



Welcome to the Third World

Grant Innes, MD

4 pm. The start of my evening shift. I tour the department, noting that all 18 stretchers and the trauma room are full — mostly with admitted patients! The waiting room is jammed with people who have been there for hours, and ambulance stretchers and paramedics line the hallway.

“Someone important is going to have to die,” a paramedic mutters as I pass.

“Important people don’t lie in hallways,” I reply.

I grab a chart from the triage desk. The patient is a 50-year-old with “diabetes and weakness” who arrived at noon. I find him in a wheelchair and take him to the only available spot — our cast room stretcher. He tells me his hepatitis is worsening and his diabetes is out of control. His quality of life is deteriorating and he’s becoming progressively weaker. A hepatologist has prescribed interferon and ribavirin, but he can’t afford to buy them. His plan today is to admit himself for appropriate treatment. I spend half an hour explaining that I can’t admit him. He’s not sick enough yet.

I grab another waiting room chart. The patient, who is on home peritoneal dialysis, has abdominal pain and fever. She’s been waiting for hours, with peritonitis. I call the renal resident but the renal unit can’t take her. The resident says he’ll start treatment in the ED as soon as she gets a stretcher, which won’t be any time soon. I apol-

ogize to the patient for the care she’s receiving, then leave her propped in her chair in the waiting room.

An ambulance stretcher rolls in carrying a middle-aged woman with ulcerative colitis. She has abdominal pain and vomiting, she’s just passed 2 cups of blood, and her skin is a shocking white colour that scares everyone. She gets a spot in the hallway. There’s nowhere else to examine her, so I pull the sheet down just enough to palpate her abdomen, which is benign. The charge nurse tells me no beds are coming open; she’ll be in the hall for a while.

The next chart I grab is that of a 42-year-old with right-sided weakness (an anterior cerebral infarct, I later discover). She’s been in the waiting room for hours — very impressive, I reflect, in this era of thrombolysis for stroke. Am I in British Columbia or Bogota, Colombia?

I take a call from a physician in a small northern community. He has a patient with pancreatitis who is deteriorating and needs transfer. I explain that we can’t care for the patients we have and that his patient wouldn’t get past our ambulance bay. He says he’ll look elsewhere.

Just then the triage nurse hands me a chart to sign. It’s from a patient with chest pain who left without being seen, and I am the “most responsible” physician. My new role, it seems, is to be the qualified person in the ED — the fall guy — when the inevitable medical disaster happens.

The next patient is an ill-looking elderly man, 3 weeks post-gastro-

my for cancer. He’s lost 30 pounds since the surgery and now he’s vomiting everything. I suspect he has a gastric outlet obstruction, but it’s hard to tell with him sitting in a wheelchair. Then there’s a man with metastatic cancer who has increasing back pain and right leg weakness. After ensuring he has no new sacral findings, I try to convince him to go home, promising to arrange outpatient neurological follow-up and a lumbar CT. But he refuses to leave, and I’m not about to have security throw him out. One more stretcher that won’t be opening up.

At 11 o’clock I see an 84-year-old who developed a febrile illness and ended up on the floor, too weak to get up. The paramedics got her here, but we had no beds so she waited hours to be seen — with pneumonia and an oxygen saturation of 91%. I order some Tylenol, 2 litres of fluid, and IV cefuroxime. An hour later, I have her on her feet doing a road test to see if there’s any way she can go home. She can’t.

The doctor from up north calls back, saying he’s tried 5 other hospitals and no one can accept his patient. I discuss it with my EP colleague and we decide that we can’t either. The doc should try Alberta — or maybe Seattle. I feel like a piece of shit for turning him down.

Recently I participated in a focus group discussing the role of glycoprotein inhibitors for unstable angina. I’ve pondered the value of tPA for stroke and debated the merits of new thrombolytics for myocardial infarction. But at the

Continued on page 60

St. Paul’s Hospital, Vancouver, BC;
Editor, *CJEM*

Bienvenue au Tiers-Monde

Grant Innes, MD

16 h. Le début de ma garde de soirée. En faisant le tour du département, je constate que les 18 civières ainsi que la salle de trauma sont occupées, en grande partie par des patients hospitalisés! La salle d'attente est bondée de gens qui sont là depuis des heures et les civières d'ambulances et les préposés aux soins médicaux d'urgence sont alignés dans le corridor.

«Il va falloir que quelqu'un d'important meure», marmonne un préposé que je croise.

«Les gens importants ne moisissent pas dans les corridors», lui fais-je remarquer.

Je prends un dossier sur le bureau de triage. Le patient, âgé de 50 ans et souffrant de «diabète et de faiblesse», est arrivé à midi. Je le trouve dans un fauteuil roulant et le conduit vers le seul endroit disponible : la civière de la salle de plâtre. Il me confie que son hépatite empire et que son diabète n'est plus maîtrisé. Sa qualité de vie se détériore et il est de plus en plus faible. Un hépatologue lui a prescrit de l'interféron et de la ribavarine, mais ces médicaments sont trop cher pour ses moyens. Son objectif aujourd'hui est d'être hospitalisé pour recevoir un traitement adéquat. Je passe une demi-heure à lui expliquer pourquoi je ne peux accéder à sa demande. Il n'est pas encore assez malade.

Je saisis un autre dossier. La

patiente, qui reçoit des traitements de dialyse péritonéale à domicile, présente une douleur abdominale et de la fièvre. Elle attend depuis des heures, avec sa péritonite. J'appelle le résident en néphrologie mais l'unité ne peut la recevoir. Le résident promet de commencer un traitement à l'urgence dès qu'une civière sera disponible, ce qui ne sera pas de sitôt. Je m'excuse auprès de la patiente pour la façon dont elle est traitée et je la laisse là sur sa chaise dans la salle d'attente.

Une civière d'ambulance arrive transportant une femme d'âge moyen atteinte d'une colite ulcéreuse. Elle présente une douleur abdominale et elle vomit, elle vient d'évacuer un demi-litre de sang et sa peau d'un blanc cadavérique effraie tout le monde. On lui assigne une place dans le corridor. Comme il n'y a aucun endroit où je puisse l'examiner, je retire le drap qui la recouvre juste assez pour palper son abdomen qui est bénin. L'infirmière chef m'informe qu'aucun lit ne se libérera dans l'immédiat; la pauvre femme sera dans le corridor un bon moment.

Le prochain dossier est celui d'une femme âgée de 42 ans atteinte d'une faiblesse du côté droit (attribuable à un infarctus cérébral antérieur, apprendrai-je plus tard). Elle attend depuis des heures. Il y a de quoi être fier, me dis-je, alors que nous disposons maintenant de la thrombolyse pour traiter un AVC. Suis-je en Colombie-Britannique ou à Bogota, Colombie?

Je prends l'appel d'un médecin d'une petite communauté du nord. Il a

un cas de pancréatite qui se détériore et qu'il aimerait nous envoyer. Je lui explique que nous n'arrivons même pas à traiter nos propres patients et que son patient n'irait pas plus loin que le stationnement de nos ambulances. Il décide d'aller voir ailleurs.

C'est à ce moment-là que l'infirmière de triage me tend un dossier à signer. C'est pour un patient atteint d'une douleur thoracique qui est parti sans avoir été vu et c'est moi le médecin «le plus responsable». Il semble que mon nouveau rôle consiste à être la personne la plus qualifiée de l'urgence, le bouc émissaire, au moment où l'inévitable catastrophe médicale se produira.

Le prochain patient est un vieillard ayant subi une gastrectomie pour un cancer il y a trois semaines qui semble souffrir. Il a perdu 15 kilos depuis la chirurgie et maintenant il vomit partout. Je soupçonne une sténose pyloroduodénale, mais c'est difficile à déterminer puisque le malade est en fauteuil roulant. Il y a aussi l'homme atteint d'un cancer métastatique qui se plaint d'une douleur croissante au dos et d'une faiblesse de la jambe droite. Après m'être assuré qu'il n'y a aucun nouveau symptôme au niveau sacré, je tente de le convaincre de rentrer chez lui en lui promettant d'organiser un suivi neurologique en consultation externe et une scanographie lombaire. Mais il refuse de quitter et je ne vais certainement pas demander aux agents de sécurité de le jeter dehors.

Suite à la page 60

St. Paul's Hospital, Vancouver, BC
Rédacteur, JCMU

Welcome to the Third World

Continued from page 6

moment, in this system, these issues are absurd. What I need are stretchers to examine patients on and beds to admit them to. I think back to the US county hospital I trained in, where medically indigent patients had better access to care than my patients do here. But maybe I expect too much. I guess I should feel fortunate to work in a health care system that is “second to none.”

Recent graduates may not believe it, but there was a time when emergency

medicine was a great job — when all you had to worry about was diagnosis and treatment. Patients arrived with a problem, were triaged to a bed, had an expedient work-up, and received the treatment they needed. If they required admission, it was possible to admit them (although, on rare occasions, they stayed in the ED for an hour or two until their bed was ready). I’ve always thought of emergency physicians as the ultimate doctors and EM as the ultimate

career, but I’m not so sure any more.

At 02:30, after tying up my loose ends, I head for home, frustrated enough to punch someone out — preferably a politician. On the way out I wave to a medical student. She must think emergency medicine is some kind of bizarre, depressing field. But maybe if we promoted it as “third world medicine. . .”

Correspondence to: ginnes@interchange.ubc.ca

Bienvenue au Tiers-Monde

Suite de la page 7

Voilà encore une autre civière qui ne se libérera pas.

À 23 heures, je vois une femme âgée de 84 ans qui a été prise d’un accès de fièvre et qui s’est écroulée sur le sol, incapable de se relever. Les préposés aux soins médicaux d’urgence l’ont amenée ici, mais comme aucun lit disponible n’était disponible, elle a attendu des heures avant d’être vue, et ce, avec une pneumonie et une saturation en oxygène à 91 %. Je prescris l’administration de Tylenol, deux litres de remplacement liquidien et du céfuroxime i.v. Une heure plus tard, je lui demande de se lever et de marcher pour voir si elle peut rentrer à la maison. Elle en est incapable.

Le médecin de la communauté du nord téléphone de nouveau en disant qu’il a essayé cinq autres hôpitaux et qu’aucun ne peut recevoir sa patiente. J’en discute avec mon collègue et nous décidons que nous ne pouvons la recevoir nous non plus. Le doc devrait tenter sa chance en Alberta ou peut-être à Seattle. Je me sens comme le

dernier des salauds de lui avoir dit non.

Récemment, j’ai participé à un groupe de discussion sur le rôle des inhibiteurs des glycoprotéines pour le traitement de l’angine instable. Je me suis interrogé sur la valeur du tPA pour traiter les accidents vasculaires cérébraux et j’ai débattu des mérites des nouveaux thrombolytiques pour traiter l’infarctus du myocarde. Mais dans le système actuel, ces questions sont absurdes. Ce dont j’ai besoin, c’est de civières pour examiner les patients et de lits pour les hospitaliser. Je me rappelle l’hôpital régional aux États-Unis où j’ai fait ma formation. Les patients incapables de payer pour leurs soins médicaux étaient mieux traités que ne le sont mes patients ici. Mais peut-être que mes attentes sont trop irréalistes. Je suppose que je devrais me réjouir de travailler dans un système de santé «sans égal».

Les nouveaux diplômés ne me croiront peut-être pas mais il fut un temps où la médecine d’urgence était un métier fantastique, alors que nos

seules préoccupations se résumaient au diagnostic et au traitement. Les patients arrivaient avec un problème, ils passaient au triage, puis à un lit, subissaient un bilan expédient et recevaient le traitement approprié. S’ils devaient être hospitalisés, il était possible de le faire (bien qu’en de rares occasions, ils demeuraient à l’urgence pendant une heure ou deux jusqu’à ce que leur lit soit prêt). J’ai toujours considéré les urgentologues comme les médecins suprêmes et la MU, comme le summum des spécialités, mais je ne suis plus du tout sûr de cela.

À 2 h 30, après avoir réglé certains détails, je rentre à la maison, frustré au point de vouloir de frapper quelqu’un, préférablement un politicien. En sortant, je salue une étudiante en médecine. Elle doit penser que la médecine d’urgence est une spécialité bizarre et déprimante. Mais peut-être que si on la vantait comme étant «la médecine du Tiers-Monde...».

Correspondance : ginnes@interchange.ubc.ca