

Catedra de medicină legală
(cond.: prof. dr. Z. Ander, doctor în medicină) a I.M.F. Tirgu Mureș

EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ ÎN ACCIDENTELE TERAPEUTICE

dr. Z. Ander

Noțiunea de *accident terapeutic* este greu de definit deși este un termen destul de frecvent utilizat în practică. *In sens mai larg* aici intră toate cazurile în care manoperile, măsurile, intervențiile întreprinse în scop diagnostic, curativ sau preventiv aduc un prejudiciu mai mult sau mai puțin grav bolnavului, printr-un decurs sau o reacție neobișnuită, neașteptată. *In sens mai restrins* accidentul terapeutic se limitează la cazurile ce nu depășesc riscurile unei intervenții de diagnostic, tratament medicamentos sau chirurgical, în care nimeni nu se face vinovat de o greșeală medicală produsă prin culpă (neglijență, imprudență, neștiință, superficialitate etc.).

Acceptând această definiție rezultă că, *accidentul terapeutic nu este o simplă complicație spontană a bolii* (cum ar fi perforarea unui ulcer gastric sau nefrită după o furunculoză), *ci un inconvenient legat de manopere medicale* de diagnostic sau de tratament. Această legătură a prejudiciului cauzat de acțiunea, reacțiunea, omisiunea sau comportamentul medicului și al personalului sanitar duce relativ frecvent la reclamații, iar în cercetările, ancheta, eventual judecata care urmează, expertiza medico-legală are — fără nici o exagerare — un rol decisiv.

În consecință, principala sarcină a expertizei medico-legale în accidente terapeutice este tocmai de a stabili *diagnosticul diferențial față de greșelile medicale imputabile*, sarcină de mare răspundere. După cum un fapt penal își obține încadrarea definitivă numai o dată cu pronunțarea sentinței sau a deciziei definitive, tot așa un fapt medical va fi etichetat drept *accident terapeutic* numai după o expertiză judicioasă.

Legislația

Codul penal și de procedură penală (art. 114, 116, 119) prevede obligator antrenarea medicilor legiști în ancheta vătămarilor corporale, stabilirea cauzelor morții și stabilirea stării psihice a învinutului sau inculpatului.

Decretul nr. 446/1966 și regulamentul de aplicare la art. 12, vorbește de cazurile de deficiență în acordarea asistenței medicale, a căror expertiză intră în atribuțiile serviciilor medico-legale.

Regulamentul Spitalelor Unificate prevede de asemenea raportarea (sesizarea) la procuratură și solicitarea de necropsie medico-legală în cazul în care moartea bolnavului s-a produs în cursul sau în legătură cu manopere de diagnostic și tratament.

Aceste legi și regulamente *garantează* în marea majoritate a cazurilor *sesizarea din timp a organelor competente* în caz de deces. Sint în schimb *mai puțin cunoscute accidentele terapeutice cu consecințe nemortale*, în legătură cu care nu există dispoziții de raportare obligatoare, ajungându-se astfel cu mult mai rar la expertiza medico-legală. Și în asemenea cazuri aspectul penal este dublat de *responsabilitatea civilă*, problema despăgubirilor pentru incapacitatea de muncă temporară sau de durată (infirmitate). La cel de al II-lea Congres de morală medicală din Paris (1966, 3) M. A. Tunc (profesor de drept) a ridicat chiar problema asigu-

rării medicilor contra accidentelor terapeutice. printr-o soluție care prezintă avantaje incontestabile atât pentru medic cât și pentru pacient.

Regulile expertizei

Necropsiile prosectoriale se fac pe cadavrele celor decedați în spitale cu diagnostic clinic formulat; ele urmăresc verificarea diagnosticului și al rezultatului (inclusiv al eșecului) terapeutic. Conform legislației și a uzanțelor noastre, *prosectorul intrerupe necropsia*, cînd constată semne ce indică acțiunea unei violențe externe (traumatism de orice natură), avort provocat, intoxicație, corpi străini sau alte leziuni și modificări ce ridică suspiciunea unei morți violente, inclusiv a vreunei greșeli medicale. Prosectorul este obligat să sesizeze procurorul și conducerea spitalului să asigure neschimbarea și nemodificarea stării cadavrului pentru ca necropsia medico-legală ce urmează să poată consemna tot ce este necesar în vederea lămuririi cazului.

Este deci indicat ca în toate cazurile suspecte de accident terapeutic să se procedeze de la început la o necropsie medico-legală. Aș mai adăuga *recomandarea* să participe în asemenea cazuri cel puțin 2 medici care execută necropsia și semnează actul de expertiză, în afară de medicul curanți și organele de anchetă.

Necropsiile polițienești — inexistente ca atare în țara noastră — se efectuează cu singurul scop de a stabili natura și cauza morții, atunci cînd ele nu sînt cunoscute sau necesită verificare. Aici intră acele morți subite, sinucideri, accidente, cadavre necunoscute, decese în cursul transportului spre spital, în care nu se ridică de la început suspiciuni pentru vinovăția cuiva în producerea morții. În condițiile noastre, mare parte din aceste cazuri intră în competența medicului legist care este obligat — prin Decretul 446, 1966 — să colaboreze la verificarea diagnosticului cauzei morții în decesele materne, decese de sugari (sub 1 an), la cei decedați fără diagnostic clinic.

Expertiza în accidentele terapeutice se supune regulilor generale ale expertizei medico-legale pe cadavre. Faptul că subliniem unele aspecte derivă din experiența noastră asupra multor sute de dosare cu asemenea expertize în care unele *lipsuri de formă*, de procedură, *au generat greșeli de fond*.

Necropsia este urgentă. Ea trebuie organizată *cît mai curînd posibil*. În accidentele de transfuzii regulamentul M.S.P.S. prevede efectuarea ei după 4 ore. Și pînă atunci cadavrul va fi păstrat la rece. În asemenea condiții se evită nu numai dificultățile create de putrefacție, dar se asigură maximum de șanse pentru examinări complementare (biochimice, serologice, bacteriologice, toxicologice, enzimologice etc.).

Înainte de a proceda la tehnica necropsiei, medicul legist se va orienta asupra cazului, *studiînd actele medicale existente*. În accidentele terapeutice există totdeauna foaia de observație, protocolul operator, buletinul de examinare etc. Documentele medicale corect și minuțios completate, la zi cu decursul bolii, care oglindesc fidel starea pacientului, constituie cele mai bune probe pentru apărarea medicului față de învinuirile nedrepte. Din contră foile de observație incomplete, completate întîrziat, cu ștersături sau adăugiri ulterioare stîrnesc dubii și suspiciuni greu de înlăturat față de activitatea medicală.

Este bine ca expertul să se documenteze și asupra unor *circumstanțe* ce nu sînt cuprinse în foaia de observație sau protocolul operator, dar figurează în eventualele reclamații orale sau scrise, precum și asupra altor *informații utile* de cunoscut înainte, pe care le deține de obicei procurorul.

Tehnica expertizei

Procedeele clasice de tehnică necropsică vor fi adaptate cazului dacă circumstanțele particulare îl vor cere. Astfel, în *embolia aeriană* (gazoasă) — un accident terapeutic posibil în operații cervico-toracice, insuflări de aer în pleură, peritoneu, retroperitoneu, infuzii, transfuzii, operații manuale sau instrumentale intrauterine

etc. — primul moment al tehnicii este punerea în evidență a gazului (aerului) din inima dreaptă. Există și metode de determinare cantitativă. Este util să se caute prin disecție anatomică a regiunii și acele ramuri venoase lezate care au permis intrarea aerului în circulația de întoarcere.

Tot o *disecție anatomică* ne ajută să lămurim accidentele terapeutice legate de secționarea, perforarea, ruptura, sutura, ciupirea și în general *lezarea vreunui element anatomic important* (artere și vene mari, organe cavitare, ureterul, nervi etc.). În acest scop, este necesar de multe ori să se scoată *organele* în bloc sau să fie lăsate *pe loc* pentru a se putea lămurii bine conexiunile lor.

Corpii străini se depistează tot printr-o cercetare atentă a interstițiilor, a cavităților, ținând cont și de faptul că ele au putut fi deplasate între timp de la locul lor inițial de pătrundere prin mișcările mușchilor striati și netezi, circulație, aspirare, peristaltism și antiperistaltism, secrețiuni și excrețiuni, greutate proprie etc. Cele radioopace sint căutate pe radiografii.

Tot la executarea tehnicii amintesc, *redactarea pe loc a părții descriptive a raportului*. Într-adevăr partea descriptivă a raportului este un proces-verbal care consemnează ce s-a făcut, ce organe au fost examinate, cum arătau ele, ce s-a recoltat și cum etc. Este de fapt cel mai important moment al expertizei: consemnarea competentă a faptelor. fixarea unei situații care nu mai poate fi repetată în aceleași condiții. Este în același timp momentul oarecum controlabil al activității expertului. Persoanele prezente la necropsie — îndeosebi procurorii cu oarecare experiență — își dau seama ce organe au fost examinate, că s-au deschis sau nu cele 3 cavități mari ale corpului, ce s-a recoltat pentru examen complementar etc. *Dictind direct la mașină* partea descriptivă a raportului economisim timp și sistem constrinși la o disciplină a sistemului de examinare (care trebuie să fie complet, multilateral și metodic), care singură garantează înaltul nivel științific al consemnării datelor. A sosit timpul ca metoda utilizată încă în prezent: luarea unor notițe sumare și redactarea definitivă uneori după mai multe zile a raportului (inclusiv a părții descriptive — a procesului-verbal) să dispară din practica sectorului de medicină legală, înlocuindu-se cu dactilografierea pe loc a părții descriptive.

Dacă la autopsie nu au putut fi antrenați specialiști (deci expertiza nu are de la început caracterul unei lucrări medico-legale în comisie) recomandăm ca *medicul legist să se limiteze la consemnarea riguroasă a faptelor*, asigurarea *prelevărilor* și trimerilor pentru examen complementar și în concluziile sale să se pronunțe numai asupra *naturii și cauzei morții*. Astfel prevenim anticipările pripite, concluziile greșite și depășirea atribuțiilor. Medicul legist nu are competența să rezolve singur probleme de diagnostic, tratament și conduită în diverse specialități. Este mai corect și mai prudent ca după efectuarea anchetei de către procuror, cunoscând declarațiile persoanelor interesate, în posesia unor examinări complementare, o comisie cu *participarea specialiștilor* cu prestigiu profesional și moral în ramura respectivă, să răspundă la întrebările privind tratamentul, cauzele și izvoarele accidentului traumatic și delimitarea acestuia de greșelile imputabile.

Criteriile și principiile expertizei, analizei, discuției și concluziilor medico-legale privind accidentele terapeutice.

În caz de reclamații, contra medicilor există o *prezumpție* mai mult sau mai puțin acceptată a *culpei autorului*. Dacă acest lucru nu e valabil în sensul unei păreri preconcepute a anchetatorului asupra vinovăției medicului, este perfect adevărat în sensul că *medicul sau medicii în cauză trebuie să înlăture* (să infirme) *prezumpția*, demonstrând că au procedat în interesul bolnavului, a celei mai bune intenții de ajutor, conform prevederilor științei medicale, mobilizând toate posibilitățile și valorile de care dispun: cunoștințe, practică, îndemnare, condiții materiale (instrumente, medicamente, regim etc.)

Din acest motiv, după cum am arătat mai sus, dacă medicii interesați înțeleg just propriile lor interese vor relata faptele atât în documente, cât și oral (în declarații) fără denaturare, fără modificare, adăugire, omiterea unor fapte esențiale sau schimbări în prezentarea lor cronologică, ci cu un cuvânt *așa cum s-au petrecut în realitate*. Experiența „dosarelor medicale” arată că, orice denaturare și „retușare” a faptelor se răzbună, ducând la contradicții greu de conciliat în cursul expertizei, anchetei și a judecății.

De altfel, prima sarcină a expertului în accidente terapeutice este tocmai de a extrage din dosarul de anchetă (în primul rând din documentele medicale și declarațiile medicilor, personalului sanitar și altor martori) tot materialul factual utilizabil în rezolvarea cazului. A doua operație intelectuală se referă la deosebirea faptelor concrete, dovedite, certe — de păreri, comentarii, presupuneri. Este vorba deci de o *verificare și reconstituire* a întâmplării cât mai apropiată de adevăr. Numai după aceasta se poate trece la *analiza calității activității medicale*, discuții asupra cauzelor accidentului terapeutic produs, aprecieri și concluzii privind existența eventuală a unei greșeli imputabile (culpă).

Acest *diagnostic diferențial*, dintre culpă și accident terapeutic este uneori deosebit de greu de făcut. Iată câteva dintre motivele acestor greutăți:

— aplicarea terapiei raționale presupune un *diagnostic corect* (în care se poate greși de asemenea);

— toate manoperele terapeutice au *indicații și contraindicații*; nu există șablon în terapeutică; tratamentul trebuie *individualizat*;

— majoritatea măsurilor terapeutice depind de anumite *condiții de organizare și funcționare*, care în mod notoriu sînt inegale în diversele localități;

— în orice activitate medicală se interesează momente de *atitudine, de comportament*, cu repercusiuni asupra *atmosferei* în care apare *accidentul*;

— circumstanțele nefavorabile pot să coexiste, alcătuiind chiar un lanț de întâmplări nenorocite. Pentru a ilustra cu un singur exemplu coincidențele nenorocite mă refer la cazul publicat de H. Klinger, în care în urma unei greșeli de tipar dintr-o lucrare științifică, bolnavul tratat pe această bază suferă o vătămare în afara științei medicului (6).

Diferența calitativă însăși dintre accidentul terapeutic (întimplare nenorocită, complicație ce nu poate fi prevăzută și nici prevenită) și greșeala medicală imputabilă (culpă) este estompată în cazurile concrete ale vieții de toate zilele prin *trepte cantitative*. „Magistrații — scrie E. Benedetti — sînt obligați să admită un drept erorii medicale și să o accepte o inevitabilă vamă pe care medicul — și în toată istoria sa, medicina — este nevoit să o plătească în lungul și dificilul drum parcurs” (2).

Este deci recomandabil ca după rezumarea stării de fapte să nu se treacă la concluzii, ci să se intercaleze o *discuție a faptelor*. Cuprinsul acestui capitol al raportului nu poate fi elaborat după un șablon. *Se vor fixa problemele care urmează a fi lămurite* (justețea diagnosticului; indicația terapeutică; doza; alegerea tehnicii; executarea operației; complicațiile ivite etc.), apoi se va arăta la fiecare dacă s-a procedat conform cu știința medicală, în cazul concret. Dacă nu, care sînt motivele unor procedee, atitudini terapeutice sau conduite deosebite. Pentru documentarea discuțiilor se vor folosi date din literatura medicală. Nu o dată medicii în cauză întocmesc bibliografii adecvate. În probleme de amănunt se găsesc desigur contradicții, păreri opuse și în literatură.

Un dicton spune: „*Greșeala se termină acolo unde începe controversa*”. Însăși jurisprudența în cazurile medicale arată că, pentru a fi acționat în justiție și *condamnat* la pedeapsă corecțională trebuie să i se impute medicului *greșeli grave* (culpa lata) neadmise de școlile medicale existente în țara noastră.

Analizei din discuția faptelor îi urmează o *sinteză: concluziile expertizei*. Concluziile vor fi motivate, totuși este bine ca ele să fie formulate *scurt și cit se poate*

de clar. Nici aici nu este bine să ne cramponăm de formule rigide; se va răspunde la întrebările mai deosebite puse în ordonanță. Concluziile se adresează direct oamenilor legii mai puțin versați în probleme de medicină. Din acest motiv, la redactarea părerii comisiei de experți, se va acorda o atenție deosebită ca faptele să apară într-adevăr ca lucruri *sigure, certe* iar *probabilitățile* ca lucruri verosimile care nu pot fi demonstrate cu certitudine. Ambele trebuie la rândul lor deosebite de simplele *posibilități*, versiuni teoretice în esență inutilizabile în probatoriu.

Mai adăugăm că, în practica expertizelor survin și cazuri când singura atitudine științifică și cinstită este de a demonstra în mod argumentat că din datele existente nu se poate trage nici o concluzie științifică (*Quai I., Ander Z., 8*).

Concluziile expertizei au un scop bine definit: furnizarea de argumente științifice pentru *demonstrarea sau excluderea unei legături de cauzalitate* între *moartea* pacientului și o presupusă sau reală *greșală medicală*. Încă Ambroise Paré scria: „*Les Juges décident selon qu'on leur rapporte*”. Acest vechi precept, care constituie un avertisment general asupra responsabilității expertului, doborândește accent deosebit în cauzele medicale.

Cauzele și prevenirea accidentelor terapeutice

Atât știința medicală, cât și știința dreptului se bazează pe *determinism*. Acceptarea determinismului, insucceselor și accidentelor terapeutice ne obligă să căutăm *cauzele și izvoarele lor* care din punct de vedere al expertizei medico-legale își găsesc rădăcina fie în *greșeli medicale* imputabile, fie în circumstanțe și condiții nefavorabile, așa-numitele cazuri *nenorocite*, constituite din factori independenți de voința capacitătea de cunoaștere și prevedere a medicului, adică accidentele terapeutice în sens mai restrins.

Despre *greșelile medicale* s-au scris multe, există o clasificare destul de detaliată a cauzelor și izvoarelor lor (1), clasificare utilizată cu succes în expertizele medico-legale de acest gen. Pentru a se reține culpa unui medic în legătură cu un insucces terapeutic trebuie demonstrat că, a procedat necorespunzător, greșit, ignorant, superficial, temerar sau neglijent, nesocotind regulile și uzanțele științei medicale. Aceste greșeli grave se previn prin ridicarea nivelului profesional, perfecționarea organizatorică și funcțională a bazei materiale, ridicarea conștiinței medicale la nivelul cerințelor actuale.

Depășind importanța greșelilor medicale imputabile, *accidentul terapeutic* constituie o preocupare pentru toate specialitățile medicale. Majoritatea procedurilor în medicină — scrie H. Mills după ce analizează 1005 cazuri de erori de îngrijire medico-chirurgicală — sînt supuse la capcane și complicații dintre care unele nu pot fi eliminate niciodată în mod complet, totuși cu cât ne dăm mai bine seama de ele le putem diminua (7). Studiul aprofundat al cauzelor și măsurile luate, în consecință, este calea perfecționării științei medicale. Fenomenul biologic, mult prea complicat pentru a putea fi stăpînit pe de-a întregul, oferă noi și noi surprize, dar concomitent apar noi și noi fapte de observație servind progresul medicinei. Cităm din nou pe E. Benedetti: „Eroarea, bine recunoscută și analizată în geneza ei, are forța vitală și constructivă a cunoașterii însăși, iar istoria cunoașterii este și istoria greșelii” (2). Nu este o rușine să înveți din paguba proprie, dar nici din paguba altora. Noi sîntem pentru stimularea *publicării insucceselor* și accidentelor terapeutice bine analizate, de exemplu de genul celor „*Mors in tabula*” preconizate de prof. Th. Burghel (3). În acest domeniu medicina legală poate aduce o contribuție valoroasă, întrucît cazurile de deces trec prin sectorul nostru. Efectul instructiv și educativ al acestor cazuistici, ar putea fi utilizat și în cadrul *conferințelor anatomice* organizate de unele prosecturi. Continuînd această ordine de idei, considerăm că și accidentele terapeutice fără consecințe letale ar putea fi comunicate pentru învățămîntul tuturor.

Incheiem referatul amintind pericolele ce țin de ultraspecializarea și tehnizarea medicinei, care acționează în sensul dezumanizării ei, a îndepărtării medicului de bolnav, a pierderii concepției și vederii unitare asupra omului bolnav. Considerăm că nu greșim susținând că, *atmosfera* aceasta care de multe ori ignorează psihologia medicală, favorizează și producerea greșelilor, accidentelor și insucceselor de orice fel. După cum subliniază prof. M. Voiculescu preocupările rețelei noastre sanitare „... vizează perfecționarea continuă a asigurării îngrijirilor curative și profilactice ale populației nu numai pe plan tehnic, dar totodată și pe plan etic în așa fel ca ele să devină expresia cea mai înaltă a solidarității interumane și a dragostei de om” (9).

S-a vorbit puțin și s-a făcut și mai puțin în legătură cu rolul medicinei legale în contextul marilor sarcini ale asistenței medicale curativo-profilactice. I. Quai, Z. Ander, (8). Analiza și studiul accidentelor terapeutice constituie un domeniu comun de activitate a medicinei legale cu cele mai diverse specialități ale medicinei.

Sosit la redacție: 16 februarie 1970.

Bibliografie

1. ANDER Z.: Elemente de deontologie medicală, Ed. Medicală, București, 1965;
2. BENEDETTI E.: Conoscenza ed errore in medicina. Ed. Minerva Medica, Torino, 1959;
3. BURGHELE TH.: Chirurgia (1956), 4, 607;
4. BURGHELE TH.: Chirurgia (1956), 6, 639;
5. Deuxième Congrès International de Morale Médicale, Paris, mai 1966. Ordre National des Médecins;
6. KLINGER H.: Zeitschrift der ärztliche Fortbildung (1961), 50, 783;
7. MILLS H.: J.A.M.A. (1963), 13, 183. 1073;
8. QUAI I., ANDER Z.: Erorile în practica expertizei medico-judiciare, cauzele și prevenirea lor. Manuscris, 1964;
9. VOICULESCU M.: Viața Medicală (1967), XIV, 15

