

FÉ DE ERRATA

En el tomo IV, No. 11, pág. 190; debe leerse:

acción o efecto de abrirse, — definido en el caso presente por su consecuencia ineludible: la comunicación del quiste con la vía biliar.

2) En el sentido de la evacuación del contenido quístico a través de las vías biliares.

3) Limitándolo a los casos de obstrucción hidática de la vía biliar.

Analizaremos los tres criterios empezando por el más restringido, es decir, el último.

En nuestro país dicho criterio ha sido sustentado por el profesor Prat, que tiene el mérito de especificar netamente que considera como quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares. He aquí la opinión de Prat: "Consideramos quistes hidáticos del hígado abiertos en las vías biliares, no a todos los quistes que presenten una simple comunicación con el árbol biliar y que tengan su contenido teñido por bilis, sino a los quistes que presenten una comunicación amplia con la red biliar, que permita el fácil pasaje de vesículas y membranas hidáticas a los canales biliares de eliminación, dando los fenómenos de obliteración de estas vías, con todos los fenómenos que trae aparejada la obstrucción hidática mecánica".

Relaciones de la Radiología y la Cirugía

Por el Dr. J. CUNHA

(Discusión)

DR. R. PEREYRA

El informe del Dr. Cunha, basado sobre un montón de verdades revela en su autor la inquietud del constante perfeccionamiento y ha tenido la virtud de hacernos pensar a todos en la conveniencia de modificar este estado de cosas.

Lo confieso que estoy en condiciones especiales de receptividad, dado el concepto que hace tiempo tengo sobre la especialización médica.

Hace algunos años, en un pequeño folleto, escribí lo siguiente: "Hábilamos sido testigos durante mucho tiempo de las divergencias entre médicos, cirujanos y radiólogos para la interpretación o tratamiento de muchos síndromes digestivos.

"Le oíamos diariamente a los médicos decir que los cirujanos operaban todo, aún lo que ellos podían curar con medios médicos y diariamente también oíamos a los cirujanos decir que los enfermos llegaban a ellos demasiado tarde, agotados por un tratamiento médico prolongado, y a ambos médicos y cirujanos, le oíamos decir que el radiólogo solo, no podía interpretar ni dirigir un examen radiológico sin exponerse a serias equivocaciones. Era evidente que el estudio de las afecciones del aparato digestivo necesitaba de una directiva médico-quirúrgico-radiológica.

"Quedaban, pues, dos caminos: la colaboración de tres personas distintas, que eran un médico general, un cirujano y un radiólogo. o acaparar todas esas funciones médica, quirúrgica, radiológica en una persona, pero circunscribiendo su acción exclusivamente al aparato digestivo, después de tener, como para toda especialización, una educación médica general. Era la especialización fisiológica.

"Hemos entendido que este último era el camino más lógico, dado

que permitía mantener bajo un control único, los tres criterios: médico, quirúrgico, radiológico.

“Cuando el que hace la especialidad en esta forma trata médicamente a un enfermo, que en un momento dado puede ser quirúrgico, tiene perfectamente en su mente y en su mano la noción exacta de lo que el bisturí puede dar o hacer peligrar. Cuando decide un tratamiento quirúrgico tiene la ponderación perfecta de lo que el tratamiento médico hubiera podido alcanzar en ese enfermo y cuando estudia radiológicamente un enfermo sabe lo que va buscando aún en los más pequeños detalles. Y todo esto, pesado y ponderado con el mismo criterio, no representan más que ventajas para el enfermo.”

El trabajo del Dr. Cunha, me da motivos de sobra para robustecer estos conceptos, si no fuera suficiente lo que la práctica diaria me ha ido confirmando. A mi manera de ver el error básico está en interpretar la radiología como una especialización de la medicina general.

El estudio radiológico del organismo no es más que la expresión radiológica de su anatomía y fisiología normal o patológica.

Considero que la radiología, no es más que un medio de exploración, así como la cirugía no es más que un método terapéutico. Y ambas deberían de estar al alcance de todos y nada hay que se oponga a ello siempre que se limite el campo a segmentos que, además de reducidos y, por lo tanto, accesibles a un estudio completo, reúnan una unidad anatómo-fisiológica determinada. Es la especialización fisiológica en donde caben todos los métodos de especialización, y, por lo tanto, la radiología y todos los métodos terapéuticos y, por lo tanto, la cirugía.

Pero circunscriptos a un sistema o unidad que reduce el campo de estudio a términos accesibles para todos y que sobre todo concentra los conocimientos en forma tal, que es imposible alcanzar con los métodos actuales.

Me parece mucho más fácil y más racional, dado la extensión actual de las ciencias, adquirir conocimientos completos de medicina, cirugía, radiología y laboratorio sobre una rama determinada, que exigir a un radiólogo o a un cirujano que conozca en forma completa la anatomía y fisiología normal y patología de todo el organismo. Porque, como dice muy bien el Dr. Cunha, “No basta, para ser radiólogo, saber manejar un aparato, sacar una radiografía e interpretar en ella algunos signos característicos de tal o cual enfermedad; como no basta para ser cirujano, saber abrir un vientre, cortar un órgano y hacer una sutura”.

Para ser uno u otro es necesario tener conocimiento tan amplios,

que considero imposible en el estado actual de la ciencia poderios abarcar en el breve plazo de una vida, si no se limita el campo.

Concretándonos a la radiología diremos que ésta se compone de dos partes fundamentales: la parte técnica y la parte interpretativa.

La primera está al alcance de cualquiera que se dedique un poco al asunto y mismo no se necesita ser médico para ser un excelente técnico. Y esta parte debería de ser materia de estudio práctico para todo médico.

La segunda, la interpretación, es la parte realmente difícil y es para la que yo exijo la especialización, pero no la especialización radiológica, sino la especialización fisiológica, que es la única que lleva por su concentración una directriz: médica, quirúrgica, radiológica, que deja muy atrás la colaboración lógica que busca el Dr. Cunha, de cirujano y radiólogo.

Si las cosas se hicieran así no veríamos esas disputas que nos recuerda con razón el Dr. Cunha, entre médicos, cirujanos y radiólogos que llevan, como él muy bien dice, a seguir criterios opuestos en casos idénticos. Es que no puede ser, un enfermo no es ni médico, ni quirúrgico, ni radiológico, es o puede ser todo a la vez. Puede empezar por ser de orden médico y seguir por ser radiológico para volver al médico o pasar al quirúrgico, o puede empezar por ser quirúrgico y seguir siendo radiológico y médico.

Es necesario, pues, que el mismo médico siga con unidad de criterio a ese enfermo desde el principio al fin, para lo cual deberá saber todo lo que la medicina, la cirugía y la radiología puede dar. Y es esta tendencia, de concentrar en una sola persona las disciplinas médicas, quirúrgicas y radiológicas sobre determinados sistemas o aparatos la que podrá sustituir con ventaja científica la colaboración médico-quirúrgico-radiológica que exige el Dr. Cunha.

DR. D. PRAT

El interesante informe presentado a la Reunión Anual de 1933 por el Dr. Cunha, sobre función de la radiología en la cirugía, tiene, como lo dice expresamente su autor, "el noble fin de establecer una colaboración estrecha entre cirujanos y radiólogos, enseñándose y completándose mutuamente, para llegar a evitar o suprimir errores lamentables". La finalidad del relatorio, no puede ser más digna y práctica, pero mucho nos tememos que el Dr. Cunha no haya alcanzado el fin que se proponía por dos razones fundamentales: primero, porque ha exagerado la crítica sin darle solución práctica a los problemas analizados, limitándose a una severa "Catilinaria" contra los

cirujanos: y, segundo, porque, con un tema universal como es la "Función de la Radiología en la Cirugía", el Dr. Cunha se ha limitado al simple análisis de esa cuestión en nuestro medio que, como lo hace notar el autor, no es el más apropiado para establecerlo como modelo y ejemplo.

He aquí las consideraciones que nos sugiere el mencionado informe.

La colaboración en medicina, entre sus diversas ramas y métodos de examen, es una cosa que está perfectamente establecida y aceptada en las ciencias médicas y nadie, a no ser que fuera un ciego, podría negar los evidentes beneficios de esa colaboración. Lo que se discute es la forma más sencilla, práctica y viable de establecer esa colaboración, y es precisamente en esta feliz circunstancia que el Dr. Cunha, destacada y distinguida autoridad radiológica del Ministerio de Salud Pública, podría habernos esbozado una reglamentación de ordenanza, que hiciera efectiva y realizable la colaboración clínico-radiológica.

Se explica perfectamente que el clínico no pueda concurrir a presenciar todos los exámenes radiológicos de sus enfermos, ni que el radiólogo pueda ir a presenciar las operaciones de las lesiones por él diagnosticadas y de lo que sacaría un invalorable provecho, porque ambos técnicos tienen en ese momento tareas distintas, ineludibles e impostergables, y entonces esa colaboración clínico-radiológica, muy conveniente y necesaria, queda fatalmente suprimida o si se realiza, es sólo por excepción, pero por las circunstancias apuntadas, no puede transformarse en la regla habitual de examen y de trabajo.

He aquí un primer punto capital que podría resolvernos el Dr. Cunha: hacer que esta colaboración del clínico y del radiólogo en nuestras clínicas hospitalarias, sea posible y realizable. La mayoría de las clínicas que poseen servicios de rayos X, con su correspondiente radiólogo, resuelven perfectamente el problema, y si la estrecha e íntima colaboración de que hablamos no se hace efectiva, es por evidente desidia, de la cual el único causante y responsable es el Jefe de la Clínica; se tiene un tesoro científico para experimentar y del cual no se saca el provecho útil exigido. Sería de desear que toda clínica contara con su servicio anexo de rayos X, siempre que se supiera emplear científicamente este precioso y costoso material de examen.

Se habla corrientemente de colaboración clínico-radiológica y opino que esto representa limitar y restringir la amplia labor y acción del clínico. Esta colaboración es mucho más amplia y universal, ya

que la radiología es un simple elemento, importantísimo y capital, si se quiere, pero sólo representa un elemento dentro del complejo conjunto del funcionamiento clínico. La colaboración que exige la clínica debe ser íntima también con la anatomía patológica, con el laboratorio y con todas las especialidades; cada una de ellas son fundamentales e imprescindibles en determinados casos, cuando por sí solas puedan permitir el diagnóstico preciso y su terapéutica o cuando, como ocurre generalmente, en que el feliz consorcio y la colaboración íntima de todas ellas, es la que permite establecer la precisa y tan deseada naturaleza de la lesión. En nuestra enseñanza en la clínica, a menudo insistimos para inculcarles a los estudiantes, de que no existe un diagnóstico clínico, otro radiológico, otro de laboratorio o anatómopatológico; no, el diagnóstico es sólo uno, en el cual colaboran armónica y científicamente todos los datos fundamentales de los diversos exámenes mencionados y la resultante del análisis consecutiva a la crítica severa e imparcial de los síntomas y datos de examen, es la que nos establecerá la precisión del diagnóstico. Es al clínico a quien se concede la dirección y la responsabilidad de este trabajo de análisis y de síntesis, y creemos que debe ser el clínico quien asuma la dirección científica de este delicado proceso de colaboración del diagnóstico y de la terapéutica quirúrgica, no por simple "prepotencia", sino porque el clínico constituye un técnico que debe dominar ampliamente no sólo su especialidad clínica, sino también todas las ramas anexas, como ser: la biología, la anatomía patológica, la radiología, el laboratorio, etc., de modo que en su trabajo de síntesis pueda y debe colocarse en un plano intelectual muy superior y más amplio a los de sus colaboradores, que sólo pueden ver los problemas que estudian del único punto de vista de la especialidad que ellos dominan. Pero, si no se le puede discutir al clínico el derecho de dirigir y orientar las demás ramas colaboradoras de la cirugía no por eso dejará éste de reconocer los méritos y derechos fundamentales de sus colaboradores, y la prueba la tenemos en que en toda clínica medianamente organizada se celebran las reuniones diarias o semanales donde cada colaborador representa dentro del conjunto clínico una autoridad oída y respetada. Esta organización de trabajo en colaboración explica y justifica que el clínico dirija y oriente la investigación común y la original, que cristaliza en técnicas nuevas y descubrimientos, sin poseer, no obstante, el clínico una preparación especializada tan destacada como la de sus colaboradores en radiología, laboratorio, etc.

Consecuentes con estas ideas que traducen la evidencia de la práctica, no estamos de acuerdo con el Dr. Cunha, cuando establece "que

el cirujano y radiólogo se diferencian sólo en que el primero sabe manejar un bisturí y el segundo sabe manejar un aparato, el cirujano ve e interpreta mejor los signos clínicos, el radiólogo ve e interpreta mejor los signos radiológicos". Estamos en profundo desacuerdo con el miembro informante, porque creemos que el buen clínico o el que se precie de tal debe constituir un hombre de ciencia en toda la extensión de la palabra, capaz de interpretar una radioscopia o una placa radiográfica, tan bien como el radiólogo, sobre el cual tiene generalmente la superioridad y la gran ventaja de conocer perfectamente el caso clínico, cosa que le permitirá una exacta y precisa interpretación. Es evidente que el radiólogo posee mejor su "metier" y en ciertos casos su mayor experiencia lo colocarán en situación ventajosa, pero la misma colaboración clínico-radiológica, la experiencia, colocarán al clínico en la imperiosa obligación de estar en condiciones de interpretar los exámenes radiológicos tan bien o aún mejor que el radiólogo más avezado. Es evidente que existen clínicos que envían sus enfermos al radiólogo para que éste los estudie de pies a cabeza, para ver si dan con el diagnóstico; pero hay también, en cambio, radiólogos que no ven una úlcera de estómago aunque ésta sea grande como la farola del Cerro. A estos casos de excepción no podemos referirnos.

Se demuestra el Dr. Cunha un ferviente partidario de la anatomía y fisiología radiológica "in vivo", en oposición a la cadavérica que se estudia en las salas de disecciones de nuestra Facultad y, de paso, se hace eco de la leyenda, de que en este Instituto médico se aprende demasiado anatomía. Es ese un proverbial cuento chino, como otros que flotan en nuestro ambiente profesional sobre el grado cultural de nuestros flamantes médicos, pero si el Dr. Cunha se da el trabajo de consultar a los profesores o a los examinadores de anatomía descriptiva, verá cuán rápidamente lo convencerán de que esa opinión es completamente falsa.

De la enorme ventaja del estudio de la anatomía y fisiología radiológicas, estamos completamente de acuerdo con el miembro informante, pero para realizar tal aprendizaje se necesita la enseñanza práctica y trabajos donde se puedan estudiar estos interesantes temas.

El Dr. Cunha con su indiscutible preparación y su posición de profesor de Radiología de la Facultad, está en la mejor situación para programar, iniciar y realizar esa enseñanza, que creemos no se ha ensayado aún en nuestro medio.

Nosotros, en la medida de nuestras fuerzas, hemos publicado un interesante trabajo sobre este tópico: "Las relaciones colo-diafrag-

máticas", trabajo en que, con la valiosa colaboración del Dr. Butler, pusimos de manifiesto estas relaciones anatómicas del vivo, desconocidas por la anatomía cadavérica y que tanta importancia práctica tienen. Recientemente, el Dr. Soto Blanco ha publicado una interesante tesis de anatomía pulmonar, en donde con la colaboración radiológica de los Drs. Piaggio Blanco y García Capurro (F.), establecen con precisión, la topografía torácica de las cisuras pleurales y del árbol bronquial, de lo que derivan enseñanzas y prácticas fundamentales para la cirugía del pulmón.

Si se nos permitiera un comentario más, diríamos que, recientemente, un distinguido cirujano argentino proponía, quizás exageradamente, que se estableciera la ficha radiológica individual, algo así como la credencial cívica, para poder establecer previamente las trasposiciones de vísceras y poder diagnosticar las apendicitis izquierdas.

Es de esperar que los radiólogos llenen con importantes trabajos y cuanto antes, la laguna que ha destacado el Dr. Cunha sobre el estudio de la anatomía y fisiología radiológicas.

En lo referente a la función de la radiología en el diagnóstico, nada diríamos sino para exagerar la importancia capital de la radiología y lamentar no ser poetas para cantarle un himno sublime a este maravilloso descubrimiento de la ciencia, y ya hemos establecido y fundado por qué este precioso método de examen debe estar subordinado como principal colaborador de la clínica, aunque él tiene todo el derecho a un arte independiente dentro de las ciencias médicas, a las que dará indudablemente días de gloria y métodos de progreso y perfeccionamiento. Admitida la importancia fundamental e indiscutida de los rayos X, no podemos llegar a exageraciones evidentes, como la del Dr. Cunha, que desea como ideal de perfeccionamiento terapéutico, la creación de un Servicio de Fracturas dirigido por un radiólogo. No dudamos que un radiólogo, con amplia preparación y especialización quirúrgica, pueda ser un buen director de un instituto de traumatología, como también un médico radiólogo puede llegar a ser un excelente cirujano de su especialidad, como llegó a serlo el Dr. Urrutia. Pero es necesario saber y destacar que para tratar y curar una fractura, no basta saber con toda precisión como está orientado el trazo de la fractura; no, el tratamiento correcto de una fractura, implica un problema más complejo que requiere conocer bien la biología, la fisiología, la patología, la ortopedia, ser muy buen clínico y además un buen cirujano que posea una prolija y excelente técnica ortopédica y quirúrgica. Creo que se le haría un flaco servicio a los fracturados, dándoles como director espiritual de su asistencia un dis-

tinguido radiólogo, por el solo hecho de que hará rápidamente, con precisión y sin dolor, el diagnóstico. Esto mismo se debe hacer en toda clínica medianamente organizada, siempre que se le haya provisto de los elementos indispensables para el diagnóstico y el tratamiento de las fracturas.

En el informe se estudia el diagnóstico de las enfermedades óseas y se establece categóricamente que en muchos casos sólo la colaboración clínico-radiológica puede establecer el diagnóstico y que en ciertos casos fracasan todos los métodos de investigación. Eso es de una evidencia perfecta, pero restándole el pesimismo que parece tener el Dr. Cunha para la posibilidad del diagnóstico de las afecciones óseas; en efecto, disponiendo de rayos X, a radie en el mundo se le ocurrirá establecer un diagnóstico de patología ósea, sin un previo y completo examen radiológico. Desde que tenemos la experiencia de estos exámenes, el porcentaje exacto de diagnósticos óseos oscila entre el 85 y 90 %; cuando antes sólo acertábamos de un 30 al 40 %, y eso dependía mucho del tipo de las lesiones.

¿Que hay errores de diagnóstico? Pero, ¿quién no se equivoca en nuestra compleja y difícil profesión, donde estamos continuamente acechados por el error? Acaso no nos equivocamos en el común y clásico cáncer de la mama, cuando el examen histológico nos demuestra que lo que tomamos por cáncer es una tuberculosis o una vulgar mastitis y por eso ¿debemos establecer que no se puede hacer el diagnóstico clínico de cáncer de la mama? No hay tal, el hombre no puede tener siempre en ciencia la pretensión de la verdad segura y absoluta; cuenta, en cambio, con la verdad relativa, que constituye una preciosa conquista que, día a día, perfecciona con la experiencia, aproximándose a la conquista del ideal absoluto, de aquí la sublimidad de nuestro arte quirúrgico, tan difícil de dominar y poseer. De acuerdo con un criterio ponderado y lógico de los hechos, podemos afirmar que, hoy día, la colaboración de las ciencias médicas permiten diagnosticar con gran seguridad los procesos óseos, y en esta conquista hay que reconocer que la radiología ocupa el lugar preferente de colaboración y en lo que a nuestro país corresponde, me permito solicitar un voto de aplauso para la radiología del Uruguay por los constantes progresos alcanzados en este complejo tema de la patología especializada.

Es cierto que la precisión diagnóstica en la patología ósea requiere una gran experiencia clínica y radiológica, pero con ella se puede llegar a grandes performances, como la de Tavernier, de Lyon, que al examinar unas placas de lesión ósea que le habían enviado

desde el extranjero, pudo establecer el diagnóstico de cáncer de la próstata sin haber visto al enfermo.

Llama la atención al Dr. Cunha la gran disparidad de criterio que existe entre internistas y cirujanos en el diagnóstico y tratamiento de las afecciones ulcerosas del tubo digestivo. Eso se explica muy bien, porque fundamentalmente se ignora la causa del úlcus gastroduodenal, y que me perdone al expresarme así, un distinguido cirujano argentino, lo que provoca un profundo caos en la terapéutica, en la que se debaten con entusiasmo y ardor los radicalistas y los gastroenterostomizadores. El radiólogo observando con rigor y precisión los resultados, podrá establecer conclusiones que, seguramente, contribuirán a resolver este problema tan debatido y que parece no tener solución, siempre que los radiólogos publiquen sus observaciones y no las guarden en secreto.

Tiene razón el miembro informante al decir que la radiología ha auxiliado extraordinariamente a la clínica con las inyecciones opacas en las arterias creando la arteriografía, y es evidente que hemos progresado mucho desde las primitivas y arriesgadas inyecciones de yoduro de sodio, practicadas por dos Santos en la aorta, hasta las al parecer inocuas, pero discutidas, inyecciones actuales de torio trast; sin embargo, no aceptamos tan fácilmente este medio de visualización del hígado y del bazo, sobre todo desde que los argentinos han llamado la atención sobre sus peligros, aunque distinguidos y expertos radiólogos garanten que no hay peligro alguno en usar estas soluciones de thorio trast con fines radiológicos.

La radiología presta invaluable servicios en el momento operatorio, como se ha evidenciado en la cirugía de la litiasis renal, para no olvidar ningún cálculo en el acto operatorio; más recientemente, el Prof. Mirizzi, de Córdoba, ha empleado con éxito la radiología durante el acto operatorio para visualizar con lipiodol la litiasis de los canales biliares. Los resultados han colmado sus deseos, al punto de proponerlo como método operatorio corriente, cosa que seguramente será difícil de introducir en la práctica, por las instalaciones radiológicas especiales y costosas que exige.

Data de muy poco tiempo aún, un método que hemos creado para el enclavado de las fracturas del cuello del fémur, basado en una estrecha e íntima colaboración radiológico-quirúrgica, método que parece no ser original, ya que otros cirujanos se han adelantado en esa iniciativa.

En el post operatorio he tenido ocasión de emplear la radiología para visualizar las vías biliares y puedo declarar que es un excelente

método de exploración y de estudio, y que orienta con seguridad y precisión para el tratamiento futuro, como lo hemos comunicado a esta Sociedad de Cirugía. Pero la radiología tiene un brillante porvenir como colaborador de la cirugía en el post operatorio, que recién se vislumbra, pudiendo adelantar que gracias a los rayos X el Dr. Diez, de Buenos Aires, después de examinar radiológicamente muchos casos en el post operatorio, pudo establecer que la gran mayoría de las llamadas complicaciones broncopulmonares post operatorias son simples atelectasias del pulmón, cuya terapéutica es muy distinta de las complicaciones infecciosas, cosa que tendría un gran valor práctico.

Pero donde la radiología tiene una importancia capital y es verdaderamente irremplazable, es en la cirugía de urgencia y dentro de ésta, en particular, en la oclusión intestinal, y es realmente lamentable que el Dr. Cunha poco o nada nos haya dicho en su informe de esta colaboración capital.

Hoy día no se concibe un servicio hospitalario de urgencia sin su correspondiente servicio anexo de rayos X, donde este precioso método de examen pone de inmediato en evidencia el neumoperitoneo en todos los casos de perforación de vísceras huecas y la inmovilización diafragmática en los procesos infecciosos. Pero si grande es la importancia de la radiología en cirugía de urgencia, al punto de considerarse como una condenable deficiencia la ausencia del servicio de rayos X anexo, no es menor su rol en el diagnóstico precoz del íleo, tema que últimamente hemos estudiado con interés y detención y que nos ha permitido llegar a la conclusión de que, posiblemente, el único medio de llegar a ese diagnóstico precoz en las primeras 12, 15 o 20 horas, es valiéndose de la preciosa colaboración de los rayos X. En un trabajo próximo a su aparición sintetizamos así nuestra opinión:

“Sin desconocer ni aminorar la primordial importancia del estudio clínico de la oclusión, la asociación o colaboración clínico-radiológica de su diagnóstico, se nos presenta como el hecho fundamental de perfeccionamiento y progreso futuro del tratamiento del íleo, cosa que se pondrá bien en evidencia el día que médicos y cirujanos realicen sistemáticamente el examen radiológico en todos los enfermos sospechados de íleo, y los brillantes resultados no se harán esperar.”

Como puede ver el Dr. Cunha, somos fervientes admiradores y cultores de la radiología, rama de la medicina a la que hemos dado el destacado y prominente lugar que le corresponde; somos, quizás, más entusiastas y optimistas que el propio miembro informante, porque en nuestra modesta esfera de acción hemos tratado de aplicar y vulgarizar lo más posible la radiología, noble afán en el que hemos

sido detenidos por la obligada limitación de los locales que frecuentemente tienen los servicios hospitalarios, por la falta de instalaciones apropiadas, por la falta de materiales indispensables, que tan frecuentemente brillan por su ausencia en estos servicios.

Si el Dr. Cunha quiere que esta íntima colaboración clínico-radiológica sea un hecho real y verdadero, tiene desde su puesto dirigente un vasto campo de acción para cristalizar una práctica que, desde tiempo atrás, es ansiada y vehementemente deseada y esperada por la cirugía nacional.

No quiero terminar sin dirigir desde esta representativa y austera tribuna, un entusiasta elogio y una sincera felicitación a la radiología uruguaya, que tanto se ha destacado en su vía de constante y efectivo progreso que le permite alternar y figurar honrosamente entre las más adelantadas del mundo. Entre los que han contribuido a forjar ese progreso está el Dr. Cunha, que representa una de las figuras más destacadas de la radiología nacional.

Nuevas Autoridades

Las nuevas autoridades que regirán los destinos de la Sociedad de Cirugía de Montevideo, en 1934, han quedado así constituidas:

Presidente: Dr. Américo Fossati.

Vice Presidente: Dr. Eduardo Lorenzo.

Secretario General: Dr. Abel Chifflet.

Secretario Anual: Dr. J. Soto Blanco.

Secretario Anual: Vacante.

Tesorero: Dr. Mario Artagaveytia.

Bibliotecario y Director del Boletín: Dr. Diego Lamas.

D. A. Capella y Pons & Co.

Av. 18 DE JULIO, 1241 (Frente a la Confitería Americana)

Optica, Ortopedia, Fotografía, Higiene