

# PERFEȚIONAREA CADRELOR

Catedra de medicină legală a I.M.F. din Tg.-Mureș  
(cond.: conf. Z. Ander, candidat în științe medicale)

## VALOAREA EXAMENULUI COMPLEMENTAR HISTOLOGIC PENTRU DIAGNOSTICUL CAUZEI MORTII ÎN MEDICINA JUDICIARĂ

Z. Ander

Dezvoltarea impetuoasă a științelor impune medicinei judiciare — disciplină de avizare și interpretare — aplicarea metodelor celor mai exacte, obiective și concrete ale celorlalte științe medicale, în rezolvarea problemelor variate pe care le ridică expertiza.

Posibilitățile tehnico-materiale și de cadre — mult îmbunătățite față de trecut — și exigențele sporite, în mod justificat, față de expertize, face ca utilizarea examenului complementar histologic să devină — în anumite cazuri — o obligație profesională și morală a medicului expert.

*Obiectivele principale* sau scopurile urmărite de examenul complementar histologic pot fi rezumate în următoarele puncte:

- precizarea *cauzei morții*;
- verificarea *caracterului vital* al unor leziuni;
- *diagnosticul precis* (detaillat) al unor boli de bază preexistente, însoțitoare sau intercurrente, complicații, modificări și stări favorizante, coexistente sau concurând în geneza, evoluția și sfârșitul letal al unei morți naturale sau violente;
- precizarea diagnosticului pe baza unor piese prelevate prin *biopsie* sau *operație*.

Referatul de față se axează tocmai pe aceste probleme practice ale medicului expert și va căuta să scoată în evidență *indicațiile absolute* și relative ale examenului histologic, să reimprospăteze regulile *metodelor* de prelevare, ambalare și trimitere și să abordeze unele aspecte practice ale *interpretării* rezultatelor examenului histologic.

### I. *Indicațiile examenului histologic în expertizele medico-judiciare*

Recoltarea sistematică din toate organele principale nu este necesară în toate cazurile de necropsie. Ea poate fi efectuată în serviciul medico-judiciare, care, pentru urmărirea unor probleme științifice, dispun și de un laborator histologic, dar acest procedeu nu poate și nici nu trebuie să fie generalizat. Această *indicație științifică* poate fi considerată relativă, spre deosebire de *indicația diagnostică* de recoltare a pieselor pentru lămurirea bolii sau leziunii de bază și a legăturii acesteia cu moartea victimei, pe care o putem considera *absolută*.

În general, putem spune că expertul este *obligat să recurgă* la examenul histologic atunci când — după *epuizarea metodei macroscopice* — cazul nu poate fi rezolvat științific pe baza observațiilor făcute cu

ochiul liber. Cunoștințele, experiența practică și simțul de responsabilitate (conștiința) expertului îl ajută în orientarea sa.

După cum laboratorul clinic, cu metodele sale diagnostice multiple nu înlocuiește examenul și observația clinică, tot așa nici examinările complementare (în speță cea histologică), nu pot înlocui, ci doar completa examenul macroscopic — metodă suverană în expertiza pe cadavre.

*Epuizarea* posibilităților oferite de metoda examinării macroscopice este strins legată de tehnica secționării, examinării și descrierii aplicate de expert.

*Macroscopia* devine *insuficientă*, ineficace pentru rezolvarea științifică a problemelor medico-judiciare ale cazului, mai ales din următoarele 3 motive: tehnică greșită, interpretare greșită, și așa numitele „necropsii albe“.

#### A. Tehnica greșită

Nerespectarea tehnicii secționării atrage după sine o observare, examinare și descriere *parțială* (incompletă), *superficială* sau *neadecvată*. Iată o primă grupă de cauze care duc la necropsii fără vreun rezultat concludent, la necropsii „pseudoalbe“, în care tocmai leziunile tanatogeneratoare sînt trecute cu vederea.

Amintim aici uzanța mult răspîdită de a lăsa *executarea tehnicii* în întregime pe seama *cadrelor medii*. Observarea situsului original al organelor, aprecierea conținutului sanguin sau de altă natură al unui organ, sesizarea leziunilor sau modificărilor mici, incipiente, la limita vizibilității, este de competența și datoria medicului expert.

Tot medicul va aprecia necesitatea aplicării unei *tehnici speciale*, adecvate cazului, ca: cercetarea emboliei aeriene, a pneumotoraxului, a planurilor gîtului în asfixiile mecanice, autopsia capului nou-născutului, examinarea căilor circulației fetale, deschiderea sinusurilor oaselor feții, disecarea unor vase, nervi sau conglomerate de organe (aderențe, tumori) etc.

Concluzii medico-judiciare nu se mai pot trage exclusiv pe baza unui *examen extern* (cum se mai întâmplă uneori în spînzurări, înecări, morți subite) sau pe baza unor *autopsii parțiale* (fără deschiderea tuturor celor 3 cavități mari ale organismului). Acest procedeu trebuie să dispară definitiv din munca rețelei noastre.

Trebuie să combatem *superficialitatea* în examinare, să stimulăm deprinderea de a proceda, în fiecare caz, oricît de simplu ar părea la prima vedere, în mod sistematic, după o anumită *metodă*, temeinic, cu spirit de răspundere pentru aplicarea metodelor *celor mai adecvate* cazului concret. Dacă nu procedăm în acest fel, putem risca să neglijăm anumite modificări patologice discrete, dar importante pentru rezolvarea științifică a cazului. Vom da mai jos cîteva exemple.

— Neseccionarea sistematică a *trunchiului cerebral* face imposibilă decelarea micilor hemoragii, care stau la baza unor decese inexplicabile prin alt mecanism.

— Semnele *hipertensiunii intracraniene acute* (cu inclavarea amigdalelor cerebeloase în gaura occipitală) sau a celei cronice (de ex. în sinostoza prematură a oaselor craniene) pot fi trecute cu vederea.

— Indicațiile pentru existența unei *epilepsii* (modificările meningelui moale, ale coarnelor lui Ammon, cicatricele discrete de pe limbă) trebuie căutate intențional pentru a fi just observate și interpretate.

— *Otita medie* a sugarului nu se relevă decît cu ajutorul unei tehnici adecvate.

— *Modificările recente în accidentele acute ale bolii coronariene* (infarctul recent, embolia și tromboza) se pun în evidență numai făcînd secțiuni paralele seriata în miocard și urmărind atent ramurile principale ale arterelor coronare.

— *Modificări esențiale, din punct de vedere tanatogenetic, la nivelul supra-renalilor, pancreasului, uterului, tractului gastro-intestinal, sistemului osos* (coloana vertebrală, coastele, centura scapulară și bazinul), la nivelul *extremităților* (infecții, flegmoane, abcese profunde, procese articulare, tromboflebite, etc.) se decelează numai printr-un examen sistematic și minuțios.

### B. Interpretarea greșită

A doua grupă de cauze, care duc la falimentul macroscopiei în diagnosticul cauzei morții este interpretarea greșită a fenomenelor constatate cu ocazia necropsiei. În fond, este vorba de o greșeală în diagnosticul macroscopic, care ține mai mult de latura *subiectivă* a procesului gnoseologic, ce stă la baza formulării diagnosticului, în opoziție cu latura *obiectivă* (tehnica eronată sau insuficientă), analizată la punctul precedent.

Interpretarea greșită a unei stări normale sau patologice se face practic în 3 variante principale:

— nerecunoașterea unui proces patologic important;

— considerarea drept proces patologic a unor modificări de altă natură;

— confuzia între două procese patologice de valoare medico-judiciară diferită.

1. *Nerecunoașterea* unui proces patologic important, cu alte cuvinte trecerea cu vederea sau subaprecierea unor modificări discrete, dar esențiale pentru orientarea justă a diagnosticului este prima variantă a interpretării greșite.

Ca exemple se pot aduce cazuri în legătură cu diagnosticul edemului glotic, al mărcii electrice, al ombilicului inflammat, al hemoragiilor suprarenale, al sinostozei premature, al enterocolitei sugarului, al porții de intrare în caz de infecție tetanică, rabie, etc.

Această greșeală duce și ea la *nerezolvarea științifică* a cazului, deoarece, chiar dacă se recoltează în mod stereotip piese pentru examenul histologic, din organele principale, se omit tocmai regiunile cu modificări discrete, dar esențiale.

2. Reversul primei variante îl constituie *considerarea* drept modificări *patologice* (de origine violentă sau neviolentă) a unor *stări normale*, modificări cadaverice, leziuni postmortale, urme lăsate de manevre de reanimare, intervenții chirurgicale sau alte artefacte. Acest diagnostic eronat poate fi corectat prin examenul histologic al piesei respective; dar, tocmai pe considerentul rezolvării aparente (în fond greșite) prin examenul macroscopic, nu se mai recurge de obicei la examenul microscopic. Acest fapt dă naștere la o întregă gamă de confuzii regretabile ca:

— diagnosticul de tromboză cardiacă pe baza chiagurilor post-mortale găsite în cavitățile inimii;

— pergamentările postmortale interpretate drept urme de otrăvuri caustice (pe buze) sau traumatisme (pe scrot);

- excoriațiile agonale sau postmortale produse prin manoperele de reanimare, considerate traumatisme vitale în regiunea precardiacă;
- procesele de imbițiție cadaverică confundate cu inflamația;
- procesele de autodigestie (liză postmortală) pe stomac sau esofag, care pot produce chiar perforații sau autoliza pancreasului, pneumomalacia prin regurgitarea conținutului stomacal acid și prelingerea lui în arborele bronșic, considerată uneori de origine vitală.

3. Amintim în sfârșit adevăratul *diagnostic eronat*, bazat pe confuzia unor procese patologice cu morfologie asemănătoare. În anumite cazuri, un asemenea diagnostic eronat nu are nici o consecință deosebită din punct de vedere juridic. Astfel, în cadrul morților neviolente, este indiferent dacă bolnavul a suferit de un ulcer stomacal sau de un cancer al acestui organ (diferențierea între un ulcer cancerizat sau cancer exulcerat). Situația se prezintă cu totul altfel cînd etiologia modificării constatate poate fi atît violentă (traumatică, toxică) cît și neviolentă (spontană). În aceste cazuri, diagnosticul eronat va avea consecințe juridice, antrenînd responsabilitatea expertului.

Amintim aici, ca exemple, diagnosticul diferențial între:

- fracturile patologice și cele traumatice;
- pneumotoraxul, emfizemul subcutanat spontan și traumatic;
- hemoragia subdurală spontană și traumatică;
- hernia spontană și traumatică;
- stabilirea locului de origine al unei septicemii sau septicopiemii;
- rupturile spontane și traumatice ale unor organe: inimă, aortă, splină, chiste, sarcină extrauterină, etc.

Asemenea cazuri constituie o *indicație* atît pentru continuarea și aprofundarea examinării macroscopice, pentru studierea atentă a istoricului și a antecedentelor medicale ale victimei, cît și pentru utilizarea *examenului complementar histologic*. Expertul va căuta să demonstreze, respectiv să excludă, caracterul violent al unor asemenea leziuni.

### C. Necropsiile albe

Sub această denumire se înțeleg acele cazuri în care, chiar după epuizarea tuturor posibilităților oferite de *examenul macroscopic* (autopsie completă, sistematică, amănunțită, cu o tehnică adecvată), *nu se pot pune în evidență modificări* caracteristice, ce pot servi ca bază pentru punerea unui diagnostic științific. În practica procesurală și în medicina judiciară autopsiile albe sînt relativ frecvent întîlnite în legătură atît cu morțile violente, cît și cu cele neviolente (subite). Necropsiile albe constituie o *indicație absolută* pentru efectuarea *examenului histologic*. Omiterea recoltării pieselor, în asemenea cazuri, constituie o gravă deficiență în activitatea expertului. Ar fi exagerat să susținem că, în autopsiile albe, histologia ne asigură întotdeauna cheia rezolvării. Foarte utile pot fi și alte examinări complementare ca, de ex., examenul toxicologic în cazul otrăvirilor zise funcționale, cel biochimic în diabet și în hipoglicemii, cel botanic în otrăvirile cu ciuperci, examenul serologic în incompatibilitățile sanguine etc.

În necropsiile albe se recurge de obicei la *explicații fiziopatologice* pentru a lămuri cauza morții. (Se întrebuițează și termenul greșit de „moarte fiziopatologică”). În cursul acestor explicații, antecedentele, circumstanțele morții, durata și felul agoniei, precum și alte date criminalistice (culese de la locul faptei) capătă

o mare importanță. Această împrejurare nu scade cu nimic obligația expertului de a epuiza metodele obișnuite de examinare macro- și microscopice. Diagnosticul de probabilitate, formulat în asemenea cazuri prin excluderea altor cauze de moarte sau prin relevarea factorilor predispozanți și favorizanți, solicită o temeinică argumentare științifică, sprijinită în mare măsură pe datele morfologice.

Extinderea și aprofundarea examenului complementar histologic va contribui la *consolidarea bazelor obiective, științifice și la eliminarea subiectivismului și empirismului* din practica expertizelor medico-judiciare.

Pentru exemplificare, vom enumera unele tipuri de necropsii albe, în scopul de a sublinia valoarea practică și științifică a histologiei în aceste cazuri.

Cu ocazia necropsiilor albe, găsim macroscopic semnele unei *morți rapide*, cu un tablou ce amintește *asfixiile*, fără să avem indicii pentru o asfixie mecanică. Asemenea semne sînt: singele lichid, hiperemia organelor interne (plămîni, ficat, rinichi), un ușor edem cerebral și un emfizem pulmonar acut, peteșii seroase, mucoase și subcapsulare, splina de obicei contractată, etc.

*In etiologia* acestor tipuri de morți rapide, intervin factori foarte diferiți: traumatici, fizici, de altă natură (căldură, frig, electricitate, barotraumă), toxici, alergici, infecțioși etc.

*In cazul otrăvirilor zise funcționale*, care duc la o moarte rapidă prin paralizarea metabolismului, a fermenților din țesuturi, a funcțiunii inimii sau a sistemului nervos central (strychnina, compușii organofosforici, digitala, strofantina, veratrina, curara, alcoolul, ș. a. m. d.) diagnosticul va fi stabilit desigur prin metode toxicologice.

Șocul de diverse tipuri are de obicei o morfologie sărăcăcioasă. Chiar și diagnosticul de șoc traumatic poate întîmpina greutăți serioase, dacă antecedentele sînt necunoscute și sîntem nevoiți să ne bazăm numai pe macroscopie. Situații asemănătoare întîlnim la șocul obstetrical, operator, anesteziec, caloric, electric, anafilactic.

*Moartea prin frig*, *moartea prin inhibiție*, *prin suflu*, *prin șoc psihic* — deși rare sau chiar foarte rare —, sînt mecanisme tanatogeneratoare acceptate în medicina judiciară.

*Emboliile gazoase, grăsoase, tisulare și amniotice* sînt cercetate destul de rar în practica curentă a expertizelor.

Unele *boli infecțioase* ca tetanosul, rabia, poliomielita, precum și morțile survenite în stadiul *prodromal* al unor boli infecțioase acute (mai ales la copii: pojar, scarlatină, tuse convulsivă etc.) sau în perioadele de *convalescență* (difterie) pot cauza greutăți în diagnosticul macroscopic.

*In concluzie*, toate cazurile de necropsii albe, obligă expertul la recoltarea de piese alese în mod judicios, în scopul de a asigura un diagnostic corect, prin utilizarea metodei microscopice. Afară de organele principale, se vor preleva și organe sau țesuturi, care pot prezenta importanță în cazul respectiv. Subliniem, încă odată, importanța științifică a histologiei în lămurirea concurenței cauzelor de moarte și studiul stărilor favorizante, *preexistente* în diverse boli cronice, *constituționale* (endocrine, anomalii), *stări fiziologice*: graviditate, lăuzie, inanitie, etc., *intercurente*, sau de altă natură (alcool, medicamente, microclimat).

## II. Metodele de prelevare

### Ce să prelevăm, de unde și cum?

De preferință se va proceda *individualizat*. Scopul urmărit prin examenul histologic va da răspunsul la întrebările de mai sus.

Totuși, în marea varietate a cazurilor, există câteva *norme general valabile* pentru prelevările de organe, în scopul examenului histologic obișnuit. Vom aminti câteva din ele, nu pentru că n-ar fi cunoscute de către medicii experți, ci din motivul că, de multe ori, ele *nu sînt respectate* în practica de toate zilele. Aceasta depinde de atitudinea unor medici față de tehnica autopsiei. Manopera tehnică a recoltării se subapreciază, se lasă pe seama cadrelor medii, care nu poartă răspunderea pentru rezolvarea cazului expertizat, se execută adesea necontrolat, neglijent, avînd ca rezultat piese inutilizabile pentru scopul urmărit. De obicei, piesele cele mai importante sînt omise, uitate, nefixate, ele se putrefiază, se pierd.

Recoltarea pieselor se va face *cit mai repede posibil*, pentru a preveni autoliza și putrefacția. Dispozițiile M.S.P.S., privind măsurile în caz de accidente hemotransfuzionale mortale, prescriu ca autopsia să se facă la cel mult 4 ore după deces, tocmai pentru a înlesni diferențierea leziunilor microscopice, rezultate din infecție, tromboză, embolie, hemoliză, agluinare etc. Păstrarea cadavrelor în *camere frigider* ridică eficiența metodei histologice.

Se va preleva o piesă cu *grosimea* de cel mult 0,5 cm, care se poate imbiba ușor cu lichidul fixator (în mod curent formalină 4—10%). Celelalte gabarite ale piesei vor fi alese de asemenea astfel, încît să *nu se zbircească* și să *nu se indoie* în urma fixării, devenind inutilizabile. Pentru a asigura o fixare bună, lichidul fixator va depăși cantitativ de 10 ori volumul pieselor recoltate.

În ce privește *locul de unde recoltăm* piesa, regula generală constă în a examina *locul de trecere* între aparent normal și patologic. Piesa, *imediat după prelevare*, se va fixa.

Urmează *ambalarea, etichetarea* sticlelor pentru a evita orice confuzie și *întocmirea actelor însoțitoare*.

O dată cu piesele, trebuie să se anexeze laboratorului și raportul de expertiză cu partea de istoric și procesul verbal de necropsie, chiar dacă concluziile au un caracter preliminar, pentru ca anatomopatologul să se poată orienta mai bine în problemele de rezolvat.

*Trimiterea* organelor recoltate se poate face prin poștă, dar mai bine *prin curier*. Securitatea integrității și a neschimbării pieselor este o condiție elementară și totodată de mare importanță. Ambalajele nesigilate, fără etichetă, fără acte însoțitoare, deschise și *deteriorate* vor fi refuzate de laborator, sau cu ocazia prelucrărilor, se va întocmi un proces verbal de constatare.

## III. Interpretarea rezultatelor examenului histologic

Prima întrebare, care se pune, este următoarea: *cine* va interpreta rezultatele examenului histologic? În principiu, *expertul*, care a cerut examenul complementar, este cel mai competent. Trebuie să facem totuși anumite rezerve. Dacă expertul este un medic judiciar *specialist* sau un *prosector* familiarizat cu interpretarea datelor necropsiei pentru rezolvarea problemelor de medicină judiciară (în primul rînd cauza morții și legătura ei cu o violență externă), există suficientă garanție pentru o interpretare științifică corespușătoare.

*Expertul ocazional* să nu facă asemenea interpretări și să se mulțumească cu formularea unor concluzii provizorii; concluziile definitive le va trage medicul judiciar raional sau regional.

*Greșeli în interpretarea* diagnosticului formulat (pe organe sau pe ansamblul leziunilor) de către anatomopatolog (histolog) pot proveni dintr-o atitudine mecanică, nedialectică față de cele văzute. Astfel:

organele *sănătoase* (sau aparent sănătoase) din punct de vedere funcțional pot prezenta *porțiuni profund alterate* prin malformațiuni,

procese acute sau cronice, cu rol minim, neînsemnat în tanatogeneză (creier, inimă, rinichi), pe cînd unele organe *grav bolnave*, cu funcțiune insuficientă, pot avea zone cu *parenchimul indemn* sau puțin alterat.

*Regula principală*, în interpretare, este că nu trebuie să uităm faptul că histologia este *una din metodele* de depistare a tanatogenezei, dar nu singura și nu este exclusivă. Ea va fi coroborată cu celelalte metode (clinică, macroscopică, biochimică, toxicologică. etc.). Variază. de la ca la caz și nu se poate preciza dinainte, care dintre metode va furniza elementele patognomonice de certitudine pentru diagnosticul sintetic de ansamblu. *Rezolvarea justă* a diagnosticului cauzei morții (boala de bază sau vătămarea inițială) depinde tocmai de capacitatea expertului de a *găsi lanțul causal*, de a reconstitui procesul, care a dus la moarte. Aceasta se face pe baza istoricului cazului și, în special pe baza datelor medicale (simptome, modificări anatomice, histologice, biochimice etc.), furnizate de diferitele metode de investigație.

Metoda preponderent analitică în partea descriptivă a expertizei este urmată de o *sinteză critică*, pentru a trage concluzii asupra versiunii celei mai bine fundamentate. Dacă diagnosticul histologic pe organe poate fi făcut independent de celelalte date medicale ale cazului, *diagnosticul de ansamblu*, al cauzei morții, al procesului tanatogenetic, al existenței sau lipsei legăturii de cauzalitate cu o vătămare suferită anterior ș. a. m. d., poate fi formulat numai aplicînd *metoda dialectică*. Ea poate accepta numai o versiune, care nu prezintă contradicții cu totalitatea datelor de care dispunem și care au fost supuse criteriului metodei criticii și al verificării reciproce.

În concluzie, metoda histologică are o valoare însemnată în expertiza medicojudiciară, urmînd să fie extinsă și aplicată mai consecvent, atît pentru lămurirea cauzei morții și altor probleme ale expertizei, cît și pentru asigurarea dezvoltării științei medicojudiciare.

*Sosit la redacție: 6 iulie 1964.*