

KLINIKA

Plan budowy kliniki uniwersyteckiej natrafił na trudności. Od dawna rozróżniano dwa główne typy budynków szpitalnych: zwarty, wysoki kompleks, gdzie każde piętro mieści tylko jeden lub dwa oddziały szpitalne i gdzie transport między różnymi oddziałami odbywa się głównie w kierunku pionowym, windami. Drugi typ to system pawilonów, i wiele małych niskich budynków, połączonych ze sobą długimi rozgałęzionymi korytarzami. W klinice pawilonowej transporty odbywają się poziomo i szpital rozpościera się na dużej powierzchni.

Architekci, którzy pod kierownictwem profesora Yalto mieli zaplanować nową klinikę uniwersytecką, wybrali inną drogę. Wyszli z założenia, że szpital jest swego rodzaju sortownią, gdzie pacjentów kieruje się z ogólnego oddziału przyjęć do wyspecjalizowanych oddziałów terapeutycznych. Skutkiem tego „funkcjonalnego” sposobu widzenia — jak to określał profesor Yalto — dokonali swoistej syntezy systemu kompleksowego z systemem pawilonowym. Wyzyskali korzyści, jakie dawał każdy z tych systemów z osobna, starając się równocześnie stworzyć udane połączenia szuki planowania architektonicznego z zasadami lecznictwa.

W rezultacie klinika wyglądała jak koło ze szprychami albo jak karuzela. W środku, w miejscu piasty, stał ogromny kompleks sortowniczy, przez który przechodziły wszystkie nie rozpoznane uprzednio przypadki. Na parterze znajdowała się poliklinika ogólna z izbą przyjęć. Poliklinika dysponowała również dolnymi piętrami „piasty”. Nad

izbą przyjąć znajdowała się administracja szpitala, która zajmowała dwanaście pięter. Na najwyższych piętrach części zajmowanej przez administrację mieli swoje biura dyrektor szpitala i dziesięciu kierowników administracyjnych. Nad administracją znajdowały się dwa piętra z salami zebrania dla ordynatorów. Jeszcze wyżej — piętro docentów, a nad nim apartamenty profesorów: na obu tych piętrach znajdowały się restauracje, biblioteki i lokale wypoczynkowe. Nad nimi mieściła się obszerna kartoteka, pamięć szpitala. Tutaj każdy z pacjentów miał kartę z perforowanym odmiennym wzorem otworków; tutaj każdą chorobę oznaczano inną kombinacją dziurek.

Na samej górze, na trzydziestym dziewiątym piętrze mieściły się, niczym kora mózgowa, maszyny matematyczne kliniki.

Z piasty rozchodziło się dwanaście szprych transportowych. Na końcu każdej szprychy stała jedna dziesięciopiętrowa klinika specjalistyczna. Kliniki specjalistyczne mogły się komunikować ze sobą jedynie przez centralny człon piasty, a to dlatego, by zwarta organizacja nie rozprzegła się i nie popadła w chaos. Jedynym połączeniem między klinikami specjalistycznymi był podziemny korytarz mający kształt obwodu koła; obwód zaczynał się i kończył przy dwunastym budynku: kostnicy — zwanej „domem Judasza”, bo naturalnie jakiś dowcipniś natychmiast podchwycił alegoryczność systemu dwunastu budowli stojących wokół nadającej ton piasty.

Rzut poziomy budynku przypominał tarczę zegara, nie był jednak całkiem symetryczny. Na niektórych szprychach komunikacyjnych niczym narośle sterczały: pralnia centralna, kuchnia, stołówka lekarzy będących zastępcami ordynatorów, stołówki lekarzy oddziałowych i lekarzy pomocniczych, stołówka pielęgniarek, stołówka personelu pomocniczego i salowych, stołówka dla stażystów.

W kompleksie budynków tak wielkim, jak zespół kliniki uniwersyteckiej, zachodzi obawa, że zdławiony zostanie czynnik „ludzki”; że personel będzie się czuł nie-swojo, a pacjenci ulegną szokom psychicznym. Przy pla-

nowaniu kliniki nie zlekceważono tego niebezpieczeństwa. Psycholodzy specjalizujący się w sprawach kolorów dopilnowali, by ściany pomalowano tak „pozytywnie” i różnorodnie, jak to tylko było możliwe. Starannie dopilnowano, by ściany miały kolory odpowiednie do ich „funkcji”. Pacjentów potrzebujących spokoju otoczono kolorem zielonym, ciepłe odcienie — na oddziałach rehabilitacyjnych — przechodziły przeważnie w kolor jasnoniebieski. Także ruchomy inwentarz starano się utrzymać w stylu możliwie jak najmniej standardowym, w miarę jak dało się to uzasadnić ekonomicznie, a obrazy w szpitalu zmieniano co tydzień. Przyjeżdżała „artoteka” na kółkach i pacjenci mogli „pożyczyć” kilka obrazów do następnego przyjazdu wózka z kolekcją dzieł sztuki.

Również dobre samopoczucie personelu było przedmiotem wielkiej troski. Specjalni inspektorzy obchodzili stanowiska pracy i dokonywali wywiadów, starając się wyłuskać sprawy sporne i życzenia, i w miarę możliwości spełniać wymagania pracowników. Chętnie na przykład wyrażano zgodę, gdy ktoś w biurach administracji chciał przywieść sobie z domu bujak, by mógł siedząc na nim, pracować — w takich wypadkach wypłacano nawet nieduży dodatek za zużycie prywatnego krzesła w pracy służbowej. Wszędzie było pełno kwiatów, nawet na oddziałach, gdzie nie leżeli pacjenci. Specjalna obsługa dbała o to, by kwiaty pozostałe po pacjentach wracających do domów umieszczano tam, gdzie były one najpotrzebniejsze. Starannie przestrzegano, by personelu obsługującego chorych nie wyróżniać kosztem personelu administracyjnego; podkreślano, że każdy pracownik jest jednako potrzebny dla funkcjonowania „pracy zespołowej”. Toteż dbano, by nie tylko lekarze, starsze pielęgniarki i zastępcy szefów dostawali dodatki na studia i stypendia na podróże, lecz także portier przy głównym wejściu, kucharki w kuchni dietetycznej i inni pracownicy odwiedzali na koszt szpitala inne podobne instytucje, by zdobywać nowe doświadczenia i bodźce do lepszych wysiłków w pracy.

Jednym z wielkich problemów dla kierownictwa szpita-

ła było zdobycie kwalifikowanego personelu. Trzeba było postarać się nie tylko o lekarzy-specjalistów, terapeutów od gimnastyki leczniczej i zasłużonych pracowników socjalnych, ale także fizyków. Bez fizyków jądrowych, inżynierów, mechaników precyzyjnych i elektryków system ten nie mógł funkcjonować. By móc wykwalifikowanym specjalistom ofiarować odpowiednie warunki, zbudowano o trzy kilometry od szpitala osiedle willowe przewidziane na mieszkania służbowe.

Była to nowoczesna i ładna osada. Na wiosnę ptaki śpiewały w sprowadzonych na to miejsce ogrodach, latem nad rozpryskiwaczami unosiły się tęczowe chmurki kropelek wody, a jesienią dojrzałe liście drzew zmieniały kolor i opadały. Gdy zerwał się wiatr, żółtkłe liście brzoź leżały niczym zasy pyłków kukurydzianych w opalizujących rynsztokach.

W osiedlu nie istniały żadne bariery społeczne: duże willę stały obok małych i dzieci docentów bawiły się w chowanego z chłopcami portiera. W siedmiopokojowej willi mieszkał zacny i popularny pediatra mając za sąsiada, w willi o czterech pokojach, elektryka z III oddziału kartoteki perforowanej. Pożyczali sobie kosiarkę do trawy i nawzajem podlewali sobie kwiaty w czasie urlopów. Gdy w domu doktora spaliły się korki, elektryk przychodził naprawić instalację. Gdy żona elektryka miała migrenę, doktor przynosił odpowiednie tabletki. A korki wysiadały często w domu doktora, bo jego syn był fotoamatorem i robił zdjęcia przy lampie błyskowej. Żona elektryka zaś nierzadko miewała migrenę, gdyż nie miała dzieci, no i była o jedenaście lat młodsza od swojego męża i dużo przystojniejsza.

Elektryk, Lukos, był poza tym zręcznym fachowcem i lubił swoją robotę. Był szybki, czujny, chętny do pracy i posiadał niemal nadprzyrodzony dar wykrywania defektów. Gdy gdzieś coś się popsło w elektronice, wzywano Lukosa, a Lukos wyciągał dłonie, jakby to były różdżki, i trafiał od razu na defekt. Przy próbie testowej urzędowej przed przyjęciem do pracy Lukos otrzymał największą

ilość punktów z wiedzy fachowej. Nie dostał natomiast najwyższej oceny za konstrukcję psychiczną; jego chwiejność psychiczna i zamknięcie w sobie stanowiło wyraźny kontrast z uzdolnieniami technicznymi. Gdyby brak kompetentnych elektryków nie był tak wielki, Lukos nie dostałby posady.

Lukos miał lat czterdzieści dwa, pani Lukos lat trzydzieści jeden, a wyglądała na dwadzieścia sześć. Była technikiem w laboratorium izotopów. Wśród pozostałych pracowników tego laboratorium znajdowali się technik w wieku pani Lukos, inżynier chemik, rozwiedziony inżynier dyplomowany i lekarz ordynator z kompleksem don Juana. Pani Lukos zdradzała swego męża kolejno z nimi wszystkimi — od dołu do góry.

Gdy pan Lukos, nasłuchawszy się plotek, po przeszukaniu szuflad komody i po dokonaniu nocnych przesłuchań swojej małżonki uznał w końcu za udowodnione, że go zdradziła, pojechał do miasta, by się upić. W mieście spotkał marynarza, który za pięćdziesiąt koron gotówką odstąpił mu używany browning z amunicją. Tej samej nocy pan Lukos pojechał windą na III oddział kartoteki perforowanej, żeby popełnić samobójstwo. Nabił broń, zdezynfekował lufę i wsadził pistolet do ust. Zamknął oczy i wystrzelił.

Prędkość początkowa kuli wynosiła 318 metrów na sekundę. Prędkość ta zmniejszyła się nieznacznie, nim kula dosięgła śluzówki jamy ustnej. Przebiwszy śluzówkę sforsowała następnie mięśnie i tkankę łączną, rozszarpała kilka mniejszych naczyń krwionośnych i nerwów, przeszła przez cienką warstwę tłuszczu, rozdarła skórę i wyszła po drugiej stronie policzka. Z mniejszą prędkością kula leciała dalej w powietrzu, przebiła cienką ściankę blaszaną, złamała stalową rurkę i przeszła — ze spłaszczonym szpicem i poważnie zredukowaną szybkością — paczkę dziurkowanych kart kartoteki, aby w końcu odbić się rykoszetem o żelazną belkę i spaść na ziemię.

Lukosa zabrano do kliniki urazowej, gdzie zszyto mu policzki, a ból usmierzono za pomocą tabletek. Chirurg

dokonyjący operacji plastycznych poprawił później ten zabieg tak, że rana zaleczyła się niemal bez śladu. Kurator specjalny do spraw osobistych uporządkował jego sprawy rodzinne i Lukos po paru zaledwie tygodniach nieobecności mógł znowu wrócić do pracy. Pistolet sprzedał na czarnej giełdzie za sumę wyższą od tej, którą sam za niego zapłacił.

Na III oddziale kartoteki perforowanej strzał ten wzbudził bardzo mało uwagi. Personel oddziału miał emocje dramatycznych powyżej uszu. Rozmawiano o tym wydarzeniu przez parę dni, szeptano trochę po kątach o niewiernej żonie Lukosa, plotkowano o sprawach, które wszyscy już i tak znali. Do innych klinik prawie nie dotarły słuchy o nieudanym samobójstwie Lukosa. W kuchni nie wiedziano, kto to taki. W laboratorium izotopów nie mówiono o sprawie, gdyż poczuwano się trochę do winy.

Do stażystów słuchy o sprawie wcale nie dotarły, gdyż studiującym nie wolno było brać udziału w leczeniu personelu. Maszyny do pisania trzeszczały tam jak zwykle jak dzień długi, a gdy stażyści nie mieli wetkniętych w uszy dyktafonów, rozmawiali o skandalach większych niż małe skoki na boki pani Lukos.

Na szkolenie łożono duże sumy. Maszyny do pisania i dyktafony były wysokiej jakości, aparaty miernicze i instrumenty rejestrujące znajdowały się pod stałą kontrolą. Pacjenci klinik rzadko spotykali się bezpośrednio ze stażystami — przy planowaniu nauczania starano się znaleźć takie metody, które dawały studiującym pełnowartościowe wiadomości bez potrzeby wystawiania pacjentów na niewygodę stawania się obiektem studiów. Lekarze oddziałowi rozmawiali dlatego najpierw szczegółowo z pacjentami o ich dolegliwościach i warunkach socjalnych. Rozmowy te nagrywano na taśmy i stażyści musieli według tych nagrań sporządzić historie choroby. Ewentualne szmery w sercu i rżenia w płucach także rejestrowano — wystarczyło, by stażysta włączył stetoskop do aparatu nagrywającego i słuchał. Wykonywano też dokładnie fotografie kolorowe pacjentów — stażyści mogli później studiować te

fotografie na specjalnych ekranach. Rozwiązano również problem przekazywania wrażeń dotykowych, takich jak twardość guzów i miękkość brzuchów. W pokoju stażystów znajdował się duży zestaw lalek z gumy piankowej, rozmaitej konstrukcji. W ich wnętrzach umieszczone były organy odtworzone z różnych materiałów. Pomysłowy system elektropneumatyczny sprawił, że położenie, wielkość, konsystencję i kształt tych organów można było zmienić stosownie do życzenia. Lekarz, który badał pacjenta na oddziale, spisywał swoje spostrzeżenia szyfrem cyfrowym na karcie, którą posyłało stażystom. Wystarczyło nakręcić owe cyfry na odpowiednich tarczach, by spostrzeżenia pobrane u pacjentów odtwarzane były w lalkach. Korzyścią, jaką dawały lalki, było i to, że docenci mogli demonstrować na nich interesujące i niezwykle wypadki, nie mając odpowiednich pacjentów w klinice. Kandydaci mogli również wypożyczać lalki do domu, by sprawdzać na nich dane z podręczników, co poważnie skracало czas nauki. Studenci nazywali to „wynajmowaniem kochanki”, gdyż studenci płci męskiej z upodobaniem wypożyczali lalki przedstawiające młode, zgrabne kobiety.

Gigantyczny kompleks budynków kliniki mimo swej złożonej organizacji działał niemal bez zarzutu. Czasem jednak zdarzał się jakiś wypadek: paternoster zmiądzzył pielęgniarce stopę, pies z oddziału zwierząt doświadczalnych dostał się jakimś cudem do kostnicy, gdzie narobił nieporządku. Na tydzień przed próbą samobójstwa Lukosa na III oddziale kartoteki perforowanej zdarzył się w klinice tragiczny wypadek. Pacjentka w starszym wieku wstała w nocy z łóżka i nie zauważona przez pełniącą nocny dyżur pielęgniarkę zabrnęła w labirynt szpitalnych korytarzy. Błądziła w różnych kierunkach, jak przypuszczano, na próżno usiłując znaleźć drogę na swój oddział. W jakiś niepojęty sposób staruszka zablądziła w końcu na oddział zamknięty z powodu braku personelu. Znalaziono ją tam nieżywą w trzy doby po jej zaginięciu.

Wyniki leczenia w klinikach specjalistycznych osiągały najwyższych w świecie poziom; bo też kliniki dysponowa-

ły najnowocześniejszymi lokalami i wyposażeniem. Współpraca między klinikami układała się z reguły dobrze. Od czasu do czasu jednak tryby maszynierii zgrzytały. Profesor chirurgii ogólnej nie chciał spotykać się z profesorem diagnostyki rentgenologicznej, skutkiem czego kontakt między obiema klinikami musieli utrzymywać zastępcy kierowników klinik. Profesor patologii zarzucił raz brak kompetencji profesorowi laryngologii — współpraca między tymi instytucjami odbywała się odtąd przez pośredników. Dwaj profesorowie interni odnosili się do siebie stale nieufnie. Profesor psychiatrii uważał, że docent medycyny społecznej nie ma dostatecznych zasług i kwalifikacji, i zarzucał mu, że uzyskał on swoje stanowisko dzięki stosunkom politycznym.

Toteż zdarzało się, że leczenie pacjenta zabierało więcej czasu, niż to może być konieczne. Wdowa Matylda Otylia Svensson, urodzona 31 stycznia 1889, przeszła zwykle choroby dziecięce, urodziła troje dzieci bez komplikacji, w wieku lat trzydziestu poddała się operacji wyrostka robaczkowego, mając lat pięćdziesiąt sześć złamała rękę, ale poza tym była zdrowa przez całe swoje życie. Nigdy nie czuła dolegliwości sercowych i żołądek sprawował się dobrze — raczej jednak ze skłonnością do obstrukcji niż do rozwolnienia. Zgłosiła się teraz do polikliniki z powodu zawrotów głowy, na które cierpiała od jakiegoś pół roku. Opisywała swoje dolegliwości jako dość nagle się pojawiające zawroty głowy, podczas których otaczające ją przedmioty wirowały wokół, a równocześnie robiło jej się czarno przed oczyma na krańcach pola widzenia. Zazwyczaj te przykre objawy mijały po jakiejś minucie, jeśli usiadła albo położyła się. Trzy razy jednak zemdląła i upadła. Po takim zawrocie głowy odczuwała stosunkowo lekki i szybko przemijający ból głowy. Miewała jeden do dwóch takich ataków tygodniowo. Przyjęto ją na klinikę wewnętrzną na przebadanie.

Została zbadana dokładnie. Obejrzano ją, obmacano, opukano, osłuchano i wydano wstępną diagnozę. Zrobiono analizę krwi, moczu i kału. Wykonano prześwietlenia i dys-

kutowano nad wypadkiem. Żadne z badań nie dało jakiegoś bezpośredniego wskazania. Po tygodniu leżenia w łóżku pacjentka czuła się zdrowa i chciała wracać do domu.

Zastępca ordynatora był na urlopie w Hiszpanii, a lekarz oddziałowy nie śmiał wypisać jej bez dalszych badań. Przekazano ją więc na badania laryngologiczne, okulistyczne i psychiatryczne. W historii choroby na perforowanej karcie zaznaczono, że jest trochę mało przedsiębiorcza, że ma usposobienie introspektywne i pewne skłonności do hipochondrii — ale wyniki badań nie pozwalały określić żadnej dolegliwości jako zdecydowanie patologicznej. Zaznaczono także, że jest dalekowidzem, zwłaszcza na prawe oko, oraz że naczynia krwionośne w oczach wykazują objawy umiarkowanej sklerozy. Zrobiono też w karcie dziurkę, że w przewodzie słuchowym ucha zewnętrznego znaleziono małe guzki, który wycięto i posłano do badania mikroskopowego. Ale ponieważ klinika uszna nie korzystała z usług profesora patologii, lecz wysyłała preparaty do Uppsali, badania przeciągnęły się o dalsze cztery dni. W historii choroby na perforowanej karcie zaznaczono też, że w moczu wykryto poważne ilości aluminium.

To ostatnie spostrzeżenie było godne uwagi — w literaturze można było odnaleźć zaledwie trzy wypadki występowania aluminium w moczu, z tego jeden niepewny. Wynikły rozbieżności poglądów zaangażowanych w badaniach lekarzy, jak należy prowadzić dalsze badania. Profesor bawił w Ameryce i nie można była zasięgnąć jego rady. Różne kliniki specjalistyczne, które zajmowały się wypadkiem, wykazywały nagle ożywione zainteresowanie pacjentką i wpłynęło wiele propozycji przeniesienia pani Svensson do którejś z tych klinik. Ale klinika wewnętrzna umiała pilnować swoich praw — wypadek mógł dać materiał do licznych artykułów w prasie fachowej, może nawet do rozprawy naukowej. Odwlekano więc decyzję, opóźniano rozstrzygnięcie, przekazywano sobie sprawę z rąk do rąk, dni płynęły, a powrotu profesora spodziewano się w najbliższym czasie. Sprawa dawno już wyszła z gestii lekarzy oddziałowych i wszystkie dokumenty oraz histo-

ria choroby leżały w bezpiecznym przechowaniu u wyższych instancji.

Profesor interny, Nicklas Forsberg, wrócił o tydzień później, niż się spodziewano. Wypadek wdowy Matyldy Otylii Svensson, przedyskutowano ponownie, przejrzano jeszcze raz historię jej choroby i odbyło się gruntowne przesłuchanie podwładnych lekarzy. Profesor szukał rady w swoim olbrzymim klinicznym doświadczeniu, czynił poszukiwania w klinicznej bibliotece — napisał do swojego osobistego przyjaciela w Bostonie pytając o zdanie, zażądał z Moskwy rozprawy o zatruciach metalami. W grę wchodziła dobra sława kliniki.

Z Bostonu przyszła odpowiedź telegraficzna: profesor Stanley C. Penn wybiera się do Europy na urlop i wyraził ochotę, by jechać przez Szwecję — czy mógłby zobaczyć pacjenta? Uniwersytet moskiewski prosił o próbę moczu do analizy — czy można by wysłać ją odwrotnie pocztą lotniczą?

Profesorowie Penn i Forsberg spotkali się i wspólnie przejrżeli wypadek Matyldy Otylii Svensson. Sprawa była wybitnie interesująca — może osobiste zbadanie pacjentki da jakieś rezultaty. Zawiadomiono oddział pani Svensson, że profesor chciałby ją zbadać w swoim gabinecie. Pacjentka zwlekała z przybyciem, profesor musiał powtórzyć swoje życzenie — zazwyczaj nie potrzebował tego robić. W końcu przyszła wiadomość, nie że pacjentka jest gotowa do zbadania, lecz że pani Svensson nie żyje. Zabłądziła na pustym oddziale i zmarła tam z głodu, zanim profesor wrócił z Ameryki. Skutkiem jakiegoś defektu w automatycznej rejestracji wiadomość o tym nie dotarła do kierownictwa kliniki.

Coś niesłychanego. Przeprowadzono dochodzenia i przesłuchania — posłano do kartoteki po perforowaną kartę pani Svensson i zbadano ją. Były tam małe okrągłe dziureczki, małe czworokątne dziureczki i małe trójkątne dziureczki. Znalezione też dużą okrągłą dziurę, otwór po kuli, w miejscu, gdzie graniczyły z sobą kartka oznaczająca śmierć z głodu z kartką oznaczającą aluminium w moczu.