

Catedra de medicină judiciară (cond.: conf. Zoltán Ander) și Clinica chirurgicală (cond.: conf. Zoltán Pápai) ale I.M.F. Tg.-Mureș

## ASPECTELE PRACTICE ALE RESPONSABILITĂȚII CHIRURGULUI

Z. Ander, Z. Csizér

Ca oricare alt muncitor din rețeaua sanitară, chirurgul poartă o dublă răspundere în legătură cu munca sa curativo-profilactică. Prima este responsabilitatea morală sau etică determinată de caracterul particular al activității medicale, iar cealaltă responsabilitatea judiciară care derivă din normele de drept în vigoare.

Dintre toate regimurile social-economice, socialismul și comunismul sînt primele în care pe baza lichidării claselor antagoniste, pe baza ideologiei unice și a nivelului cultural ridicat, elementele de ordin moral și juridic ale responsabilității medicale se îmbină armonios, prin înlăturarea contradicțiilor antagoniste.

În țara noastră dezbaterile problemelor de deontologie medicală este deosebit de actuală.

Dintre multiplele laturi ale problemei formării deontologiei noi o serie de aspecte au fost abordate în paginile noilor tratate de chirurgie (I. Turai), de medicină judiciară (M. Kernbach) și în coloanele Muncitorului Sanitar (*Th. Burghete, Z. Ander, E. Pușcariu*). Subiectul pare inepuizabil, deoarece activitatea medicală curativo-profilactică de orice grad și din oricare specialitate este inseparabil legată de conștiința socialistă a medicului, de regulile profesionale și de articolele de lege.

Noțiunea de „eroare medicală” nu are o definiție unanim admisă. În general se consideră eroare medicală faptele care sînt în dezavantajul bolnavului și contravin principiilor medicale uzuale. E clar că există o gamă întregă de greșeli medicale după consecințele și cauzele lor care variază de la cele mai simple, ușoare, nefinseminate, pînă la cele grave sau chiar foarte grave, cu urmări fatale pentru bolnav.

Ne alăturăm acad. J. V. Davidovski care arată că medicina socialistă luptă cu succes contra greșelilor medicale. Esențialul este să scoatem la iveală cauzele și rădăcinile acestora. Multe din greșelile medicale simple trec neobservate. Cazurile de greșeli medicale de gravitate mijlocie (care nu ajung la procese penale sau civile) rămîn să fie uneori anchetate pe linie administrativă de specialiști, ducînd la sancționarea disciplinară a medicului. Cînd e vorba de o greșală medicală gravă, urmează procesul penal sau civil, cu participarea experților, terminîndu-se nu rareori cu o pedeapsă dozată după gradul culpei.

În țările capitaliste tendința este de a fragmenta răspunderea medicală mai ales în domeniul chirurgiei. Astfel în sala de operație răspunde chirurgul, în salon răspunde medicul de secție, pe culoar răspunde cel de gardă etc. Congresul de etică medicală

ținut la Paris în 1955, a scos la iveală contradicțiile de neîmpăcat care frământă medicina burgheză și mai ales prăpastia care se adâncește între teoria morală și practica de fiecare zi. Nici nu poate fi altfel în medicina burgheză, mercantilă, care deservește pe bogătași și este indiferentă față de săraci.

Medicina socialistă acordă o cu totul altă atenție responsabilității medicale. Din lucrările lui *M. Semasko, G. A. Batkis, N. V. Popov, N. A. Vinogradov* asupra responsabilității medicale, se desprind grija și respectul de om, păstrarea și îngrijirea sănătății maselor oamenilor muncii. Același drum îl urmează țările lagărului socialist. Cu ocazia consfăturii din Varșovia a miniștrilor sănătății (aprilie 1956) prof. *Tadeus Kelianovski* a ținut un referat amintind următorul exemplu:

Copilul unui țăran a fost mușcat de un șarpe otrăvitor. Tatăl sau l-a adus într-un spital dintr-un oraș mare. Medicul de gardă i-a prescris serul special, dar tânărul în ciuda faptului că a colindat multe farmacii nu a găsit acest medicament. Copilul a murit. Deși experții au susținut nevinovăția medicului, tribunalul a arătat că acesta trebuia să ajute pe țăran să găsească medicamentul (prin telefon, prin însoțitor).

În consecință medicul — spune referatul — „nu mai este vânzătorii de mărfa sub formă de diagnostice, rețete și tratament medical... el este obligat a face totul ce este în puterea lui *ca medic și ca om*, ca să ușureze suferințele omului în nenorocire”.

Articolul nostru încearcă să arate prin câteva exemple concrete unele din punctele nodale ale activității chirurgului în legătura cu care se ridică mai des problema responsabilității penale, disciplinare sau etice.

#### a) *Stabilirea diagnosticului inclusiv indicația operatorie*

Să analizăm câteva cazuri:

1. Într-un spital raional este adusă fetița K. F. de 6 ani de către părinții la o oră și jumătate după debutul bolii, cu o notă din partea medicului de circumscripție care stabilise diagnosticul „abdomen acut” (ocluzie intestinală?), menționind că i s-a administrat bolnavei o fiolă de papaverină. Medicul de gardă care era internist examinează sumar fetița, fără să vadă biletul de internare al medicului de circumscripție, și pe baza semnelor locale și generale găsite în acel moment, pune diagnosticul de „enterocolică (colică abdominală?)”. Părinții nemulțumiți cu diagnosticul acesta, cheamă și pe medicul chirurg șef din oraș. Acesta nu ține seamă de relatările părinților, nu citește biletul de internare, examinează fetița și acceptă diagnosticul medicului de gardă. Fără să noteze în condică sau în foaia de observație datele găsite, transpune fetița în serviciul de pediatrie. Aici medicul primar pediatru examinează și el fetița, acceptă și confirmă diagnosticul medicului primar chirurg, internează fetița fără să întocmească o foaie de observație și o încredințează sorei de gardă, fără vreo indicație deosebită. A doua zi (duminică) la ora 10 medicul primar pediatru găsește fetița în stare gravă, cu semne alarmante de ocluzie intestinală în stadiu avansat. Fetița e retrimisă la chirurgie, chirurgul rezecă în anestezie generală ansa de intestin subțire strangulată și necrozată într-o breșă a mezenterului. Bolnava moare pe masa de operație, cu semnele șocului ireversibil.

Chirurgul recunoaște că a greșit diagnosticul, dar declara că a examinat cu atenție bolnava și găsindu-o liniștită, cu abdomen complet liber, nu s-a gândit la ocluzie. Nu a socotit necesare alte mijloace de investigație. Crede că starea de liniște relativă și înșelătoare a fetiței în timpul examinării se datorează papaverinei primite cu o oră și jumătate înainte. Susține că biletul medicului de circumscripție nu i-a fost înmănat de către părinții copilei.

Medicul pediatru arată că în momentul în care a sosit bolnava la pediatrie, nu prezenta semnele abdomenului acut. De altfel, primind bolnava din mână a doi specialiști competenți, el a fost mult influențat în diagnosticul și atitudinea sa.

Comisia de expertiză solicitată de instanțe confirmă greutatea diagnosticului în cazul și momentul dat, cu condiția ca medicii în cauză să facă dovada examinării atente și conștiincioase a bolnavei, conform regulilor profesiei. Or aceasta nu s-a putut dovedi din lipsa însemnărilor medicale. Medicii au fost achitați.

2. dr. P. V. încasnd 400 lei a operat în condiții sterile primitive pe fetița V. F., de 7 ani, suferind de meningocel cu spină bîhidă lombo-sacrală, cit o lămie, crezind că e un lipom. În acest caz și conduita ulterioară a medicului a fost greșită omițind internarea pacientei într-un serviciu spitalicesc, cazul terminindu-se mortal în 4 zile.

Desigur greșeala de diagnostic se poate întîmpla oricărui chirurg, indiferent de pregătirea și experiența sa îndelungată. Surprizele pe masa de operație și pe masa de autopsie nu sînt rarități nici în centrele chirurgicale cele mai mari.

Greșala de diagnostic poate interesa boala de bază, complicațiile ivite, sau poate avea legătură cu o boală existentă concomitent.

Între cauzele greșelilor imputabile se numără: anamneza luată în pripă și superficial; lipsa examinării sau examinarea incompletă a bolnavului; neutilizarea metodelor de diagnostic disponibile (laborator, röntgen, etc.); organizarea superficială a observației bolnavului; omiterea din motive subiective a consultului cu un alt specialist în caz de diagnostic incert; ignoranță gravă etc.

#### b) Pregătirea preoperatorie

Aceasta angajează mai rar responsabilitatea juridică a chirurgului. Astăzi cazurile de neobservare a unor boli concomitente ca: hemofilia, sifilisul, tuberculoza, diabetul etc., sînt din ce în ce mai rare. Dar cuceririle fiziopatologiei din ultimele decenii, pun în fața chirurgului sarcini noi în pregătirea preoperatorie a bolnavului. Azi se interpretează altfel reactivitatea organismului față de agenții externi, interni și față de traumatismul operator. Respectarea regulilor de reechilibrare nervoasă, hidrominerală etc. înainte intervențiilor, constituie astăzi nu numai o obligație a centrelor chirurgicale mari, ci și a oricărui centru raional sau orășenesc. Tehnica ireproșabilă nu micșorează responsabilitatea chirurgului, atunci cînd bolnavul moare, fie din cauza netratării unor stări de disproteinemie severă care duce la edem al gurii, de anastomoză după o rezecție de stomac, fie cauza unei insuficiente reechilibrări hidrominerală preoperatorii a unui bolnav suferind de ocluzie intestinală: sau eventual din cauza neobservării unor insuficiențe organice latente (cardiorespiratorii, renale, hepatice etc.).

Din această categorie, fiecare chirurg ar putea să cunoască multe cazuri din propria sa experiență.

#### c) Anestezia

Sincoapa clorofornică și cloretilică, accidentele rahinesteziei sînt bine cunoscute. Greșelile pot fi comise în legătură cu alegerea narcoticului sau anestezicului, stabilirea dozei care urmează să fie administrată: supravegherea mersului narcozei poate fi deficitară.

Practica ne învață să aplicăm principiul individualizării prudente, chiar și în cazurile care par a fi cele mai simple și banale.

3. Într-un spital raional a fost operat sub anestezie locală cu percaină bărbatul T. M. pentru apendicită cronică. Tehnic intervenția a fost executată în condiții perfecte, însă pe masa de operație bolnavul a devenit agitat, au survenit vărsături, apoi convulsii epileptiforme cu oprirea respirației în timpul crizelor. Bolnavul își pierde conștiința și moare după 3 ore, cu semnele insuficienței respiratorii și circulatorii tipice paralizei bulbare. Percaina a fost administrată prin infiltrație locală în cant. de 50—150 ml, dintr-o soluție de 0,5%, ceea ce înseamnă că s-a administrat 0,25—0,75 g, care depășește

șește doza minimă letală (0,22 g), calculată la 4 mg/kilocorp. (Bolnavul fiind de 55 kg).

La autopsie s-au găsit semnele intoxicației și un chist hidatic mare al ficatului, ce ocupa aproape în întregime lobul drept, precum și semnele unei hipoplazii poliglandulare endocrinienne.

Instanțele au achitat pe chirurg, însă este cert că percaina fiind de 50 de ori mai toxică decât novocaina, trebuie administrată mai prudent (s-a aplicat soluție de 0,5% în loc de 0,025—0,1%). Nu s-a ținut seama la alegerea anestezicului nici de afecțiunea hepatică existentă.

4. Bolnava C. E. în vîrstă de 21 de ani, suferind de mastită acută puerperală abcedată, s-a prezentat într-un serviciu chirurgical raional pentru incizie. Starea generală bună, temperatura 38° pulsul 80/min. și tensiunea arterială 130/70. Incizia se execută în anestezie intravenoasă cu evipan, în cantitate de 1,00 g, diluat în 10 ml ser fiziologic. Administrarea s-a făcut — ca de obicei — de către soră în decurs de cca. 1 minut. Bolnava nu și-a mai revenit, din narcoză a trecut în comă și cu toată reanimarea bolnava moare după 10 ore. Autopsia a arătat semnele cerebrale ale intoxicației barbiturice: purpură și edem cerebral, petechii pe epicard, pleură, ficat, splină, distrofia acută a ficatului.

Cazul a fost interpretat ca un accident de neprevăzut — toleranța individuală scăzută față de narcotic. Erau totuși elemente care impuneau o atenție deosebită (stare post partum, lactație, febră) și o doză individuală cît mai mică, administrată mai lent.

#### d) *Executarea tehnică a intervenției*

Cele mai frecvente greșeli constau în lezarea organelor importante (artere, nervi, organe cavitate etc.); neobservarea unor leziuni sau procese patologice; executarea greșită a însuși actului operator; uitare de corp străin în plagă; sterilitate insuficientă etc. Vor fi imputabile numai acele care puteau sau ar fi trebuit să fie prevăzute și evitate de un chirurg instruit și conștiincios. În această categorie intră și greșelile provenite din ignoranță profesională.

5. Între cazurile limită intră cel al lui K. K. bărbat de 21 de ani, care suferind de tuberculoză pulmonară a fost supus unei secționări de bride (operația Jacobeus). Se lezează cu cauterul o arteră și bolnavul face o hemoragie masivă. După 15 minute, sub protecția a 500 ml sînge se face toracotomie largă și sutura unor vase sîngerinde. Bolnavul moare pe masa de operație, prezentînd semnele șecului hemoragic grav. Autopsia descoperă artera subslaviculară stîngă secționată cu cauterul la cca 1 cm. de la originea sa aortică avînd bonturile retractate, în parte obstruate prin răsfrîngerea intimei dar nelegate chirurgical.

Uitarea corpurilor străine este greșeala imputabilă cea mai frecvent întîlnită în chirurgie. Consecințele unei asemenea greșeli pot avea repercusiuni asupra altor îmbolnăviri concomitente.

6. În cazul bolnavei M. Z. uitarea cîmpului chirurgical în abdomen a provocat o peritonită închistată și o fistulă stercorală afectînd totodată starea generală a bolnavei, ceea ce a dus la agravarea bolii pulmonare anterioare.

#### e) *Tratamentul postoperator*

În domeniul îngrijirilor postoperatorii, problema responsabilității se pune îndeosebi în legătură cu supravegherea bolnavului. Este bine ca operatorul să nu-și părăsească bolnavii, personalul ajutător și de gardă să fie competent și conștiincios, pentru a putea chema din timp chirurgical în caz de complicații.

7. Într-un spital raional, chirurgical intervine urgent într-o seară la un pacient în stare gravă, suferind de cca. 10 zile de un abces perirenal. Totul părea că se va re-

zolva favorabil. Bolnavul este predat sorei de gardă, tinăra și fără experiență, care încă nu lucrase la serviciul de chirurgie. Noaptea survine o hemoragie masivă din plagă, neobservată de soră și greșit interpretată de medicul de gardă (nespecialist), bolnavul intrând în stare de șoc hemoragic ireversibil. A doua zi dimineața chirurgul își dă seama imediat de situație, și cu toată reanimarea energetică ce s-a făcut bolnavul moare după 10 ore.

Cine poartă răspunderea? Este vorbă de refuz de asistență, accident, nepricepere, ignoranță? Desigur că nu. Dar de o asistență întârziată și defectuos organizată, evident că da. Nu s-a organizat destul de temeinic preluarea și predarea gărzii, nu s-a atras atenția sorei și medicului de serviciu asupra complicațiilor posibile și nu s-a organizat legătura medicului chirurg cu spitalul, în timpul absenței sale.

8. În cazul copilului I. E. T. în cursul unei operații abdominale executate în anestezie generală, chirurgul uită o compresă în cavitatea abdominală. Moartea survine însă nu din cauza aceasta, ci imediat după operație semnele sindromului de paloare-hipertermie, accident neprevăzut și fără un tratament specific.

### Concluzii

Lupta contra erorilor medico-chirurgicale în condițiile medicinei socialiste se sprijină pe ridicarea continuă a conștiinței etico-profesionale a personalului medico-sanitar, pe o mai bună organizare a muncii curativo-profilactice și pe controlul sistematic al activității în spiritul colectiv al ajutorului reciproc.

În organizarea activității secțiilor de chirurgie, trebuie acordată o atenție deosebită prevenirii greșelilor. Prevăzându-le și suprimând cauzele lor ca: neștiința, neatenția, superficialitatea, rutina, proasta organizare etc., vom reuși să le ocolim.

În ceea ce privește metodele de control, aplicarea criticii și autocriticii înseamnă tocmai dezvoltarea cauzelor insucceselor și erorilor. E cu totul judicioasă constatarea lui Th. Burghelle că în revistele medicale avem adesea ocazia să citim statistici despre operații reușite cu zecile și sutele, dar numai rareori citim relatări de cazuri nereușite, deși tocmai analiza acestora ar fi cea mai fructuoasă. Sintem de perfect acord cu acad. I. V. Davidovski care acordă o mare importanță în lupta contra erorilor medicale, necropsiilor din prosecturi și ședințelor anatomo-clinice de confruntare a diagnosticelor menite să verifice din punct de vedere științific diagnosticul, tratamentul medicamentos, sau intervenția făcută. Cu această analiză anatomo-clinică ne putem mulțumi în cazurile curente de greșeli sau erori, fără urmări grave.

Pentru dezbaterea greșelilor de gravitate mijlocie, nu există încă la noi nici o organizare profesională, sau un procedeu unitar. Ar fi indicat să se înființeze comisii de deontologie, cu specialiști competenți pentru anchetarea cazurilor și propuneri de sancțiuni disciplinare, eventual și alte măsuri administrative ca: obligarea la stagiul în vederea reîmprospătării cunoștințelor, retrogradare în serviciu etc.

Erorile medicale grave aparțin organelor judiciare, ajutate de expertii medico-judiciari. Procedura penală constituie un act de apărare socială față de medicii care din indolență, incapacitate, neștiință, superficialitate sau imprudență comit o culpă profesională și sînt periculoși pentru sănătatea și viața celor ce li se încredințează. Justiția populară apără pe chirurgul devotat și conștiincios și ajută la promovarea progresului științific, prin faptul că face deosebire între culpa profesională și între insuccesele și accidentele inerente stării actuale și limitelor științei medicale.

Sosit la redacția: 11 iulie 1959.