciencia argentina representa un momento de alta significación en el avance cultural de Sud América. Y yo que vengo de actuar en uno de los centros culturales más caracterizados de la humanidad, en la propia Ciudad Luz, puedo afirmar que todo lo que se ha expuesto aquí ha estado a la altura de lo que pudo haberse dicho en cualquiera de las sesiones del Congreso francés.

Hay que felicitar por ello, a los urólogos argentinos y a la ciencia argentina. He dicho también que fué éste un Congreso de carácter caballeresco. Está de acuerdo con el alma argentina, de ser corteses por excelencia; la cortesía, que es una manifestación expresa de alta dignidad del espíritu se ha unido a lo que es inseparable que es la traducción intelectual del hombre para hacer del intelectual y del urólogo argentino un hombre perfecto, culto, digno y caballeresco.

Expresé finalmente que es un congreso de alta significación democrática. Ha coincidido con el rejuvenecimiento cívico de este pueblo; ha coincidido con la manifestación integral de los urólogos que hace pocos días visitaron mi país en tren de amistad y para hacer, según he oído, alguna manifestación de agradecimiento, cosa que era completamente fuera de lugar, porque no se puede agradecer el reconocimiento de los valores culturales de los hombres y menos el de los altos valores culturales argentinos y de las altas dignidades del civismo argentino.

Señalé que fué éste un congreso de alta significación en el terreno de la confraternidad del río de la Plata. Quiero acentuar estas palabras: "fraternidad", "amistad indisoluble", que hay que considerarlas, no como un aspecto emocional interesado, surgido por la casualidad de la hora que viene a usufructuar con ustedes la solemnidad de esta magnífica asamblea, sino que es la expresión de algo vivido, de algo sentido en la vida de nuestras sociedades y que, respondiendo a la expresión bien conocida de ustedes, de que son los mismos ideales, es la misma orientación, es el mismo amor, es la misma nación orientada en los mismos principios, el fundamento rector de la política de Sáenz Peña que ha dominado la política del río de la Plata y ha hecho que esta hermandad del Plata se haya impuesto a la hermandad de América. Es precisamente ese aspecto el que hace que nosotros los urólogos del Plata nos encontremos bien en esta casa, considerados como urólogos argentinos y tratando de cooperar con nuestro esfuerzo de urólogos uruguayos en el progreso de la ciencia argentina y en el bien de la ciencia de este gran país hermano.

DISCURSO DEL PRESIDENTE Dr. REBAUDI
EN LA CENA DE CAMARADERIA

Señoras, Señores:

Yo no he sido nunca orador y lo soy menos ahora. Si se me preguntara que siento en estos momentos podría responder sin ningún embarazo que siento miedo, un miedo profundo e inexplicable.

Para simplificar seré entonces descriptivo, describiré lo que veo y siento.

Siento el esfuerzo realizado por mis colegas que han venido desde lejos, desde más allá de los altos picos eternamente nevados de Los Andes; desde el altiplano recorriendo miles de kilómetros: desde las verdes praderas de nuestras pampas y desde allende el mar Dulce que nos separa y a la vez nos une al Uruguay.

Veo a aquellos que con un afán de superación vienen en busca de nuevas ideas y de nuevos conceptos que la experiencia de los otros les permitirá aquilatar.

Los veo reunidos, exponiendo, discutiendo, escuchando, con el profundo interés que da una causa noble sin límites, sin banderías, porque es la causa de todos, porque es la causa de la desesperanza y del dolor, porque es la causa de la humanidad. Los veo en el intento generoso de curar o al menos de calmar al dolor y secar las lágrimas.

En medio de tantas dificultades que preocupan al mundo, éste es un oasis de paz y tranquilidad que Dios quiera dure eternamente.

Veo a aquella que recibe en su regazo nuestras lágrimas y mitiga con sus sonrisas nuestras desazones, aquella que puede hacer de nosotros un tirano o el más dulce de los hombres, aquella en quien Dios depositó el amor, esencia misma de lo sublime, aquella divinidad de forma humaná, porque es lo más perfecto que creara Dios, aquella que cuando niño llamamos madre y cuando hombre llamamos mujer.

Siento y veo una luz potente que ciega nuestros ojos y doblega nuestra frente, es que veo a Dios bendiciendo nuestro esfuerzo.

Siento señores, aquí en mi pecho, algo que es mío y de todos Uds., algo que no puedo ocultar por más tiempo porque salta a borbotones por mi boca, siento a mi Patria. ¡Viva la Patria!