

## *Rol de la Radiología en la Cirugía*

por el Dr. J. CUNHA

(Informe a la Reunión Anual de la Federación de la Sociedades Médico-Científicas del Uruguay)

La radiología juega un rol importante en la gran mayoría de las afecciones quirúrgicas. El cirujano no puede prescindir de ella como el radiólogo no puede prescindir de la clínica. Hoy no se puede ser buen cirujano si no se sabe sacar provecho de la radiología y no se puede ser buen radiólogo si no se aprovechan bien las enseñanzas de la clínica y del campo operatorio.

Radiología y cirugía se confunden en la clínica. No basta, para ser radiólogo, saber manejar un aparato, sacar una radiografía e interpretar en ella algunos signos como característicos de tal o cual enfermedad; como no basta para ser cirujano, saber abrir un vientre, cortar un órgano y hacer una sutura. La diferencia fundamental que hay entre un cirujano y un radiólogo, es que el primero sabe manejar un bisturí y el segundo sabe manejar un aparato; las demás son diferencias de grado: uno ve e interpreta mejor los signos clínicos, el otro ve e interpreta mejor los signos radiológicos; uno sabe más anatomía descriptiva, el otro sabe más anatomía radiológica; uno sabe más la fisiología de los libros, el otro sabe más la fisiología de la pantalla radiológica.

El radiólogo que quiera ser útil a la cirugía tiene que saber clínica y tiene que saber cómo y por qué se opera. Si no sabe esto, sólo será un simple interpretador de imágenes y como muchas imágenes de diferentes enfermedades se asemejan, se equivocará en la gran mayoría de las veces. Las consecuencias de sus errores recaerán sobre el paciente con tanto más frecuencia cuanto menos sabe el cirujano de radiología, porque entonces sucede que cuanto más categórico es el radiólogo en la afirmación de un diagnóstico más cree en él el cirujano.

Sólo la colaboración estrecha entre cirujanos y radiólogos, enseñándose y completándose mutuamente, puede llegar a evitar o disminuir esos errores lamentables. A buscar esa colaboración útil e indispensable tiende todo lo que va a decirse en este informe que, en el

fondo, no será más que el relato de las reflexiones de un radiólogo durante veinte años de actuación en nuestras clínicas. El noble fin que se persigue en él servirá de excusa a la dureza de algunos términos y a la violencia del ataque contra ciertas prácticas rutinarias que obstaculizan el progreso de la medicina en nuestro país.

Para facilitar la exposición vamos a dividir el rol de la radiología en la cirugía en cuatro capítulos:

- 1º Rol de la radiología en la formación del cirujano.
- 2º Rol de la radiología en el diagnóstico.
- 3º Rol de la radiología en la operación.
- 4º Rol de la radiología en el control del resultado operatorio.

Habría un quinto capítulo, la radioterapia, pero de ésta no nos ocupamos aquí por no entrar en el marco que nos hemos impuesto.

## I

### ROL DE LA RADIOLOGIA EN LA FORMACION DEL CIRUJANO

Siempre hemos oído decir que la base fundamental de la cirugía es un conocimiento profundo de la anatomía. Hoy oímos decir que un cirujano necesita también saber mucha fisiología. Pero los aspirantes a cirujanos siguen aprendiendo mucha anatomía y poca fisiología. Sabemos que los que aspiran a tener el derecho de cortar en carne ajena tendrían la obligación de aprender muchas cosas; pero aquí nos corresponde ocuparnos de dos solamente, que serían para ellos de una gran utilidad, mayor quizás que un sinnúmero de pequeños detalles de la anatomía descriptiva y que muchas experiencias de la fisiología experimental, y ellas son la anatomía y la fisiología radiológicas.

Todos sabemos que hay algunas diferencias entre la anatomía que se aprende en el cadáver y la anatomía del sujeto vivo. La forma, las dimensiones, la situación y las relaciones de algunos órganos varían un poco de uno a otro. Al aspirante a cirujano se le exige en todo el curso de su carrera, en la Facultad y en los concursos, mucha anatomía. Pero, a pesar de ese gran bagaje anatómico, cuando tiene que localizar un órgano o cuando abre un vientre, se encuentra a menudo con sorpresas, y es sólo con los años y a costa de errores y sorpresas que va modificando poco a poco los conceptos adquiridos y aprendiendo la verdadera anatomía necesaria y útil, la anatomía del vivo. Pero este aprendizaje no solamente necesita tiempo, sino que se hace con detrimento de la integridad de seres humanos y muchas veces a costa de sus vidas.

La anatomía radiológica bien colocada, formando un puente, entre la anatomía del anfiteatro y la anatomía clínica y quirúrgica, facilitaría el pasaje de una a otra y evitaría muchos de esos errores.

Conociendo ya el aspirante a cirujano muy bien los órganos muertos, le quedan aún por conocer los órganos vivos; pero éstos son sagrados y no se puede disponer de ellos impunemente. Gracias a la radiología disponemos de sus imágenes. Tratemos de sacar de éstas todo el provecho posible, contemplando y estudiando con calma y detención los retratos, ya que no podemos hacer lo mismo con los originales.

Si bien las imágenes radiográficas no son la expresión fiel de los originales, con un poco de hábito y con técnicas perfeccionadas se consiguen sacar de ellas enseñanzas muy útiles.

La anatomía descriptiva nos enseña a conocer un órgano tipo, con su forma, dimensiones, situación y relaciones bien determinadas en el cadáver. La radiología nos muestra que en el vivo no solamente esos caracteres difieren un poco, sino que muchas veces el órgano tipo no constituye más que la excepción y que el tipo que vemos con más frecuencia difiere mucho en su forma, situación y relaciones.

La radiología nos muestra no solamente grandes variaciones de un sujeto a otro, sino también variaciones en un mismo sujeto, de un momento a otro, según sus distintas posiciones, según el grado de repleción de órganos vecinos, según la tonicidad de las paredes musculares, etc.

La radiología nos muestra también una parte muy importante de la fisiología de muchos órganos en el ser humano, aquello que sólo nos imaginamos por deducciones más o menos lógicas sacadas de experiencias sobre animales. Esa radiología que llamamos fisiológica, nos muestra los órganos funcionando, nos permite ver y estudiar sus movimientos, sus contracciones, su llenamiento, su evacuación.

La radiología completa nuestros conocimientos de anatomía y de fisiología, aclara y rectifica nuestros conceptos.

Un joven cirujano podría objetar a todo esto que cuando abre un vientre sobre la mesa de operaciones encuentra los órganos más o menos en el mismo sitio que ocupan en el cadáver sobre la mesa de disección y que es esto lo que le interesa saber. Lo que le interesa a él tal vez, pero no lo que le interesa al paciente, porque éste no nació para pasarse la vida acostado con su vientre abierto, sino más bien para andar de pie con su vientre cerrado. Si yo fuera cirujano grabaría esto como una máxima en mi espíritu. Procediendo así no olvidaría, cuando me tocara operar un estómago, que este órgano no va a quedar

allí donde yo lo deje con su anastomosis, sino que tal vez su fondo va ha descender cerca del pubis. Si todos procedieran así, tal vez fueran menos esas pobres víctimas que van dejando a su paso las generaciones de noveles cirujanos.

Resumiendo este capítulo, diremos: que al aspirante a cirujano le interesa conocer la anatomía del hombre vivo de pie y acostado, y cómo funcionan sus órganos en las distintas posiciones; y que la radiología, mostrándonos las imágenes de muchos órganos funcionando, es capaz de suministrar muy útiles enseñanzas en la formación del cirujano.

## II

### ROL DE LA RADIOLOGIA EN EL DIAGNOSTICO

La importancia de la radiología en la clínica quirúrgica ya no se discute. En general todos estamos de acuerdo en que el buen diagnóstico resulta de la colaboración entre la clínica y la radiología. Pero donde no hay todavía acuerdo es en la apreciación del justo valor de cada una y en la manera de aplicarlas para sacar el máximo de provecho.

Con gran frecuencia oímos hablar de diagnóstico clínico y de diagnóstico radiológico, como si fueran distintos y pudieran hacerse por separado, viéndonos después si coinciden o si discrepan. Cuando coinciden el clínico queda satisfecho, y como es él quien dispone del enfermo, es él quien resuelve el tratamiento, sin detenerse a averiguar si el diagnóstico radiológico fué bien hecho y en qué se basan las deducciones del radiólogo. Cuando diagnóstico clínico y diagnóstico radiológico discrepan, la cuestión es más difícil; pero, en general, es también el clínico que la resuelve solo, ya sea aferrándose a su diagnóstico clínico, ya sea renunciando a él y dándole al diagnóstico radiológico una importancia que muchas veces no tiene. Y de esta manera de hacer diagnósticos, única casi que se sigue en nuestros hospitales, tienen que resultar forzosamente muchos errores.

Veinte años viendo y apreciando los fracasos de un sistema rutinario que se sigue en nuestras clínicas, nos autorizan a criticarlo y nos obligan a buscarle un sustituto.

Dejando de lado pocas afecciones quirúrgicas en las que no interviene la radiología, podemos afirmar que el buen diagnóstico es el clínico radiológico, aquel que sólo puede ser hecho o por un gran clínico radiólogo, pájaro raro que no existe en nuestro medio, o por la colaboración estrecha de un clínico que sepa radiología y un radió-

logo que sepa clínica. Es de la simbiosis de estos dos elementos que sólo puede salir el buen diagnóstico.

Antes de la era radiológica los clínicos estaban acostumbrados a resolverlo todo por sí solos, pidiendo cuando creían necesario un análisis de orina, un examen de sangre, un análisis de un jugo o de materias. Llega la radiología, muy pobre en sus comienzos como todo lo que empieza, y los clínicos viendo en ella una ayuda más, empezaron a pedir al servicio de rayos X una radiografía o una radioscopía de tal o cual órgano, como pedían a los demás laboratorios un análisis de tal o cual líquido o materia.

Pero la radiología crece rápidamente, avanza a pasos de gigante, invade la clínica, invade la patología transformando muchos de sus capítulos, destruyendo otros; descubre y describe enfermedades hasta entonces desconocidas. Sin embargo los clínicos la siguen tratando como la trataron en sus comienzos y como siguen tratando el laboratorio de análisis.

Quizás esta afirmación provoque un murmullo de protestas. Pero todos los jefes de los servicios radiológicos de nuestros hospitales podemos probar con los documentos en la mano, que seguimos recibiendo diariamente un gran número de pedidos de las clínicas redactados más o menos en esta forma: radioscopía de estómago — radiografía de tórax — radiografía de columna. Podemos afirmar también, sin que esto importe una queja, que en nuestras llamadas sociedades científicas y en muchos trabajos que pretenden ser científicos se presentan un gran número de radiografías, sin decir siquiera de que servicio provienen y sin mencionar siquiera la interpretación que dió sobre ellas el radiólogo que las hizo. Igual consideración merecen los análisis de líquidos, los exámenes histológicos y anatomo-patológicos.

No protestamos por todo esto; no nos mueve a decirlo un deseo de figuración; pero queda demostrado que el clínico nuestro se sigue considerando como hace veinte años, el "factotum" capaz de hacer solo todos los diagnósticos, ayudado por la interpretación que saca el mismo de los datos que le aportan el servicio de rayos X y los demás laboratorios.

No decimos esto para reclamar nuestra parte en el botín, sino para poder afirmar aquí, que mientras sigamos aferrados a ese sistema rutinario, no daremos un paso en medicina, seguiremos como hace veinte años, a la zaga de los demás.

Mientras no se le exija a cada uno todo lo que puede dar para poder formar con el esfuerzo de todos un conjunto armónico, mientras no se abandone el sistema de aislamiento y prepotencia que nos do-

mina, no podremos hacer buenos diagnósticos, no tendremos nunca la conciencia bien tranquila de haber hecho todo lo posible para curar o por lo menos aliviar los males de los pobres pacientes que concurren a nuestras clínicas.

Oímos decir a cada instante que es la clínica que debe primar sobre todos los otros medios de diagnóstico, y nosotros mismos en nuestros cursos de radiología lo repetimos a los jóvenes alumnos y afirmamos que la radiología no es más que uno de los colaboradores de la clínica y que antes de enviar un enfermo al radiólogo hay que estudiarlo bien clínicamente. Esto lo decimos porque es útil y conveniente mientras subsista nuestra mala y vetusta organización, no porque creamos decir la verdad pura. Cuando afirmamos esto ante un joven estudiante nos parece leer en su pensamiento esta pregunta: ¿Por qué habiendo un servicio de rayos X, cuando llega un traumatizado del tobillo voy a ponerme a hacerlo sufrir palpando inútilmente su miembro dolorido, movilizándolo su pie, buscando el crujido de una fractura, para después mandarlo al radiólogo para que diga si hay o no una fractura de Dupuytren, si está rotos los dos maleolos, si hay fragmento marginal, si hay diastasis de la mortaja? Lo único que podríamos contestarle es lo siguiente: Para aprender a hacer diagnósticos aproximados, como hacían los viejos clínicos que no tenían rayos X, o por si algún día le toca tratar un caso semejante lejos de un servicio de radiología.

La misma pregunta con idéntica respuesta podrían repetirse con respecto a todas las fracturas de los miembros y en general a casi todas las fracturas del esqueleto. Y hablando sinceramente, podemos decir que en este gran capítulo de las afecciones quirúrgicas el diagnóstico deja de ser clínico para hacerse radiológico. Y en una asistencia bien organizada, de acuerdo con el progreso actual, dejará de pertenecer a la clínica para pasar a la radiología, por ser ésta la que puede hacerlo con más seguridad y precisión, con menos maniobras dolorosas y perjudiciales. Y como lo más importante es el buen diagnóstico, que cuanto mejor hecho es, más fácil será el tratamiento, resulta evidente que en ese gran capítulo de las fracturas el rol más importante pertenece hoy a la radiología, a la cirugía sólo le queda el tratamiento y todavía éste se hará siguiendo las indicaciones de la radiología, que muestra las desviaciones, que controla la reducción, que sigue la marcha de la consolidación. Podemos predecir, que cuando la Asistencia de Urgencia esté bien organizada, de la manera más racional, de acuerdo con el progreso, todos los traumatizados de los miembros serán transportados directamente a un servicio de fracturas

que estará bajo la dirección de un radiólogo; entrarán inmediatamente a una gran sala de rayos X con mesas y dispositivos especiales, donde el radiólogo hará el diagnóstico preciso y ayudado por especialistas en fracturas hará las reducciones y seguirá controlando diariamente en la cama del paciente la eficacia de los medios de contención y el progreso de la consolidación. Cuando esto se ponga en práctica no solamente beneficiarán los pacientes, sino que harán una gran economía la Asistencia Pública y el Banco de Seguros del Estado.

Siguiendo el índice de un gran tratado de cirugía nos encontramos con el gran capítulo de Enfermedades de los Huesos. Aquí, antes de la era radiológica, la clínica actuaba sola, sólo ella podía hacer diagnósticos, pero éstos quedaban muchas veces vacilantes, y mismo los buenos clínicos reconocían su impotencia ante un gran número de casos, sin poder dilucidar el diagnóstico entre dos o tres enfermedades de pronósticos distintos y de terapéuticas opuestas. Apelaron a la anatomía patológica. Esta les enseñó mucho, pero como medio de diagnóstico tiene el grave inconveniente de implicar ya una intervención muchas veces nociva, y aún así no resuelve siempre el problema. Llegó la radiología y creyeron encontrar en ella una tabla salvadora. La clínica que había dado ya todo lo que puede dar cede el paso a la radiología, que avanza rápidamente; y aquí sucedió algo paradójal: vimos a los clínicos, por lo general tan aferrados a su método, pasarse al campo opuesto y dar más valor a los datos radiológicos que a los datos clínicos. Vimos a cirujanos amputar miembros basados solamente en el diagnóstico del radiólogo.

Hace diez años, aquí en esta misma Sociedad, tuve que protestar contra esa tendencia y sostener que la radiología sola era incapaz de hacer el diagnóstico preciso en la mayoría de los casos de enfermedades óseas.

Hoy, a pesar de los grandes progresos de la técnica radiográfica, poco hemos avanzado; pero clínicos y radiólogos estamos ya casi todos de acuerdo que en muchos casos de enfermedades óseas, ni la clínica sola, ni la radiografía sola son capaces de hacer el diagnóstico, que en muchos de ellos sólo la colaboración estrecha clínico-radiológica puede llegar al diagnóstico y que en otros fracasan por completo todos los métodos de investigaciones actuales.

Ante este arduo problema, ¿cuál es la mejor conducta a seguir para correr el menor riesgo de equivocarse? A mi manera de ver es la siguiente: Dar tanto valor a la clínica como a la radiología y repartir la responsabilidad por igual entre el cirujano y el radiólogo. Ante un caso de enfermedad ósea se debe adoptar y seguir el método siguiente:

1º El cirujano debe examinar el paciente clínicamente, agotando todos los recursos de la clínica, pero sin llegar a plantear un diagnóstico definitivo, sin llegar siquiera a inclinarse hacia un diagnóstico probable. Todos sabemos cuán difícil es dar marcha atrás. Pongámonos a cubierto de esta debilidad humana que es causa de tantas víctimas en nuestras clínicas.

2º Hecho el estudio clínico del caso el cirujano debe enviarlo al radiólogo con todos los datos útiles para localizar bien el examen y facilitar y orientar la investigación radiológica.

3º Una vez obtenidos todos los documentos radiográficos útiles, el radiólogo los estudiará y meditará teniendo bien en cuenta los datos enviados por el cirujano; pero también se guardará muy bien de sacar una conclusión definitiva ni menos expresarla por escrito en un informe.

4º Cirujano y radiólogo reunidos en consulta, se comunicarán mutuamente las impresiones sacadas de sus respectivos exámenes, pesarán uno tras otro los signos o síndromes clínicos y radiológicos, irán eliminando los más débiles y los que no concuerdan, para quedarse al final solamente con un conjunto de los que armonizan y pueden pasar ese filtro severo formado así por los conocimientos y experiencias del clínico y del radiólogo.

Este método debiera seguirse no solamente en el diagnóstico de las enfermedades de los huesos, sino también en la gran mayoría de las afecciones quirúrgicas.

En las afecciones de las articulaciones se hace la misma división que en las de los huesos: lesiones traumáticas y enfermedades articulares. En el diagnóstico de las primeras, igual que en las fracturas, la radiología tiene el rol preponderante. En las segundas el rol de la radiología es igual al de la clínica y el mismo método de colaboración estrecha debe seguirse para llegar al mejor diagnóstico, que es el clínico-radiológico.

En las enfermedades del aparato digestivo subsiste todavía una gran cuestión entre médicos y cirujanos, que no se han puesto aún de acuerdo sobre cuáles de ellas pertenecen a la clínica médica y cuáles a la clínica quirúrgica. Médicos y cirujanos se disputan los enfermos de las vías digestivas. En vez de colaboración hay más bien entre ellos antagonismo. Todavía está por verse en nuestras clínicas la colaboración entre un médico especialista en digestivo y un cirujano. Tanto unos como otros recurren al radiólogo, y éste constata muchas veces que en casos idénticos se siguen criterios opuestos. Como a fuerza de tanto ver acaba también el radiólogo por formarse un criterio, se ve

a veces cohibido por escrúpulos de conciencia y mira la procedencia del enfermo antes de escribir su diagnóstico.

En el diagnóstico de las enfermedades del aparato digestivo tiene un gran valor la clínica, pero tiene también un gran valor la radiología bien aplicada, encarada con criterio clínico. Igual que en las afecciones óseas el rol de la radiología aquí debe equipararse al de la clínica, y el método a seguir para llegar al mejor diagnóstico es el mismo que describimos, el clínico-radiológico. Pero es tanto lo que piden los cirujanos a la radiología y es tanto lo que ésta se esfuerza por complacerlos perfeccionando sus técnicas e imaginando nuevas cada día, que cabe preguntar, si en un futuro no lejano, no sucederá lo mismo que con las fracturas, que el diagnóstico dejará de ser clínico para hacerse casi exclusivamente radiológico y al cirujano sólo le quedará la terapéutica.

En las enfermedades quirúrgicas del hígado y de la vesícula es la radiología la que precisa el diagnóstico y quien decide en la gran mayoría de los casos la intervención, mostrando los quistes y los abscesos del hígado, y los cálculos y el funcionamiento de la vesícula.

Las enfermedades quirúrgicas de los riñones y las litiasis de las vías urinarias no se diagnostican ni se operan hoy sin el concurso de la radiología.

En el tórax la radiología da la precisión del diagnóstico y localiza con exactitud las afecciones quirúrgicas. Hoy no tiene excusa el cirujano que interviene en un tórax sin la localización previa de la lesión por los rayos X.

En las enfermedades quirúrgicas del encéfalo y del raquis la clínica especializada juega el rol preponderante, pero la radiología con sus nuevas técnicas de las inyecciones de contraste le presta una gran ayuda en la precisión del diagnóstico y en la localización.

En las enfermedades quirúrgicas de los vasos, hasta hace poco, la clínica actuaba sola, con poco éxito, pero la radiología con sus nuevas técnicas de las inyecciones visualizantes recién empieza a intervenir en ellas, y no es aventurado pronosticar que estas nuevas técnicas, mostrando el sistema vascular en todas las regiones del organismo, producirá una verdadera revolución en el diagnóstico, no solamente de las afecciones vasculares, sino también de un gran número de afecciones de otros órganos.

Quedan solamente unas cuantas afecciones quirúrgicas en cuyo diagnóstico la radiología no interviene, algunas porque en ellas la clínica se basta sola y otras porque escapan todavía a las técnicas radiológicas.

Dejamos de lado la cirugía de especialidades, sólo nos ocupamos aquí de la llamada cirugía general.

Resumiendo este capítulo del rol de la radiología en el diagnóstico, podemos afirmar lo siguiente:

1º En las lesiones traumáticas de los huesos y articulaciones el mejor diagnóstico corresponde casi por completo a la radiología.

2º En las enfermedades quirúrgicas de los huesos y articulaciones, de las vías digestivas y sus anexos, de las vías urinarias y del tórax, la clínica y la radiología intervienen por igual en el diagnóstico y el mejor diagnóstico es el clínico-radiológico, que resulta de la colaboración estrecha entre clínico y radiólogo.

3º En las enfermedades quirúrgicas del encéfalo y del raquis y en algunas otras, la clínica es preponderante, pero la radiología le presta una gran ayuda en la precisión del diagnóstico y en la localización de la lesión.

4º En las enfermedades quirúrgicas de los vasos la clínica actuaba sola hasta hace poco, pero la radiología empieza a desempeñar un rol importante con sus nuevas técnicas de visualización.

5º En algunas enfermedades quirúrgicas la radiología no interviene en el diagnóstico por innecesaria y en otras porque escapan todavía a las técnicas del contraste.

### III

#### ROL DE LA RADIOLOGIA EN LA OPERACION

Al hablar del diagnóstico ya dijimos la importancia que tiene la radiología en la localización de la lesión y es de toda evidencia el valor que tiene esto en la operación. Se va sobre seguro, se ahorran maniobras y tanteos inútiles y nocivos. No insistiremos sobre esto, todos estamos de acuerdo. Pero hay algo que escapa a muchos cirujanos o que por lo menos no vemos que le den mayor importancia, y es el estudio radiológico de la anatomía y fisiología de ciertos órganos antes de operarlos. Citaremos el ejemplo más típico: el una operación del estómago.

El examen radiológico muestra un pequeño nicho de la parte baja de la pequeña curvadura del estómago y un poco de dificultad en la evacuación gástrica. Con esto y algunos datos que da el interrogatorio se resuelve generalmente la operación. ¿Qué operación se hará? Probablemente una gastroenterostomía, pero esto se resolverá en definitiva una vez abierto el vientre. ¿Dónde se colocará la neoboca? Cerca

del píloro o en el sitio de más declive, según la preferencia del cirujano. Y es esa manera simplista de resolver un difícil problema, la que se sigue comúnmente en nuestras clínicas.

Un radiólogo que ha visto funcionar ante el radioscopio algunos miles de estómagos y controlado el funcionamiento de algunos cientos de gastroenterostomías, tiene la obligación de decir y exponer aquí las reflexiones que todo esto le sugiere.

Habiendo una gran variabilidad en la forma, en el tamaño, en la situación, en la tonicidad, en la peristaltis, en la evacuación de los estómagos como lo muestra la radiología, ¿debe operarse siempre del mismo modo y siguiendo la misma técnica, sin tener en cuenta para nada todos esos datos que puede dar la radiología sobre su anatomía y fisiología? ¿Una neoboca colocada cerca del píloro tendrá la misma eficacia cuando el fondo del estómago está por encima del ombligo que cuando él está a la altura del pubis? ¿Tendrá la misma eficacia cuando el antro se contrae intensamente que cuando él está dilatado? ¿El largo del asa aferente podrá ser el mismo cuando el colon transversal está en contacto con el fondo del estómago que cuando los separan muchos centímetros en la posición de pie? ¿No tiene ninguna importancia hacer la incisión de la pared gástrica en una zona de fuerte peristaltismo o en una zona de relajamiento? ¿Lo mismo da cortar las fibras longitudinales y circulares en un sentido o en otro? Estas y muchas otras preguntas se hace el radiólogo diariamente, pero como nadie lo consulta sobre la operación, calla y se limita a hacer el diagnóstico y a seguir viendo enfermos que continúan sufriendo después de operados, y gastroenterostomías que funcionan bien o que funcionan mal.

Cabe preguntar si no ardarían mejor las cosas, si una vez hecho el diagnóstico, antes de la operación, el cirujano volviera con el enfermo al radiólogo y con su colaboración estudiara bien la anatomía y la fisiología del órgano que va a operar.

#### IV

### ROL DE LA RADIOLOGIA EN EL CONTROL DEL RESULTADO OPERATORIO

La radiología juega un rol importante después de muchas operaciones, mostrando los resultados. En las operaciones sobre huesos muestra la regeneración ósea o la presencia de un sequestro, o el efecto de una osteosíntesis o el restablecimiento de la función en una resección

articular. Muestra la cicatrización en los operados del pulmón y de otros órganos; pero donde su rol es más importante, es en las operaciones del abdomen. Todos estamos de acuerdo con esto, pero no procedemos con método ni sabemos aprovechar las enseñanzas de la radiología post-operatoria.

Volvamos al ejemplo de la gastroenterostomía:

Veinte o treinta días después de la operación el cirujano envía el paciente al radiólogo con una esquila que dice: gastroenterostomía, radioscopia de estómago. El radiólogo constata e informa lo siguiente: evacuación rápida por la neoboca, no pasa nada por el píloro. Con esto el cirujano da de alta al paciente y anota en su historia: resultado muy bueno.

Seis meses o un año después se presenta al servicio de rayos X un enfermo con un pedido que dice: radioscopia de estómago, enfermo operado que sigue sufriendo, se desea saber qué operación se le hizo. El radiólogo constata e informa: gastroenterostomía; la neoboca funciona mal, queda un nivel por debajo que tarda en evacuarse, pasa mucho por el píloro, reflujo en el asa aferente u otras cosas parecidas. El primer cirujano no se entera de nada de esto, el segundo cirujano dice que la operación fué mal hecha y hace otra, el radiólogo se lava las manos y el enfermo sigue sufriendo y peregrinando.

Causante de estos males es el sistema rutinario de aislamiento que seguimos, tirando cada uno por su lado, en vez de buscar la colaboración más estrecha que iría perfeccionando nuestros conocimientos y corrigiendo nuestros errores.

### *Enfermedad de Nicolas y Favre y estenosis rectal*

por los Doctores R. PEREYRA y A. VICTORICA

En la penúltima sesión de la Sociedad de Cirugía el Prof. Lamas, como relator de un trabajo de los Drs. Piquineia y Moreau, y el Dr. José May presentaron observaciones de linfogranulomatosis inguinal haciendo al respecto interesantes consideraciones y sosteniendo puntos de vista distintos respecto al tratamiento, defendiendo el Prof. Lamas el tratamiento quirúrgico y el Dr. May el tratamiento médico, agregando el primero en sus conclusiones una nota referente a la anatomía patológica que sería, según el autor, patognomónica de la lesión, permitiendo así individualizar los casos. Lamentando que no se hubiera leído sino las conclusiones del trabajo de los Drs. Piquineia y