
El Clínico y el Radiólogo

Por R. A. Binaghi

La convicción de que los rayos X pueden arrojar valiosa luz sobre la verdadera naturaleza de las enfermedades y su preciso asiento, ha trascendido del campo clínico al público profano. Así se explica que el enfermo mismo, y frecuentemente por propia iniciativa, exija ser visto o *pasado a loa rayos*, como comúnmente se suele decir.

Esta exigencia espontánea no es siempre agradable al clínico, pues presupone en la idea del paciente, que la radiología representa la más importante, sino la única *vatio* en la investigación del diagnóstico, ante la cual los otros exámenes resultan insuficientes o erróneos. Y así se va creando una atmósfera de desconfianza y malentendido entre **clínico** y radiólogo, que **en Último** análisis no puede sino resultar dañosa a los intereses de uno y otro, así como para el enfermo.

Refiriéndome solamente al caso clásico del clínico, que envía un paciente suyo al radiólogo, ¿cuál debe ser la conducta de éste frente al clínico?

Desde el punto de vista teórico las cosas se presentarían bastante simples. Ya que la investigación radiológica no representa

más que uno, aunque muy importante, de los métodos semiológicos de la clínica, el radiólogo deberá limitar KJ tarea a un informe descriptivo claro y simple de cuanto ha observado, a una pintura de luces de sombras, de opacidades y de claridades, y a presentar buenas y nítidas fotografías.

Y esto pretenden algunos **clínicos**, que yo me limito a llamar *simplistas*. Paréceme que limitar el campo del radiólogo a estos términos, sería para él humillante, y no respondería, por otra **parte**, a los fines reales de la investigación. Humillante, porque el clínico impondría al colega el olvido de que es médico, **para** ser solamente un atento maniobrista de aparatos y un hábil fotógrafo; y su obra resultaría inútil o insuficiente, porque la interpretación exacta de las observaciones radiológicas no puede ser hecha, en realidad, masque por el radiólogo mismo.

Bajo la pantalla, por ejemplo, se observa, y se comprueba mejor en **la** película radiográfica, en correspondencia con la región renal, la presencia de una sombra que puede muy bien ser dada por un cálculo, pero que también lo pue-

de ser por una serie de contingencias técnicas o anatomopatológicas, a saber: defectos de placa, contrastes **anormales**, ganglios calcificados, flebolitos, sustancias opacas del intestino, acumulos de pases, etc., para no citar otras particularidades técnicas.

¿Es posible que el clínico cargue con todo este trabajo de discriminación y de interpretación?

No. Sólo quien posea profundos conocimientos de la técnica y larga práctica en los exámenes radiológicos puede hacerlo. No niego que el clínico pueda lograr buenos resultados también en este trabajo de interpretación, pero en tal caso debe poseer suficientes conocimientos radiológicos

técnicos y prácticos; ser, en una palabra, además de clínico, radiólogo, y esto no se puede pretender del todo.

La radiología constituye hoy un arte semiológico completo, y la imagen radiológica de un paciente es un cuadro multiforme. de muchos aspectos, que debe ser cuidadosamente examinado y estudiado.

Concluyendo, en teoría, la delimitación de las relaciones entre el clínico y el radiólogo puede ser bastante neta: el radiólogo formula su juicio y de éste se vale el clínico para formular el diagnóstico clínico.

Pero en la práctica la situación

es algo diferente. Las más de las veces, el enfermo se presenta al radiólogo con **una simple carta**, en la cual están indicadas, muy sumariamente, las preguntas propuestas por el clínico; a veces se trata de un pedido de examen general de los pulmones, del corazón, del estómago, de los intestinos.

Algunos radiólogos entregan prolijas relaciones con lujo de detalles sobre la técnica y con descripciones detalladas de las comprobaciones radiológicas, poniendo en relieve LAS finezas de la observación y relatando al fin su juicio definitivo y sintético, a veces demasiado sintético. Otros, en cambio, después de breves datos radiológicos, formulan el diagnóstico y nada más.

Tanto uno como otro método, formulan ventajas sin dejar de tener inconvenientes. En la práctica, en efecto, las largas y minuciosas disertaciones del **primar** método, pueden testimoniar la habilidad del radiólogo y ser útiles sólo a otro radiólogo que podrá proceder a un examen secundario de control, pero que intere-

sa poco al clínico. Este tiene en cuenta generalmente sólo las conclusiones finales. Por otra parte, el segundo método es cierto que va directamente al nudo de la cuestión, pero puede dejar **la impresión** de una cierta ligereza en las conclusiones, no enunciando los datos en los cuales el radiólogo se ha basado para dar el juicio.

El procedimiento correcto está, como siempre en el término medio. Será oportuno describir brevemente las principales comprobaciones, en especial aquellas que se desvían de lo normal, y emitir sobre ellas el juicio radiológico, que podrá o no, **ser** el diagnóstico clínico.

Se debe considerar del todo falsa, o por lo menos exagerada, la acusación que algunos hacen al radiólogo de usar un lenguaje oscuro, hablando de opacidad, de velos, de transparencias, de defectos, de nichos o de otras formas de decir, que son verdaderamente incomprensibles para quien está en completo desconocimiento de este arte, que es también una ciencia. Pero el clínico

moderno debe tener una cultura completa, aunque no esté en posesión de la técnica **especializada**, y por esto debe estar en condiciones no sólo de comprender, sino **también de** valorar todas las observaciones y **comprobaciones** del colega.

Y ahora, para **cerrar** estas breves notas, **algunas palabras** sobre una cuestión de deontología.

¿Puede, debe el radiólogo comunicar su juicio al paciente francamente no, y por más de una razón. Ante todo porque el enfermo puede, y frecuentemente sucede, interpretar mal dicho juicio, deformándolo y sobre todo empeorándolo. Los pacientes son siempre pesimistas, aún cuando ocultamente tienen grandes esperanzas y acarician falaces ilusiones; pero lo son **todavía** más cuando se presentan al radiólogo con el ánimo de quien va a oír la propia sentencia.

Cuando el radiólogo es solicitado por las preguntas del paciente y las exigencias ansiosas de sus familias, debe consignar por escrito y en sobre cerrado - salvo especialísimos casos su opinión **para** el clínico, declarando siem-

pre claramente que el *diagnóstico es competencia del clínico* y que para tal **diagnóstico** él ha recogido los datos útiles y necesarios, más bien indispensables, que se han presentado en su cuidadoso examen.

Procediendo así no se encierra en un absoluto mutismo, que podría ser interpretado como ignorancia o como tácito consentimiento a la suposición de la peor de las **contingencias** morbosas.

Cuando se aprecian y se respetan así las recíprocas relaciones, no podrá haber **errores** ni malas interpretaciones.

La más severa deontología exige que, en los casos importantes o dudosos, el clínico vaya al radiólogo o éste a aquél, cambiando ideas y valiéndose el uno de la competencia del otro.

El supremo interés al cual se debe siempre atender y que no se debe nunca perder de vista en el honesto ejercicio de una profesión tan delicada y tan llena todavía de lagunas y de incertidumbres, **es aquel del paciente.**

(*Rev. de Cir. de Buenos Aires*, mayo de 1930.)